

MÁS ALLÁ DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA: UN RECORRIDO HISTÓRICO Y TEÓRICO

ANA MARÍA ARANGO CAMMAERT* MIGUEL FERNANDO MORENO FRANCO**
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ - COLOMBIA

Recibido, julio 8 /2009

Concepto evaluación, noviembre 17/2009

Aceptado, diciembre 7/2009

Resumen

La relación entre terapeuta y consultante ha sido de gran interés en diversas escuelas de terapia. Comienza con los estudios de Freud sobre transferencia y contratransferencia, continúa con las terapias modernas y con lo que en este texto se ha definido como terapias posmodernas. Cada uno de estos enfoques enfatiza algunos aspectos de la relación, de acuerdo con su postura epistemológica. El propósito de este artículo es clarificar las concepciones que distintos enfoques tienen acerca de la relación entre terapeuta y consultante; aquello que algunos llamarán relación terapéutica y otros, relación en un contexto terapéutico. Para lograr este propósito comenzará por describir el abordaje que las terapias modernas hacen acerca de dicha relación; luego se considerará la comprensión que, tanto la terapia familiar como algunas terapias posmodernas tienen acerca de la relación entre terapeuta y consultante; finalmente se presentan algunas diferencias y similitudes entre los distintos enfoques en cuanto a la concepción de dicho constructo. Se concluye que la relación terapéutica es una construcción social que se transforma constantemente en el quehacer del terapeuta, que está ubicada en un contexto histórico y social y que responde a las necesidades y condiciones del momento.

Palabras clave: Relación terapéutica, terapias modernas, terapia familiar y terapias posmodernas.

BEYOND THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP: A HISTORICAL AND THEORETICAL OVERVIEW

Abstract

The purpose of this paper is to discuss the relationship between therapist and client from different therapeutic approaches. The study of the therapeutic relationship begins with Freud's studies about transference and counter transference. It continues with modern therapies and finishes with what has been called postmodern therapies. This paper aims at clarifying each orientation's conception of the therapeutic relationship. In order to achieve this purpose, it starts by describing such therapies' approach of the therapeutic relationship. It goes then to examine the family therapies' and the postmodern therapies' understanding about the relationship between therapist and client. Finally, some differences and similarities between the various approaches are discussed in terms of their conception of that construct. The study concludes that the therapeutic relationship is a social construction in constant transformation throughout the therapeutic experience, which is also determined by other disciplines and located in a social and historical context. Each therapeutic approach emphasizes different aspects of the relationship between therapist and client depending on their epistemological background.

Key words: Therapeutic relationship, modern therapies, family therapies and postmodern therapies.

ALÉM DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA: UM PERCURSO HISTÓRICO E TEÓRICO

Resumo

A relação entre o terapeuta e o consultante tem sido de grande interesse em várias escolas de terapia. Começando com os estudos de Freud sobre transferência e contratransferência, continua com terapias modernas e com o que neste texto foi definido como terapias pós-modernas. Cada uma dessas abordagens destaca alguns aspectos da relação, de acordo com sua postura epistemológica. O objetivo deste trabalho é esclarecer os conceitos que têm abordagens diferentes sobre a relação entre o terapeuta e o consultante: o que alguns chamam relação terapêutica e outros, relação em um contexto terapêutico. Neste artigo, se começará por descrever a abordagem das terapias modernas sobre essa relação; depois se considerará o entendimento da terapia de família e de algumas terapias pós-modernas sobre essa relação e, finalmente, apresentam-se algumas diferenças e semelhanças entre diferentes abordagens para a concepção do construto. Nós concluímos que a relação terapêutica é uma construção social que está em constante transformação no trabalho do terapeuta, que está localizado em um contexto histórico e social e responde às necessidades e condições do momento.

Palavras-chave: relação terapêutica, terapias modernas, terapia de família, terapias pós-modernas.

