

REVISTA DE

PSICOTERAPIA

LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Epoca II, Volumen II - 1er. trimestre 1991



5 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, LEONOR PANTINAT GINÉ,
RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, PEDRO GALIANA
VILLA, MAR GOMEZ MASANA, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS,
M^a JOSE PUBILL GONZALEZ.

Secretaria de Redacción: MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

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

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.A.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen II - Nº 5 - 1^{er} trimestre 1991

Esta revista tuvo una época 1^a, 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: Más... Tres Ediciones, s.c.p.

Ave. Rep. Argentina, 225, 6^o 1^a, Tel.: 418 28 67, Fax: 417 52 35, 08023-BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA,

Verntallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.100 pts. (incluido I.V.A.)

SUMARIO

EDITORIAL	3
HACIA UNA TEORIA COGNITIVA DE LA RELACION TERAPEUTICA	5
Antonio Semerari	
COMPARTIENDO EL MISTERIO: LA EXPERIENCIA DE UN TERAPEUTA CON LA PSICOTERAPIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES	27
Larry M. Leitner	
LA AUTENTICIDAD DEL TERAPEUTA: CONGRUENCIA Y TRANSPARENCIA	41
Germain Lietaer	
LA RELACION TERAPEUTICA EN UNA OPTICA SISTEMICA. CONSIDERACIONES EPISTEMOLOGICAS SOBRE UN DEBATE ACTUAL	63
Luigi Onnis y Walter Galluzzo	
CLIENTES INVOLUNTARIOS. EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA	77
C. H. Patterson	
* * * * *	
INFORME SOBRE LAS PRIMERAS JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA LA INTEGRACION DE LA PSICOTERAPIA (SEIP)	81
Etel Gordo Ruera	
NOTA INFORMATIVA SOBRE EL PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA	85
Mark Musé	
* * * * *	
COMENTARIO DE LIBROS	87

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA

Desde 1981 RPPH es un importante medio de difusión del movimiento humanista. Las monografías de RPPH constituyen una inapreciable sistematización y actualización para el profesional y el estudiante.

Números aún disponibles:

Núm.	9	Psicodrama	500	pts.
Núm.	10	Enfoque centrado en la persona	500	pts.
Núm.	11	Terapias no verbales	500	pts.
Núm.	12	Terapia familiar en la asistencia pública	600	pts.
Núm.	13	Educación y Psicología Humanista	600	pts.
Núm.	16	El Análisis Transaccional después de Berne	600	pts.
Núm.	17	Nuevas aportaciones al enfoque centrado en la persona	600	pts.
Núm.	18	Psicología del Deporte	600	pts.
Núms.	19/20	Personalidad: Nuevas aportaciones	1.000	pts.
Núm.	21	Marginación e intervención social	700	pts.
Núm.	22	Práctica y teoría psicósomática	700	pts.
Núms.	23/24	Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica	1.200	pts.
Núm.	25	Psicoterapia Existencial	700	pts.
Núm.	26	La Psicología de los Constructos Personales	750	pts.
Núms.	27/28	Empatía: Procesos de escucha y comprensión en la interacción humana	1.300	pts.

OFERTA: 30% de descuento, para todos los que soliciten un lote mínimo de 3 números.

Pueden solicitarse los números atrasados disponibles adjuntando su importe mediante cheque nominativo (NO giro postal) a:

Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista
Apartado 90.097
08080 BARCELONA



- Importació de llibres
- Comptes de client
- Sala de conferències
- Informació bibliogràfica
- Butlletins de novetats

Ferrocarrils
Generalitat:
Putxet
Bus: 16
17
58
64
74



PSICOLOGIA i PSICOANÀLISI

Berlinès, 20 08022-

EDITORIAL

El papel que juega la relación terapéutica en el proceso de cambio psicológico ha sido valorado muy distintamente según las diversas teorías, modas y momentos. Tanto el psicoanálisis, como la terapia centrada en el cliente, por ejemplo, le atribuyeron un papel muy destacado bajo distintos conceptos: transferencia, alianza terapéutica, comprensión empática, aceptación incondicional, autenticidad y congruencia. Después de un período en el que tanto los modelos conductuales como los cognitivos y sistémicos han prescindido de ella o, al menos., no le han prestado una atención específica parece que, de nuevo y ya en la década de los 90, vuelve a ser objeto de consideración. Libros muy recientes como el de Safran y Segal (1990) "Interpersonal process in cognitive therapy" lo plantean desde el modelo cognitivo.

Igualmente los artículos que publicamos en este número señalan la tendencia a reconsiderar la función de la relación terapéutica en el conjunto de los procesos de cambio. El primero de los artículos, titulado "Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica" y escrito por Antonio Semerari, plantea una lectura de la relación terapéutica en términos de neoestructura cognitiva que permite al cliente poner a prueba sus esquemas para verificarlos y, en parte, modificarlos. Esta neoestructura termina por formar parte del punto de vista autorreflexivo del cliente.

Desde una perspectiva constructivista, Larry M. Leitner nos propone una aproximación respetuosa al mundo del cliente con quien, como terapeutas, "compartimos el misterio" de su experiencia personal. Esta compenetración con el mundo del cliente es en sí misma una experiencia también para el terapeuta, quien de alguna manera no puede dejar de sentirse implicado personal y experiencialmente por ella.

Germain Lietaer explora las derivaciones de los conceptos de "congruencia y transparencia" en la relación terapéutica, que fueron enunciados por Rogers y que han tenido particular desarrollo en autores sucesivos como Gendlin o Bugental, hasta hacer de la terapia una relación yo/tú, según la terminología de Buber, que presupone la manifestación del terapeuta como persona, frente a la neutralidad que tradicionalmente se le exigía.

No es sorprendente, finalmente, ver cómo desde el ámbito de la terapia familiar sistémica muchos autores empiezan a replantearse los términos en que habitualmente se concibe la relación terapéutica. El artículo de Onnis y Galluzzo no es el único que podríamos traer a colación a este respecto, pero sí que constituye un ejemplo paradigmático de lo que está sucediendo en este campo. Tendremos ocasión de volver sobre ello en el próximo número monográfico, dedicado íntegramente a la Terapia Familiar Sistémica.

Cuestiones de espacio nos han permitido incluir una pequeña joya literaria, debida a la pluma de Patterson, sobre una cuestión, la de los clientes a la fuerza, que de alguna manera tiene que ver finalmente con el éxito de la psicoterapia y el tipo de relación que llega a establecerse.

Cierran el número las secciones habituales de información y comentario de libros.

Nota Editorial:

Informábamos a nuestros lectores en el número anterior del traspaso de las funciones administrativas y de gestión a la empresa de servicios editoriales "Serveis Pedagògics S.A.". Terminadas a plena satisfacción las tareas del traspaso, recordamos a nuestros lectores que todas las cuestiones relativas a la gestión y administración -suscripciones, contabilidad, distribución, etc.- deben dirigirse a "Serveis Pedagògics". En el número anterior de nuestra Revista, donde anunciábamos este cambio, se produjo, sin embargo, una omisión tipográfica que queremos subsanar con la presente nota. En letras destacadas y negrita dábamos la dirección de la citada empresa, pero nos dejábamos el número de la calle, que es el 81. Así pues, la dirección completa a la que deben dirigir la correspondencia nuestros lectores o el teléfono a donde pueden llamar para cualquier cuestión relacionada con la administración de la Revista son los siguientes:

**REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PADAGOGIS S. A.
C./ DE L'ART, 81 - 08026 BARCELONA
Tel. (93) 235.23.11**

HACIA UNA TEORIA COGNITIVA DE LA RELACION TERAPEUTICA

Dott. Antonio Semerari

II Centro Psicoterapia Cognitivo Comportamentale

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

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

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

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

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

LA TEORIA DE LA CURACION

Algunos principios generales de la terapia cognitiva

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

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

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

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

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

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

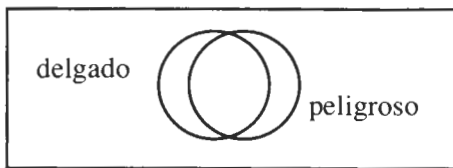
En este artículo utilizaré prevalentemente el uso del término **esquema** como un sinónimo de unidad cognitiva.

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

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



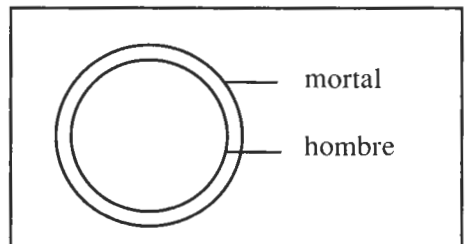
Los esquemas se pueden entender como abstracciones regulares de los acontecimientos ambientales y personales y en la planificación de la acción. Son subestructuras mentales que operan en interacción generando las diversas actividades mentales (Mandler 1984). En los procesos de memoria están en la base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

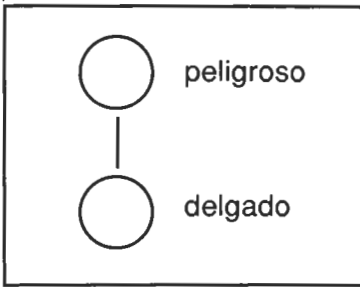


Dado que los dos esquemas estaban en la mente de César muy correlacionados, el hecho de que Casio se colocase en el espacio de "delgado" generaba la previsión, que se revelaba exacta, que fuese también un individuo peligroso.

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

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



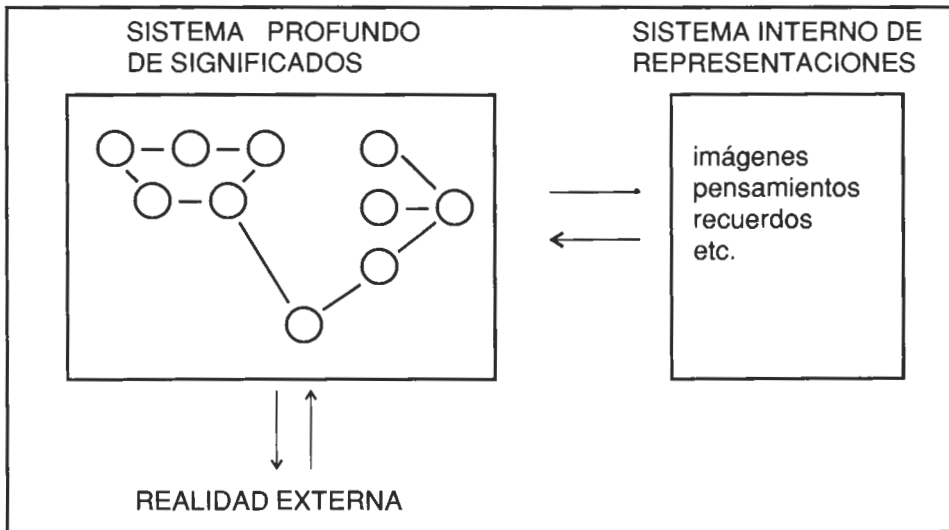


donde “peligroso” constituye el punto de vista funcionalmente supraordenado de las operaciones de distinción cumplidas por delgado.

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

o miras para la acción orientada a un objetivo.

Esta doble función se puede esquematizar así:



Las flechas de retorno tienen un doble sentido.

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

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

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

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

La nueva estructura terapéutica.

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

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

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

Veamos algunos ejemplos:

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

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

mujer. Las notó al imaginarme haciéndoselas notar.

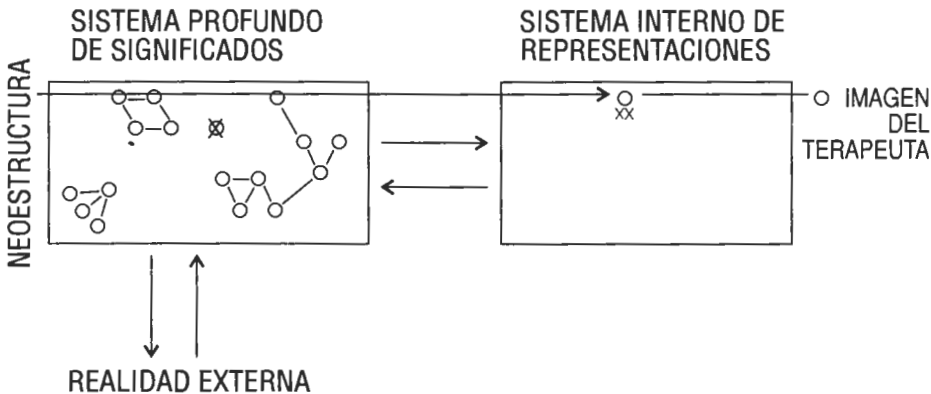
Tengo que precisar que en el primer ejemplo yo no había hablado nunca con la paciente del “problema de las emociones negativas” como una problemática de solidaridad interpersonal, y en el segundo, había hecho notar al paciente que tendía habitualmente a sentirse abandonado, pero nunca intenté hacerle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

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

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

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

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



Relación terapéutica y aumento de la complejidad cognitiva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA TEORIA DE LOS HECHOS

Transferencia y esquemas interpersonales

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

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

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

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

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

emergerá reforzado por todo el proceso.

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

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

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

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

El terapeuta como validador autorizado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las condiciones de seguridad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las estructuras que construyen al validador autorizado

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

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

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

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

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

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

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

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

Veamos dos ejemplos al respecto.

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

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

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

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

De la construcción del validador autorizado a la neoestructura terapéutica

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

Por esto intentaré resumir de nuevo mi modelo.

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

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

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

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

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

TRADUCCION: Edelia Villarroya Soler

Referencias bibliográficas

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



COMPARTIENDO EL MISTERIO: LA EXPERIENCIA DE UN TERAPEUTA CON LA PSICOTERAPIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES.

Larry M. Leitner
Miami University, U.S.A.

This paper discusses the therapist's experience in experiential personal construct psychotherapy. First, the nature of ROLE relationships is developed based upon Kelly's Sociality Corollary. The theoretical foundations of experiential personal construct psychotherapy then are elaborated by combining the Sociality and Choice Corollaries. The theoretical concept of optimal therapeutic distance, along with the concepts of "therapeutic" strangers and "therapeutic" unity, are discussed in terms of their implications for the experience of therapist and client in psychotherapy. The paper concludes with a discussion of the validation and invalidation of therapist constructions as well as the implications of Experiential Personal Construct Psychotherapy for the personal growth of the therapist.

La Psicología de los Constructos Personales (PCP) de Kelly (1955) se viene aplicando cada vez más al campo de la psicoterapia. Epting (1984), por ejemplo, ha descrito una panorámica general muy útil a propósito de algunos enfoques psicoterapéuticos basados en los Constructos Personales. Dunett (1988) ha editado un volumen en el que se recogen contribuciones de distintos profesionales que explican la utilidad que tiene para ellos la PCP en su vida profesional. Button (1985) ha publicado igualmente una obra sobre el enfoque de los Constructos Personales en relación a la salud mental. Mair (1989) ha escrito una obra altamente interesante a este propósito. Estos y otros estudiosos, clínicos y teóricos han establecido una base sólida para poder teorizar sobre el potencial de la PCP en relación al campo de la psicoterapia. En concreto, se puede apreciar un énfasis creciente en estos escritos sobre la experiencia personal; línea que espero seguir en este artículo.

La Psicoterapia constituye una parte integral de mi vida personal y profesional. Me siento especialmente interesado en elaborar las implicaciones para la psicoterapia de los Corolarios de Socialidad y de Elección de Kelly. Tales

pensamientos se han mostrado particularmente estimulantes, al menos para mí, y me han llevado hacia una visión de la psicoterapia que yo llamaría "Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales" (Leitner, 1988). (A pesar de que el término "experiencial" puede parecer redundante al aplicarse a la psicoterapia de los Constructos Personales, lo utilizo para diferenciar este enfoque del de las terapias "cognitivo-comportamentales"). En este artículo, intentaré ofrecer algunos pensamientos sobre las implicaciones de mi forma de concebir la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales. Antes de seguir adelante, intentaré describir brevemente qué es lo que entiendo por Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales.

PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

Me gustaría poner de manifiesto que he elaborado este enfoque de la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales basándome en mis interacciones durante años con mis clientes de terapia. Estas personas son generalmente adultos con gran capacidad verbal, aunque extremadamente trastornados. Aunque me concentraré en ejemplos basados en estos casos, creo que es posible aplicar mis ideas a otros tipos de clientes.

El Corolario de Socialidad dice, "en la medida en que una persona construye los procesos de construcción de otra, puede desempeñar un rol en un proceso social que implica a la otra persona" (Kelly, 1955, p.95). Utilizo el término "ROL" refiriéndome a la definición de Kelly de la acción interpersonal basada en una comprensión del otro. Las primeras palabras del corolario ("en la medida") dan por sentado que los individuos varían en la cantidad de conocimiento que tienen sobre otros. Estas palabras presuponen claramente también que nunca podemos conocernos el uno al otro **totalmente**. Por tanto, de alguna manera, somos un misterio los unos para los otros (Mair, 1977). Mientras este misterio constituye a menudo una característica atractiva de las relaciones, también puede conducir a fallos de predicción en las relaciones interpersonales. Por lo tanto, deja lugar a la invalidación, fuente de muchas desconcertantes (y potencialmente devastadoras) experiencias. El hecho de que existan siempre aspectos de mi proceso de construcción que el otro nunca llegará a conocer, está íntimamente ligado, pues, a la atracción y al peligro de las relaciones de rol (p.e., una relación caracterizada por compartir los constructos de rol nucleares).

Una relación de rol implica más que la construcción de constructos. Kelly definía las relaciones de rol en términos de la construcción del **proceso** de construcción. En otras palabras, nuestro proceso de construir (y no sólo el contenido de nuestros constructos) es el foco crítico de las relaciones de rol (Leitner, 1985). Como el proceso no puede entenderse independientemente del contenido, la cuestión de qué contenido necesitamos entender para construir el

proceso de otro aparece inevitablemente. He sostenido en otro lugar que la comprensión de los constructos nucleares de otro lleva a la comprensión de su proceso de construcción (Leitner, 1985). Sin embargo, como los constructos **“gobiernan los procesos de conservación de la persona, es decir, aquellos por los cuales mantiene su identidad y su existencia”** (Kelly, 1955, p.482; el subrayado es del autor), nuestros constructos más nucleares están en juego cuando entablamos relaciones de rol.

La cuestión del proceso de construcción así como el contenido de los constructos implica que no podemos construir a los individuos como estáticos y tener una relación de rol con ellos. El otro es un organismo cambiante, creciente, en evolución (Kegan, 1982) y una relación que no lo reconoce no es **de hecho** una relación de rol. En realidad, si empezamos a construir al otro como más estático, estamos desarrollando una comprensión menor del proceso de construcción del otro, limitamos la relación de rol. Por otra parte, construir al otro como en movimiento continuo lleva también a la posibilidad de que nuestros conocimientos del otro sean invalidados. Como nuestro núcleo puede estar implicado cuando tratamos de entender el núcleo del otro, ello puede amenazar a nuestros más básicos procesos con la invalidación. En mi trabajo anterior (Leitner, 1985), he señalado cómo las relaciones de rol acarrearán el riesgo de suscitar un conglomerado de amenaza, miedo, ansiedad, hostilidad y culpa, que he denominado **terror**.

El Corolario de Socialidad presupone también que **dos personas** están implicadas en una relación de ROL (una persona que construye el proceso de construcción de otra). Por tanto, aunque la unión es una característica importante de las relaciones de rol profundas, una relación de rol supone también comprender la diferenciación del otro respecto a mí mismo. El otro es un organismo único, en evolución, que está simultáneamente unido a, y sin embargo separado de, uno. Esta experiencia simultánea de compartir la cercanía y el misterio de la distancia es un componente importante de las relaciones de rol, de ahí el título del presente artículo.

Kelly (1955, p.97) afirma explícitamente que los ROLES suponen “una pauta progresiva de comportamiento”. En otras palabras, en una relación de ROL, ponemos en juego nuestros más importantes constructos a través de nuestras acciones interpersonales. Nos encaramos, pues, con la validación o invalidación potencial de dichos constructos nucleares en el dominio público de las acciones interpersonales --no sólo en los confines privados de nuestro pensamiento--. Además, la naturaleza progresiva de nuestra inversión personal dentro de las relaciones de rol implica que nos arriesguemos a invalidaciones importantes durante largos períodos de tiempo.

En resumen, las relaciones de ROL son a la vez un importante enemigo del significado de la experiencia en la vida e incluso potencialmente amenazante. Ante este reto, mucha gente decide limitar sus inversiones en las relaciones de

ROL. Cuando tales limitaciones caracterizan el modo de relacionarse de una persona, puede decirse que existe patología. Cuando los individuos evitan globalmente las relaciones de ROL, la privación resultante de intercambios interpersonales significativos es a menudo experimentada como un sinsentido y como un vacío (véase Leitner, 1985; cf., Yalom, 1980).

La Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales responde a esta psicopatología ayudando a la persona a luchar con el dilema entre el terror de arriesgar versus el vacío de evitar las relaciones de ROL. Se centra más en el proceso de construcción que es la persona que en el contenido específico de los constructos que se crean. Ello no quiere decir que el contenido se ignore. El contenido de los constructos de una persona es el resultado del proceso de construcción y da importantes pistas sobre dicho proceso. En efecto, para cierto tipo de problemas, un énfasis en el contenido de los constructos puede ser más necesario que un énfasis en el proceso de construcción. Sin embargo, si centramos la atención terapéutica en el proceso de construir, aparece el Corolario de Elección.

El Corolario de Elección afirma esencialmente que cada persona elige en la dirección de la elaboración del sistema de constructos. En otras palabras, el proceso creativo de cada persona siempre se mueve en la dirección de mayor crecimiento entre sus creaciones (es decir, el sistema de constructos). Para mí, esto implica un respeto por la sabiduría del otro en las elecciones que hace. Si el terapeuta puede establecer una atmósfera adecuada, el proceso de construcción que el otro es se desarrollará de modo que enriquezca la vida, le dé más sentido, o, por desgracia, la haga más arriesgada. Estas implicaciones del Corolario de Elección me son especialmente útiles cuando experimento la gran confusión y desorganización de personas gravemente trastornadas y me permite seguir creyendo en el proceso creativo del otro.

A propósito, una lucha importante en Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales se refiere a la exploración por parte del terapeuta de la naturaleza de la relación de ROL establecida por el cliente. El cliente, que ha sido nuclearmente invalidado en relaciones íntimas previas, traerá a la relación terapéutica sus dificultades sobre el riesgo en las relaciones de ROL. De cómo el terapeuta trate este asunto puede muy probablemente depender el resultado de toda la terapia, en especial para las personas más trastornadas.

El terapeuta debe entender, por tanto, los constructos nucleares del cliente. Como existe potencialmente la posibilidad de una invalidación masiva, el cliente no permitirá a cualquiera el acceso a su núcleo. Más bien, los clientes se arriesgarán sólo si deciden que el terapeuta, **como persona**, merece correr tal riesgo. Esto significa que los constructos nucleares de ROL del propio terapeuta se ponen también en juego en cualquier terapia que pretenda ayudar a otros a reconstruir el núcleo. Obviamente, el terapeuta también se enfrenta a la elección

de arriesgarse *versus* evitar una relación de Rol con el cliente.

Por tanto, la experiencia del terapeuta es parte integral del proceso de la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales. Por ejemplo, las experiencias del terapeuta pueden proporcionar claves importantes a la naturaleza de la relación de ROL que se está produciendo. Además, el cliente utilizará la reacciones experienciales del terapeuta para determinar si sus constructos centrales están siendo validados o invalidados. El resto del presente artículo tratará sobre estos dos puntos, el primer de forma bastante directa y el segundo más implícitamente.

La experiencia del terapeuta y la naturaleza de la relación

Permítaseme comenzar este apartado exponiendo teóricamente los modos específicos en que la naturaleza de las relaciones de ROL afectan a la experiencia del terapeuta. En particular, me centraré en la experiencia simultánea de contacto y separación que es el sello de las relaciones de ROL. Como, idealmente, el terapeuta ya ha pasado por dicha experiencia, el terapeuta tiene la oportunidad de entender la cualidad de la relación con el cliente al darse cuenta de su propia experiencia. De hecho, se podría añadir que el terapeuta tiene la **obligación** de comprometerse en esa introspección. La cualidad de la experiencia del terapeuta puede entonces usarse para facilitar el desarrollo de una relación de ROL. Ignorar la propia experiencia en la relación puede dificultar significativamente la habilidad del terapeuta de ser útil a los clientes.

