

INTERACCION TERAPEUTICA Y CAMBIO

Lorenzo Cionini y Daniela Maria Mattei

Università di Firenze

The relationship between therapeutic interaction and psychological change is considered regarding two different processes. The first one is concerned with the internalization of the psychotherapist by the patient, the second one with experiencing attachment schemata in the therapeutic setting.

En cualquier relación interpersonal se produce un intercambio comunicativo, un traspaso de información que permite a sus componentes entrar el uno en el mundo del otro, de confrontarse y, en base a esta confrontación, decidir el desarrollo de la relación misma. Los sujetos interactuantes, con sus peculiares actitudes, definen cada vez sus objetivos y sus roles en la relación y la dimensión emotivo-afectiva dentro de la que ésta se desarrolla.

La relación terapéutica, aunque se encuadra en esta misma lógica funcional, es una relación particular: los roles de los dos componentes se definen *a priori* y son absolutamente no intercambiables. El paciente es el que pide ayuda para alcanzar un mayor conocimiento de sí mismo y se propone, por lo tanto, relatar su propia vida ofreciendo al otro la posibilidad de conocerlo: el terapeuta -que ejerce un rol de experto- se sitúa, en cambio, como supervisor del ámbito de esa investigación (Kelly, 1955). El experto-supervisor debe ser capaz -cosa que no es indispensable para un científico en la dirección de una investigación- de suscitar las sensaciones y emociones que sean indispensables para el establecimiento de una buena relación, sin por otra parte poder hablar directamente de sí mismo y sin, por lo tanto, poder utilizar uno de los principales canales de comunicación que, en los intercambios interpersonales normales, permite al otro construirse una imagen del interlocutor y definir así la propia implicación emocional. También el espacio y el tiempo son bastante diferentes en este contexto. El espacio es exclusivamente el del setting; el tiempo, también si bien no está definido *a priori*, sí está limitado a la duración de la terapia y abarca unas pocas horas mensuales.

¿Cómo es posible que una relación con unas características tan particulares y diferentes (dos personas extrañas, que al inicio no se han elegido, una de las cuales

no habla nunca de sí misma, que se ven quizás durante años, pero sólo una o dos veces por semana) puede volverse tan importante como para suscitar implicaciones emocionales y determinar un aumento del conocimiento de sí-mismo que conduzca a un cambio individual?.

En el párrafo siguiente, analizaremos brevemente las fases a través de las cuales se debe desarrollar la relación en el curso de un proceso terapéutico para poder inducir un cambio; a continuación, nos ocuparemos de las modalidades de utilización de la relación para este fin.

1. La evolución de la relación en el curso de la psicoterapia.

Si bien no es posible estandarizar rígidamente la evolución y el desarrollo de la relación paciente-terapeuta en un recorrido terapéutico, resulta oportuno, a nuestro entender, evidenciar algunas fases típicamente recurrentes dentro del setting cada vez que el proceso de cambio se está desarrollando positivamente.

Analizando la relación desde el punto de vista de las construcciones del paciente y de las operaciones que el terapeuta debe efectuar para facilitarlas, hemos propuesto (Cionini y Mattei, 1991), la posibilidad de identificar cinco momentos, temporalmente sucesivos, que caracterizan el curso terapéutico.

1a - Construcción del terapeuta como una persona que puede comprenderme.

La capacidad del terapeuta de saber escuchar y acoger los mensajes verbales y no verbales que el paciente le envía, la congruencia de sus intervenciones en el interno de la interacción definen la primera dimensión emocional-afectiva de la relación. Es a través de la sintonía de las interacciones que el paciente, desde las primeras sesiones, puede llegar a construir a la persona a quien se ha dirigido como a una “persona que puede comprenderme, potencialmente capaz de ayudarme en el camino que me propongo recorrer”.

La tarea del terapeuta, en este sentido, es pues no sólo conseguir comprender el significado y las implicaciones de las comunicaciones verbales que el paciente está efectuando, sino también y sobre todo captar lo no dicho, decodificar los mensajes no verbales consiguiendo hacer sentir al otro su presencia en la relación, su capacidad de percibir también aquello que él no es capaz de expresar directamente con palabras.

1b - Construcción del terapeuta como una persona fiable.