* amarangoc@hotmail.com

** mi8fe8@gmail.com

El estudio de la relación terapéutica ha hecho parte del desarrollo teórico e investigativo en el campo de la psicología clínica desde el siglo XIX. Fue Freud quien introdujo el concepto de relación terapéutica en sus escritos a finales del siglo XIX. El concepto fue retomado luego por representantes de teorías modernas sobre la psicoterapia y, más recientemente, por aquellos con orientación postmoderna. Los trabajos realizados por los enfoques modernos y postmodernos en el estudio de la relación terapéutica dan cuenta de su postura epistemológica y se concretan en los aspectos que cada enfoque ha privilegiado. Así, las teorías modernas han estudiado el establecimiento de la relación a partir de los aspectos que aportan el terapeuta y el consultante, haciendo énfasis en el papel del terapeuta. Por otro lado, los enfoques postmodernos han estudiado la co-construcción de la relación terapéutica como un proceso conjunto que no se da por terminado y en el que la interacción entre el terapeuta y el consultante se construye a partir del lenguaje.

En el presente artículo se hará una revisión de la literatura acerca de la relación que acontece entre el terapeuta y el consultante en la terapia. Con dicha revisión se pretende clarificar las diferentes concepciones que los enfoques modernos y posmodernos tienen acerca de la misma. La revisión será realizada desde una postura crítica, que evidencia relaciones y aclara diferencias. Esta revisión y análisis de la literatura existente sobre el tema cobra importancia y pertinencia a la luz del debate acerca de la efectividad en la terapia (Bados, García & Fusté, 2002; Simon, 2006), en el que la relación terapéutica ha sido identificada como uno de los factores claves, por ser común a todos los modelos de terapia.

Historia del concepto de relación terapéutica

Sigmund Freud fue el primero en estudiar la relación terapéutica luego de haber teorizado sobre los fenómenos de transferencia y contratransferencia en la práctica del psicoanálisis. A partir de su trabajo, según Safran & Muran (2005), emergieron dos líneas de estudio que profundizaron en aspectos diferentes de la relación. Una fue desarrollada por Ferenczi (1932; citado en Safran & Muran, 2005), quien aportó evidencias acerca de la influencia de la personalidad y de la experiencia del terapeuta a lo largo del proceso. La segunda línea fue encabezada por Ana Freud (1936; citada en Safran & Muran, 2005) y Hartmann (1958; citado en Safran & Muran, 2005), quienes se enfocaron en el estudio de los aspectos reales de la relación y dieron lugar al concepto de alianza terapéu-

tica (Greenson, 1971; citado en Safran & Muran, 2005). Como consecuencia de los estudios realizados por ambas líneas, se produjo un cambio en la postura analítica tradicional, que pudo ser aplicada a una gama más amplia de pacientes debido a que se introdujo un uso más flexible de sus técnicas.

De acuerdo con Safran & Muran (2005), desde finales del siglo pasado los avances de la teoría psicoanalítica contemporánea se han encaminado hacia una perspectiva relacional que promueve un énfasis interpersonal en la terapia y que ha reforzado la participación y la subjetividad del terapeuta en la construcción de la alianza. Dichos avances se han gestado como consecuencia de la influencia de nuevos paradigmas teóricos que han dejado atrás los formalismos rígidos propuestos por el psicoanálisis para dar paso a la interacción, espontaneidad, mutualidad y autenticidad en la relación terapéutica (Mithcell, 1997; citado en Safran & Muran, 2005). Las perspectivas psicoanalíticas relacionales e interpersonales promueven la construcción de la relación terapéutica. En palabras de Safran & Muran (2005): “desde estas perspectivas la vivencia de una experiencia relacional constructiva con el terapeuta se considera como un componente crítico del cambio. De hecho, se podría decir que el proceso de desarrollo y la resolución de problemas en la alianza no son los prerequisites del cambio, sino que constituyen la esencia misma del proceso de cambio” (p. 39-40).