Soy consciente de que mucha gente se siente incómoda con una afirmación como ésta. Creen que esta postura introduce un subjetivismo en la psicoterapia que la convierte más en un “arte” que en una “ciencia”. Los psicólogos de los constructos personales deberían ofenderse por tal arbitraria división. Más bien, nuestra creencia de que **todas** las interacciones están sujetas al proceso de construcción nos permite contemplar las formas y niveles muy diferentes de construir. En otras palabras, nuestras reacciones subjetivas en la relación terapéutica están basadas en algunas construcciones de sí mismo y de los demás. Cuando están adecuadamente construidas, estas reacciones pueden decirnos cosas profundas sobre nosotros y nuestro cliente de las cuales no nos habíamos dado cuenta. Además, permiten mayor acceso a los significados personales así como la elaboración terapéutica de tales significados.

Sobre estos supuestos examinaré algunas cualidades experienciales de la relación óptima entre terapeuta y cliente. El lector debe estar sobreaviso de que deliberadamente cometeré el error de hablar en términos de todo-o-nada con el propósito de una mayor claridad. Tras esta exposición, expondré dos tipos de experiencia que señalan problemas en la relación de ROL terapéutica. Ilustraré todo lo anterior con ejemplos clínicos.

Distancia terapéutica óptima

“Distancia terapéutica óptima” es el término que utilizo para construir la mezcla óptima de contacto y separación, asociada a la relación de ROL terapéutica. El término implica el estar lo suficientemente cerca del otro para experimentar sus sentimientos y al mismo tiempo el estar lo suficientemente lejos para reconocerlos como los sentimientos del otro --no los propios--. Hay que tener presente que se trata de una definición poética/experiencial --no literal--. A pesar de que reconozco las contradicciones lógicas si se toma la definición al pie de la letra, creo que ésta capta experiencialmente lo que trato de comunicar. Tal distanciamiento óptimo exige mucho del terapeuta. Requiere que el terapeuta esté dispuesto a y sea capaz de entrar en lo más íntimo de las construcciones mutuas.

Permítaseme ilustrarlo con un ejemplo. Judy acudió a terapia porque se sentía extremadamente deprimida y con pensamientos de suicidio. Había estado anteriormente en terapia tres veces y había sido internada por depresión dos veces. Mientras hablábamos de su vida, recordó incidentes de horroroso abuso físico. Había sido hospitalizada tres veces con las costillas rotas durante su infancia. Su madre la había encerrado en armarios durante largos períodos de tiempo. La quemaba también con cigarrillos y una vez la dejó en un bosque porque, aunque ella “amaba” a Judy, Judy no podía volver a casa. A pesar de estos incidentes, Judy podía recordar momentos agradables cuando su madre le daba baños de espuma. Un día, hablando de los baños de espuma, Judy empezó a parecer bastante angustiada. Explicó que estaba recordando que, después de cada baño de espuma, le ponían un camisón y su padrastro abusaba sexualmente de ella. En este momento, me di cuenta de que yo sentía una combinación de tristeza, shock, dolor, rabia e (inesperadamente) culpa. Mis reacciones emocionales permitieron mis intervenciones. Por ejemplo, cuando dijo, “¿Por qué ocurrió esto?”, yo respondí, con gran ternura, “Te culpas a ti misma por ello, ¿no es cierto?”. Judy empezó a sollozar. A los diez minutos, dijo que ella había siempre sentido que era culpa suya porque, si hubiera podido ser “lo suficientemente buena”, la hubieran tratado como a los otros niños. Yo diría que la culpa que sentí fue mi experiencia terapéutica de la emoción de Judy.

Mis creencias sobre los Corolarios de Socialidad y Elección de Kelly obviamente influyen en mi habilidad de estar óptimamente distante. Sin embargo, la noción de Kelly de la **actitud crédula** juega también un papel importante. La actitud crédula enfatiza el creer que el cliente quiere decir exactamente lo que dice. Yo entonces puedo tratar de entender el mundo **como si** tuviera las mismas experiencias que mi cliente. Contando con la construcción de mí mismo, mi cliente, otros clientes, estudiantes, amigos, etc. puedo **imaginar** lo que mi cliente está pasando. Me hago consciente de mi imaginación empática (Margulies, 1989) a través de mis experiencias con el cliente en terapia.

Después de actuar, basándome en mi construcción del proceso de mi cliente,

he completado los parámetros de una relación de ROL. En este punto, la respuesta del cliente puede validar o invalidar mis construcciones. Dado que los clientes tienen innumerables respuestas a intervenciones, un listado detallado de diferentes validadores/invalidadores superaría el alcance del presente artículo. Como norma general, sin embargo, experimento validación con cualquier acción del cliente que aumente la profundidad de la relación de Rol y ayude al cliente a dominar el vacío/la sintomatología de su vida. Experimento invalidación cuando no sucede nada de todo esto. Cuando soy invalidado, puede que sienta ansiedad, amenaza, miedo, hostilidad, y culpa --como cualquier persona--. Después de todo puede que necesite reconstruir el self mío y del otro (posiblemente de forma fundamental) si he de servirle de ayuda a mi cliente. En ello radica el riesgo para el terapeuta.

Cuando el terapeuta está óptimamente distante, el cliente crece inevitablemente. En ese momento, el terapeuta tiene acceso a los procesos nucleares del otro. El terapeuta experimenta la experiencia del cliente y actúa de forma que simultáneamente le comunica una comprensión del dolor de su (unión) así como un profundo respeto por su integridad, fuerza y habilidad para trascender la angustia (separación). La óptima combinación de contacto y separación por parte del terapeuta valida los parámetros de una relación de ROL con el cliente. Al mismo tiempo, se invalidan aspectos de no-ROL de la relación (p.e., construcciones del cliente o del terapeuta que niegan esta óptima combinación).

Mientras el cliente construye este proceso de validación, los Corolarios de Experiencia y Elección sugerirían que se da crecimiento terapéutico. Después de todo, el sistema del cliente evoluciona al irse construyendo sucesivamente los acontecimientos (Corolario de Experiencia). Además, esta evolución estará dirigida hacia un compromiso mejor con el mundo (Corolario de Elección). Desgraciadamente, sin embargo, muchas terapias se desarrollan con una relación que dista de ser óptima. Permítanme volver al primero de los dos problemas generales en este área.

Extrañamiento terapéutico

El primer error consiste en que el terapeuta esté demasiado distante. Utilizo el término "extrañamiento terapéutico" para describir el status de los participantes en esta forma de relacionarse, ya que creo que capta las contradicciones esenciales de esta unión desigual (Langs, 1974). Después de todo, se supone que la relación es terapia (y por tanto conectada), pero no lo es. El fracaso en contactar causa serios problemas en Psicoterapia Experiencial de Constructos Personales. No puedo construir el proceso central del otro sin que se impliquen mis procesos centrales. Como el proceso está íntimamente conectado con la emoción, terapeuta y cliente deben experimentar emociones semejantes. Como la realidad que está siendo construida ha sido co-creada por una interacción dinámica entre los participantes, que no conecte el terapeuta con la experiencia del cliente implica

que ningún participante experimenta el **proceso** inherente a una relación de ROL. Ambos participantes están probablemente experimentando el sí mismo y el otro como estáticos. Este es un tipo de "objetividad" que destruye la alianza terapéutica.

Con respecto a esto, consideremos a Jane, una cliente sobre la que he escrito previamente. Ella acudió a terapia profundamente deprimida, debido a problemas maritales. Poco después de que el tratamiento empezara, su marido (quién había estado en terapia con otro terapeuta) se suicidó. Yo la construí a ella como una persona altamente dependiente que había pasado la mayor parte de su vida queriendo que otros la cuidasen y sintiendo lástima de ella misma cuando los otros le fallaban. Me resultó muy difícil experimentar el proceso de construcción de Jane. En lugar de intentar entender las bases de su profundo dependencia, me esforcé en ocuparla con lo intelectual. La respuesta de Jane fue el sentirse más deprimida y suicidal. Lo cual derivó en alarmantes llamadas telefónicas a mi casa a todas horas del día y de la noche con desesperados ruegos de sesiones extras.

Muchas importantes indicaciones pueden hacerse a propósito de esta historia. En primer lugar, mi falta de habilidad para empatizar con Jane reflejaba el estado de nuestra relación de ROL. Ella buscaba a un salvador más que a alguien que luchara con ella en sus asuntos de la vida. De este modo, nos estaba experimentando a los dos de modo estático. Ella era la víctima herida y yo era el salvador perfecto. (Incluso me dio el apodo de "Dios"). Una vez le diera LA RESPUESTA, ella pudo resolver sus problemas.

En segundo lugar, mi negación a conectar con sus agobiantes dependencias fue invalidado por ella. De hecho, mi excesiva distancia intelectual tuvo el efecto de **augmentar** sus demandas de dependencia sobre mí -no de disminuirlas como yo había esperado-. Estas crecientes demandas de dependencia y la experiencia de incapacidad pueden contemplarse como invalidantes para mí. Después de todo, su experiencia de separación decrece durante estos episodios. Por tanto, la relación de ROL no estaba avanzando. Además, sus síntomas estaban aumentando.

Un tercer punto puede señalarse con este ejemplo. Aceptando sus alarmantes llamadas telefónicas como invalidación, fui capaz de reconstruir mi planteamiento sobre ella. Por ejemplo, cuando ella llamara aterrada, yo aceptaría verla. En otras palabras, acepté la dependencia en vez de escapar de ella. Sorprendentemente, cuando ella llegaba a mi despacho, la crisis ya había pasado. Después de unos ejemplos así, pude señalarle a ella cual era su pauta. Esto le permitió ver sus crisis suicidas como enojadas demandas interpersonales --no como una parte inevitable de su vida--. Habiendo tenido el coraje de aceptar su dependencia, yo tenía ahora la **autoridad moral** de comentar su proceso de forma más intelectual. En otras palabras, me había convertido en un agente validador (Landfield, 1988) para ella.

Mis experiencias con Jane estaban ligadas a mis reacciones a sus excesivas dependencias. Un conjunto de cuestiones diferentes puede observarse si conside-

ramos a John, un hombre de negocios de gran éxito. John vino a verme por la insistencia de su mujer. El no necesitaba terapia; estaba bastante satisfecho de la vida. Sólo quería saber por qué su mujer era tan dependiente de su terapeuta. Una sesión pudo responder a su pregunta. Le pregunté por qué su mujer quería que le vieran a él. El no sabía porqué; ella dijo que él necesitaba tratar algunos asuntos. El estaba dispuesto a resolver cualquier problema que pudiera ver.

A pesar de sus protestas de óptima salud psicológica, trabajaba compulsivamente 14-16 horas al día, pesaba 20 kilos de más, tenía un problema de azúcar en la sangre, había tenido un ataque de corazón y tres angioplastias. Después de la tercera operación, su médico le dijo que modificara su alimentación. Cuando dijo: “¿Por qué no me lo habían dicho antes?”, tanto su mujer como su médico se enojaron muchísimo y le comentaron que ya se lo habían dicho antes muchas veces.

Cuando la conversación pasó a tratar sobre su familia, el habló de ser un “buen” marido y padre. Ser “bueno” significaba proveerles de posesiones materiales. Le comenté que qué dirían de él si muriera. Me centré en lo carentes que se debían sentir debido a la falta de experiencias de relación con él. Cuando admitió que eso era verdad, planteé cómo debe ser morir siendo un extraño para su propia familia.

En este punto, ambos estábamos sintiendo la tragedia de su vida (distancia terapéutica óptima). Sin embargo, nuestro tiempo se acababa y le pregunté si sentía la necesidad de volver para otra sesión. En este momento, la experiencia de tragedia desapareció y dijo, “Si usted cree que lo necesito. No creo que tenga nada en lo que trabajar.” Le señalé entonces su incapacidad para experimentar sus problemas, demostrada tanto por su incapacidad en atender a la dieta alimentaria como por su rápido olvido de su experiencia de soledad. Le propuse pensar lo que estas cuestiones podrían significar en su vida. Estaba lo suficientemente intrigado como para acordar otra sesión.

En contraste con Jane, las dificultades en la relación de ROL con John surgían de su dificultad con el lado conector del contacto --dialéctica de separación--. Utilicé mi experiencia de él como distante y la dificultad en intentar comprometerlo en una relación de ROL. Sus respuestas (compartir un sentimiento de tragedia y acordar volver) pueden contemplarse como validaciones de mis intervenciones. Compartir el sentimiento de tragedia nos permitió conectar. Volver para otra sesión permitió continuar la relación. Ambas reacciones profundizaron la relación de ROL y proveyeron una oportunidad para el alivio del síntoma.

Experiencialmente, si no se corrige el extrañamiento terapéutico, como modo de relacionarse, produce un estancamiento en la terapia. Cuando el terapeuta está muy distante, el cliente puede frustrarse por el hecho de que, a pesar de hablar sobre cosas, nada cambie. La relación “de terapia” puede continuar indefinida-

mente sin que el núcleo del cliente sea tocado. Por otra parte, el cliente puede acabar “prematuramente” (después de darse cuenta de que no habrá crecimiento terapéutico en la relación, pero antes de que el terapeuta lo haga).

El terapeuta demasiado distante puede centrarse en técnicas para el cambio de los clientes, en vez de experiencias de estar con ellos. Estas técnicas son a menudo cognitivo-conductuales, químicas, o paradójicas. Pueden, sin embargo, incluir técnicas de relación. Desafortunadamente, aunque estas técnicas a veces tienen éxito en aliviar el síntoma, el cliente queda todavía limitado en las relaciones de ROL. Sin embargo, sin una queja presente, el cliente puede llevar una vida en esta forma limitada. Estas cuestiones morales/éticas deben ser consideradas por el terapeuta experiencial de constructos personales.

Unidad “terapéutica”

El segundo problema general respecto al mantenimiento de la distancia terapéutica óptima implica la experiencia de excesiva cercanía por parte del terapeuta. “Unidad terapéutica” puede usarse para describir esta falsa alianza. Mientras se alienta la cercanía, no se valida la diferenciación del cliente. El terapeuta es incapaz de experimentar las luchas del cliente como suyas (del cliente); más bien, las siente como dilemas propios. Algunas veces el problema se manifiesta de forma evidente (p.e., cuando los sentimientos del terapeuta son tan intensos que no es posible ninguna acción terapéutica). Otras veces, la manifestación puede ser más sutil (p.e., ser demasiado responsable de las experiencias del cliente). Además, como en el problema del extrañamiento terapéutico, las luchas del terapeuta pueden basarse en los intentos del cliente por excesiva cercanía o distancia.

A este respecto, Tom era una profesional de la salud mental en un pueblo vecino. Buscó tratamiento debido a serios problemas maritales, causados por su excesivamente atareado horario de trabajo. Aunque amaba a su familia y quería estar con ellos, las responsabilidades profesionales le apartaban. Estaba muy deprimido por el distanciamiento con su familia. Yo, también, estoy tremendamente ocupado y a veces lucho con el sentimiento de privación de intimidad con mi familia. Me resultó muy fácil **experimentar** la angustia de Tom. Sin embargo, también me resultó muy difícil **actuar terapéuticamente** sobre mi experiencia. Alterné entre excesivo silencio, estar de acuerdo en que es duro ser un profesional, técnicas cognitivas diseñadas para ayudarlo a crear más tiempo libre, y rumiar sobre porqué él sentía que su cantidad de trabajo era un problema. Ninguna de las intervenciones nos ayudó a enriquecer nuestra comprensión de su desespero. Por tanto, fueron todas invalidadas. Yo no pude estar óptimamente distante hasta que tomé la suficiente distancia con respecto a mis propios problemas como para **usar** mi experiencia como un reflejo de la realidad de Tom.

Para otro ejemplo, permítaseme volver a Judy, la mujer que había sido

sexualmente abusada después de los baños de espuma. Después de una gran cantidad de trabajo, Judy manifestó un notable crecimiento personal. Muchas experiencias repudiadas habían sido re-integradas en su sistema. Las ideas suicidas habían desaparecido. Además, se había, por primera vez, enamorado de un hombre. Ambos nos sentíamos muy orgullosos de sus logros.

En este momento, surgió una crisis en su relación con su amante. Ella realizó un viaje al desierto de Arizona por una semana. A la vuelta, le informó (y me informó) de su incapacidad para vivir en relación pues no podía haber un verdadero compromiso. Sin embargo, sin relaciones ya podía morir pues la vida no tenía sentido. En este punto, pude experimentar su enfado y desilusión. Después de todo, yo no podía hacer mucho debido a **mi** enfado y **mi** desilusión. Después de todo, estaba orgulloso de ser un terapeuta hábil. Meses de trabajo muy duro se convirtieron en ayudarla a arriesgar relaciones de ROL. Yo había escrito sobre su progreso en otros contextos. Ahora, todo mi trabajo duro (y una definición central de mí mismo) se sentía invalidado. Mi respuesta consistió en tratar de mostrarle que estaba construyendo el compromiso erróneamente. Ella se enfadó bastante y se retiró de mí emocionalmente. Nuestra relación estaba tan enrarecida que ella empezó a considerar seriamente el fin de la terapia.

Uno de los puntos importantes de este caso hace referencia a la "corrección" de las intervenciones. Técnicamente, estaba en lo cierto en mi opinión de que Judy tenía una visión simplista de lo que era compromiso y significado. Sin embargo, estaba demasiado cerca de su experiencia para trascenderla de alguna forma. El resultado neto fue que fracasé al comunicarle tanto mi comprensión de su rabia y desilusión, como mi profunda fe (expectativa) en que ella (nosotros) pudiera actuar terapéuticamente sobre ello. Como en anteriores ejemplos de fracaso en distanciamiento óptimo, mis intervenciones fueron invalidadas. Una vez más, mi cliente me estaba desafiando a trabajar mis propios problemas para poder ayudarla. Sus invalidaciones pueden contemplarse como mensajes sobre mi retirada de una relación de ROL.

Algunas implicaciones teóricas y técnicas

La precedente construcción de psicoterapia tiene muchas implicaciones teóricas y técnicas. En particular, creo que tiene implicaciones para el constructo de validación e invalidación de las construcciones del terapeuta sobre el cliente, así como también para el crecimiento personal del terapeuta.

a) Validación/invalidación de las construcciones del terapeuta

Permítaseme, en primer lugar, exponer algunas consecuencias de estas ideas para la experiencia del terapeuta de validación e invalidación. Esta construcción de psicoterapia implica que el terapeuta es invalidado cuando no está óptimamente distante. Muchos fracasos en distanciamiento terapéutico óptimo ocurren simplemente cuando el terapeuta se equivoca en su construcción del cliente. Es decir, el

terapeuta cree que el cliente está usando el constructo "A" cuando el cliente de hecho está usando el constructo "B". Sin embargo, errores más sutiles ocurren cuando el terapeuta está utilizando el constructo del cliente adecuadamente pero o bien está demasiado cerca o bien demasiado lejos para llevar a cabo por completo una relación de ROL.

Estos últimos errores pueden ser **más destructivos** para el cliente que el hecho de que el terapeuta simplemente se equivoque. Después de todo, el cliente sabe que el terapeuta entiende la construcción de las cosas del cliente. Sin embargo, la experiencia del cliente del problema no está cambiando productiva y significativamente. Además, el cliente quizá no pueda verbalizar **porqué** la patología no está mejorando. Como las relaciones de ROL son complejas y abstractas, puede que el cliente no pueda conceptualizar claramente qué es lo que está fallando. Además, las relaciones de ROL son terroríficas. Por tanto, a una parte del cliente le puede satisfacer el tener una relación de terapia que fracasa en establecer los parámetros de una profunda relación de ROL. El resultado neto puede ser que el cliente decida que la terapia no puede ayudarlo ya que aunque el terapeuta entiende el problema, éste no ha mejorado. Todo ello implica que las intervenciones son menos útiles cuando el terapeuta no está óptimamente distante. Además, implica que **muchas diferentes** intervenciones pueden ser terapéuticas cuando el terapeuta **está** óptimamente distante. Como la distancia terapéutica óptima ocurre por medio del compromiso de la persona del terapeuta con la persona del cliente, diferentes terapeutas pueden utilizar diferentes intervenciones y ser todas terapéuticas. (Nota: esto no quiere decir que un enfoque terapéutico de "todo funciona" como validación e invalidación de intervenciones terapéuticas conduzca a un rigor en la elección de técnicas). Además, algunas técnicas no pueden ser usadas por determinado terapeuta por ser incompatibles con su persona. Cada terapeuta debe aceptar la responsabilidad de integrar su persona con las técnicas empleadas. Cuando se hace exitosamente, las técnicas no son ya meramente técnicas; son manifestaciones comportamentales de la **persona** del terapeuta.

Debería enfatizarse que los fracasos en distanciamiento terapéutico óptimo no son inherentemente malos. Pueden ser muy beneficiosos para el proceso terapéutico **si** el terapeuta reconstruye tras la invalidación. De hecho, una forma de comprender la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales es un proceso en el cual el terapeuta continuamente invita al sí mismo y al otro a dicho diálogo. Cuando el terapeuta se retira a la hostilidad en vez de mirar dentro de sí mismo, el proceso terapéutico resulta dañado.

b) El crecimiento personal del terapeuta

La discusión anterior conduce a considerar el impacto de la terapia en el desarrollo personal del terapeuta. En efecto, puede argumentarse que el terapeuta tiene la obligación de utilizar la experiencia de ser terapeuta para continuar su

propio crecimiento como persona. A este respecto, la disposición del terapeuta a reconstruir posibles aspectos centrales del self valida un proceso similar en el cliente.

La noción de **reflexividad** también es importante aquí. El terapeuta que pide que sólo el cliente se enfrente a la ansiedad y la amenaza de reconstruir es irreflexivo. Muchos clientes construirán un terapeuta semejante como hipócrita. Si el terapeuta no reconoce su contribución a la construcción del cliente, el proceso terapéutico se pondrá en peligro.

El argumento anterior, a pesar de que puede ser válido, puede de hecho ser irrelevante si la distancia terapéutica óptima implica que el proceso del terapeuta compromete al proceso del cliente. De este modo, **ambas personas** son cambiadas por la realidad creada entre ellos. El terapeuta puede evitar esto únicamente distorsionando la relación de modo que la distancia óptima no se consiga. Si no estoy dispuesto a usar la realidad creada por nosotros para cambiarme, no debería tratarte en psicoterapia.

La Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales me hace sentir humilde. Continuamente me doy cuenta de la variedad de matices de mi experiencia y de mi limitada habilidad para usar terapéuticamente dicha experiencia. También me doy cuenta de lo efímeras que son mis "respuestas" a muchos de los dilemas de la vida. Cuando llego a una "solución", me doy cuenta de que mi "respuesta" puede crear la posibilidad de engañar (¿dañar?) a un futuro cliente. Después de todo, las "respuestas" tienden a ser estáticas; las personas están siempre cambiando. Finalmente, grandes experiencias de culpa pueden surgir a raíz de fracasos terapéuticos. Como soy tan responsable como el cliente de la realidad creada por nosotros, asumo parte de mi responsabilidad por cada fallo terapéutico. En la gran mayoría de fallos terapéuticos, puedo encontrar modos en los que contribuí al error. Una de las más grandes cargas de la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales es el haber contribuido al fracaso de una empresa confiada al terapeuta por la sociedad y el cliente. Además, el proceso de terapia es una de las experiencias más aterradoras pues conduce al terapeuta a reconstruir su rol (y ROL) de forma fundamental. Por otra parte, contribuir de alguna forma al crecimiento de otra persona es una de las experiencias humanas más conmovedoras. Como Jackson (1990) ha dicho, los clientes "nos honran con una invitación a la singular intimidad de sus vidas personales". Esperemos que, como profesión, los psicoterapeutas encuentren el coraje de aplicar las ideas de Kelly más sistemáticamente. Haciéndolo de este modo, quizá podamos crear modos de acercarnos a más seres humanos de una forma más poderosa de lo que ahora creemos posible.