En cualquier relación interpersonal el otro puede ser capaz de comprenderme, de captar lo que estoy sintiendo en un determinado momento, pero esto no significa necesariamente que sea capaz de ayudarme, de darme un apoyo concreto y emocional en mi proceso de crecimiento. La construcción del terapeuta como persona fiable, en este contexto, es una de las dimensiones más significativas que caracterizan un vínculo positivo de ayuda y, en nuestro caso, es una de las variables

que permiten al paciente poder emprender su viaje de exploración en el universo de sus significados personales.

La fiabilidad del terapeuta se define en función de una serie de factores: en primer lugar, su competencia y habilidad técnica para proporcionar instrumentos que incrementen las capacidades del paciente de construirse a sí mismo y construir sus propias experiencias; por lo tanto, de su neutralidad respecto a los contenidos de las elecciones y de los pensamientos del paciente que debe conseguir percibirlo como una persona que “está de su parte”, que está implicada emocionalmente, pero que al mismo tiempo mantiene aquella autonomía de juicio necesaria -no para evaluar o emitir juicios de valor- sino para explicar o para comprender los procesos que están actuando; y finalmente, de la seguridad que consigue infundir en el paciente sobre la estabilidad de su presencia y la solidez del apoyo emocional que es capaz de ofrecerle para afrontar los momentos más difíciles y dolorosos del proceso de cambio.

1c - Internalización del terapeuta.

En la tercera fase de la estructuración de la relación terapéutica, es posible observar cómo el paciente empieza a utilizar y hacer propias algunas modalidades de elaboración y construcción de la realidad sugeridas explícita o implícitamente por el terapeuta. Es frecuente que, en esta fase, el paciente cuente que ha hecho frente a ciertas situaciones analizando su significado a través de un diálogo imaginario con el terapeuta: “He pensado que si yo hubiera estado aquí con usted, yo hubiera dicho, usted hubiera observado, etc.”.

1d - Construcción del terapeuta como figura estable de apego.

Como consecuencia del desarrollo de las anteriores fases, el terapeuta debe llegar a asumir para el paciente, el valor y el significado de una verdadera figura de apego. Como sostiene Bowlby (1988), la conducta de apego, aunque resulta muy evidente en la infancia, se puede observar a lo largo de todo el ciclo vital, particularmente en los momentos de emergencia o peligro. La modalidad con la que el paciente estructura esta relación específica de apego está estrechamente correlacionada con las experiencias primarias que realmente ha vivido en la relación con las figuras de referencia y depende de los esquemas actuales que, en función de esas experiencias, ha construido.

La activación de los esquemas de apego dentro de la relación terapéutica hace que el paciente tienda a construir expectativas respecto al comportamiento del terapeuta en coherencia con lo que ha experimentado en la relación con las figuras de apego significativas de su historia personal. Las formas que la relación puede asumir, como consecuencia de este proceso, son: la asimilación de la figura del terapeuta a una de las figuras parentales (o, de todos modos, a una de las figuras primarias de apego); la identificación con el terapeuta; y el enamoramiento.

La diferencia entre este concepto y el concepto psicoanalítico de “transfert” (transferencia) reside básicamente en el hecho que éste último presupone un proceso de regresión (Freud inicialmente lo consideró una forma de resistencia). Prescindiendo de la divergencia existente entre diversos autores sobre el hecho de que toda la relación psicoanalista-paciente pueda considerarse *transfert* o no, la relación transferencial se valora, de todos modos, como “ficticia, regresiva, repetitiva e ilusoria” (Saraval, 1988). En la teoría del apego, inversamente, la definición del vínculo paciente-terapeuta implica la activación de esquemas que son propios -en el presente- del sistema cognitivo de paciente: esquemas que son utilizados, por otra parte, no sólo (aunque sí con mayor intensidad) en esta situación específica, sino que también en la relación con cualquier otra figura actual de apego.

En esta fase, normalmente más larga que las anteriores, es donde se realizan los descubrimientos más importantes y los cambios más significativo. El apoyo del terapeuta, idealizado y considerado perfecto, pueden permitir al paciente hacer frente al sufrimiento y a la “confusión” derivadas de la falsificación de algunos aspectos nucleares del su sistema de conocimiento que puede activar una “revolución personal” (según la metáfora propuesta por Mahoney, en el 1980, a partir del concepto de “revolución científica” de Kuhn).

1e - Construcción del terapeuta como una “persona real” emocionalmente significativa.