Bordin (1979; citado en Safran & Muran, 2005) señala que todos los enfoques terapéuticos coinciden en afirmar que una buena alianza terapéutica es indispensable para la consecución de los objetivos propuestos. Sin embargo, este autor aclara que las variables que miden la calidad de dicha relación cambian dependiendo del enfoque que tenga la terapia, del terapeuta y del paciente. Con base en esta idea, y con la intención de hacer una revisión teórica del concepto de “relación terapéutica”, a continuación se abordarán cuatro enfoques de terapia que pueden caracterizarse como modernos: el psicodinámico, el conductual, el cognitivo y el humanista.

La relación terapéutica en las teorías modernas

La relación terapéutica desde la orientación psicodinámica

Desde la teoría psicodinámica, Fiorini (1992) define la relación terapéutica como una situación de comunicación cercana que surge entre dos o más interlocutores que sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal y que tienen en común una tarea en una relación

igualitaria, aunque sus roles son distintos. El terapeuta, por su parte, es experto en cierto nivel de la problemática humana; mientras que el consultante es experto conocedor de la problemática singular que aporta para ser analizada.

La relación terapéutica se constituyó como objeto de estudio al ser mencionada por Freud en sus documentos acerca de la transferencia. A partir de ese momento, diversos enfoques teóricos comenzaron a estudiar la relación terapéutica desde sus aspectos transferenciales. La transferencia se da cuando el consultante utiliza con el analista el modelo relacional que definió en la infancia y que está compuesto por impulsos inconscientes que no fueron satisfechos y que han sido olvidados. Cuando el consultante reproduce este modelo en la situación analítica, atribuye al terapeuta elementos de su mundo interno, como afectos y objetos, que determinan el tipo de relación que se va a establecer entre ambos (Fiorini, 1992).

El tipo de relación que el terapeuta establezca con el consultante dependerá del nivel de activación de las funciones yoicas del paciente, lo que a su vez depende de: a) la etapa del desarrollo psicosexual en la que haya permanecido luego de experimentar un problema que rompiera con su desarrollo; o b) del grado de ansiedad que la persona esté experimentando por distintas causas que interfieran con el funcionamiento adecuado de sus funciones yoicas. Cuando el paciente tiene un alto grado de ansiedad o una atenuación fuerte del síntoma, el terapeuta deberá establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector y con capacidad de contención (Fiorini, 1992). Pero si el paciente sólo busca hacer un proceso de autoobservación que le permita comprender sus dificultades, la relación a construir estará en gran parte influenciada por la actitud docente del terapeuta y su capacidad para indagar y asociar (Fiorini, 1992).

Otro fenómeno que se estudia en la orientación psicodinámica, es la contratransferencia. Este fenómeno puede ser definido como la transferencia del analista y surge cuando el consultante pone en el terapeuta objetos de su mundo interno (aspectos de su yo, ello o super yo), con los que se identifica el terapeuta o que despiertan algún tipo de sentimiento inconsciente en él.

El funcionamiento de la relación terapéutica en el enfoque psicodinámico depende de factores que aportan el terapeuta y el consultante. Fiorini (1992), junto con otros autores, afirman que quien más determina el funcionamiento es el terapeuta con sus actitudes y su capacidad para realizar aportes específicos al vínculo. Según Fiorini (1992), los factores que aporta el terapeuta para la construcción de la relación son: a) el contacto empático, que se

evidencia en el terapeuta por medio de gestos de escucha y asentimiento que facilitan la conversación e infunden tranquilidad en el consultante; b) la calidez del terapeuta, que se manifiesta en los gestos y en el tono de la voz; c) la espontaneidad, que contribuye en la creación de un clima de libertad, creatividad y permisividad, y que se refleja en la capacidad del terapeuta para ajustarse a la situación sin dejar de ser él mismo; d) la iniciativa del terapeuta, que se evidencia en su vivacidad corporal; e) la actitud docente, que se evidencia en la utilización de los recursos que sean necesarios para lograr una experiencia emocional correctiva.