En este artículo se considera la experiencia del terapeuta en la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales. En primer lugar se desarrolla la naturaleza de las relaciones de ROL de acuerdo con el corolario de Socialidad de Kelly. Se elaboran después los fundamentos teóricos de la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales en base a la combinación de los corolarios de Socialidad y de Elección. Se discuten igualmente los conceptos de distancia terapéutica óptima, a través de los conceptos de "extrañamiento terapéutico" y de "unidad terapéutica" en términos de sus implicaciones para la experiencia del terapeuta y cliente en psicoterapia. El trabajo concluye con una discusión sobre la validación e invalidación de las construcciones del terapeuta, al igual que sobre las implicaciones de la Psicoterapia Experiencial de los Constructos Personales para el crecimiento personal del terapeuta.

Traducción: Mari Carmen Cuenca

Nota del autor:

El presente artículo está basado en una invitación a una ponencia en la Segunda Conferencia Británica de la Psicología de los Constructos Personales en York, Inglaterra, en abril de 1990. Con el objeto de proteger la confidencialidad de los ejemplos clínicos, se han alterado el nombre y la información que pudiera identificarlos. Mi agradecimiento a April Guthrie, Chris Meshot, David Pfenninger, Teresa Dill-Standiford, y especialmente a Andrew Garrison por sus comentarios a previas versiones de este manuscrito. Dirección del autor: L.M. Leitner, Ph.D., Department of Psychology, Miami University, Oxford, Ohio 45056.

Referencias bibliográficas

- BUTTON, E. (Ed.) (1985). *Personal Construct Theory and mental health*. Beckenham, Kent: Croom Held.
- DUNNET, G. (Ed) (1988). *Working with people*. London: Routledge.
- EPTING, F.R. (1984). *Personal Construct Counseling and Psychotherapy*. Chichester, U.K: Wiley.
- JACKSON, J. (1990). Agoraphobia as an elaborative choice. Presented at the Second British Conference on Personal Construct Psychology: York, Great Britain, April, 1990.
- KEGAN, R. (1982). *The evolving self*. Cambridge: Harvard University Press.
- KELLY, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. (2 vols.) New York: Norton.
- LANDFIELD, A.W. (1988). Personal science and the concept of validation. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, pp. 237-250.
- LANGS, R. (1974). *The technique of psychoanalytic psychotherapy*. (2 vols.). New York: Jason Aronson.
- LEITNER, L.M. (1985). The terrors of cognition: On the experiential validity of Personal Construct Theory. In D. Bannister (Ed.), *Issues and approaches in Personal Construct Theory*, pp. 83-103, London: Academic Press.
- LEITNER, L.M. (1988). Terror, risk, and reverence: Experiential Personal Construct Psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 251-261.
- MAIR, J.M.M. (1977). Metaphors for living. In A.W. Landfield & J.K. Cole (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 24. Lincoln: University of Nebraska Press, pp.243-290.
- MAIR, J.M.M. (1989). *Between psychology and psychotherapy: A poetics of experience*. London: Routledge.
- MARGULIES, A. (1989). *The empathic imagination*. New York: Norton.
- YALOM, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic.

LA AUTENTICIDAD DEL TERAPEUTA: CONGRUENCIA Y TRANSPARENCIA

Germain Lietaer
Katholieke Universiteit
Leuven, Bélgica

The article develops the concepts of congruence and transparency in the therapeutic relationship from a rogerian and post-rogerian perspective; it pays special attention to one of the most debated themes lately: self-disclosure. These concepts are also related to psychoanalytic transference and some suggestions are given for practice and psychotherapist training.

Autenticidad: congruencia y transparencia

Rogers siempre atribuyó gran importancia a la autenticidad del terapeuta (ver p. ej., Rogers, 1951, p. 19). Sin embargo, no la menciona explícitamente como una condición terapéutica con entidad propia hasta su escrito de 1957 sobre las “condiciones necesarias y suficientes”. A partir de 1962 llegó a considerarla la más fundamental de las tres actitudes básicas (las otras dos eran la empatía y la aceptación), y lo continuará haciendo en sus trabajos posteriores. Rogers describe la autenticidad de la forma siguiente:

“La autenticidad en terapia precisa que el terapeuta sea su sí mismo (self) actual durante el encuentro con su cliente. Sin fachadas, el terapeuta se muestra abierto a los sentimientos y actitudes que fluyen en su interior en ese momento. Para ello es necesaria la autopercepción, es decir que pueda tener acceso a sus propios sentimientos y ser capaz de vivirlos, experimentarlos en la relación, y comunicarlos si persisten. El terapeuta contacta con el cliente de forma directa, de persona a persona. No se niega a sí mismo, sino que *es él mismo.*”

“Como es posible que surjan malas interpretaciones de este concepto, me permito advertir que la autenticidad no significa que el terapeuta inunde al cliente con la expresión de todos sus sentimientos. Ni significa tampoco que deba abrirse totalmente. Pero es importante que no se niegue

los sentimientos que está experimentando y que se muestre dispuesto a mostrar transparencia ante sentimientos *persistentes sobre la relación y a hacérselos saber al cliente*. Esto implica evitar la tentación de mostrar una fachada, esconderse tras una máscara de profesionalismo, o asumir una actitud profesional-confesional.”

“Adquirir esta habilidad no es algo sencillo. Ser real requiere la difícil tarea de estar en contacto con el flujo de la experiencia presente en uno mismo, un flujo marcado por la complejidad y el cambio continuo...” (Rogers, 1966, p.185).

Esta definición indica claramente que la autenticidad, el ser genuino, tiene dos caras: una interna y otra externa. La interna se refiere al grado en que el terapeuta tiene acceso consciente, es receptivo a *todos* los aspectos de su flujo de experiencia. A esta vertiente del proceso le llamaremos “congruencia”. La otra cara se refiere a la comunicación explícita por parte del terapeuta de sus percepciones, actitudes y sentimientos conscientes. Esta vertiente es denominada “transparencia”. Pese a que la división de la autenticidad en dos componentes pueda resultar algo artificial, lo encontramos justificado desde un punto de vista didáctico y de significación clínica. Además, un terapeuta congruente puede ser muy transparente, o por el contrario, mostrarse muy poco comunicativo, dependiendo de su estilo u orientación; y un terapeuta transparente puede tener mucha congruencia o ser incongruente (lo cual representaría un peligro para la terapia). Vamos a discutir en primer lugar el concepto de congruencia, que siempre ocupó un lugar más preferente en la definición de Rogers. Con posterioridad nos ocuparemos del concepto de transparencia.

1. CONGRUENCIA

¿A qué es debido que Rogers conceda tanta importancia a la congruencia del terapeuta hasta el punto de considerarla la actitud básica fundamental? Esperamos contestar a esta pregunta de forma escalonada, mientras vamos desarrollando el concepto.

1.1. Presencia personal

Rogers se ha opuesto siempre a la idea del terapeuta como pantalla en blanco. Diseñó un tipo de terapia “cara a cara”, en la que el terapeuta se involucra ampliamente en el mundo experiencial del cliente y muestra esta involucración de forma abierta y directa, sin esconder sus sentimientos reales tras una fachada profesional, tratando de ser él mismo, sin artificialidad ni vaguedad. Al adoptar esta actitud “natural” y espontánea, el terapeuta centrado en el cliente no intenta favorecer el proceso de regresión y transferencia, pues Rogers no considera estos procesos como algo esencial para el cambio personal. A diferencia de los psicoanalistas, Rogers cree en el valor terapéutico de la relación “real” entre el cliente y

el terapeuta. En ella observa ventajas importantes, como el hecho de que la congruencia del terapeuta sirva al cliente como *modelo* y le anime a correr riesgos en su intento de llegar a ser él mismo. Además, esta congruencia es un factor crucial en el establecimiento de *confianza*, de forma que la aceptación y la empatía sólo son efectivas cuando son percibidas como genuinas:

“¿Cómo puedo *ser* para que la otra persona me perciba como objeto de confianza, consistente y seguro en un sentido profundo? Tanto la investigación como la experiencia indican que este es un punto muy importante, y a lo largo de los años he encontrado lo que creo son formas mejores y más profundas de responder a esta cuestión. En otra época solía creer que era suficiente cumplir con todas las condiciones externas que favorecen la confianza del otro --respetar los compromisos, la naturaleza confidencial de la relación, etc.-- y actuar de forma coherente durante las sesiones. Pero la experiencia me llevó a darme cuenta del hecho de que si actuaba con aceptación ante, por ejemplo, situaciones en que sentía enfado, escepticismo u otro sentimiento de no-aceptación, a largo plazo era percibido como inconsistente e indigno de confianza. He llegado a comprender que ser digno de confianza no requiere que sea rígidamente coherente, sino real. He utilizado el término “congruente” para describir la forma de ser que me gustaría lograr. La congruencia significa advertir cualquier sentimiento o actitud que experimente en cada momento. Cuando cumplo esta condición, soy una persona integrada, y por consiguiente puedo ser tal como soy en lo profundo de mí mismo. Y de esta forma inspirar confianza a los demás.” (Rogers, 1961, p. 50).

Esto significa también que el terapeuta debiera dar prioridad a la expresión de sus propios sentimientos cuando éstos son persistentes e interfieren las otras dos actitudes básicas. Inicialmente, Rogers consideraba estos momentos de manifestación personal de sentimientos como un último recurso del terapeuta para despejar obstáculos en su implicación con el mundo experiencial del cliente. Gendlin, en cambio, subraya más las ventajas, tanto para el terapeuta como para el cliente, de correr este riesgo de presentarse ante el cliente como una persona “imperfecta”:

“La congruencia del terapeuta implica que éste no debe intentar siempre aparentar una buena imagen de persona sabia y fuerte que comprende. En ocasiones, actúo de forma estúpida, me equivoco ostensiblemente y quedo mal. Me puedo permitir expresar estas otras caras si surgen en la interacción. Que el terapeuta sea abierto y se exprese como realmente es le libera de muchos encumbramientos y artificialidades, y hace posible que el esquizofrénico (o cualquier otro cliente) entre en contacto con otro ser humano de la forma más directa posible.” (Gendlin, 1967a, p 121-122).

La presencia personal del terapeuta debería ponerse de manifiesto en la aplicación de metodologías concretas, intervenciones específicas y procedimientos utilizados para facilitar y profundizar en el discurso del cliente. Es importante que la "técnica" se base sobre la actitud, que el terapeuta esté tras ella con la totalidad de su ser (Kinet, 1959, p. 27), y que los métodos de trabajo que emplee sean acordes con su personalidad. Rogers hace notar, "con horror" que la forma de reflejar los sentimientos de algunos de sus discípulos se ha deteriorado de tal forma que ha acabado convirtiéndose en una "técnica hueca", desconectada de la actitud interna (Rogers, 1962, 1986; Bozarth, 1984). El punto de vista de Rogers sobre el trabajo terapéutico ha ido evolucionando hacia una metateoría, en la cual se enfatizan un cierto número de actitudes básicas, mientras que las recetas y fórmulas concretas de intervención van quedando relegadas a un segundo plano. Gendlin explica esta evolución:

"Atrás quedan las fórmulas, incluso la del "reflejo del sentimiento", la más característica de la terapia centrada en el cliente. Tal como implica el término "empatía", tratamos de comprender y sentir lo que esta viviendo el cliente desde su propio marco de referencia, pero en este momento disponemos de una más amplia visión de los diferentes comportamientos con los que el terapeuta responde a los clientes. De hecho, creo que Rogers formuló su condición esencial de "congruencia" tras la observación de esta indeseable tendencia a fórmulas y formas estereotipadas de respuesta." (Gendlin, 1967a, p. 121).

Rogers enfatiza el respeto a los diferentes estilos terapéuticos debido a la importancia que otorga a la autenticidad, y quizá también a su falta de confianza en la técnica per se. No quiere encorsetar el trabajo del terapeuta con camisas de fuerza que no convengan a su naturaleza. Su amplitud mental acerca de estos puntos se hace patente en sus comentarios sobre los diferentes métodos de trabajo terapéutico con esquizofrénicos:

"Quizá la más profunda experiencia de este aprendizaje es la confirmación de que el concepto de terapia tiene que ver con la relación, y tiene, en cambio, relativamente poco que ver con técnicas, teorías e ideologías. A este respecto mis ideas son cada vez más radicales. Creo que el elemento más importante de la relación consiste en que el terapeuta se muestre real. Cuando el terapeuta se muestra natural y espontáneo es cuando parece ser más eficaz. Probablemente este es un tipo de "humanidad que precisa entrenamiento", en palabras de uno de mis compañeros, pero que en el momento representa una reacción natural de esta persona. Por ello, terapeutas muy diferentes logran buenos resultados de forma distinta. Para algunos es más eficaz el método impaciente de "poner las cartas sobre la mesa" porque con esta aproximación se sienten más cómodos. El estilo de otros es más suave y cálido, porque ésta es su forma habitual de

expresarse. Nuestra experiencia ha reforzado y ampliado mi punto de vista de que el terapeuta eficaz es aquel capaz de abrirse y ser él mismo en la relación. Quizá todo lo demás carezca de importancia.” (Rogers, 1967a, p. 185-186).

Como discutiré más adelante, este respeto por el estilo propio del terapeuta no es un pasaporte para “experimentos temerarios”. La atención a los procesos del cliente y el seguimiento de su experiencias siguen siendo las guías básicas para nuestras intervenciones.

1.2. La congruencia como condición sine qua non de aceptación y empatía

Tras haber examinado la congruencia del terapeuta desde el ángulo de su presencia personal, vamos a introducirnos en lo más nuclear de este concepto y a comentar su importancia para el trabajo terapéutico. La congruencia requiere, en primer lugar, que el terapeuta esté bien integrado individualmente y psicológicamente, y pueda entrar en contacto consigo mismo. Esto implica, por ejemplo, que sea capaz de reconocer puntos débiles y vulnerables, de aceptar sus facetas positivas y negativas con una cierta indulgencia, de abrirse a su propia vida y estar en contacto con ella. Además, debiera haber adquirido una identidad sólida con suficiente sentido de competencia y una capacidad de funcionamiento eficaz en las relaciones personales e íntimas, sin dejarse interferir por problemas personales. El autoconocimiento y la fuerza del ego quizá sean las piedras angulares de esta forma de ser (ver McConaughy, 1987).

La congruencia tiene que ver con la aceptación: no puede existir apertura a la experiencia del cliente si no existe apertura a la propia experiencia. Y sin apertura tampoco puede existir empatía. En este sentido, la congruencia del terapeuta es lo que limita su capacidad de empatía (Barret-Lennard, 1962. p.4). O, dicho de otra forma: el terapeuta nunca podrá acompañar al cliente más allá de dónde se encuentre él mismo como persona.

1.2.1. Incongruencia

La importancia de la actitud de congruencia queda patente cuando falta, es decir cuando el terapeuta se muestra defensivo e incongruente. En ocasiones, nuestras dificultades personales pueden interferir la libre emergencia de la experiencia del cliente. Los acontecimientos vitales que no hemos sabido afrontar, las necesidades personales que nos surgen a través del curso de la terapia y nuestros propios puntos vulnerables pueden provocarnos sentimientos de amenaza que nos incapaciten para seguir con serenidad ciertas experiencias de nuestros clientes (ver Tiedemann, 1975). No es fácil mostrar empatía con el mundo de experiencias de otra persona cuando los valores del otro son muy diferentes a los nuestros. Tampoco lo es dejar que emerjan sentimientos de impotencia y desesperanza, ni mostrar empatía ante la felicidad intensa, ni manejarlos ante los sentimientos

intensamente negativos o positivos hacia nuestra persona o trabajo. Podemos estar tan ocupados intentando mantener el equilibrio propio ante estos sentimientos de amenaza que impidamos la profundización del cliente en su proceso exploratorio (tanto manteniendo excesiva distancia como perdiéndonos en el otro). Rogers lo explica de la siguiente manera:

“¿Puedo ser suficientemente fuerte como persona como para distinguirme del otro? ¿Puedo respetar firmemente mis propios sentimientos y necesidades, al mismo tiempo que los de la otra persona? ¿Soy dueño de mis sentimientos y, si es necesario, soy capaz de expresarlos como algo que me pertenece y que es diferente de lo que siente el otro? ¿Es mi individualidad lo suficientemente fuerte para no sentirme abatido por su depresión, asustado por su miedo o absorbido por su dependencia? ¿Tengo la suficiente capacidad interna para darme cuenta de que su agresividad no me va a destruir, su necesidad de dependencia no logrará someterme, ni su amor me esclavizará y que tengo una independencia con respecto a la otra persona, con mis propios sentimientos y derechos? Cuando logro sentir con libertad esta capacidad de ser alguien distinto al otro, descubro que puedo comprenderle y aceptarle con mayor profundidad, porque no temo perderme a mí mismo.” (1961, p. 52).

Todo esto significa que, como terapeutas, necesitamos poner límites claros a nuestro ego. Una característica importante para realizar terapias es la de ser firme como una roca (Cluckers, 1989): en ocasiones debemos “sacar las castañas del fuego”, manejarnos entre emociones tormentosas sin ser absorbidos por ellas, mostrarnos constructivos ante el amor y el odio sin recurrir a acting-out, afrontar el orgullo y las críticas que el cliente nos hace, y ser capaces de tolerar las ambivalencias. Poder compartir empáticamente el mundo de la otra persona implica también poder colocar nuestro propio mundo entre paréntesis y arriesgarnos a cambiar personalmente a través del contacto personal con alguien que es diferente de nosotros. Aventuramos en tal “estado sin ego” (Vanaerschot, 1990) es más fácil cuando nos sentimos personas suficientemente individualizadas y con estructura y núcleo personal bien definidos. Finalmente, deseo puntualizar un último aspecto que requiere una cierta potencia por parte del terapeuta: el hecho de que el discurso del cliente puede hacer que el terapeuta tenga que encararse con aspectos poco conscientes de sí mismo. Rombauts relata su experiencia al hacer frente al producto de esta afinidad terapeuta-cliente:

“Debido a esta afinidad, no soy solamente yo el que hace de espejo al cliente (aunque encuentro pobre esta metáfora), sino también el cliente el que me hace de espejo a mí, mostrándome lo que soy, siento y experimento. Aspectos latentes de mí mismo, de los cuales apenas me puedo haber dado cuenta en mi propia vida, resultan tocados y removidos. Como consecuencia, estoy siendo confrontado constantemente, y en consecuen-

cia cuestionado, al hacer terapia. Algo sucede, no sólo en el cliente, sino también en el terapeuta. Somos compañeros de destino, en la vida y en la terapia''. (1984, p. 172).

1.2.2. Congruencia y empatía

Tal como hemos visto, la falta de congruencia socava nuestro trabajo terapéutico. Podemos también ilustrar la importancia de la congruencia desde un ángulo positivo o, al menos, prestar atención a algunos aspectos que no hemos discutido todavía y que tienen mucho que ver con la calidad de nuestras intervenciones empáticas. Un elevado nivel de congruencia ciertamente garantiza el sabor personal de la comunicación empática, de forma que ésta no será experimentada por el cliente como una aplicación artificial de una técnica. Sino que el cliente se encontrará un terapeuta "enraizado" en su propia experiencia y que está, a partir de ésta, tratando de entender su mensaje. El terapeuta no repite escuetamente lo que dice el cliente, sino que traduce a palabras lo que le impacta y le evoca el discurso de éste. Cómo le hace sentir, qué es lo que no entiende y le gustaría entender, etc. Pese a que el terapeuta esté centrado en el mundo experiencial del cliente, la comprensión es siempre algo personal, en el sentido de que sus intervenciones se originan en su propia experiencia, pero siempre a partir de lo que el cliente le dice. En ocasiones (en mi opinión, muy excepcionalmente), esto puede dar como resultado una narración de una experiencia personal del terapeuta, no como forma de llamar la atención sobre sí mismo, sino con el fin de transmitir al cliente su comprensión. Podemos ilustrar esta forma personalizada de empatía con un par de fragmentos de una sesión con "un joven callado", donde Rogers trata de compartir los sentimientos de desesperación y rechazo experimentados por Jim Brown (es interesante observar con especial detalle las intervenciones del terapeuta marcadas con un asterisco).

C: Quisiera escaparme y morir.

T: M-hm, m-hm, m-hm. Ni siquiera quieres irte a algún lado. Tan sólo quieres dejar este lugar para irte a morir a algún rincón, hm?

(silencio de 30 segundos)*T: Creo que me está haciendo mella esta situación, y siento ahora realmente, un sentimiento profundo de que tu... la imagen que me viene es la de un animal herido que solo desea escapar arrastrándose y morir. Me suena que de la forma en que te sientes solo quieres marcharte y desaparecer. Desvanecerte. No existir.
(silencio de un minuto)

C: (casi inaudible) Todo el día de ayer y toda esta mañana he deseado estar muerto. Ayer incluso recé pidiendo morir.

*T: Creo que he comprendido tu situación, que durante un par de días **deseaste** estar muerto y que incluso has rezado por ello. Lo que me impresiona es que como vivir es algo tan horrible para ti, deseas poder

morir.

.....

.....

C: No sirvo para nadie, o no sirvo para nada, así que ¿para qué vivir?

T: M-hm. Sientes que no sirves para ninguna otra persona, así que piensas ¿para qué debería continuar viviendo?

(silencio de 21 segundos)

*T: E intuyo que una parte de esto --aquí voy a intentar adivinar, ya me corregirás si me equivoco-- intuyo que una parte de esta situación es que sientes "He tratado de servir para algo, lo he intentado de verdad, por lo menos en lo que tiene que ver con él. Lo he intentado realmente. Y ahora, si no sirvo para él, si él siente que yo no sirvo, queda comprobado que no sirvo para nadie." ¿Es eso o algo parecido?

C: Bueno, otras personas también me lo han dicho.

T: Sí. M-hm. Entiendo. Así que sientes que si haces caso a lo que dicen otros, no sirves para nada. No sirves para nadie.

(silencio de 3 minutos, 40 segundos)

*T: No sé si esto te va a ayudar o no, pero me gustaría decirte que creo que te entiendo bien, entiendo cómo se siente uno cuando cree que no sirve para nadie, porque me he sentido así yo también. Y sé que es realmente duro. (Comentario: Esta es una intervención muy poco frecuente en mí. Sencillamente, sentía que deseaba compartir mi experiencia con él, hacerle saber que no estaba solo.)

..... (Rogers, 1967b, p. 407-409).

La empatía profunda significa siempre "escuchar con el tercer oído", para el que mantener contacto con los propios niveles de sentimiento profundo e imaginar que uno podría estar en una situación similar son elementos importantes. Rogers (1970) describe cómo fue desarrollando gradualmente más confianza en sus propios niveles de intuición profunda:

"Confío en los sentimientos, palabras, impulsos, fantasías, que emergen en mí. De esta forma, utilizo algo más que mi self consciente, aportando algunas capacidades de mi organismo total. Por ejemplo, en un momento dado me imagino que alguien es una princesa y que le gustaría que todos fuéramos sus súbditos. O siento que alguien es juez además de acusado, y que se está diciendo a sí mismo: soy culpable de todos los cargos."

A veces la intuición es un poco más compleja. Mientras habla un ejecutivo responsable puede acudirme la repentina fantasía del niño que lleva en él, el niño que era tímido, inadecuado, temeroso, el niño que él se esfuerza en negar, del que está avergonzado. Y estoy deseando que lo aprecie y lo proteja. De forma que puedo expresar en voz alta esta fantasía,

no como una verdad, sino como una fantasía propia. A menudo, estas actuaciones aportan gran profundidad en las reacciones y en los insights.’’ (p. 53)

También Gendlin (1967b) describe la forma en que un terapeuta puede empáticamente adivinar, sobre la base de su propio flujo de pensamientos y sentimientos, lo que le está sucediendo al cliente, o puede tratar de evocar el sentimiento en lo que el cliente narra:

“El cliente habla, obteniendo quizá provecho de poder disponer de alguien que le escucha atentamente, pero no dice nada de relevancia terapéutica. Sólo una charla sobre la comida del hospital, los acontecimientos de la semana, el comportamiento de otros, ciertos enfados o tristezas. No hay exploración.