Representa la fase final de la terapia y coincide, en el momento de su plena realización, con su conclusión. La relación paciente-terapeuta se vuelve básicamente paritaria. El terapeuta pierde las características de “persona perfecta que me es indispensablemente necesaria” y se construye como “persona real con sus capacidades y límites como cualquier ser humano”. Aunque continúe siendo para el paciente una persona especialmente significativa es posible separarse de él y proyectarse autónomamente en los propios proyectos de vida.

2. Utilización de la relación para promover el cambio.

Con la finalidad de promover el cambio, la relación terapéutica puede ser utilizada (aunque no de manera exclusiva) en función de dos objetivos que pueden considerarse como consecutivos: en primer lugar, para ayudar al paciente a ser más consciente y a analizar la singularidad de sus esquemas de apego y, posteriormente, para ayudarle a modificarlos y articularlos de manera que sean más funcionales para una construcción tanto de sí mismo como del otro en la relación.

La relevancia de todo esto respecto al cambio en general resulta absolutamente obvia si consideramos que los esquemas de apego ocupan una posición de absoluta primacía jerárquica en cualquier sistema individual de conocimiento, situándose, de todas maneras, a niveles de máxima supraordenación.

Procediendo con orden, veamos cómo el terapeuta puede perseguir activa-

mente los objetivos descritos anteriormente.

En el momento en que el paciente ha estructurado la relación terapéutica en términos de apego (fase “1d”), tenderá a construir al otro en función de las expectativas previstas a priori a partir de sus estructuras esquemáticas: en otras palabras, tenderá a definir anticipaciones de la conducta y de las actitudes del terapeuta coherentes con sus experiencias precedentes de relación con otras figuras de referencia. Pacientes con un esquema de apego ansioso-resistente -según la definición de Ainsworth (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; véase también Liotti, 1988; Liotti y Tomboli, 1991), establecerán probablemente con el terapeuta un vínculo de extrema dependencia y contemporáneamente -o viceversa- se posicionarán fácilmente de manera conflictiva respecto a él, construyendo como constrictiva cualquier propuesta o demanda suya; pacientes con un esquema de apego ansioso-evitante podrán manifestar, también en el setting, una dificultad de fiarse del terapeuta y de dejarse implicar de manera estable en una inversión afectiva que a pesar suyo en cierto momento -o de frente a amenazas de una posible separación- se ponen muy claramente en evidencia. De todas maneras, cualesquiera que sean las modalidades específicas con las que se estructura la relación, el trabajo de reconstrucción y reconocimiento del propio estilo de apego viene facilitado precisamente por el hecho de que se manifiesta en lo que sucede en el aquí y ahora del setting.

La tarea del terapeuta es ayudar al paciente a leer, a partir de la observación de las comunicaciones explícitas o implícitas que se dan en el setting, lo que está ocurriendo en la interacción relacionándolo con su modalidad de situarse en una relación afectiva con una persona significativa. Se trata de desplazar el plano de la comunicación del contenido específico a la modalidad en que ésta se manifiesta, para llegar a captar las implicaciones y los significados que tienen respecto a la estructura cognitiva del paciente, permitiéndole llevar a un nivel consciente algunas de las características principales de sus esquemas de apego.

Concretamente, los elementos o aspectos que pueden utilizarse son: actitudes recurrentes del paciente (continuas demandas de soluciones o de juicios, tendencia a controlar las propias reacciones emocionales o a ponerse en una postura de oposición, etc.), la tendencia a construir las reacciones del terapeuta de manera uniforme -aunque se den en situaciones absolutamente diferentes- y en disonancia con las intenciones de éste último, emociones típicamente vividas y verbalizadas por el paciente en el setting, emociones intuidas y explicitadas por el terapeuta que obviamente el paciente confirma como congruentes con lo que siente en ese momento.

Una vez que este proceso de reconstrucción se ha activado, se puede animar al paciente a relacionar las modalidades actuales de situarse respecto a las figuras afectivamente significativas con sus esquemas primarios de apego y reconocer las semejanzas entre las expectativas construidas en relación con el comportamiento de

los padres y las construidas en relación con el comportamiento del terapeuta. A menudo, esto representa un punto de partida para recordar algunos momentos significativos de la propia historia de vida, para releer y reconsiderar experiencias afectivas primarias (tal vez, también muy dolorosas) mediante las cuales se ha estructurado la construcción de la propia imagen de sí mismo.