El principio de flexibilidad, a partir del cual se rige el terapeuta, es un factor determinante en la construcción de la relación terapéutica dentro del enfoque psicodinámico. La flexibilidad es definida por Fiorini (1992) como la capacidad que tiene el terapeuta de ajustar sus actitudes y recursos técnicos de acuerdo con las necesidades particulares de cada consultante.

Truax y otros (1966; citados en Fiorini, 1992) sostienen que hay factores en el consultante que también son determinantes en la construcción de la relación, tales como: el tipo de problemática, el momento vital del paciente, su nivel cultural, su estructura caracterológica, el nivel de inserción grupal, etcétera.

La relación terapéutica en la terapia conductual

Quienes han trabajado desde un enfoque conductual en psicoterapia coinciden en afirmar que no hay una definición exacta de este tipo de terapia, por lo que se refieren a ella como un conjunto de técnicas y características comunes que demarcan el modelo (Wilson & O'Leary, 1980). Quizás ésta sea una de las razones por las cuales los terapeutas conductuales no abordan la relación terapéutica como un fenómeno específico y posiblemente esto explique por qué sólo se preocupan por resaltar algunos factores propios del terapeuta que son indispensables para el establecimiento de la alianza y por ende, para el éxito de la terapia.

Entre los elementos que destacan como contribuyentes en el establecimiento de la relación terapéutica, el *rapport* es en el que más profundizan. Wilson & O'Leary (1980) comentan que el *rapport* debe ser cuidadosamente construido y conservado a lo largo del proceso terapéutico y que es de vital importancia que sea mutuo (entre el terapeuta y el consultante), puesto que éste llevará a que la relación se caracterice por la confianza y el entendimiento mutuo. De acuerdo con Bernstein, Bernstein, & Dana (1974; citados en Wilson & O'Leary, 1980), el *rapport* se logra entablar y mantener gracias al dominio de cier-

tos factores por parte del terapeuta, tales como: a) estar atento a la descripción que el cliente hace del problema y animarlo a hablar tratando de no interrumpirlo; b) ser objetivo en el manejo de las emociones y de los valores para que no influyan en el cliente de tal forma que lo hagan sentir juzgado; c) la escucha empática, para comprender el problema desde el punto de vista del cliente; d) la confidencialidad, que es indispensable para que el cliente cuente sus experiencias con la seguridad de que éstas no serán compartidas con nadie.

Así mismo, se destaca la importancia de la actitud docente por parte del terapeuta, dado que una buena parte de la terapia está dedicada al aprendizaje de técnicas y estrategias que ayuden al consultante a disminuir la intensidad de su problema o a desarrollar conductas más adaptativas (Wilson & O'Leary, 1980). Por otro lado, se reconoce la flexibilidad del terapeuta como un elemento clave en el establecimiento de la relación, dado que en la terapia conductual, al igual que en la psicoterapia de orientación psicodinámica, el terapeuta debe valerse de este principio para saber a qué técnicas o teorías recurrir en el momento de tratar un problema determinado (Wilson & O'Leary, 1980).

La relación terapéutica desde la orientación cognitiva

El trabajo de la ciencia cognitiva en psicoterapia y más específicamente, en el estudio de la relación terapéutica se ha desarrollado a partir de la teoría psicoanalítica, de la cual se han adoptado presupuestos básicos que han sido modificados y acoplados a su marco de referencia. Uno de estos presupuestos es el de los “esquemas interpersonales”, el cual equivale a la transferencia en la orientación psicoanalítica. Safran y Segal (1990; citado en Semerari, 2002, p. 83) los definen como las “estructuras mentales prototípicas de cada individuo, que están compuestas a nivel cognitivo y emocional por experiencias interpersonales que tienen la función de guiar la elaboración de información sobre las relaciones, para generar representaciones y previsiones sobre uno mismo y el otro en recíproca relación.” Estos esquemas contienen predicciones de los efectos que otros pueden ejercer sobre los estados del *self* (Semerari, 2002) y su importancia radica en que éstos regulan todas las relaciones humanas, entre ellas la relación terapéutica. En palabras de Semerari (2002), “los acontecimientos relacionales relevantes de la terapia se generan a partir de aplicar al terapeuta los prototipos relacionales del paciente y de las respuestas del terapeuta mediadas, a su vez, por sus propios prototipos personales.” (Semerari, 2002, p. 83).