Yo me convierto en el que expresa los sentimientos y significados. Digo: ‘¡Y ellos ni siquiera tuvieron en cuenta lo que tu pensabas!’ , o ‘Me imagino que esto te haría sentir como un inútil’, o ‘Una cosa así me haría sentir rabioso’, o ‘Debe ser triste que él no se preocupe más’, o ‘Naturalmente que no sé, pero me imagino que te gustaría poder enfadarte pero no te atreves’, o ‘Me imagino que llorarías, si es que te dejas llorar’.’ (p. 398)

Estos ejemplos intentan demostrar que congruencia y empatía no están en oposición. Todo lo contrario, la empatía está siempre implícita en la congruencia del terapeuta: la vía de comprensión del otro pasa siempre por nosotros mismos, a través de nuestra afinidad como seres humanos (ver Vanaerschot, 1990). Hasta aquí hemos revisado la importancia de la congruencia en el contexto de la aceptación y la empatía hacia el mundo experiencial del cliente, sin tener en cuenta la interacción en el “aquí y ahora”. Sin embargo, la empatía por lo que está sucediendo entre el cliente y el terapeuta, por el tipo de relación que crean en su influencia sobre el otro, es un aspecto del proceso igualmente importante, y también aquí -quizá de forma especial- la congruencia del terapeuta es crucial. En estas circunstancias, funciona como un “barómetro interaccional” de lo que sucede en la relación. Discutiremos más adelante este aspecto, bajo el encabezamiento “Transparencia”.

1.3. Implicaciones para la formación y práctica profesional

Podemos considerar la madurez personal y las aptitudes clínicas básicas como los instrumentos fundamentales de la terapia centrada en el cliente. A este respecto compartimos los mismos puntos de vista que los psicoanalistas. Así, no nos debería sorprender que, en nuestro aprendizaje se preste atención especial al desarrollo personal de los futuros terapeutas. No estamos proponiendo un aprendizaje directo en congruencia, sino formas indirectas y paulatinas por medio de terapia individual y supervisión, en las que se da tanta importancia a la persona del terapeuta como al proceso del cliente. Personalmente estoy a favor de la participa-

ción en una terapia intensiva de grupo, pues ésta ofrece la oportunidad de observar el propio funcionamiento interpersonal, algo que va a resultar crucial para el trabajo terapéutico (ver también Bolten, 1990). También puede ser muy deseable la terapia individual, además de la grupal, pero no resulta esencial para todos los futuros terapeutas.

La motivación para trabajar en el propio desarrollo personal no debería quedar limitada al período de entrenamiento, sino ser contemplada como una tarea de toda la vida. De forma que parecen muy aconsejables las supervisiones entre compañeros, tanto del propio equipo como de otros. En estas supervisiones es condición básica que exista un ambiente lo suficientemente protegido como para que los participantes puedan correr riesgos personales y aceptar la vulnerabilidad de posturas. En un sentido amplio, los terapeutas debemos cuidarnos especialmente de nosotros mismos, y estar atentos a los primeros síntomas de agotamiento, soledad, alienación, o bloqueo en nuestros problemas personales. Cuando nuestras necesidades sean grandes, quizá no nos quede energía suficiente para situarnos con serenidad delante de un cliente. ¿Qué podemos hacer para evitar estos baches? Podemos cuidar nuestras relaciones personales, reanudar un proceso de terapia antes de que sea demasiado tarde, poner límites a las sobrecargas de trabajo y preservar el suficiente tiempo personal, lo cual, además de las supervisiones nos puede permitir evitar situaciones difíciles. Excepcionalmente también puede ser útil cambiar de fecha alguna sesión con algún cliente. Además, puede ayudarnos la preparación personal antes de una sesión, tal como explica Rombauts:

“Me parece importante interrumpir mis actividades, aunque sea sólo durante unos minutos, antes de iniciar una sesión con un cliente. En esos momentos trato de dejar a un lado mi propio mundo, para que mis ocupaciones y problemas queden en segundo plano. Además, me concentro mentalmente en el cliente, recordando por ejemplo la última sesión, pero también teniéndolo simplemente presente con todo lo que me evoca en recuerdos y sentimientos. Utilizando términos de Gendlin, me permito sentir las sensaciones que viven en mí con respecto al cliente.

De esta forma, trato de aumentar mi receptividad sobre el cliente. Si pese a esta preparación no consigo estar lo suficientemente abierto con respecto al cliente y a mí mismo, aprovecho los primeros momentos de la sesión con este fin. Así podrá existir una interacción: el estado de apertura de mi mundo personal podrá ser el campo donde crezca el contacto con el cliente; pero este contacto, con su involucración terapéutica puede aumentar la calidad de mi apertura a mi propio mundo personal.” (1984, p. 170)

Todo esto nos puede dejar con la idea de que un terapeuta debe ser un “superman”. Sin embargo, no es esto lo que pensaban Rogers y otros terapeutas. Alguien que desea llegar a ser terapeuta tiene que estar preparado para prestar la

suficiente atención a lo largo de la vida a su propio mundo interno y a su forma de relacionarse con otros. Debe ser tenaz. Lo que no significa que no tenga problemas, que en ocasiones pueden ser incluso graves. Lo importante no es evitar estos problemas, sino escudriñarlos, examinarlos y permanecer abierto a la crítica, para observar de qué forma las propias dificultades interfieren con el trabajo terapéutico, y cambiar lo que sea necesario para remediar la situación. Es por ello importante conocer y aceptar los propios límites: no tenemos por qué trabajar con todo tipo de clientes. Podemos intentar ampliar estos límites, pero aprendiendo a conocerlos y aceptarlos, tanto durante nuestro período de aprendizaje como de práctica profesional posterior.

Para finalizar, quisiera mencionar que la literatura de terapia centrada en el cliente se refiere muy poco a las formas concretas en que puede aparecer incongruencia. Al estar orientada hacia el proceso, enfatiza sobre todo los aspectos formales. Podemos observarlo en la definición de incongruencia que presenta Barrett-Lennard:

“Evidencias directas de incongruencia son, por ejemplo, la inconsistencia entre lo que la persona dice y lo que implica con su expresión, gestos y tono de voz. También lo son en menor grado todo lo que indique incomodidad, tensión o ansiedad. Indican que el individuo, en ese momento, no está abierto para darse cuenta de algunos aspectos de su experiencia, que le falta integración y que es, de alguna forma, incongruente.” (1962, p. 4)

Sin embargo, la literatura psicoanalítica sí que recoge gran diversidad de contenidos de estas incongruencias, y sus orígenes psicogénicos, en el tema de “reacciones de contratransferencia”. El lector interesado puede revisar las siguientes publicaciones: Glover, 1955; Groen, 1978; Menninger, 1958; Racker, 1957; Winnicott, 1949.

2. TRANSPARENCIA

2.1. El lugar que ocupa en la evolución de la terapia centrada en el cliente

En el inicio de este artículo he descrito la transparencia como la última barrera a la autenticidad: la comunicación explícita por parte del terapeuta de sus propias experiencias. Debo mencionar aquí, sin embargo, que aún sin la utilización de estas automanifestaciones, el terapeuta centrado en el cliente puede ser suficientemente transparente, y que la distinción entre congruencia y transparencia no debe tomarse en términos absolutos. Nuestro cliente nos llega a conocer a través de todo lo que hacemos o dejamos de hacer, sea de forma verbal o no verbal. Al cliente le resulta fácil conocer cómo es el terapeuta como persona en un tipo de terapia en que la relación de trabajo incluye mucha involucración personal. No podemos funcionar como una pantalla en blanco. Cada terapeuta evoca diferentes sentimientos en sus clientes, y éste es quizá un elemento importante en el éxito o

fracaso de la terapia, un elemento que está por encima de métodos e intervenciones concretas. Lo importante es que el cliente encuentre un terapeuta cuya personalidad y forma de “estar en el mundo” le permitan moverse precisamente al nivel en que se encuentra su problemática. Tenemos poco control de este aspecto de la terapia, y la investigación sobre tratamiento nos ha dado poca información útil sobre este punto.

En cuanto a las intervenciones auto-referenciales del terapeuta, es curioso saber que fueron introducidas y aceptadas a regañadientes en la evolución de la terapia centrada en el cliente, cosa que no debiera sorprendernos, pues uno de sus elementos nucleares de este tipo de terapia es que trabaja dentro del marco de referencia del cliente. Sin embargo, entre 1955 y 1962, este principio se flexibilizó. La terapia centrada en el cliente evolucionó de “no-directiva” a “experiencial”, y este cambio permitió al terapeuta aportar elementos de su marco de referencia, paralelamente a seguir el curso de la experiencia del cliente (Gendlin, 1970). Este fue el contexto en que se aceptaron intervenciones auto-expresivas. Estamos hablando aquí de intervenciones en que el terapeuta habla desde su marco de referencia, como sucede por ejemplo en las interpretaciones, confrontaciones y propuestas de utilización de técnicas determinadas. La expresión de sentimientos personales, que había estado restringida a momentos de extrema necesidad cuando el terapeuta no podía aceptar una situación o empatizar con el cliente, también evolucionó gradualmente hasta incluir muchos casos en que se consideraba que resultaba conveniente para profundizar en el proceso terapéutico. Lo que el terapeuta experimenta en contacto con su cliente se considera ahora un material importante, que puede resultar útil para la que el cliente pueda explorar sus patrones de relación (existe un extenso análisis de la evolución de Rogers en este aspecto en Van Balen, 1990). De forma general, Rogers atribuyó una función modelante a esta transparencia del terapeuta.

“No es fácil para un cliente, ni para ningún ser humano, compartir los sentimientos más profundos, encubiertos y problemáticos con otra persona. Y para alguien que sufre un trastorno aún lo es más. La transparencia del terapeuta es uno de los elementos de la relación que facilitan a la persona correr este riesgo.” (1966, p. 185-186)

En esta evolución parecen haber tomado parte tres factores. El primero de ellos fue el trabajo con esquizofrénicos (1958-1964). Con este tipo de pacientes, la clásica reflexión de sentimientos se quedaba corta. En muchas ocasiones porque había poco que reflejar. En su intento de establecer contacto, los terapeutas centrados en el cliente aprendieron a utilizar sus propios sentimientos como procedimiento alternativo:

“Cuando el cliente no expresa, no por ello el terapeuta se queda en blanco. En esas situaciones el terapeuta puede experimentar muchos sentimientos, la mayor parte con respecto al cliente y su momento actual.

No es preciso esperar a que el cliente exprese algo íntimo o con relevancia para la terapia. En lugar de esperar, puede escoger algo de su experiencia actual, que funciona así como “reserva” permanente, que pueda ser capaz de iniciar o profundizar una interacción terapéutica incluso con una persona silenciosa y poco motivada.” (Gendlin, 1967a, p. 121)

El segundo factor lo constituyó el contacto con algunos terapeutas existenciales, como Rollo May y Carl Whitaker, que expresaron críticas a ciertas actitudes pasivas de terapeutas centrados en el cliente, como la de colocarse en seguimiento del cliente como alter egos, pero mostrarse muy poco como personas reales con identidad personal propia. Whitaker realizó los siguientes comentarios tras observar algunos fragmentos de terapia centrada en el cliente con esquizofrénicos: “Era como si dos personas existieran en un microcosmos común, en algún tipo de cámara de aislamiento, como dos gemelos en el útero. Estas entrevistas provocan gran intensidad en ambos participantes, pero sólo se somete a discusión la vida del paciente. De forma que uno llega a pensar que sólo existe un self, el del paciente. Es como si el terapeuta se convirtiera artificialmente en una miniatura. A veces de forma tan dramática que siento que desaparece. Este punto contrasta mucho con nuestra forma de hacer terapia, en la que están presentes dos personas, de forma bastante específica, y en que el proceso terapéutico requiere la interacción abierta de estos dos individuos y el uso de la experiencia de los dos para el crecimiento del paciente.” (Rogers et al. 1967b, p. 517).

Este “deseo de darse a conocer” (Barret-Lennard, 1962, p. 5), que encontró su camino hasta la praxis terapéutica individual, emergió con más fuerza (incluso con demasiada fuerza) en el movimiento de grupos de encuentro de los años sesenta y setenta (Rogers, 1970, p. 52-55). La dinámica de grupos, con su énfasis en el “feedback en el aquí y ahora” tuvo ciertamente que ver con este proceso de auto-expresión por parte del terapeuta individual. Estas influencias han hecho más interactiva a la terapia centrada en el cliente, con un terapeuta que no funciona únicamente como alter ego, sino también como polo independiente de interacción, que en ocasiones, expresa al cliente sus propios sentimientos acerca de la situación. Como resultado de esta transparencia el proceso se convierte más en un diálogo, un encuentro yo-tú (Buber & Rogers, 1957, en Kirschenbaum & Henderson, 1989; Van Balen, 1990, p. 35-38).

En este tipo de auténtico encuentro se dan momentos en que el terapeuta casi abandona su rol profesional y toma contacto con el cliente de forma personal y profundamente humana. Según Yalom, estos “incidentes cruciales” se constituyen a menudo como puntos de cambio de dirección de una terapia. Yalom cree que son poco mencionados en la literatura psiquiátrica por tener mala fama, o por miedo a ser criticados; son poco comentados en la formación de profesionales por no encajar en la “doctrina” o por miedo a su utilización exagerada. Voy a citar un par de ejemplos de Yalom (1980, p. 402-403):

“Una paciente, durante el curso de la terapia, comenzó a manifestar síntomas compatibles con estar sufriendo un cáncer. Mientras la paciente esperaba los resultados de las pruebas de laboratorio (que dieron un resultado negativo) experimentó una breve crisis psicótica y el terapeuta la mantuvo abrazada mientras lloraba, como se abraza a un niño.”

“Durante varias sesiones, un paciente había estado atacando personalmente al terapeuta y cuestionándole sus habilidades profesionales. El terapeuta comenzó a aporrear la mesa con el puño y finalmente bramó: Maldita sea, mira...por qué no cortas ya tu diarrea verbal, te pones de una vez a trabajar para intentar entenderte a ti mismo, y paras de meterte conmigo. Cualquier fallo que haya cometido, y cometo muchos, no tiene nada que ver con tus problemas. Yo también soy un ser humano y hoy he tenido un mal día.”

2.2. Transferencia y transparencia

En la terapia centrada en el cliente el trabajo con la transferencia no está considerado un proceso nuclear. La relación terapéutica no está estructurada de forma que maximice la regresión. Más bien seguimos un modelo orto-pedagógico, en el que se estimula desde el principio el crecimiento, y en que se enfatizan los aspectos reales de la relación. John Shlien aún va más lejos, al decir que la transferencia es “una ficción, inventada y mantenida por terapeutas, para protegerse a sí mismos de las consecuencias de su propio comportamiento” (Shlien, 1987, p. 15). Pero, de acuerdo con las personas que han revisado este artículo y terapeutas como Pfeiffer (1987) y Van Balen (1984), creo que existe transferencia. Gendlin lo expresa de la siguiente manera:

“Si el cliente es una persona que sufre un trastorno, posiblemente no pueda evitar crear dificultades en otra persona con la que entra en relación próxima. Posiblemente no pueda quedarse con sus problemas únicamente para sí mismo, mientras se relaciona de forma íntima con el terapeuta. Necesariamente el terapeuta experimentará su propia versión de estas dificultades, giros y “enganches”. Y solamente si éstos ocurren puede ir evolucionando la interacción y ser terapéutica para el cliente.” (Gendlin, 1968, p. 222)

También en la terapia centrada en el cliente, éste repite su pasado en la relación con el terapeuta. Pero la forma en que se maneje esta repetición es en parte diferente a la que se utiliza en la orientación psicoanalítica. En primer lugar, porque existe el convencimiento de que ciertas reacciones transferenciales, que podemos considerar medidas de seguridad que el cliente utiliza, se van disolviendo gradualmente sin necesidad de trabajo explícito, por medio del efecto beneficioso de una buena alianza terapéutica. En segundo lugar, porque la terapia centrada en el cliente no establece reglas de prioridad para trabajar con los problemas que surgen en el aquí-y-ahora de la relación con el terapeuta. El criterio

para profundizar en una exploración de un problema es, según Rice, la intensidad que posee y no si esta experiencia se localiza en el triángulo aquí- en todas partes- en el pasado:

“Vale la pena explorar cualquier experiencia. Ni el presente ni el pasado tienen prioridad. Esta dependerá de la intensidad con la que el cliente recuerde la experiencia. Cuanto más viveza haya en la rememoración, más posibilidades hay de que sea importante emocionalmente para el cliente. El procesamiento más adecuado de cualquier experiencia debería conducir a respuestas más adaptativas en una amplia gama de situaciones específicas.” (1974, p. 303)

Desde el punto de vista de Rice, el trabajo en el aquí-y-ahora con las reacciones transferenciales no es un deber sino una posibilidad. Creo personalmente que es un sub-proceso importante que se pone en evidencia sobre todo en terapias de larga duración. ¿Qué rol debe ocupar la transparencia del terapeuta cuando aparecen reacciones transferenciales en la terapia centrada en el cliente? Ahí van algunas reflexiones.

El énfasis se coloca en la experiencia emocional y no en trabajar hasta llegar al “insight”, que consiste en reconocer y entender cómo distorsiona el cliente al terapeuta y se relaciona con el de forma ligada a sus estructuras:

“No es suficiente que el paciente repita con el terapeuta sus sentimientos y formas inadecuadas de establecer relaciones interpersonales. Pues, de todos modos las va repetir, según se dice, con todas las relaciones que tenga en la vida. De forma que la mera repetición, aunque sea un revivir concreto, no resuelve nada. De alguna forma, con el terapeuta el paciente no repite únicamente: profundiza en su repetición. No sólo revive, sino que va más allá, si llega a resolver su problema de forma experiencial.” Gendlin, 1968, p. 222)

Este “vivir más allá” requiere en ocasiones algo más que una benevolencia neutral (Wachtel, 1987). Requiere que el terapeuta no esté únicamente presente como una pantalla en blanco, sino que además de sus intervenciones empáticas, maneje de forma transparente, en el momento justo, la situación de interacción entre ambos, y exprese su versión de la interacción. De esta forma, cuestionará la imagen que el cliente tiene de él, colocando su propia experiencia como contraste. El terapeuta puede dar “feedback” al cliente sobre como ve la forma en que este último le está tratando y sobre los sentimientos que este trato evoca en él. Si es necesario, puede llegar a explicitar sus propios límites: el cliente puede discutir sobre cualquier cosa, pero no puede hacer cualquier cosa. Para poder realizar de forma correcta este trabajo interaccional, un terapeuta debe prestar especial atención a lo que sucede entre su cliente y él, al aspecto relacional de la comunicación; y debería estar en contacto con lo que “le hace” el cliente. En palabras de Yalom, los sentimientos en el aquí-y-ahora deberían ser considerados

por el terapeuta “de la misma forma en que un microbiólogo se relaciona con su microscopio” (1975, p. 149). También encontramos este punto de vista en la rama humanista de la escuela analítica freudiana, donde no se considera la contratransferencia como una “rotura del espejo” sino como una ayuda para el trabajo analítico (Corveleyn, 1989; Wachtel, 1987). Podemos ver aquí una relación con el enfoque interaccional, propuesto por Kiesler (1982), y van Kessel y van der Linden (1991).

2.3. Sugerencias para la práctica

¿Qué puede revelar un terapeuta y qué no? Y, ¿en qué momento es preferible hacerlo? Rogers despacha este asunto, quizá sabiamente, con una respuesta muy general: “... cuando sea apropiado” (1962, p. 417). Wachtel, un psicoanalista, también escribe sobre el tema de forma similar: “Desearía que existieran reglas concretas y de rápida ejecución para saber cuando son útiles las auto-revelaciones. Pero, desafortunadamente, no existen...” (1987, p. 183). Se no remite, pues, a nuestro ojo clínico y sentido común. Esto no significa, sin embargo, que no existan algunos criterios. Existe un criterio básico que siempre recae en la siguiente pregunta: ¿Va a ser útil nuestra auto-revelación para el proceso de crecimiento del cliente? (Yalom, 1980, p. 414) ¿Puede nuestro cliente utilizar e integrar esta información? En otras palabras, aquí estamos hablando de transparencia con responsabilidad, lo que de entrada incluye importantes restricciones. Como terapeutas debemos tener en mente lo que no ayuda al cliente, que no es poco. Yalom ilustra este principio básico con un relato acerca de dos famosos sanadores, extraído de una obra de Herman Hesse.

“Joseph, uno de los sanadores, afligido por dudas y sentimientos de desvalorización, inicia un largo viaje en busca de la ayuda de su rival, Dion. En un oasis, Joseph cuenta sus penas a un extraño, que resulta ser Dion; y acepta la invitación de éste para acompañarle a su casa en el doble rol de paciente y criado. Al cabo de un tiempo, Joseph recupera la serenidad, el entusiasmo y las capacidades perdidas, y se convierte en amigo y colega de su maestro. Tras muchos años, Dion yace en su lecho de muerte y revela a Joseph que cuando le encontró en el oasis, él, Dion, había llegado a un estado similar al suyo, y estaba en camino para pedir la ayuda de Joseph.” (Yalom 1975, p. 215)

Siguiendo esta guía que prioriza el crecimiento del cliente, el terapeuta puede mencionar excepcionalmente hechos de su vida personal. Pero “excepcionalmente” no significa “nunca”. Como ya he dicho, un terapeuta puede revelar cosas de sí mismo como forma de mostrar empatía. También cuando algún acontecimiento de su vida afecta de forma considerable a su trabajo terapéutico (como, por ejemplo, la muerte de una persona querida) puede ser recomendable mencionarlo. ¿Qué hacer cuando el cliente nos pregunta sobre nuestra filosofía, nuestro estilo de

vida o nuestros valores? Obviamente debiéramos ser cuidadosos y explorar, con el cliente, el significado de esta pregunta. En la mayor parte de los casos, el cliente no está realmente interesado en el terapeuta, sino que estas preguntas pueden tener que ver con la búsqueda de solución de un problema personal, o con un contexto relacional específico. Debemos enfocar nuestra atención en ese sentido. Los terapeutas centrados en el cliente se abstienen de ofrecer “testimonios personales”, por una buena razón, según mi opinión, y es que el cliente debe encontrar su propio camino. Pero una cosa no excluye la otra. No debemos olvidar que los clientes a menudo obtienen indicios indirectos de la forma en que vivimos nuestras vidas, y que no podemos escapar totalmente de un rol modelador, que no es incorrecto en sí mismo, o al menos no lo es si ayudamos al cliente a independizarse de él. Si tenemos éxito en ello, el cliente llega gradualmente a considerar a su terapeuta como a un “compañero de peregrinación” (Yalom, 1980, p. 407), con el que clarificar sus propias elecciones. Esto sucede hacia el fin de la terapia, por ejemplo en la llamada fase existencial (Swildens, 1988, p. 54), en la que el cliente ha alcanzado el punto de poder escoger libremente.

Como hemos visto, la auto-revelación tiene poco que ver con el pasado personal y la vida actual del terapeuta. Pero, entonces...¿qué es lo que el terapeuta puede revelar? La respuesta es obvia: sus sentimientos hacia el cliente en el aquí-y-ahora, hacia lo que sucede en la sesión entre ambos. En esto el terapeuta actúa con moderación. Sólo cuentan los sentimientos persistentes y, además, primero se ha de considerar si es el momento adecuado. Existen problemas de “timing”: ¿Hay posibilidades porque el cliente parece lo suficientemente receptivo como para expresarle la forma en que yo veo la situación o hay otras tareas prioritarias? En ocasiones, la relación aún no ha adquirido suficiente seguridad y solidez, y debemos trabajar antes para que las adquiera. En momentos de gran vulnerabilidad quizá lo único necesario sea el acercamiento empático. Algunas veces el cliente necesita primero tener oportunidad de expresar sus sentimientos hacia la figura simbólica del terapeuta, sin ser frenado inmediatamente con una confrontación con la “realidad” de cómo el terapeuta experimenta la situación...pero, ocasionalmente, la forma en que el terapeuta experimenta la interacción puede ser un ingrediente fructífero para profundizar en el proceso.