El aumento de la conciencia de las propias estructuras cognoscitivas puede inducir, pero no garantiza, un proceso de cambio de éstas sobre todo cuando -como en este caso- se trabaja con esquemas jerárquicamente supraordenados que definen el sí-mismo. Como sostiene Semerari (1991), probablemente ni siquiera la experiencia del terapeuta como “base segura” (Bowlby, 1988), asegura de por sí el cambio que debe ser activamente inducido mediante procesos de falsificación (los cuales no hacen necesariamente referencia a lo que puede definirse como el dominio del “conocimiento teórico”; Cionini, 1991a). Es posible que yo me dé cuenta perfectamente del hecho de que algunos de los esquemas que me son propios y que utilizo para situarme en relación con los otros son “equivocados” o disfuncionales, pero no se puede asegurar de que esto sea suficiente para permitirme modificarlos: es experiencia común de cualquier terapeuta, que no se limite sólo a los aspectos racionales, la observación de frecuentes incoherencias en el sistema cognoscitivo de los paciente (como de cualquier persona); incoherencias que determinan una especie de escisión subjetiva entre “lo que pienso y lo que siento”.

Sin poder entrar en detalle, en este contexto, sobre el problema de la incoherencia, de su relevancia respecto al proceso terapéutico y a las modalidades para afrontarla (véase a este propósito Cionini, 1991a; 1991b), nos limitaremos a afirmar que la “solución de la incoherencia” (en términos de “lógica interna del sistema”) puede conducir a poner en evidencia estructuras personales de significado que no son falsificables si no es a través de experiencias que soliciten directamente este tipo de conocimiento.

La relación terapéutica, por lo tanto, tiene que convertirse en un instrumento directo de falsificación de las expectativas estereotipadas que el paciente construye a partir de sus propios esquemas de apego. Esto no significa que el terapeuta tenga en mente un modelo propio de relación para proponer como el mejor, sino que simplemente que esté preparado para captar el significado de los mensajes del paciente y para interpretarlos dentro del contexto relacional del setting, de tal modo que pueda elegir modalidades de reacción (prevalentemente no verbales) que falsifiquen sus expectativas, demuestren concretamente la existencia de alternativas posibles respecto a aquellas que él había previsto y que le den la posibilidad de experimentar modalidades diferentes de relación. Todo esto no implica que el terapeuta deba convertirse en “maquiavélico” y construir artificiosas modalidades de reacción, pero requiere que sea capaz de entrar en el mundo de significados de la persona que tiene delante y de sentir lo que le ha faltado en su historia de desarrollo para poderse construir de manera coherente a sus necesidades.

Los autores consideran las relaciones entre interacción terapéutica y cambio psicológico en función de las operaciones de interiorización de la figura del terapeuta por parte del paciente y de experimentación de los esquemas de apego puestos en juego en el setting terapéutico

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial: Este artículo se publicó como capítulo dentro del libro de G. Sacco y L. Isola (Comps.) (1992), *La relazione terapeutica nelle terapie cognitive* (cap. 7: pp. 107-118). Roma: Melusina, con el título “Relazione terapeutica e cambiamento”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at home*. Hillsdale: L. Erlbaum.
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge. (Trad. it., *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989).
- CIONINI, L. (1991a). *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- CIONINI, L. (1991b). La presa de coscienza e le emozioni. In T. Magri e F. Mancini (a cura di), *Conoscenza e emozioni*. Roma: Editori Riuniti.
- CIONINI, L., e MATTEI, D.M. (1991). La relazione terapeutica. In L. Cionini, *Psicoterapia cognitiva: teoria e metodo dell'intervento terapeutico*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- KELLY, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- LIOTTI, G. (1988). Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenetic experiences in cognitive psychotherapy. In C. Perris, L. Blackburn & H. Perris (Eds.), *Cognitive psychotherapy: Theory and practice*. New York: Springer Verlag.
- MAHONEY, M.J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M.J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press. (Trad. it., *La psicoterapia e la struttura delle rivoluzioni personali*. In V.F. Guidano e M.A. Reda (a cura di), *Cognitivismo e psicoterapia*. Milano: Franco Angeli, 1981).
- SARAVAL, A. (1988). La tecnica classica e la sua evoluzione. In A.A. Semi (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi: Teoria e tecnica, vol. 1*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- SEMERARI, A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Nuova Italia Scientifica.