En cuanto a la contratransferencia, los terapeutas de orientación cognitiva han encontrado que en el hombre

las emociones están marcadas por determinados patrones expresivos y que en cada persona existe la capacidad innata de reconocer y de reaccionar emocionalmente ante las expresiones de otro, independiente de la procedencia racial y cultural (Ekman, 1984; citado en Semerari, 2002). Adicional a esto, los modelos cognitivos consideran la mente como constituida por procesadores distribuidos en paralelo, que son capaces de percibir estímulos casi imperceptibles, elaborarlos y transmitirlos cuando son un producto acabado (Bara, 1990; citado en Semerari, 2002, p. 85). El terapeuta percibe estos estímulos, que proceden de estados emocionales que el paciente inhibe y los elabora inconscientemente (Semerari, 2002, p. 85). Esto lleva al terapeuta a adoptar una determinada postura frente al consultante, a partir de la cual se genera la contratransferencia. De acuerdo con los terapeutas cognitivos, en el consultante también puede generarse el mismo proceso, de ahí la importancia del manejo de la relación terapéutica, de modo que se evite caer en un círculo vicioso que estanque el proceso y que interfiera con la adaptación del consultante a las normas del encuadre.

El enfoque cognitivo ha dado gran importancia al estudio de la relación terapéutica como fenómeno específico, por considerar que ésta determina en gran medida el éxito de la terapia (Semerari, 2002). Una de las perspectivas de este estudio se centra en los acontecimientos observables que ocurren en la relación. Estos teóricos no reconocen que la relación tenga un valor terapéutico por sí sola; sin embargo, reconocen que la relación desempeña un papel importante en la consecución de los objetivos, puesto que han encontrado que ésta es un factor indispensable en la creación del contexto interpersonal que permite la correcta aplicación de la técnica (Semerari, 2002, p. 87). Una segunda perspectiva difiere de la primera porque reconoce el valor curativo de la relación terapéutica (Semerari, 2002). De acuerdo con esta postura, la relación terapéutica tiene la capacidad de mejorar las predicciones negativas de los esquemas interpersonales del paciente y por ende, da lugar a una experiencia que en sí misma es curativa (Semerari, 2002).

La relación terapéutica en la terapia centrada en el cliente

Cormier & Cormier (1994), sugieren tres estados por los que ha atravesado la terapia centrada en el cliente a lo largo de los años. El primer periodo es el *no directivo* (Rogers, 1942; citado en Cormier & Cormier, 1994), en el cual se busca reflejar la comunicación del cliente mediante la atención y escucha. El segundo, es el *centrado en el cliente* (Rogers, 1951; citado en Cormier & Cormier,

1994), en el que el terapeuta además de reflejar las ideas y contenidos, también refleja los sentimientos implícitos en la comunicación del cliente. El tercer periodo se denomina *centrado en la persona* (Meador & Rogers, 1984; citado en Cormier & Cormier, 1994), en este estadio la terapia se dirige con mayor énfasis al crecimiento personal mediante el “*experimentarse a sí mismo como la otra persona en la relación*” (Cormier & Cormier, 1994, p. 50).

Cormier & Cormier (1994) proponen tres condiciones básicas para el establecimiento de una relación terapéutica efectiva en esta terapia: la empatía, la genuinidad y el respeto. Tras recientes investigaciones científicas, estas condiciones se han traducido en destrezas enseñables y aprendibles, de manera que se ha hecho posible para los terapeutas aprender a generar con los clientes dichas condiciones en la situación terapéutica. La empatía se refiere a “la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta” (Cormier & Cormier, 1994, p. 51). La genuinidad implica ser uno mismo en todo momento; para estos autores, la autorrevelación es una forma de ser genuino, y es a la vez una manera de participar de forma espontánea en la relación. Finalmente el respeto “hace referencia a la capacidad de valorar al cliente como persona merecedora de dignidad” (Rogers, 1957; citado en Cormier & Cormier, 1994) y se expresa en el compromiso, la comprensión, la actitud no valorativa, la protección y la cercanía por parte del terapeuta.