Además de la cuestión de lo que puede ser dicho y en qué momento, existe el tema de cómo comunicar nuestras experiencias de la forma más constructiva posible. Existen algunas lecturas recomendables desde el punto de vista de la terapia centrada en el cliente: Boukydis, 1979; Carkhuff & Berenson, 1977; Depestele, 1989, p. 63-69; Gendlin, 1967b; Gendlin, 1968 p. 220-225; Kiesler, 1982; Rogers, 1970, p. 53-57. Todas ellas ilustran la importancia de que las intervenciones auto-expresivas del terapeuta vayan apoyadas por actitudes básicas. El vínculo con la congruencia es obvio: el sentimiento por lo que está sucediendo en la relación, ese barómetro interaccional debe funcionar correcta-

mente. Ello presupone estar en contacto con el propio fluir de la experiencia y con los significados que pueda contener, percatarse de cómo puede estar contribuyendo uno a las dificultades que surgen en la relación y, cuando así se requiera, la suficiente apertura para afrontar la cuestión (y así evitar batallas sobre quien tiene razón) y ser capaz de comunicar la propia experiencia de forma compatible con el proceso, en toda su complejidad y variabilidad. Como ejemplo de este último punto, Rogers describe la forma en que un terapeuta puede comunicar su aburrimiento:

“Mi sentimiento existe en el contexto de un flujo complejo y cambiante que también necesita ser comunicado. Quisiera compartir con el cliente mi malestar de sentirme aburrido, y también mi malestar en tener que expresarlo. Mientras lo hago, me doy cuenta de que mi aburrimiento surge del sentimiento de encontrarme a gran distancia de él y de que me gustaría estar en contacto más cercano; pero en cuanto lo hago, mis sentimientos cambian. No estoy aburrido, y espero con inquietud, y quizá con un poco de aprensión, su respuesta. También observo una nueva sensibilidad hacia él, ahora que he compartido este sentimiento que constituía una barrera entre nosotros. Soy mucho más capaz de escuchar su sorpresa, o quizá su dolor, en su voz, mientras se encuentra que habla de forma más auténtica, gracias a haber osado ser real con él.” (1966, p. 185)

Las confrontaciones auto-expresivas están vinculadas a la confianza positiva incondicional, pues son más efectivas si se realizan enmarcadas en ella, y se comunican expresando una profunda implicación con la persona del cliente. En consecuencia, es importante que el terapeuta no deje que los sentimientos negativos se vayan acumulando. En su expresión, ha de quedar bien claro que se refieren a un comportamiento específico del cliente y no al cliente como persona. Por tanto, el feedback del terapeuta ha de ser tan explícito y preciso como sea posible y explicar cómo fue tomando forma el sentimiento y de qué forma concreta la interacción del cliente ha ido generándolos. Y, lo que es aún quizá más importante, el terapeuta debe permanecer focalizado e incluir en su comunicación las tendencias positivas vitales que subyacen al trastorno de comportamiento del cliente y a sus sentimientos negativos. En el ejemplo de Rogers, éste comunica la razón de su aburrimiento junto con su deseo de un mayor contacto con el cliente. Cuando demos feedback a un cliente de un comportamiento que nos irrita hemos de intentar tomar contacto con las necesidades e intenciones positivas que subyacen a este comportamiento, e incluirlas en nuestro discurso. Gendlin aporta un ejemplo útil en este punto, con respecto al tema de fijación de límites:

“Por ejemplo, es posible que le diga a un paciente que no me toque o agarre. Frenaré así al paciente pero, con las mismas palabras y gestos, intentaré responder positivamente al deseo de intimidad y relación física que estos actos implican. Estableceré contacto personal con mi mano, al

mismo tiempo que alejo al paciente, contactaré con su mirada, y le explicaré que el contacto físico es positivo y que lo agradezco, pero que no puedo permitirlo.” (1967b, p. 397)

Finalmente, debemos prestar atención a mantener el proceso suficientemente centrado en el cliente, y no realizar nuestras auto-expresiones como imposiciones. Existen dos reglas de comunicación que puede ser interesante recordar. La primera de ellas, expresada por Rogers, consiste en dar mensajes en primera persona, en lugar de hablar del otro: el terapeuta debe indicar claramente que es él la fuente de la experiencia y que trata de comunicar lo que él siente, en lugar de realizar juicios evaluativos del cliente. No le dirá, por ejemplo al cliente: “Eres intrusivo...” sino “Cuando llamaste por segunda vez esta semana, me sentí presionado...”. La segunda regla de comunicación consiste, en palabras de Gendlin, en “comprobar siempre” o en “apertura a lo que suceda después”: tras cada intervención, y especialmente tras la que vienen originadas en nuestro propio marco de referencia, volver a conectar con el flujo de experiencia del cliente y continuar desde él. Todas estas sugerencias intentan dejar claro que la revelación constructiva está muy lejos de ser un “acting-out”. Más bien constituyen una forma de “espontaneidad disciplinada” que, junto a la empatía, constituye una segunda opción para que el cliente pueda evolucionar hacia un tipo de vida con mayor profundidad, dentro y fuera de la terapia, hacia formas nuevas y más satisfactorias de relacionarse consigo mismo y con los demás. Podemos, naturalmente, cometer errores en nuestras auto-revelaciones, sobre todo si las realizamos sin excesivo cuidado, pero constituiría también una omisión dejar de lado esta reserva importante de información sobre la relación terapéutica: una omisión que podría conducir a una reducción substancial de la calidad de la relación terapéutica.

El artículo desarrolla los conceptos de congruencia y transparencia en la relación terapéutica, desde una óptica fundamentalmente rogeriana y postrogeriana, prestando particular atención a uno de los temas que más se han debatido últimamente, como es el de la auto-revelación. Se relacionan igualmente estos conceptos con los de transferencia psicoanalítica y se sacan sugerencias para la práctica y la formación de terapeutas.

Traducción: Ignacio Preciado

Referencias bibliográficas

- BARRET-LENNARD, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, (43, whole No. 562).
- BOLTEN, M.P. (1990). Opleidingstherapie en de plaats van groepen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, 60-68.

- BOUKYDIS, K.N. (1979). Caring and comforting. *Voices. The Art and Science of Psychotherapy*, 15, 31-34.
- BOZART, J.D. (1984). Beyond reflection: Emergent modes of empathy. In R.F. Levant & J.M. Shilen (Eds.), *Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice* (pp. 59-75). New York: Praeger.
- BUBER, M. ROGERS, C.R. (1957). Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. In H. Kirschenbaum & V.L. Anderson (1989), *Carl Rogers: Dialogues* (pp. 41-63). Boston: Houghton Mifflin.
- CARKHUFF, R.R. & BERENSON B.G. (1977). In search of an honest experience: Confrontation in counseling and life. In R.R. Carkhuff & B.G. Berenson, *Beyond Counseling and Therapy* (pp. 198-213). New York: Holt, Reinhart & Winston.
- CLUCKERS, G. (1989). Containment in the therapeutische relatie: de therapeut als drager en zingever. In H. Vertommen, G. Cluckers, & G. Lietaer (Eds.), *De relatie in therapie*, (pp. 49-64). Leuven: University Press Leuven.
- CORVELEYN, J. (1989). Over tegenoverdracht gesproken: hinderpaal of hulpmiddel. In H. Vertommen, G. Cluckers, & G. Lietaer (Eds.), *De relatie in therapie* (pp. 103-119). Leuven: Universitaire Press Leuven.
- DEPESTELE, F. (1989). Experimentële psychotherapie: een stap in de praktijk. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 19, 1-15 en 60-81.
- GENDLIN, E.T. (1967a). Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics. In C.R. Rogers & B Stevens, *Person to person* (pp. 119-128). Lafayette, Ca: Real People Press.
- GENDLIN, E.T. (1967b). Therapeutic procedure in dealing with schizophrenics. In C. Rogers et al. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 369-400). Madison: University of Wisconsin Press.
- GENDLIN, E.T. (1968). The experiential response. In E.F. Hammer (Ed.). *Use of interpretation in therapy: technique and art* (pp. 208-227), New York: Grune & Stratton.
- GLENDIN E.T. (1970). A Short summary and some long predictions. In J.T. Hart & T.M. Tomlison (Eds.), *New directions in client-centered therapy*, (pp. 544-562). Boston: Houghton Mifflin.
- GLOVER, E. (1955), *The technique of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- GROEN, J. (1978). Spiegels en schaduwen van de analyticus. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 19-27.
- KIESLER, D.J. (1982). Confronting the client-therapist relationship in psychotherapy. In J.C. Anchin & D.J. Kiesler, *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 274-295). New York: Pergamon.
- KINGET, M. (1959). Deel I. Algemene presentatie. In C.R. Rogers & M. Kinget. *Psychotherapie en menselijke verhoudingen* (pp. 11-171). Utrecht/Antwerpen: Spectrum & Standaard.
- LIETAER, G. ROMBAUTS, J. & VAN BALEN, R. (Eds.) (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Leuven University Press.
- MCCONNAUGHY, E.A. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy*, 24, 303-314.
- MENNINGER, K.A. (1958). Transference and countertransference. In K.A. Manninger, *Theory of Psychoanalytic technique* (pp. 77-98). New York: Basic Books.
- PFEIFFER, W.M. (1987). Uebertragung und Realbeziehung in der Sicht klientenzentrierter Psychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 6, 347-352.
- RACKER, H. (1957). The meaning and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- RICE, L.N. (1974). The evocative function of the therapist. In D.A. Wexler & L.N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311), New York: Wiley.
- ROGERS, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 97-103.
- ROGERS, C.R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C.R. (1962). The interpersonal relationship: The core of Guidance. *Harvard Educational Review*, 32, 416-429.
- ROGERS, C.R. (1966). Client-centered therapy. In S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry* (vol. 3, pp. 183-200). New York: Basic Books.
- ROGERS, C.R. (1967a). Some learnings from a study of psychotherapy with schizophrenics. In C.R. Rogers & B. Stevens, *Person to person*, (pp. 181-191). Lafayette, Ca: Real People Press.
- ROGERS, C.R. (1967b). A silent young man. In C.R. Rogers et al. (Eds.). (1967a), *o.c* (pp. 401-416).
- ROGERS, C.R. (1970). *On encounter groups*. New York: Harper & Row.
- ROGERS, C.R. (1986). Carl Rogers's column: Reflection of feelings. *Person-centered Review*, 1, 375-377.

- ROGERS,C.R. et al. (Eds.) (1967a). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- ROGERS,C.R. et al. (1967b). A dialogue between therapists. In C.R. Rogers et al. (Eds.). (1967a), *o.c.* (pp. 507-520).
- ROMBAUTS,J. (1984). Empathie: actieve ontvankelijkheid. In G. Lietaer, Ph. van Praag, & J.C.A.G. Swildens (Eds.), *Client-centered psychotherapie in beweging* (pp. 167-176). Leuven: Acco.
- SHLIEN,J. (1987). A countertheory of transference. *Person-centered Review*, 2, 15-49. (comments: 153-202/455-475).
- SWILDENS,H. (1988). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Inleiding tot een gedifferentieerde toepassing van de cliëntgerichte beginselen bij de behandeling van psychische stoornissen. Leuven, Amersfoort: Acco/De Horstink.
- TIEDEMANN,J. (1975). Angst in de therapeutische relatie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 167-171.
- VANAERSCHOT,G. (1990). The process of empathy: Holding and letting go. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *o.c.* (pp. 269-293).
- VAN BALEN,R. (1984). Overdracht in client-centered therapie. Een eerste literatuurverkenning. In G. Lietaer, Ph. H. van Praag, & J.C.A.G. Swildens (Eds.), *Client-centered psychotherapie in beweging* (pp. 207-226). Leuven: Acco.
- VAN BALEN,R. (1990). De therapeutic relationship according to Carl Rogers: Only a climate? A dialogue? Or both?. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *o.c.* (pp. 65-86).
- VAN KESSEL,W. & VAN der LINDEN,P. (1991). De hier-en-nu relatie met de therapeut: de interaktionale benadering. In J.C.A.G. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer, & R. Van Balen (Eds.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering*. Amersfoort/Leuven: Acco.
- WINNICOTT,D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- WACHTEL,P.L. (1979). Contingent and non-contingent therapist response. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 30-35.
- WACHTEL,P.L. (1987). You can't go far in neutral: On the limits of therapeutic neutrality. In P.L. Wachtel, *Action and insight*, (pp.1976-184). New York: Guilford.
- YALOM,I.D. (1975). *Theory and Practice of group psychotherapy*. (Rev.ed.). New York: Basic Books.
- YALOM,I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.



LA RELACION TERAPEUTICA EN UNA OPTICA SISTEMICA. CONSIDERACIONES EPISTEMOLOGICAS SOBRE UN DEBATE ACTUAL

Luigi Onnis

Instituto de Psiquiatría de la Universidad "La Sapienza" de Roma

Walther Galluzzo

Centro-Estudio de Terapia Familiar y Relacional, Roma.

Authors underline that the therapeutic relationship problem in a systems perspective fits in today with the important epistemological renewal which involves the systemic field. After examining the basic aspects of this renewal process, authors particularly dwell on the observer/observed problem in the therapeutic relationship. They criticize the extrem tendencies of some theories (the so called "radical constructivism"), that risk to close observer/therapist in a solipsistic subjectivity, and instead they propose a "co-constructivistic" view, that mountains the cognitive and emotional cooperation between the therapist and the observed system in construing the therapeutic reality, and keeps, in the same time the complexity of the therapeutic relationship.

El problema de la relación terapéutica, ya de por sí tan intrincado y complejo para cualquier tipo de psicoterapia, encuentra hoy una particular dificultad de definición en el campo sistémico, a causa de la profunda revisión conceptual que este campo está atravesando.

Se trata de una revisión extremadamente fecunda que nace del encuentro de la teoría sistémica con los paradigmas evolutivos por un lado y con la óptica de la complejidad por el otro; pero, como todos los procesos de renovación que se llevan a cabo, éste se halla todavía muy lejos de haber encontrado puntos de apoyo estables.

El discurso sistémico, incluyendo los aspectos relativos a la relación terapéutica, está atravesando una saludable fase de búsqueda en la que empiezan a entreverse nuevas y útiles indicaciones, pero en la que continúan dándose también ambivalencias y equívocos, ligados unos al excesivo extremismo o abstracción de conceptos (por ej., del llamado "constructivismo radical") que, aunque estimulan-

tes desde el punto de vista teórico, son, sin embargo, escasamente utilizables en el plano práctico-clínico; conectados otros a la utilización de criterios, que transferidos desde campos ajenos a la psicoterapia, corren el riesgo de simplificar la cuestión si se aplican a los sistemas interpersonales (como por ejemplo, el concepto de "clausura organizativa" de los sistemas biológicos según Maturana y Varela, 1985).

Por tales motivos nos limitaremos, en este artículo, a aportar algunas contribuciones a un debate todavía abierto, exponiendo problemas más que formular soluciones.

Tocaremos en particular un aspecto que nos parece básico en la discusión actual: el problema de la relación entre observador y observado en el ámbito de la relación terapéutica, centrándonos en el concepto de "autorreferencialidad" del sistema terapéutico. Nos parece sin embargo oportuno anteponer a estos aspectos específicos de la relación terapéutica, una breve síntesis abarcadora del proceso de renovación teórico-práctico que se da hoy en el campo sistémico.

DESARROLLOS RECIENTES DEL MODELO SISTEMICO

Los pasos fundamentales que caracterizan la revisión de la epistemología sistémica actualmente en curso (Ver también Onnis, 1988), son fundamentalmente los siguientes:

- * El paso de un modelo homeostático a un modelo evolutivo.
- * El paso de una evaluación del sistema como mera totalidad "holística" interactiva, a una revalorización de la especificidad y de la subjetividad individual.
- * El paso de un modelo de los sistemas "observados" a un modelo de los sistemas "observantes" o "auto-observantes".

Veamos más de cerca estos diferentes aspectos muy estrechamente conectados, por otra parte, entre sí.

El paso de un modelo homeostático a un modelo evolutivo ha representado un salto muy importante en la conceptualización sistémica. Ha permitido superar la visión de un sistema limitado a la mera conservación autorregulativa de la propia estabilidad, y valorar, en cambio, los aspectos evolutivos, las potencialidades de desarrollo, de crecimiento, de cambio, en una concepción, ampliamente influida, entre otros, por Prigogine (1981-1982) y por su "termodinámica del no-equilibrio", en la que el mismo equilibrio sistémico es un fenómeno permanentemente dinámico. Ha reintroducido en el sistema la dimensión del tiempo restituyéndole la pertenencia a una Historia, y recuperando el valor del pasado, no en el retorno a una concepción causalística, es decir en el sentido que el pasado "causa" el presente, sino en el sentido de que el pasado "está" en el presente y continúa viviendo en el presente. Ha desplazado la atención desde la pragmática de la interacción presente en el "aquí y ahora", y desde su redundancia, a la búsqueda de significados, intenciones, objetivos, comenzando a abrir (o al menos, a intentarlo),

aquella "caja negra", juzgada anteriormente como irrelevante. Finalmente, y esto es sin duda uno de los aspectos más importantes, ha modificado el sentido mismo que se atribuye a la patología: si en una concepción homeostática el síntoma era considerado como manifestación orientada principalmente a mantener la rigidez homeostática del sistema, y por tanto, expresión y refuerzo de la patología, en una concepción evolutiva, por el contrario, el síntoma se convierte, más bien, en el punto de máxima inestabilidad del sistema mismo que, aunque con el sufrimiento y la incertidumbre que le acompañan, puede llevar el sistema hacia niveles más maduros de desarrollo, favoreciendo su evolución hacia nuevos estados potenciales y, con ello, también la relación terapéutica.

Por otra parte, el interés del que se hablaba más arriba, por la "motivación", los "significados" o los "objetivos" lleva necesariamente a un primer plano el "sujeto", es decir, el individuo.

"Nos hemos dado cuenta --dice Selvini (1988)-- que hemos pasado del reduccionismo psicoanalítico que separaba al elemento singular de sus interacciones, al reduccionismo holístico que aislaba el sistema "familia" de cada uno de los miembros que la componen individualmente." No es casual que se valoren conceptos en los que los aspectos interactivos de la relación se asocian a vivencias emotivas individuales (algunos de estos conceptos como el de "lealtades invisibles" de Boszormenyi-Nagi, 1988 o de la "delegación familiar" de Stierlin, 1981, o de la "individuación" de Bowen, 1979 o del "mito familiar" no son nuevos, sino que en esta fase son recuperados plenamente).

El tercer pasaje, que va desde el modelo de los sistemas "observados" al modelo de los sistemas "observantes", se relaciona también con la aparición de otro tipo de "subjetividad", la del terapeuta, y con la necesidad de que éste se reintegre, a todos los efectos, en el propio campo de observación, el sistema a tratar, constituyendo, según una definición de naturaleza constructivista, un sistema terapéutico "auto-observante". Pero de este aspecto, que hace referencia específicamente a la relación terapéutica, nos ocuparemos más adelante. Queremos, sin embargo, todavía subrayar que este cambio conceptual, correspondiente a un proceso de mayor complejificación de la teoría, no se efectúa sin consecuencias para la práctica terapéutica. El "hacer terapia" se está convirtiendo, de este modo, en algo cada vez más complejo, si bien el abismo entre la riqueza de reflexiones epistemológicas y cuanto de ellas se deriva para la práctica terapéutica es todavía muy profundo.

Se están llevando a cabo, sin embargo, intentos importantes en este sentido. Nos referimos a los intereses por la historia familiar a través una evaluación del proceso patológico como proceso plurigeneracional (Framo, 1978, 1982; Bowen, 1979; Andolfi & Angelo, 1987), a las intervenciones en las crisis y en el síntoma, vistos como aspectos evolutivos del sistema (Elkaim & col., 1980; Kaufmann & col., 1981; Onnis, 1988a, 1988b). Nos referimos a la búsqueda de los elementos

históricos y comunicativos que representan las características específicas del sistema, a las que Elkaim (1983) llama "singularidades" y que son como huellas, para usar la terminología de Prigogine, de "fluctuación" amplificables en función del cambio terapéutico. Nos referimos, también, a la detección de los mitos familiares, como conjuntos cohesionados de creencias y de valores compartidos por la familia, y a las tentativas de correlacionar de modo recursivo el nivel fenomenológico de la interacción presente y observable en el sistema familiar, con un nivel mítico, que incluya los elementos de unicidad y especificidad del sistema o, en otras palabras, la imagen mítica que el sistema tiene de sí mismo (Caillé, 1985); o a los intentos de explorar a través precisamente del mito familiar, el sentido de algunos bloques evolutivos de las familias y de los individuos (Onnis, 1990).

Queremos subrayar, finalmente, en la renovación de la teoría y de la terapia sistémica, el trabajo ejemplar de Mara Selvini Palazzoli & col. (1988) que, con el concepto de "juego relacional" define una trama interactiva en la cual los varios miembros del sistema se ven envueltos, pero que, al mismo tiempo, da significado también a las estrategias subjetivas, a los objetivos, a las intenciones de cada individuo.

Hemos citado sólo algunos de los contributos de los terapeutas sistémicos en la renovación del propio enfoque terapéutico, aunque desde luego se podrían citar muchos otros.

Es indudable que los tres cambios teóricos que hemos señalado tienen repercusiones en los modos con los que se define la relación terapéutica.

Así, como oportunamente observan Kantor & Neal (1986), es desde luego distinto tenérselas que ver con "estructuras forma", rígidamente estabilizadas en su patología, como en el modelo homeostático, que con "estructuras en formación", como en el modelo evolutivo, que tengan en cuenta también la influencia del encuentro terapéutico; es diferente enfrentarse con un sistema entendido como totalidad "personificada" o como conjunto interactivo de "personas", en el que cada individuo entendido como subjetividad, encuentra su posición particular en el juego irreductible de las interinfluencias recíprocas.

Pero una influencia específica en el modo de conceptualizar y de llevar a cabo la relación terapéutica proviene indudablemente del tercero de los pasos arriba indicados: el problema, de hecho, se produce y se complica cuando el terapeuta se coloca **dentro** del sistema terapéutico, es decir, cuando el foco de la reflexión no es ya solo el sistema en tratamiento, sino el terapeuta en relación al propio sistema, cuando la reflexión se convierte en "autorreflexión" y el sistema que se considera es un sistema "autorreferencial".

Sobre este sistema, constituido por la pareja observador-observado en la relación terapéutica, querríamos detenernos ahora de modo particular, precisando inmediatamente que, en el estado actual de la cuestión, existen más problemas a

plantear que respuestas a dar.

LA PAREJA OBSERVADOR-OBSERVADO EN LA RELACION TERAPEUTICA

El problema de la relación observador-observado no es nuevo en el campo científico (D'Alessandro & Onnis, 1990). Podría decirse que la constatación de la imposibilidad de considerar al observador como extraño al fenómeno observado y, por ello, la necesidad de reintegrar al observador en las propias descripciones, señala uno de los desarrollos más importantes de las ciencias físicas y biológicas de nuestro siglo. Con mayor razón todavía una concepción del observador como extraño al sistema no podría dejar de ser criticable en un campo que implica tan directamente la relación interpersonal como el proceso terapéutico. Dos gigantes de la psicología contemporánea (Freud y Piaget) se propusieron ya en su momento esta cuestión. Bateson se ocupó de ello a lo largo de todo su trabajo y en una de sus primeras obras "La matriz social de la psiquiatría" definió la psiquiatría como "ciencia reflexiva", sosteniendo que "en las ciencias humanas uno se da cada vez más cuenta de que el observador e incluso el teórico deben formar parte de los sistemas que observan".

Un mérito de la llamada "cibernética de segundo orden", usando la terminología de Von Foester (1974, 1987) y de los estudios biológicos de Maturana y Varela (1985) sobre la "autorreferencialidad" de los sistemas, es haber suministrado la explicitación más directa sobre la circularidad constructiva entre observador y sistema observado, proponiendo por lo que hace referencia a la terapia, que el sistema terapéutico es, a todos los efectos, un sistema "autorreferencial".

En realidad el terapeuta entra a formar parte del sistema familiar que observa en el momento mismo en el que empieza a observarlo, ya que por otro lado, y paradójicamente, no podría ni conocerlo sino formara parte de él. De esta forma, en el sistema terapéutico, el terapeuta se encuentra en la posición paradójica de ser al mismo tiempo observador y observado. He ahí por qué, por una parte, trata de describir el sistema que observa, mientras que, por otra, no puede más que contribuir a **construir** la realidad descrita (dado que forma parte de ella).

En este sentido una descripción del sistema no puede jamás ser una representación "objetiva" de la realidad sistémica porque ésta incluye, por así decirlo, la parte "subjetiva", que es la contribución a la construcción dada por el terapeuta (ver Onnis, 1986b). Este paso de una epistemología de la representación a un epistemología de la construcción, nos parece que conlleva tres importantes consecuencias para la teoría sistémica:

a) La primera consecuencia es que el terapeuta abandona el mito de la distancia y de la neutralidad (todavía tan presente en las concepciones ligadas a la primera cibernética) y, sobre todo, abandona la pretensión de un conocimiento objetivo de la realidad terapéutica, entendida como "verdad absoluta", según la

concepción propia del positivismo tradicional. La realidad terapéutica no es "representable", como quisiera la epistemología de los "objetos", es más bien, construible, según una epistemología que es más propia de las "relaciones" circulares.

b) La segunda consecuencia es que el terapeuta, al perder su posición de "exterioridad" y de "extranjería" debe también renunciar a la pretensión de controlar el proceso terapéutico y de prever los resultados: el sistema con el que se halla en relación se configura como sistema **activo** y autónomo, capaz de "crear" el propio cambio, cuyos desarrollos son del todo imprevisibles. Llegados a este punto nos parece que adquiere pleno valor uno de los conceptos originarios de uno de los padres de la teoría de los sistemas, L. von Bertalanffy (1971) quien concebía el "sistema hombre" como "sistema **activo** de personalidad", en oposición a las concepciones mecanicistas del "hombre-robot" del conductismo tradicional, vinculado a esquemas elementales estímulo-respuesta.

c) La tercera consecuencia, estrechamente ligada a la segunda, es que el terapeuta, lejos de manipular el sistema, tiene sobre todo la función de **perturbador** de la realidad estática del sistema, introduciéndole elementos de mayor complejidad, de tal forma que el sistema pueda reconsiderar la **propia** realidad y poner en marcha el proceso evolutivo.

ALGUNOS PROBLEMAS ABIERTOS

Nos parece que aquí es donde empiezan a presentarse las dificultades. ¿En qué sentido el terapeuta puede actuar como "perturbador" del sistema? ¿Con qué modalidad de intervención y, sobre todo, a través de la formulación de qué hipótesis?

En estos temas se ha abierto en el campo de la terapia sistémica (aunque a menudo por parte de epistemólogos que no tienen una práctica directa de terapia) un intenso debate. Basta hojear los últimos números de la revista más importante del sector, **Family Process**, para darse cuenta de ello.

El punto de mayor discusión es el siguiente: ¿se puede pensar que la realidad terapéutica sea **enteramente** construida desde puntos de vista (o visiones del mundo) del terapeuta, según una concepción que podríamos definir de "constructivismo radical" usando la terminología de Von Glaserfeld (1988); o bien debemos creer que en la construcción de la realidad **co-participan**, en una relación, que Speed (1984) llama de "interpenetración", los puntos de vista del terapeuta y del sistema, según una concepción definible, entonces, de "co-constructivismo"? Afrontar este problema no es, obviamente, irrelevante puesto que incide directamente en el proceso y sobre todo en el trabajo terapéutico. Veamos sintéticamente lo que afirman algunos de estos autores:

"Nosotros hablamos **sólo** de puntos de vista --escriben Fish y otros del grupo de Palo Alto (1983)-- y no de realidad o verdad, porque creemos que los puntos

de vista son todo lo que tenemos y lo que nunca tendremos”.

En la misma línea Dell y Goolishian (1981) afirman: “Estos modos de describir (reglas aparentemente existentes en el sistema) no son **del** sistema, son sólo algo que nosotros le atribuimos. Este modo de pensar en el sistema puede ser útil si funciona, pero la utilidad no da ninguna evidencia que este modo de pensar sea apropiado”.

“Si se debieran aplicar estas posiciones a la situación terapéutica --replica críticamente Speed (1984)-- se debería deducir que da igual cualquier punto de vista o hipótesis mientras ayude al terapeuta a producir un cambio ?”.

¿Es que en realidad, cualquier hipótesis puede ser útil para producir un cambio?

Para intentar obtener un poco más de claridad puede ser adecuado volver a Bateson (sobre cuya herencia cultural, sin embargo, cabría preguntarse por qué se tiene la impresión de que cada uno de los epistemólogos que se refieren a él toma de su obra el trozo que quiere y lo utiliza como mejor le conviene; pero quizá esto era el destino inevitable para un pensamiento tan complejo como el batesoniano).

Según Bateson, en efecto, un sistema familiar patológico es un sistema que ha perdido la capacidad de recibir información, que sólo filtra y selecciona los mensajes coherentes con la propia organización interna, contribuyendo con ello a reforzar el status quo del sistema. En realidad, como subraya Bateson (1984) es de la diferencia que nace la información, pero para que pueda ser percibida, esta diferencia debe superar el umbral de atención. Ahora bien, la presencia del terapeuta en el interior del sistema terapéutico es ya la introducción de una diferencia. El terapeuta puede utilizar su posición para “amplificar” las diferencias y para permitir así a la familia volver a recibir informaciones.

“La naturaleza del encuentro terapéutico --afirma Clark (1981) siguiendo a Bateson-- consiste en la manifestación de las diferencias entre el terapeuta y la familia. La dinámica del encuentro se ve estimulada por esta diferencia entre dos puntos de vista y por la negociación de de estas diferencias”. En realidad el encuentro terapéutico lleva al enfrentamiento entre dos epistemologías:

- la lineal, habitualmente la de la familia, que propone una visión en la que el paciente es designado como “el problema” y la causa del malestar colectivo;
- la del terapeuta que puede proponer una nueva visión o, si es posible, dar una lectura directamente sistémica, es decir, circular.

En ambos casos, el terapeuta efectúa una reorganización de los elementos del sistema, proponiendo una visión de la realidad en la que los datos suministrados se sitúan en una relación diferente, con otro significado y con otra función.

El terapeuta presenta así una construcción de la realidad, semejante en parte a la propuesta por la familia, porque retoma los elementos aportados, pero profundamente diferente también en parte, porque reorganiza los datos de forma que crea una diferencia.

Se debe precisar, no obstante, que esta nueva visión de la realidad propuesta por el terapeuta es siempre una visión parcial, en el sentido que ésta no puede nunca representar la realidad del sistema, siempre infinitamente más compleja.

Ahora bien, esta construcción de la realidad (que es siempre una realidad terapéutica parcial) se convierte en útil y eficaz sólo si introduce una diferencia, y en consecuencia una información, y ofrece a la familia una hipótesis alternativa a su visión estereotipada y repetitiva. Se trata, en definitiva, de poner de manifiesto su **relatividad**.

Es justamente esta apertura de alternativas, de otras vías utilizables, de otros campos de lo posible, la que activa el proceso de cambio. En realidad el sistema familiar no puede ya considerar la propia visión de la realidad como la única posible. Se ve llevado a tomar en cuenta la existencia de hipótesis alternativas y a reorganizar los datos de la propia visión. Desde este punto de vista, y siempre siguiendo a Bateson, el contexto terapéutico puede ser asimilado a un contexto en el que el paciente y la familia no sólo aprenden a aprender (deutero-aprendizaje), sino que aprenden también a modificar las premisas sobre las que se basa su deutero-aprendizaje para acceder a aquello que Bateson llama aprendizaje tres.

La organización sistémica puesta ante una nueva correlación de los datos, aprende a reorganizarse, en otras palabras aprende a cambiar (ver sobre estos temas, los trabajos originales e interesantes de Cancrini, 1985, 1987).

No se trata --quede claro-- de adaptar el paciente y su familia a esquemas preestablecidos de "normalidad", sino, al contrario, de acrecentar la complejidad de la situación y de evidenciar una mayor complejidad del sistema para estimular sus recursos. Desde este punto de vista conviene precisar que el terapeuta no introduce nada de esencialmente nuevo en el sistema. Activa más bien un proceso de reorganización en el curso del cual la familia descubre potencialidades pre-existentes, pero que hasta entonces estaban bloqueadas o latentes.

Es el sistema mismo el que produce su cambio en forma y dirección absolutamente imprevisible. Es el sistema que se convierte en el "artífice" de su curación (es esto lo que Bateson (1984) llama la *self healing tautology*, o tautología auto-curativa). También Morin (1983) subraya este aspecto creativo y auto-organizante del sistema cuando afirma, con una frase aparentemente provocadora que "la totalidad es, al mismo tiempo, **más y menos** que la suma de las partes". Es **más** que la suma de las partes si se valoran éstas en los aspectos que se ponen en juego en las relaciones sistémicas; pero es **menos** de la suma de las partes si uno se coloca al nivel de las potencialidades y de los recursos latentes en el sistema.

Así también, y desde este punto de vista, la reactivación de la creatividad del sistema, que tomará forma propia y autónoma, es el resultado de cómo se define y se organiza la relación terapéutica (Onnis, 1986a). A la luz de esta concepción del proceso terapéutico, derivada de Bateson, retomemos ahora la pregunta dejada

en el aire y que habíamos formulado siguiendo a Speed: ¿puede ser útil para producir el cambio terapéutico, cualquier hipótesis que elabore el terapeuta? Si se comparte la concepción batesoniana parecería justamente que no. Sólo algunas hipótesis son útiles para el cambio y precisamente aquéllas en que el sistema tiene la posibilidad de reconocerse.

La verificación proviene aquí de la psicoterapia: a cualquiera que haga un trabajo terapéutico le es posible constatar que no todas las hipótesis son equivalentes, y que tienen mayor probabilidad de ser eficaces para el cambio las que contengan y que reelaboren elementos/informaciones suministrados por el sistema. Como si se tratase de piezas de un mosaico que el terapeuta puede recomponer en modo nuevo, pero que deben ser reconocidas por el sistema como propias, porque pueden ser integradas.

Quede claro todavía una vez más que esto no significa que el sistema deba “aceptar” la hipótesis del terapeuta: esta sirve solo como “perturbación” útil al sistema porque revela la existencia de “otras” visiones de la realidad. Pero será solo el sistema, como hemos ya dado a entender, el que escogerá la forma imprevisible y autónoma del propio cambio.

Si, parafraseando a Dell (1982), el terapeuta es la llave y el sistema la cerradura, el terapeuta debe encontrar una llave capaz de insertarse en la cerradura, pero será el sistema y su autoorganización el que establecerá en que dirección se debe abrir la puerta. La llave del terapeuta puede estar hecha de palabras, de metáforas, de emociones, pero no puede, sin embargo, ignorar la cerradura. Debe ser, por así decirlo, una llave/hipótesis “orientada” (nos parece que Guidano (1987) formula un concepto, al menos en parte, similar cuando habla del terapeuta como “perturbador estratégicamente orientado”).

“Nuestras ideas e hipótesis sobre el mundo --afirma Speed (1984)-- no se hallan desligadas de este mismo mundo, no son arbitrarias, sino que están en una relación recíproca con él en continua evolución”.

Y es en este sentido que esta posición, que compartimos, se define como “co-constructivista”. Este enfoque es defendido actualmente, por Mara Selvini Palazzoli (ver Mara Selvini Palazzoli, 1984 y Matteo Selvini (editor) 1985) con sólidos argumentos. Mara Selvini observa acertadamente (al igual que Speed) que la misma citadísima frase de Korzybski (1933), que se ha convertido en una especie de bandera del constructivismo, “el mapa **no** es el territorio que representa”, se ve habitualmente amputada de su segunda parte que dice “pero si el mapa está bien hecho, tiene una **estructura parecida** a la del territorio, lo que justifica su utilidad”. Y se ve cómo el sentido de la frase entera se convierte entonces en algo mucho más articulado.

En realidad nos parece que del constructivismo llamado “radical” provienen una serie de interrogantes que querríamos intentar formular: En primer lugar, si terapeuta y sistema son mundos leibnizianos, prisioneros cada uno de los propios

mapas, y en consecuencia, comunicados, ¿no se corre el riesgo de restar importancia precisamente a la relación terapéutica? El concepto de "clausura organizativa" u "operacional" de Maturana y Varela (1985), por ejemplo, con el que los autores definen la tendencia de los organismos vivos a conservar y reproducir la propia organización interna, independientemente de las influencias ambientales, aun teniendo el mérito de poner en evidencia principios importantes como la **autonomía** de los sistemas vivos, se convierte, sin embargo, si se extrema y, sobre todo, si se generaliza su alcance, en fuente de equívocos dando lugar a concepciones de los sistemas humanos como mundos aislados y solipsísticos. No es quizá casualidad que Varela haya tomado distancias respecto a estas generalizaciones, subrayando que los conceptos de "clausura organizativa" y de "autopoiesis" son legítimos para los organismos con límites topológicos, como las células vivas, pero no pueden aplicarse tout-court a sistemas definidos no topológicamente, como las sociedades animales y las redes familiares (ver Kee-ney, 1985, p. 97 - nota 14; para una más profunda valoración crítica del concepto de "clausura organizativa" de Maturana y Varela, véase D'Alessandro y Onnis, 1990).

Y en segundo lugar ¿no puede parecer contradictorio que se ponga, justamente, el problema de abrir la "caja negra" para después juzgarla incognoscible?. No es casualidad, desde este punto de vista, que muchos de los viejos pragmáticos de ayer, hoy se hayan convertido entre los más encendidos y radicales constructivistas (por ej., Watzlawick, lo que se ve en particular en su libro "La Realidad Inventada"). No es causalidad, porque, de hecho, si la realidad es del todo incognoscible, el único criterio de verdad vuelve a ser el pragmático. E. K. Tomm (1984) lo afirma con mucha claridad, sosteniendo que al concepto "clásico" de verdad hacía falta sustituirlo por la "verdad pragmática". ¿Nos encontramos de frente a una curiosa coincidencia de los opuestos?. Son interrogantes abiertos al debate que reclaman una reflexión.

Volviendo al terreno terapéutico, creo que la inclusión del terapeuta como parte integrante de un sistema autorreferencial tiene repercusiones de gran importancia, también en el plano práctico del trabajo. Si de hecho, el terapeuta es el copartícipe de lo que ocurre en el sistema terapéutico y co-constructor de la realidad terapéutica, no puede parapetarse más tras ninguna apariencia de neutralidad, ni de inocencia. Se convierte inevitablemente en co-responsable tanto de la definición de enfermedad (que es también por sí misma una "construcción de realidad"), como de la evolución de los resultados de la situación de malestar.

En este marco, halla, por ejemplo, su lugar una revisión plena del concepto de "cronicidad": ésta no es ya, como la tradición general afirma, resultado inevitable de la enfermedad, sino "función de la relación terapéutica". Muchas investigaciones de hecho lo confirman, como por ejemplo toda la importante investigación de los Proyectos C.N.R. en la "Prevenzione Malattie Mentali" y, con

un enfoque más típicamente sistémico, la parte de la investigación encargada a nuestro grupo sobre "Intervención en la crisis" (Quad. di Doc. CNR, n. 4, Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1982) y en la "prevención de la cronificación en los trastornos psicosomáticos" (Quad. di Doc. CNR n. 19, Pensiero Scientifico Ed. Roma, 1985). En este último tema ver también Onnis y col. 1986a) y 1986b). Se da aquí, y a pesar de las divergencias existentes todavía en otros aspectos, un feliz encuentro, podríamos decir "recursivo", entre el nivel epistemológico por un lado y el nivel de la investigación y de la clínica por otro.

En esta concepción, además, y como justamente subraya Keeney (1985), el terapeuta es llamado a una nueva responsabilidad, a una "función ética". Nos parece oportuno subrayar cómo la atención dirigida a la autorreferencialidad del sistema terapéutico y en consecuencia a la involucración no sólo cognitiva, sino también emocional del terapeuta, en el sistema en tratamiento, haya también reencauzado un discurso que parecía, hasta un tiempo reciente, no encontrar acceso al campo de la psicoterapia sistémica: el de los fenómenos transferenciales en la relación terapéutica. No es posible tratar aquí exhaustivamente este aspecto, muy complejo del problema. Se debe notar, de todos modos, que si bien no es posible transferir automáticamente los conceptos de *transfert* y de *contra-transfert* del psicoanálisis individual o de la terapia analítica de grupo, por que la diversidad del *setting* lo convertiría en arbitrario, se va extendiendo, sin embargo, cada vez más la tendencia en terapia sistémica a dar gran relieve a las vivencias y a las reacciones emotivas del terapeuta, que si se elaboran, tanto en la formación como en la supervisión, pueden convertirse en importante recurso terapéutico. Por no dar más que algunos ejemplos piénsese en el concepto de "resonancia" de Elkaim (1990) o en el de "estilos emotivos" del terapeuta de los que hablaban Mara Selvini & col. que consideraban al terapeuta como "productor de **signos** observables reactivos al juego específico que la pareja o la familia hacen con él". Se trata de indicaciones significativas de la tendencia, como observa la misma Selvini, a "abrir la caja negra del terapeuta".

CONCLUSIONES

No cabe duda de que el encuentro de la teoría sistémica con la óptica de la complejidad, está produciendo fecundos desarrollos, cuyos resultados son ya evidentes tanto desde el punto de vista de la elaboración conceptual, como desde el de la práctica terapéutica. Pero siguiendo el debate y la literatura sobre los recientes problemas epistemológicos, se tiene la impresión de que muchos terapeutas sistémicos, que también se inspiran en una óptica de la complejidad, quizá por el ansia de abandonar los viejos paradigmas por los nuevos, se limitan (piénsese, por ejemplo, en quienes se encierran en posiciones de subjetivismo extremo), a mirar la otra cara de la moneda, dándole la vuelta; y terminan de este modo, como suele suceder en estos casos, por dejarla enteramente inalterada,

cayendo en los absolutismos. Y en particular, respecto a la pareja observador/observado en la relación terapéutica, no hacen más que sustituir la tradicional objetivación del sistema observado por un énfasis, por otra parte exasperado, sobre la subjetividad del observador/terapeuta, perdiendo de nuevo de vista la irreductible bipolaridad de la relación.

Desde este punto de vista resultan muy sugestivas algunas consideraciones propuestas por Ceruti en el ensayo introductorio al interesantísimo libro "La sfida della complessità" (1985). "Las nuevas líneas de esta tendencia --escribe Ceruti-- no conducen a invertir las relaciones de subordinación en el interior de las parejas conceptuales clásicas, con lo que la ciencia se redefiniría no como ciencia de lo general sino como ciencia de lo particular, no como ciencia del orden sino como ciencia del desorden, no como ciencia de lo necesario sino como ciencia de lo contingente... Esta lectura constituiría en realidad una infravaloración del camino aquí señalado. Lo que se produce es una mutación de la **naturaleza** de las relaciones en el interior de las parejas conceptuales, por las que a las relaciones de subordinación les sustituyen relaciones de complementariedad, de competencia y de antagonismo simultáneamente. La ciencia contemporánea es una ciencia a un mismo tiempo de lo general y de lo particular, del orden y del desorden, de lo necesario y de lo contingente, de lo repetible y de lo irrepetible".

Y nos parece oportuno añadir que de lo subjetivo y de lo objetivo.

Hay en el mismo libro una bella metáfora de Varela (1985), que habla de la Escila del objetivismo y de la Caribdis del subjetivismo. No creemos, con Varela, que se pueden encontrar soluciones, saltando de Escila a Caribdis. Quizá sólo dejando abierto el hiato y manteniendo así el dilema, se consiga conservar el sentido de la complejidad, incluida la de la relación terapéutica.

Los autores subrayan que el problema de la relación terapéutica en una óptica sistémica se encuadra hoy en la profunda renovación epistemológica que se da en el campo sistémico. Después de haber examinado los aspectos fundamentales de tal proceso de renovación, los autores se detienen, en particular, en el problema de la pareja "observador/observado" en la relación terapéutica; critican los extremismos de algunas teorías (el llamado "constructivismo radical"), que corren el riesgo de encerrar al observador/terapeuta en una subjetividad solipsística y proponen, en cambio, una visión "co-constructivista", que mantenga abierta la cooperación cognitiva y emocional del terapeuta y del sistema en tratamiento en la construcción de la realidad terapéutica, y que conserve, al mismo tiempo, la complejidad de la relación terapéutica.

Traducción: María José Pubill
Revisión. Manuel Villegas Besora

Nota Editoriale: El presente artículo ha sido publicado por *Psicobiettivo*, 10 (1), 37-48, 1990 con el título: "La relazione terapeutica in un'ottica sistemica. Qualche considerazione epistemologica su un dibattito in corso". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BATESON,G., RUESCH,J. (1976). *La matrice sociale della psichiatria*. Bologna: Il Mulino.
- BATESON,G. (1984). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi
- BERTALANFFY,L. Von (1971). *Teoria generale dei sistemi*. Milano: ISEDI.
- BOSZORMENYI-NAGLI,I., SPARK,G.M. (1988). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio.
- BOWEN,M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo*. Roma: Astrolabio.
- CAILLE,P. (1985). *Familles et therapeutes*. Paris: ESP.
- CANCRINI,L. (1987). *Psicoterapia: grammatica e sintassi*. Roma: NIS.
- CERUTI,M. (1985). La Hybris dell'onniscienza e la sfida della complessità, in G. Bocchi & M. Ceruti (eds.). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- CLARK,A. (1981). Therapy: that's a different story. *Journal of Family Therapy*, vol.3, n.3.
- D'ALESSANDRO,G., ONNIS,L. (1990). Soggetto/oggetto, Osservatore/osservato: corsi e ricorsi storici ed epistemologici di una relazione tormentata. *Psicobiettivo*, n.1
- DELL,P.F. (1982). Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence. *Family Process*, vol. 21, pp. 21-41.
- ELKAIM,M., GOLDBETER,A., GOLDBETER,E. (1980). Analyse des transitions de comportement dans un système familial en termes de bifurcations, *Cahiers critiques de therapie familiale et des pratiques de reseaux*, n.3, pp. 18-34.
- ELKAIM,M. (1983). Des lois générales aux singularités, *Cahiers critiques de therapie familiale et des pratiques de reseaux*, n.7, pp. 111-120.
- ELKAIM,M. (1990). Qualche appunto a proposito di auto-referenzialità e terapia familiare. *Psicobiettivo*, n.1.
- FRAMO,J. (1982). *Explorations in Marital and Family Therapy*. New York: Springer.
- FISCH,R., WEAKLAND,J.H., SEGAL,L. (1983). *Change: le tattiche del cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- GUIDANO, V. (1987). *Cognitivismo e sistemi complessi: Ecologia della mente*, n.4, pp. 6-25.
- KANTOR,D., NEAL,J.H. (1986). Teoria e terapia sistemica: una proposta di integrazione. *Terapia Familiare*, n.20, pp. 49-69.
- KEENEY,B. (1985). *L'estetica del cambiamento*. Roma: Astrolabio.
- KORZYBSKY,A. (1933). *Science and Sanity*. New York: Scientific Press
- MATURANA,H., VARELA,F. (1985). *Autopoiesi e Cognizione*. Venezia: Marsilio.
- MORIN,E. (1983). *Il metodo: ordine, disordine, organizzazione*. Milano: Feltrinelli.
- ONNIS,L. (1986a). Redefinition des problèmes: un exemple de la créativité du thérapeute systémique. *Révue Canadienne de Psycho-Education*, vol. 15, n.1, pp. 30-37; ripubblicato in *Thérapie Familiale*, n.1, pp. 59-70, 1987.
- ONNIS,L. (1986b). La psicoterapia ad orientamento sistemico: teoria e pratica, *Psicobiettivo*, 3.4.
- ONNIS,L. TORTOLANI,D. CANCRINI,L. (1986 c). Systemic Research on Chronicity Factors in Infantile Asthma. *Family Process*, vol.25, n.1, pp. 107-122.
- ONNIS,L. (1988a). Crise et systèmes humains: influence de l'intervention therapeutique sur la definition et l'évolution de la crise. *Cahiers critiques de therapie familiale et des pratiques de reseaux*, n.8, pp. 73-82.
- ONNIS,L. (1988b). La crisi e l'intervento sulla crisi, una prospettiva sistemica, *Revista sperimentale di Freniatria*, vol. 42, n.6, pp. 1157-1168.
- ONNIS,L. (1989). Psicoterapia sistemica, epistemologia e complessità: riflessioni su un processo evolutivo in corso. *Psicoterapia e Scienze Umane*, n.3 pp. 29-42.
- PRIGOGINE,I., STENGERS,I. (1981). *La nuova alleanza, Metamorfosi della Scienza*. Torino: Einaudi
- PRIGOGINE,I., NICOLIS,S. (1982). *Le strutture dissipative*. Firenze: Sansoni.
- SELVINI PALAZZOLI,M. (1984). Recensione del volume *Aesthetics of Change*, di B. Keeney. *Family Process*, vol. 23, n.2, pp. 282-284.