Rogers (1962) entiende la relación terapéutica como interactiva, admitiendo que el progreso terapéutico está determinado fundamentalmente por la forma en la que el cliente experimenta dicho proceso y por cómo se siente con el terapeuta. Rogers (1962) destaca al menos dos aspectos de la experiencia del cliente. El primer aspecto son las expectativas de éste, dado que, según su lectura, el cliente percibe al terapeuta y a la relación en términos de sus expectativas. El segundo aspecto, son los métodos usados por el consejero, que son experimentados por el cliente de dos maneras: como frustrantes al principio del proceso, y como valiosos más adelante.

Terapia familiar

La terapia familiar no hace una ruptura tajante inicialmente con los presupuestos modernos en terapia; sin embargo, la comprensión de la dinámica terapéutica con familias hace que la relación terapéutica se redefina en sus aspectos prácticos. Así, la aparición de este enfoque en psicoterapia, se puede considerar como el paso intermedio entre terapias modernas y postmodernas.

En el campo de la terapia familiar, la relación terapéutica no se ha utilizado como un concepto formal. Sin embargo, cada teórico clínico en el área ha destacado la importancia de establecer y mantener una relación terapéutica positiva con la familia (Rait, 2000). Rait (2000) señala cuatro aspectos teóricos y clínicos que pueden influenciar la relación terapéutica en la terapia familiar, y que marcan la diferencia con la terapia individual. El primero, es la necesidad de establecer múltiples alianzas simultáneamente en las sesiones de terapia. El segundo, es la triangulación, concepto que inicialmente se refirió a la construcción de coaliciones con los miembros más débiles del sistema, pero que posteriormente se amplía a la pertenencia del terapeuta al sistema familiar en el momento de comenzar un proceso terapéutico. El tercero, es la influencia del terapeuta sobre la familia. El cuarto y último, es la posición del terapeuta, entendida como las diferentes perspectivas o paradigmas teórico-clínicos adoptados por éste.

La dificultad más común en el establecimiento de la alianza en el contexto de la terapia familiar es la ruptura de la relación (Rait, 2000). Esto se refiere a cualquier giro negativo y temporal en la calidad de la relación, evidenciado en indicadores como el acuerdo en los objetivos, estilo y preferencias del terapeuta y de la familia.

La relación terapéutica en los enfoques postmodernos

En la siguiente sección se abordarán los planteamientos postmodernos sobre la terapia y, más específicamente, sobre la relación terapéutica. Para comenzar, se hará una breve descripción del pensamiento postmoderno acerca de la terapia y, más concretamente, sobre la construcción de la relación terapéutica. Más adelante se profundizará en los cuatro enfoques más destacados de la terapia postmoderna; estos son: la terapia sistémica en la segunda etapa de la Escuela de Milán, la terapia breve centrada en soluciones, la terapia narrativa y la terapia desde una postura constructivista.

Pensamiento posmoderno en terapia

Según Lax (1996), la práctica clínica se ha visto influenciada por el pensamiento posmoderno, que cuestiona las ideas y las prácticas aceptadas en psicoterapia. Dentro de este pensamiento se ha hecho énfasis en la teoría de la deconstrucción y el papel de la narración, el texto y la reflexión en el discurso clínico.

Los desarrollos teóricos en el marco de este pensamiento se enfocan en las siguientes discusiones: a) “no se

concibe el yo como una entidad cosificada, sino como una entidad narrativa; b) el texto no es algo a interpretar, sino un proceso de desarrollo; c) no se considera al individuo como una entidad intrapsíquica sino que se aborda dentro de un contexto de significado social; y d) el conocimiento científico, o los “hechos” considerados innegables, contribuyen al conocimiento narrativo, con especial énfasis en las creencias colectivas acerca del funcionamiento del mundo” (Lax, 1996, p. 94).