- SELVINI PALAZZOLI,M., CIRILLO,S., SELVINI,M., SORRENTINO,A.M. (1988). *Giochi nella famiglia*. Milano: Cortina.
- SELVINI PALAZZOLI,M., CIRILLO,S., SELVINI,M., SORRENTINO,A.M. (1989). L'individuo nel gioco. Parte seconda: strategie terapeutiche e progresso nella conoscenza. *Terapia Familiare*, numero speciale su *Famiglia e Individuo: scelte cliniche*, n° 31, pp. 65-74.
- SELVINI,M. (Ed.) (1985). *Cronaca di una ricerca. L'evoluzione della terapia familiare nelle opere di M. Selvini Palazzoli*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- SPEED,B. (1984). How really is real Real?. *Family Process*, vol.23, n.4, pp. 511-520.
- STIERLIN,H. (1981). *La famiglia e i disturbi psicosociali*. Torino: Boringhieri.
- TOMM,K. (1982). The Milan Approach: a tentative report, in D.S. Freeman & B. Trute (eds.). *Treating Families with Special Needs*. Ottawa: Canadian Association of Social Works.
- VARELA,F. (1985). Complessità del cervello e autonomia del vivente, in G. Bocchi & M. Cerutti (Eds.). *La sfida della complessità*. Milano: Feltrinelli.
- VON FOESTER,N., HOWER,R.U. (1974). Cybernetics at Illinois. *Forum*, 6.
- VON FOESTER,N. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- VON GLASERFELD,E. (1988). Introduzione al Costruttivismo radicale, in P. Watzlawick (ed.), *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli.
- WATZLAWICK,P. (1988). *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli.



CLIENTES INVOLUNTARIOS. EL PUNTO DE VISTA DE LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA

C. H. Patterson
University of North Carolina

La finalidad de este artículo es reflexionar sobre el problema planteado por el llamado "cliente involuntario" en el marco de la psicoterapia centrada en el cliente.

En realidad, puede decirse que no existe tal cosa. La psicoterapia es una relación orientada al cambio del cliente. Una persona se convierte en un cliente cuando de forma voluntaria entra en relación con un terapeuta. El término *cliente involuntario* se refiere a la persona que, a los ojos de los demás (familia, maestros, compañeros, tribunales), tiene un problema y es derivado o se le requiere para que acuda a psicoterapia. Sin embargo, tales personas no se perciben a sí mismas con problemas ni sienten la necesidad de psicoterapia. Rogers (1957) establece como una de las condiciones para la psicoterapia la incongruencia, vulnerabilidad y ansiedad del cliente. "Este debe ser alguien que experimenta alguna preocupación..., algún tipo de conflicto, algún tipo de disociación interna, que expresa alguna inquietud". (Rogers, 1987).

La terapia no es algo que se le pueda imponer, dar o administrar a alguien como una inyección de penicilina. La persona no se convierte en un cliente hasta que él lo decide. Los llamados clientes involuntarios son personas que rechazan la psicoterapia y se oponen a convertirse en clientes.

Tales personas, por el hecho de presentarse o ser traídas al terapeuta constituyen un problema para él. En general se les considera como faltos de motivación. Sin embargo, así como no existen clientes involuntarios, tampoco se dan clientes desmotivados (Patterson, 1964). Están desmotivados para la psicoterapia, pero motivados a evitar participar en la terapia. Lo que sucede es que no están motivados como nos gustaría a nosotros.

Rogers, refiriéndose a su experiencia con clientes desmotivados señalaba que: “la falta de conciencia de motivación constituye realmente un verdadero problema para la psicoterapia... Existe una gran diferencia entre trabajar con clientes conscientemente motivados, sean neuróticos o psicóticos, y trabajar con personas que no manifiestan tal conciencia de motivación, tanto si éstas son normales, como neuróticas o psicóticas.” (Rogers y Stevens, 1967).

El término *cliente desmotivado* se refiere al cliente que no tiene un deseo consciente de ayuda, es decir, el cliente involuntario. Y continúa diciendo: “Para trabajar con personas que no tienen un deseo consciente de ayuda, creo que necesitamos de un término nuevo... Mi convicción actual es que trabajar con una falta de motivación consciente de la persona es más difícil que tratar con el problema de la psicosis”. Y continúa: “En cualquier caso, he llegado a la convicción que podemos adelantar más en esta área si reconocemos que tratar con personas que no desean ayuda es una tarea totalmente distinta de la psicoterapia, y si construimos los conceptos, teorías y prácticas apropiadas para ella no se debe perder de vista que una relación con tales personas sólo se convertirá en psicoterapia cuando se decidan a pedir ayuda.”

Por desgracia ni Rogers, ni nadie que yo sepa, se ha dedicado a desarrollar tales conceptos, teorías y prácticas. Thorne (1968) sugirió que el terapeuta puede intentar crear o inducir un conflicto en el consciente llevando a la consciencia las actitudes inconsistentes o conflictuales. Y que en la medida en que el cliente se hiciera consciente de la incongruencia, se sentiría inmediatamente motivado para resolverlo. Pero observó también que “la inducción de conflictos... debe tratarse con gran precaución... y que la eficacia de la técnica dependía de la sagacidad terapéutica, de modo que quien la manejara supiera guiar el proceso terapéutico en la dirección adecuada”. Personalmente, sin embargo, me siento muy escéptico en relación a las posibilidades de éxito de este método, que como mínimo va a provocar resistencia. Cosa que, en definitiva, hará cualquier método de intervención llevado a cabo en contra de la voluntad de la persona. Sin duda muchos son los tipos de intervención que han intentado los terapeutas -interrogatorios, investigaciones, sugerencias, orientaciones, advertencias e incluso amenazas- pero siempre con escasos o nulos resultados. En efecto, tales métodos llevan a reducir la posibilidad de que la persona acepte la relación terapéutica y se convierta en cliente.

Y ¿qué sucede con la tendencia al crecimiento, el impulso hacia la autorrealización, que se supone presente en cualquier persona, tendencia de la que, según Rogers (1961) depende toda la terapia? Pues que es eso, una tendencia sólo, aunque universal y con frecuencia muy fuerte. Sin embargo, “esta tendencia puede hallarse profundamente oculta bajo capas y capas de defensas psicológicas; puede hallarse oculta detrás de una fachada muy bien elaborada que niegue su existencia”. Y puede haber sido suprimida por el trato destructivo o inhumano de otras

personas. A pesar de ello, continúa pensando Rogers, “se encuentra en cada persona, y espera solamente las condiciones adecuadas para desarrollarse y expresarse”.

Es bien sabido cuáles son estas condiciones de comprensión empática, respeto o aceptación y autenticidad terapéutica, descritas por la psicoterapia centrada en la persona. Pero el problema está en el hecho de que no basta con que estas condiciones sean ofrecidas por el terapeuta; deben ser percibidas también por la persona a quien se dirigen. La comunicación al cliente de la comprensión empática y de la aceptación positiva incondicional por parte del terapeuta debe constituir un objetivo primordial. Pero los mal llamados *clientes involuntarios* pueden no querer o no poder reconocer o aceptar la comprensión, el interés y preocupación del terapeuta. Pueden no querer o no poder confiar en el terapeuta.

De modo que si, de acuerdo con Rogers (1957), las actitudes de terapeuta y cliente son condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico personal, no hay otro modo de conseguirlo. La conducta puede cambiar por otros medios -amenazas, coerciones, neurocirujía, psicofármacos, etc.-, pero no puede producirse un cambio duradero sino es por un aprendizaje de autodescubrimiento.

La única solución al problema se apunta por la vía de la persistencia en el ofrecimiento de las condiciones hasta que, en algunos casos, al menos, sean percibidas y aceptadas por las personas a quienes se ofrecen, que sólo en este caso se convertirán en clientes. Gendlin (1962) describió su trabajo con pacientes esquizofrénicos hospitalizados, algunos de los cuales mejoraron. Rogers, Gendlin, Kiesler y Truax (1967) hallaron también cierta mejoría con pacientes esquizofrénicos hospitalizados. Igualmente los terapeutas que trabajan con personas en el campo penitenciario consiguen algún provecho. Tres de mis antiguos estudiantes de la Universidad de Illinois han trabajado durante casi quince años con adolescentes bajo libertad condicional con algunos resultados. El grado de éxito con estas poblaciones (psicóticos y delincuentes) es más bien bajo, y quienquiera que trabaje con estas personas no debería exigir una cuota demasiado elevada de éxito para sentirse personalmente y profesionalmente satisfecho. Estas personas, sin embargo, no deben ser rechazadas. Trabajar con ellas puede ser un proceso largo y lento; pero la persistencia en ofrecer la relación terapéutica - comunicación de interés, preocupación, cuidado, respeto y comprensión- puede dar buenos resultados en algunos casos, consiguiendo que el esfuerzo merezca la pena. Cabe, desde luego, esperar resistencias, antagonismos, rechazo y falta de interés; pero pueden encajarse con aceptación y paciencia, sin entrar en interrogatorios, pesquisas, confrontaciones o presiones.

Algunos terapeutas pueden pensar que este enfoque no es eficaz. No tienen la paciencia o no pueden invertir el tiempo y esfuerzo necesarios para establecer finalmente la relación. De modo que abandonan las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico e intentan provocarlo a través de la

confrontación, el razonamiento, la persuasión, la coerción u otros métodos. Tampoco tienen tantas probabilidades de conseguir un cambio duradero.

Conclusión

El problema del mal llamado cliente involuntario o resistente es difícil sin duda de abordar. Es cada vez más frecuente tener que trabajar terapéuticamente con personas que no buscan de forma voluntaria la ayuda, como por ejemplo drogadictos. Los enfoques directivos y educativos pueden hallar un espacio propio en tales tratamientos, pero no existe sustituto para las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico personal.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Person-centered Review*, 3, 316-320, 1990 con el título "Involuntary Clients. A Person-centered View". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- Gendlin, E. T. (1962). Client-centered development in work with schizophrenics. *Journal of Counseling Psychology*, 9, 203-311.
- Patterson, C. H. (1964). A unitary theory of motivation and its counseling implications. *Journal of Individual Psychology*, 20, 17-31.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's view of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1987). The underlying theory: Drawn from experience with individuals and groups. *Counseling and Values*, 32, 38-46.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, C. A., & Truax, C. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. & Stevens, B. (1967). *Person to person: The problem of being human*. Lafayette, CA: Real People's Press.
- Thorne, F. C. (1968). *Psychological case handling. Vol. 2. Specialized methods of counseling and psychotherapy*. Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing.



INFORMACIONES

INFORME ACERCA DE LAS PRIMERAS JORNADAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA LA INTEGRACION DE LA PSICOTERAPIA (SEIP).

Joan Lòpez-Moliner

Durante los días 7, 8 y 9 de Marzo se celebraron en Barcelona las Primeras Jornadas para la Integración de la Psicoterapia, organizadas por SEIP (Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia). Esta organización, afiliada a la internacional de SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration), tiene como objetivo no tanto la integración en sí misma, sino establecer un diálogo entre los diferentes enfoques que se pueden encontrar dentro del ámbito de la psicoterapia.

Estas primeras Jornadas ofrecieron un marco idóneo para la presentación de nuevos puntos de vista e ideas referentes al, siempre dificultoso, tema de la integración psicoterapéutica. Viéndose, así, cumplida una de las principales metas pretendidas por SEIP, el diálogo entre escuelas. Sin lugar a dudas, este intercambio comunicativo tuvo su máxima expresión en la mesa redonda protagonizada por representantes de diferentes enfoques, y de la que más adelante nos haremos eco.

Dentro del contenido científico presentado en las Jornadas, merecen especial atención las tres ponencias invitadas, a cargo de tres miembros destacados de la Sociedad Internacional SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration). La primera, fue presentada por Michael J. Mahoney, titulada "*Procesos de cambio humano: revisión de la teoría e investigación actual*". En ella, el psicólogo norteamericano resaltó el grado de consenso alcanzado entre los psicólogos respecto a los procesos subyacentes al cambio terapéutico. Asimismo, esbozó a nivel de hipótesis, unos principios generales del desarrollo y cambio humanos, configurados desde una perspectiva constructivista evolutiva.

El segundo ponente invitado fue Arthur Bohart, quine en su ponencia titulada "*Integración en psicoterapia: implicaciones de un modelo procesual para la práctica terapéutica*", propuso un modelo procesual de integración psicoterapéutico. Los diferentes enfoques terapéuticos convergen en unos procesos individuales de aprendizaje y cambio. De esta manera, y desde diferentes modelos de intervención, se puede incidir sobre los procesos facilitadores del crecimiento, resaltando la utilidad de los diversos enfoques en diferentes momentos y clientes.

Joseph Rychlak cerró el turno de las ponencias invitadas con la titulada *"Teleosponsividad: una concepción de la conducta humana que puede permitir la integración de las teorías de la psicoterapia"*. Basándose en las cuatro causas aristotélicas (material, eficiente, formal y final), J. Rychlak apuntó la necesidad de incorporar las causas finales a los modelos explicativos de la conducta humana. Sólo desde estos modelos, llamados por él predicativos en oposición a los mediacionales, se puede captar la naturaleza teleológica de los procesos conductuales, es decir, los propósitos hacia los que se dirige la conducta. Este concepto de teleosponsividad, basado en un modelo predicativo, permite, según Rychlak, integrar los diferentes enfoques terapéuticos.

En lo referente a las comunicaciones, la variedad presentada fue lo suficientemente grande como para que distintas visiones sobre la integración quedaran reflejadas. Manuel Villegas, de la Universidad de Barcelona, en su comunicación *"La concepción procesual de la psicoterapia como modelo integrador"*, después de revisar los distintos modos de integración, puso énfasis en la naturaleza procesual de la psicoterapia. A pesar de que el eclecticismo se dirige espontáneamente hacia la unificación de las perspectivas teóricas o tecnológicas, para el autor no constituye una solución satisfactoria. Con estos planteamientos, Manuel Villegas apuntó la perspectiva meta-teórica del proceso terapéutico como el único modo de integración posible. Una invitación a la colaboración fue la propuesta de José Castillo, Antoni Talarn y Joaquim Poch en la comunicación titulada *"La integración de las psicoterapias: Perspectiva clínica y teórica"*. Se pusieron de relieve las limitaciones del abordaje terapéutico desde un solo modelo, por lo que, y debido a la inviabilidad de formarse en varios enfoques simultáneamente, la colaboración entre diferentes modelos podría subsanar esas limitaciones.

Un aspecto concreto de la integración, desviándose un poco de la línea general, fue el propuesto por Guillem Feixas desde el Constructivismo. En su comunicación *"Constructivismo cognitivo y sistémico: Hacia un enfoque integrador de terapia individual y familiar"* desarrolló las posibilidades de considerar el individuo y/o el sistema familiar en el que está incluido, de una forma integrada dentro de la práctica clínica.

El concepto de integración se vio ampliado de forma extremadamente generosa en la comunicación propuesta por Juan García-Moreno de la Universidad Complutense de Madrid, titulada *"Implicaciones de la integración de las psicoterapias"*. En una concepción laxa de integración se daba cabida desde el simple diálogo hasta el trabajo multidisciplinar.

Interesante fue la aportación de Ana Gimeno en su comunicación *"Criterios para la elección de procedimientos de intervención en las fases del ciclo de experiencia"*, como un uso racional y coherente de recursos de intervención de distintos modelos adecuados a las diferentes fases del ciclo de experiencia guesáltico.

Un punto común a diferentes enfoques de terapia fue resaltado por Ramón Rosal, el de “*El poder terapéutico de las imágenes*”. *Un ingrediente común en diversidad de modelos*, enfatizó como los recursos terapéuticos basados en la utilización de las imágenes son tenidos en cuenta por diversos enfoques terapéuticos.

Un claro ejemplo de eclecticismo técnico aplicado a la intervención en crisis suicidas se puso de manifiesto en la comunicación “*Una conceptualització constructivista com articuladora de la intervenció en el suïcidi*”, en la que Joan Lòpez-Moliner y Roser Cirici indicaron el uso coherente de diferentes técnicas a partir de una aproximación constructivista de la experiencia suicida.

La comunicación de Francisco Maestre y José A. Castillo “*La integración de las psicoterapias: los elementos comunes y el marco integrador constructivista*”, cerró el turno de presentaciones por lo que a comunicaciones se refiere. En ella se propone una línea de integración considerando los factores comunes y la epistemología constructivista. El primero se centraría en un nivel clínico-aplicado, mientras que el segundo se situaría a un nivel metateórico.

Durante las Jornadas estuvo expuesto el póster presentado por Jordi Navarro y Joan López Moliner, titulado “*Algunes connexions entre temperament i conducta suïcida*”, en el que se considera a nivel de hipótesis la dimensión temperamental introversión/extroversión en relación a la aparición de situaciones de algo riesgo suicida, según la teoría de los Constructos Personales.

Mención especial merece la mesa redonda **Diferentes perspectivas sobre la integración en psicoterapia**, anteriormente citada, donde se vieron representados diferentes modelos de intervención terapéuticos. Se contó con la presencia de Juan Luis Linares, responsable de la Escola de Teràpia Familiar de l’Hospital de Sant Pau (UAB), que ofreció la opinión sobre la integración desde la visión sistémica; Ramón Rosal representó al enfoque humanista; Arturo Bados (UB) nos hizo partícipes de su punto de vista desde el modelo conductual; Joseba Atxotegui (UB) que puso en común las perspectivas de integración tal como son vistas desde la visión psicoanalítica. Los tres invitados norteamericanos, ya citados, completaron la organización de la mesa redonda: J. Rychlak, que se autodefine como psicólogo teleologista y cuya aportación conceptual a la integración en psicoterapia ya ha sido comentada; Michael Mahoney, representante de un enfoque cognitivo constructivista que considera los aspectos evolutivos del ser humano; y Arthur Bohart que representaba en la mesa la visión rogeriana de la psicoterapia.

Sería una ardua tarea reflejar en este pequeño extracto de las Jornadas todos los puntos de importancia contrastados en la mesa redonda, que no fueron pocos. Quizá destacar el problema de las barreras ideológicas para la integración, expuesto por vez primera en las Jornadas por J. Luis Linares. Asimismo, mencionar la postura crítica, encabezada por A. Bados, hacia los deficientes abordajes experimentales del estudio de la eficacia terapéutica. Los comentarios del mode-

rador, Manuel Villegas, acertaron en indicar las dificultades de comunicación dentro de la psicoterapia.

No podría dar por acabado este informe sin antes haber comentado algunos de los ingredientes que constituyeron el seminario teórico-práctico de ocho horas *Procesos de cambio humano y psicoterapia evolutiva*, impartido por Michael Mahoney. Después de ofrecer un contenido teórico con gran acierto didáctico, por el uso prolífico de ejemplos e imágenes clarificadoras, nos fue introduciendo gradualmente al uso de ciertas técnicas como el diario personal, el flujo de conciencia y la técnica del espejo. Estas técnicas, aun no siendo ni necesarias ni suficientes en el proceso terapéutico, ejemplificaron e ilustraron conceptos teóricos de importancia en la terapia como el desequilibrio emocional, el insight y los procesos de exploración activa.

Fuera ya del contenido científico de las Jornadas, citar brevemente que se celebró la Asamblea General de la Sociedad Española para la Integración en Psicoterapia, donde se aprobó y dio continuidad a la gestión de la actual Junta Directiva. Sin duda, los temas de más interés fueron tanto la extensión de los miembros de la Sociedad, y por lo tanto desde aquí se llama a la participación a los profesionales de la psicoterapia, como la cuestión de la celebración de unas Segundas Jornadas, quizá en un intervalo de dos años.

NOTA INFORMATIVA SOBRE EL PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA INTEGRATIVA (Academia Internacional de Psicoterapia Ecléctica)

Mark Musé

Durante los días 18-21 de junio de 1992, tendrá lugar en Mazatlán, Méjico, el primer "Congreso Internacional de Psicoterapia Ecléctica y Integrativa", en asociación con la Academia Internacional de Psicoterapia Ecléctica y con la colaboración de la sección de psicoterapia de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

Este congreso, que será el punto culminante en la trayectoria transcurrida durante diez años por la Academia Internacional de Psicoterapia Ecléctica, tendrá como tema principal "Recientes desarrollos en el tratamiento integrista", y contará con la colaboración de especialistas de los cinco continentes.

Pero, ¿qué es el movimiento integrista, y qué propone la Academia Internacional de Psicoterapia Ecléctica con este congreso?

Aún recuerdo --cuando estudiaba la licenciatura hace ya unos 20 años-- de la sensación de esperanza que acompañó el descubrimiento del trabajo monumental de John Dollard y Neal Miller, "Personality and Psychotherapy" (1950), y de no poder dormir por la excitación que me producía leerlo. Era, y todavía es, un intento ingenioso hacia la integración de dos escuelas de psicoterapia: la psicoanalítica y la conductista. No obstante, la obra se avanzó para su tiempo y no recibió toda la atención que merecía. Años después, cuando estudiaba para el doctorado, recuerdo haber estado continuamente impresionado por las similitudes entre las nacientes (y divergentes) "nuevas escuelas" de psicoterapia de los años 60 y 70, y no pude evitar preguntar a mi entonces profesor preferido por qué nadie había agrupado y extraído de las semejanzas entre las diferentes escuelas una orientación consensualmente uniforme en la teoría y tratamiento de desórdenes emocionales de la personalidad.

"¡Ah!, me respondió mi querido profesor, "esta labor ha sido reservada para la vuestra generación".

Con el paso del tiempo he llegado a intuir la grandiosidad de tal labor, y durante años me he conformado, como muchos de mis colegas, con una especie de ecléctico multimodal (véase, por ejemplo, Arnold Lazarus, 1983) que intenta respetar y conciliar las técnicas de las diferentes orientaciones y así, capitalizar de las virtudes pragmáticas de cada una. Sin embargo, eso queda lejos de la integración de la esencia de estas escuelas, tanto a nivel teórico como práctico, dejando así fuera del alcance aquella convergencia sobre la deseada y buscada síntesis que complacería tanto en aliviar las contradicciones inherentes entre las escuelas, y prometería una orientación terapéutica de mayor sofisticación y eficacia.

Hemos avanzado en esta dirección en los últimos 20 años, pero todavía ninguna escuela ni ningún individuo ha logrado una integración global; y, por tanto, existe más que nunca la necesidad de múltiples contribuciones sobre la conceptualización del problema. El primer Congreso Internacional de Psicoterapia Ecléctica e Integrativa hace una llamada a todos los interesados en este campo, en un intento orquestado de sintetizar el progreso hasta el presente sobre la muy honorable labor de la integración y unificación de la psicoterapia.

El congreso está patrocinado por la Academia Internacional de Psicoterapia Ecléctica, que fue fundada en 1982 y que tiene representación en más de veinte países. La misión de la Academia es la de “promover el bienestar psicológico del mundo”, haciendo avanzar la integración, tanto práctica como teórica, entre las psicoterapias de orientación psicoanalítica, conductista, cognitivista, existencial-humanista, y interpersonal-sistémica. La sede central de la Academia está en Méjico, y se puede obtener información sobre la Academia y su revista, JOURNAL OF INTEGRATIVE AND ECLECTIC PSYCHOTHERAPY, y también sobre el congreso escribiendo a Emmanuel Olukotun, Presidente, Academia Internacional de Psicoterapia Ecléctica, Apartado Postal 51-042, 45808 Guadalajara, Jalisco, Méjico. El representante de la Academia en España es Mark Musé, Centre Mensana, c/ Migdia 16, 2, 2, Girona 17002.

Referencias bibliográficas

- DOLLAR, J. & MILLER, N. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
LAZARUS, A. (1983). *Terapia Multimodal*. Buenos Aires: IPPEM.

COMENTARIO DE LIBROS

MANCINI, F. Y SEMERARI, A. (1990) *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi..*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

El libro "Le teorie cognitive dei disturbi emotivi" de reciente publicación en Italia se inscribe en el contexto de otra serie de trabajos que un activo grupo de constructivistas italianos viene publicando de forma continuada. Francesco Mancini y Antonio Semerari, destacados miembros de este grupo, coordinan el trabajo de los distintos autores que colaboran en la redacción de la obra. Dado que no existe todavía una traducción al castellano, hemos procurado hacer un comentario más extenso, que venga a suplir, a la vez que a estimular, la lectura del original italiano.

Como todas las obras en las que participan varios autores los editores deben hacer frente al reto que plantea la coherencia interna de múltiples discursos. En este caso la temática que preside el título actúa de hilo conductor. Los editores Mancini y Semerari intentan justificarlo en la Introducción. En ella distinguen dos tipos de enfoques característicos de las terapias cognitivas, las que se centran en el aspecto pragmático y las que lo hacen sobre la dimensión semántica. Los primeros provienen de la tradición conductual fundamentalmente norteamericana y se proponen objetivos concretos, relativos a la evaluación y tratamiento de los problemas. Los segundos se plantean más bien aspectos significativos, relativos a la comprensión de la totalidad de la persona. Su ambición es desarrollar modelos generales del psiquismo de donde puedan derivarse esquemas interpretativos y operativos, válidos para los distintos síndromes y casos individuales. Los editores se han dirigido a autores de este último enfoque, a quienes han pedido la descripción de su marco teórico y el desarrollo de las implicaciones psicopatológicas y psicoterapéuticas correspondientes.

Otro elemento de coherencia lo constituye la toma de partido de los autores por la línea kantiana, de acuerdo con la distinción ya conocida de Rychlak entre modelos lockeanos y kantianos y que desarrolla en el Capítulo Primero. Como dice este autor "es literalmente imposible evitar tomar partido en psicopatología por uno u otro de los dos modelos". El modelo lockeano puede clasificarse como "extrospectivo", reductor de las estructuras complejas a sus partes, orientado a explicar por ellas los fenómenos que afectan a la totalidad. El modelo kantiano, en cambio, debe clasificarse como "introspectivo", presupone una mente activa, organizadora de un mundo de significados. De acuerdo con esta división, tanto la visión psicoanalítica como, sobre todo, la fenomenológico-existencial (Binswanger, Rogers, Kelly) se inscriben en la tradición kantiana, mientras que la concep-

ción conductista o las teorías cognitivas más modernas, basadas en la metáfora del ordenador, se alinean claramente con la lockeana.

Esta toma de posición preside todo el libro, que se identifica fundamentalmente con la visión "introspectiva" kantiana, centrada sobre los procesos estructurados intencionalmente a través de la función constitutiva de la conciencia. Sin embargo, dada la complejidad propia del campo de la psicopatología, a veces se hace necesario, según Rychlak, una cierta integración de ambos modelos de explicación. El Capítulo Séptimo, escrito por Ryle y Leiman, representa una muestra de este esfuerzo integrador, desarrollando su propio modelo terapéutico, llamado Terapia Analítico-Cognitiva, donde, sobre la base de una concepción procesual se integran elementos provenientes de la tradición psicoanalítica, particularmente inspirada en Klein, las teorías cognitivo-comportamentales y la tradición socio-cultural de la escuela de Vygotsky.

El resto de capítulos se centran fundamentalmente sobre cuestiones relativas a la psicopatología. Dos de ellos son claramente kellianos y contemplan más la estructura del sistema que su evolución (Neimeyer y Feixas, Cap. 4 y Winter, Cap. 6). Otros dos (Liotti y Pallini, Cap. 3 y Sassaroli y Lorenzini, Cap. 5) se estructuran sobre la base de una consideración evolutiva de la personalidad, inspirada en las aportaciones de Bowlby. Finalmente, el capítulo de los editores Mancini y Semerari, desarrolla específicamente el tema que da origen al conjunto de trabajos reunidos bajo el título de "teorías cognitivas de los trastornos emocionales".

La tesis fundamental defendida por Mancini y Semerari en este Capítulo Segundo gira alrededor del concepto de autoinvalidación recurrente. La autoinvalidación recurrente es un proceso por el que el sufrimiento se perpetúa a sí mismo por cuanto el sujeto lo toma como una invalidación de una parte esencial de sí mismo. Se puede expresar este concepto en términos de lenguaje común, dicen los autores, "afirmando que la neurosis consiste esencialmente en la imposibilidad de dar un significado constructivo al propio sufrimiento." Pero al contrario de lo que hacen generalmente las teorías psicopatológicas, Mancini y Semerari no consideran negativas las maniobras defensivas del sistema, sino que las interpretan como una protección del mismo, "orientada a aumentar la propia complejidad cognitiva". En efecto, si el sufrimiento emocional corresponde a un estado de transición en el sistema, debido a una invalidación de una parte de él, la permanencia del sufrimiento indica la del estado de transición en la que se encuentra el sistema, a la espera de un nuevo equilibrio. Excepción hecha de aquellos casos, como la anorexia o la manía, en que los síntomas no son vividos ansiosamente por el paciente sino como formas de control sobre sí mismo y el mundo, éstos no constituyen una ventaja estructural para el sistema, sino más bien su señal de alarma, informando de un estado de transición inacabado. Las emociones contienen, de este modo, informaciones sobre el sí mismo, pudiendo ser expresadas en términos de componentes del sistema cognoscitivo. La función de tal sistema, en efecto, no es la de autoconservarse, sino la de conocer. Su supervivencia consiste precisamente en el desarrollo de esta función cognoscitiva, no en su mantenimien-

to estático. En la vida cotidiana de cada uno, se dan con frecuencia fracasos e invalidaciones, los cuales lejos de dar origen a un síntoma, constituyen con frecuencia la ocasión para un ulterior desarrollo de la complejidad cognitiva. No existe razón convincente para pensar que esto no pueda producirse igualmente en los trastornos emocionales -fobias, obsesiones, depresiones, etc.- puesto que de otro modo el modelo homeostático, explicativo de las neurosis entraría en auto-contradicción, ya que consideraría que los síntomas se estabilizan para mantener el equilibrio del sistema, a la vez que lo desequilibran, dado que no presentan ninguna ventaja estructural, sino que por lo contrario, contribuyen a la autoinvalidación del sujeto. La brillante observación de Mancini y Semerari resuelve de esta forma la paradoja neurótica de la persistencia en el tiempo del sufrimiento emocional y ofrece al clínico una alternativa conceptual para poder entender la función de las emociones dentro del modelo cognitivo. La presencia de emociones, tales como la ansiedad, remiten al clínico a la observación de los estados transicionales del sistema, facilitando su reconstrucción en los puntos donde éste se siente amenazado en su integridad y desarrollo. Los autores ofrecen estas sugestivas consideraciones después de haber pasado revista a las distintas teorías cognitivas de las emociones y de los trastornos emocionales. Las teorías realistas, en primer lugar, que consideran las emociones como procesos psicológicos claramente diferenciados de los otros, manteniendo un cierto dualismo entre emoción y cognición para el que los autores no encuentran una justificación plausible, dado que sistemas diversos que interactúan "deben tener un código común"; este código común viene representado, a juicio de los autores, por los esquemas constitutivos de significado. En segundo lugar, los autores consideran las teorías sintéticas de las emociones, según las cuales los estados emocionales son consecuencia o subproducto de ideas y creencias negativas e irracionales. Esta visión hiperracionalizante, característica de los primeros enfoques cognitivo-comportamentales de Beck y Ellis, impedía la comprensión de fenómenos tales como la coherencia y estabilidad de la conducta sintomática y daba cuenta a la vez de la dificultad de la modificación de "las creencias irracionales". Los autores consideran en tercer lugar las llamadas "teorías sistémicas" o estructurales, según las cuales no son las estructuras esquemáticas las que son construidas por los diversos procesos psicológicos, sino éstos los que son constituidos por los esquemas. Son éstos los que generan los pensamientos, imágenes, sentimientos y acciones. Esta concepción permite entender las emociones como conflictos que surgen en el proceso de construcción de la experiencia, lo que será descrito por Kelly como un estado de transición del sistema de constructos -estructura profunda de significados personales- que canaliza los procesos psicológicos, pero que no coincide con ninguno de ellos. La intensidad de las emociones dependerá, de este modo, de la cantidad de sistema que se vea implicado en la transformación y del tiempo con que se lleve a cabo el proceso. La cualidad, en cambio, de la naturaleza del proceso de transformación.

El trabajo de Neimeyer y Feixas (Capítulo Cuarto) constituye una aportación

original a la psicopatología, al desarrollar las implicaciones de los corolarios kellianos para la comprensión de aquélla, conceptualizándola como resultado de trastornos en el proceso de construcción. Para sistematizar la exposición los autores la organizan en torno a tres tipos de trastornos: los trastornos del proceso de construcción, los trastornos de la estructura del sistema y los trastornos relacionados con el contexto social.

En el primero, los trastornos del proceso de construcción, consideran las posibles implicaciones de cuatro de los corolarios kellianos: el de experiencia, el de construcción, el de elección y el de modulación. La interrupción de la experiencia es el trastorno característico del **corolario de experiencia**. El bloqueo del proceso puede obedecer a la necesidad de proteger el sistema de posibles autoinvalidaciones provenientes del sometimiento a la prueba de la experiencia. Semejante estrategia puede ser válida temporalmente en vistas a proteger el núcleo del sistema de constructos, pero su persistencia puede terminar por convertirse en una disfunción. La amenaza que plana sobre el **corolario de construcción** es la de la discontinuidad. Las circunstancias de la vida que tienden a poner en peligro la continuidad del proceso de construcción se hallan asociadas a episodios importantes de transición. Tales transiciones pueden producirse en ocasión de acontecimientos vitales agradables y desagradables. Las situaciones de duelo son particularmente representativas de este fenómeno, amenazado tanto por la invariabilidad monótona y estanca, como por los cambios excesivamente radicales que pueden sumir a la persona en el caos. El **corolario de elección** se ve amenazado por las posibles restricciones a las que la persona puede someter su propio sistema, como es el caso de la elección de un síntoma -la tartamudez, por ejemplo- que sirve para preservar la integridad anticipativa del sistema. Finalmente la impermeabilidad del sistema estaría en la base del malestar, de acuerdo con el **corolario de modulación**, dado que la forma cómo aquél fue moldeado, particularmente durante la infancia, determinaría en gran parte las dificultades de cambio posterior.

Entre los trastornos que afectan a la Estructura del Sistema los autores pasan revista a los corolarios de dicotomía, organización, fragmentación y de ámbito. La naturaleza **dicotómica** de los constructos conlleva ciertas formas de psicopatología como la polarización, identificable en depresivos con intentos de suicidio, o la ambigüedad, patente en las personas que se ven sometidas a estados de duda e incertidumbre. Los trastornos **organizativos** pueden considerarse como amenazas a la identidad, dado que el corolario correspondiente dice relación a la estructura jerárquica del sistema. Los trastornos de **fragmentación** pueden surgir como resultado de la falta de consistencia del sistema, que de forma dramática pueden observarse en la esquizofrenia, cuya desorganización puede ser entendida como resultado de una invalidación nuclear. Finalmente puede considerarse el **ámbito de conveniencia** de un constructo como fuente de posibles trastornos en la estructura del sistema. Una restricción del campo de aplicación del sistema de constructos se halla generalmente a la base de la ansiedad, mientras que la

amplificación excesiva de su alcance resulta también problemática.

Trastornos relativos al Contexto Social pueden considerarse los derivados de los corolarios de individualidad, comunalidad y socialidad. El sistema de constructos no se erige en solitario en el interior de una bola de cristal, sino en un contexto social del que recibimos ineludiblemente, al menos en parte, la validación o invalidación. En consecuencia una construcción excesivamente **idiosincrásica** puede implicar inadaptación y soledad. La similitud cultural, en cambio, debe relacionarse con la **comunalidad** compartida en los sistemas de anticipación de un grupo. Esto resulta particularmente aplicable a los constructos familiares, donde incluso las oposiciones entre padres e hijos adolescentes no lo son en términos de sistemas distintos, sino de polaridades. Finalmente el fracaso en el **corolario de socialidad** puede asociarse a lo que los autores llaman la retirada existencial, observable en pacientes muy deteriorados que evitan contactos que podrían construir como amenazantes para su frágil identidad. El trastorno de personalidad múltiple puede entenderse de este modo como una estrategia para relacionarse parcialmente con el mundo a través de distintos aspectos de sí mismo, altamente compartimentalizados.

Esta visión desarrollada por los autores se inscribe en la perspectiva de Kelly, orientada a ver los trastornos psicológicos, no como entidades nosográficas independientes, sino como interferencias en el proceso de desarrollo del propio sistema de constructos y sus vicisitudes, compartidas de formas más o menos problemáticas por todos los humanos.

También dentro de la perspectiva estructural kellyana se inscribe el capítulo sexto, escrito por A. Winter, titulado "Trastornos de construcción: ¿psicopatología o estrategia?". Para Winter la persona con trastornos psicológicos se mueve por la misma necesidad de anticipar los acontecimientos que la "normal". La diferencia estriba en que el ciclo de experiencia de la persona trastornada psicológicamente se halla congelado en una de sus fases, en lugar de estar en continua evolución. De acuerdo con Kelly un trastorno es "cualquier construcción personal que se mantiene a pesar de sus constantes invalidaciones".

En este contexto Winter plantea la concepción de la resistencia como una estrategia para mantener el sistema más que como una oposición al cambio. En palabras de Kelly el cliente que se resiste "no se opone al terapeuta como persona, sino que probablemente está demostrando que su sistema de constructos no subsume lo que el terapeuta piensa que debería subsumir". Por ejemplo la forma cómo el terapeuta y el cliente construyen las habilidades sociales puede ser muy diferente. Para éste último la asertividad social puede ser identificada con "la arrogancia, la presunción o la desconsideración". En consecuencia el cliente que siente la terapia como una exigencia de cambio de sus constructos más centrales puede vivirla como una amenaza profunda.

De acuerdo con este punto de vista puede afirmarse que el fenómeno de la resistencia se puede presentar en todos los clientes en la medida en que el tipo de cambios solicitados ponga en juego la integridad de los constructos más centrales.

Pero al mismo tiempo cabe considerar la posibilidad de que esta resistencia puede verse potenciada o disminuida según la interacción entre las modalidades de intervención terapéutica y los estilos personales de construcción de los sujetos. Por ejemplo, la terapia analítica de grupo, que exige una fuerte permeabilidad del sistema de constructos, puede estar contraindicada para sujetos con un sistema altamente restrictivo y coherente.

Este mismo fenómeno está a favor, en términos generales, de una cierta coherencia entre terapeuta, sistema de tratamiento y cliente. Así algunos clientes más interesados en el mundo externo que interno pueden responder más favorablemente a un enfoque extrospectivo -en términos de Rychlak- que introspectivo. Y a la inversa, los clientes que muestran un mayor interés por el mundo interno que externo responderán probablemente mejor a un enfoque introspectivo.

Entender los trastornos psicológicos, al igual que la resistencia, como estrategias orientadas a evitar la invalidación, no significa que no constituyan auténticos problemas que pueden llevar a la solicitud de terapia, a la vez que a su rechazo. Gestionar estas contradicciones forma parte de una terapia adaptada a las necesidades del cliente.

Finalmente Winter pone de relieve uno de los déficits característicos de la Teoría de los Constructos Personales, a saber: la dimensión genética o evolutiva del sistema. Si bien el modelo kelliano explica satisfactoriamente la persistencia de las estrategias utilizadas por el cliente para mantener el sistema libre de invalidaciones, aunque ello tenga un coste "patológico", no da cuenta adecuadamente de su génesis y evolución. Destinados a satisfacer esta deficiencia teórica, parecen los capítulos tercero y quinto del libro que pasamos inmediatamente a analizar.

En relación al grupo de trabajos que desarrolla una concepción de la psicopatología desde un punto de vista evolutivo nos referiremos, en primer lugar, al capítulo redactado por Liotti y Pallini, titulado "desarrollo del conocimiento de sí mismo y psicopatología" (Capítulo 3). Tal como ya hemos anunciado los autores se apoyan en las aportaciones de Bowlby a la psicología evolutiva. El ser humano nace con un cerebro fruto de la evolución filogenética, que determina su funcionamiento en base a una estructuración tripartita, pero simultáneamente dispone de potencialidades para el comportamiento comunicativo y de exploración, lo que dará lugar a conductas de apego, afiliación y juego, entre otras. Esta concepción evolutiva del cerebro va a tener importantes repercusiones para la psicopatología. Los autores consideran que la principal aportación de la epistemología evolucionista consiste en la sustitución del concepto de motivación por el de "sistemas de control". Tales sistemas de control pueden guardar diversas relaciones entre sí -sinérgicas, antitéticas, etc.- al servicio de distintas finalidades, determinadas por las estructuras de significado, ligadas a las actividades del neocórtex, capaces de unificar las operaciones de los distintos sistemas de control.

Desde el punto de vista de la psicopatología evolucionista los autores asignan un papel fundamental al sistema que controla en el niño la conducta de apego

respecto a los padres que lo cuidan. Diversas son las modalidades de apego que pueden desarrollarse en esta relación, dando origen a posibles trastornos ulteriores. La clase de apego que podemos calificar de “seguro”, de acuerdo con Bowlby, constituye sin duda la norma ideal. En contraste cabe identificar otras tipologías de apego psicopatógeno, que se pueden agrupar en las siguientes categorías: “ansioso-resistente”, “evitante” y “desorientado-desorganizado”. Los autores analizan con detalle cada una de las modalidades, asociándolas a trastornos específicos, particularmente de la infancia. Consideran igualmente fundamental para entender la relación entre desarrollo cognitivo y psicopatología el recurso a la epistemología evolucionista de Piaget. Según éste, el desarrollo cognitivo sigue un proceso dinámico que oscila continuamente entre la asimilación y la acomodación. De este modo cabe concebir dos tipos fundamentales de desequilibrio en base a la prevalencia de uno u otro polo. Así puede definirse el egocentrismo cognitivo como una incapacidad de diferenciar el propio punto de vista del de los demás, lo que impide con frecuencia la apertura a informaciones capaces de llevar hacia el polo de la acomodación y, en consecuencia, dificulta la vida de relación íntima o social. Un exceso de acomodación, por otro lado, puede implicar una desintegración de la propia identidad. Como puede deducirse fácilmente todo ello va a repercutir gravemente en la vida relacional del adulto, particularmente a propósito de acontecimientos vitales que pongan en juego los esquemas cognitivo-afectivos, estructurados en el seno de las relaciones privilegiadas de la infancia.

Sandra Sassaroli y Roberto Lorenzini completan en el Capítulo Quinto, titulado “Psicopatología de la Predicción” la visión evolutiva y la estructural, desarrollando las ventajas predictivas y evolutivas del apego, entendido como relación de información, y las de la exploración, que le sustituye gradualmente. El apego constituye el vínculo entre lo innato y lo adquirido. La exploración, la modalidad que permite superar el apego como forma privilegiada de conocimiento.

Ambas modalidades de conocimiento se ponen en cuestión en la patología, y particularmente en la fóbica donde parece producirse una incompatibilidad entre apego y exploración, volviéndose invalidante el uno para el otro. En efecto, característica de la patología fóbica es la dificultad para discriminar, conocer y construir las propias emociones. Dos son las razones que a juicio de los autores explican esta pobreza predictiva de la fobia. La primera se basa en la interpretación de las reacciones emotivas como señales de peligro. La segunda, en el bloqueo de la exploración que afecta tanto al mundo externo como interno. El miedo a cualquier experiencia emocional, el miedo del miedo, produce por sí mismo temor o ansiedad, provocando lo mismo que se quería evitar.

En la crisis de pánico el sujeto experimenta una dramática disminución de su capacidad predictiva, dado que los acontecimientos que debe afrontar se hallan mayormente fuera del campo de aplicación de su sistema de constructos. La incapacidad para afrontar los cambios normales del sistema agrava enormemente su estado. Interpreta su crisis de ansiedad no como tal, sino como muerte

inminente, miedo a enloquecer o cualquier otro estado que comporte una pérdida irreparable. La activación emotiva y la lectura que el sujeto hace de ella se potencian recíprocamente como en un círculo vicioso. Superado el episodio agudo, el paciente desarrolla principalmente dos estrategias para prevenir la repetición, a saber: la evitación y la búsqueda de compañía.

Dado que el comportamiento de evitación es el opuesto al de exploración, la actividad cognoscitiva del sujeto se va reduciendo gradualmente, aumentando el nivel de extrañeza ante lo conocido y lo desconocido. En términos de la metáfora del hombre como científico, el fóbico se vuelve un científico avaro de certezas, que reduce sus experimentos a la repetición de hipótesis cada vez más restringidas, evitando tanto la falsificación como la comprobación, con el consiguiente predominio de la heurística negativa. De este modo la evitación es el apego epistemológico del paciente fóbico, que restringe progresivamente sus previsiones y evita la experimentación, dado que la invalidación del sistema lo dejaría sin alternativas. El resultado es la generalización cada vez mayor de la conducta de evitación y, en consecuencia, el afianzamiento de la patología predictiva de la fobia.

El libro editado por Mancini y Semerari termina con una bibliografía general que recoge las diversas referencias utilizadas por los distintos autores. Esta es una práctica que es aceptable, pero que no es la más correcta a nuestro juicio, puesto que no permite ver de una manera inmediata las fuentes ideológicas de cada autor. Pensamos que sería más ilustrativo colocar al final de cada capítulo la bibliografía correspondiente y añadir al final del libro un índice de autores. Otro comentario general que nos gustaría hacer sobre la concepción del libro se refiere a la distribución de los capítulos, que no sigue un criterio claro. Resulta difícil, sin duda, establecer un criterio para dar coherencia a la contribución de autores tan diversos. La sistematización que hemos dado a nuestro comentario, sin embargo, u otra cualquiera hecha en base a algún criterio explícito y argumentado, hubiera podido tal vez servir de hilo conductor a la ordenación de los capítulos. Finalmente nos hubiera gustado disponer de una pequeña biografía de cada autor para poder conocer mejor su trayectoria intelectual y sus referentes culturales. Estas mínimas observaciones formales, que en general cuidan poco nuestros editores latinos, y que sin embargo constituyen criterios habituales entre los anglosajones, no quitan mérito a la creatividad de las aportaciones originales que constituyen el libro, ni interés a su conjunto.

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio escritos en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios, que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo, y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.

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 o emplear fotografías de personas identificables.

3. Se adjuntará un resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible 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 curriculum (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 la lista y viceversa. En el texto se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

6. Deberán evitarse en lo posible las notas al pie de página. Cuando existan, deberán escribirse a máquina en hoja aparte, empleando una numeración correlativa. Dicha hoja se añadirá al final del texto.

7. El Comité Editorial se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente; o también cuando no pueda relacionarse con los temas 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 el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar cinco ejemplares con el artículo publicado o separatas, cuando se editen. En el caso de que el autor precisara un número mayor, el costo de los mismos correrá a su cargo.

9. El Director, el Comité Editorial y el Consejo de Redacción no aceptan responsabilidad alguna sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales. Además, el Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los editoriales firmados.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532
(lunes y miércoles tarde)

Administración:

SERVEIS PEDAGOGICS S. A.
(Revista de Psicoterapia)
C./de l'Art, 81 - 08026 - Barcelona
Tel. (93) 235 2311

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

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1991
para España 3.600 pts.
para el extranjero 40 \$ USA

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:

Cuenta corriente num.: Libreta núm.:

Banco/Caja

Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:



REVISTA DE PSICOTERAPIA

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.

Dirección y Redacción:

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

Gestión y Administración:

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