Siguiendo a Lax (1996), desde la perspectiva de los teóricos posmodernos en terapia se plantearía lo siguiente: a) la prioridad de la pluralidad de ideas sobre la verdad y las estructuras; b) el reemplazo de la concepción de familia como sistema homeostático a una de familia como sistema social generativo, en el cual los desequilibrios son útiles y normales; c) el relevo de la idea de problema con significado para el sistema, por una donde los problemas están supeditados a la familia como sistema social que los organiza y les da un significado, sumado a la creencia de que los problemas existen en el lenguaje; d) el abandono de la jerarquía y la inevitable existencia del experto en la terapia; y e) la tendencia hacia la responsabilidad compartida de terapeuta y cliente.

Antecedentes de las terapias posmodernas

En el presente trabajo se abordarán cuatro modelos terapéuticos que comparten elementos comunes y que serán llamados posmodernos. Se entiende por terapia posmoderna aquella que se basa en al menos dos aspectos prácticos y uno filosófico. De acuerdo con Geyerhofer y Komori (2000), los aspectos prácticos son: a) que no se fijan en “estructuras patológicas subyacentes en el síntoma”, y b) que se centran en “la interacción existente entre los miembros de la familia y su actitud frente al problema” (p. 175). Su similitud filosófica es su postura postestructuralista, en donde el lenguaje juega un papel fundamental y la crítica a la modernidad es manifiesta (Hoffman 1996; citada en McNamee y Gergen, 1996).

Las orientaciones de las terapias consideradas posmodernas son herencia del movimiento de terapia familiar, el cual tiene uno de sus epicentros en la investigación del antropólogo Gregory Bateson hacia los años cuarenta del siglo veinte (Fiorenza & Nardone, 2004). Este importante autor, postuló la teoría del doble vínculo con base en sus investigaciones sobre comunicación. Los principios básicos de esta teoría son sintetizados por Watzlawick de la siguiente forma: “es posible, estudiando la comunicación, determinar `patologías` de la comunicación y demostrar

que producen interacciones patológicas. Puede suceder que una persona se encuentre sometida a dos órdenes contradictorias enviadas a través del mismo mensaje: un mensaje paradójico. Si la persona no puede desvincularse de este *doble vínculo*, su respuesta será un comportamiento interactivo patológico.” (Nardone-Watzlawick, 1990; citado en Fiorenza & Nardone, 2004, p. 19). Junto con estos desarrollos se comenzó a construir la concepción cibernética a nivel epistemológico. La cibernética se aparta del modelo causal lineal de la tradición socrática y se basa en una causalidad circular, en donde es importante el concepto de retroacción que se refiere al control del propio funcionamiento del sistema mediante graduaciones dependientes del funcionamiento de los subsistemas.

Pasada la Segunda Guerra Mundial, hacia el año 1966, en California, Estados Unidos, un grupo de teóricos herederos de los planteamientos de Bateson conformaron el Mental Research Institute. Sus gestores fueron Weakland, Watzlawick, Fisch y Jackson, su director (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990). El modelo que propusieron está basado en el supuesto de que el problema es la solución intentada, la cual está anclada en la danza interactiva del paciente y en la visión particular sobre la situación (Watzlawick, 1974; citado en Selekman, 2005). A partir de esta concepción, el grupo desarrolló una intervención orientada al cambio del sistema de creencias sobre el problema y al cambio de las pautas interaccionales que lo mantienen (Fisch et al., 1982; citado en Selekman, 2005). Sumado a estos presupuestos, tuvieron la novedosa idea de fijar un límite de sesiones para resolver el problema de cada paciente. Todas estas ideas y prácticas derivadas de allí se denominaron terapia centrada en los problemas.

Otro de los puntos de referencia comunes dentro de la tendencia terapéutica posmoderna es Milton Erickson. Una de las áreas en las que más se destacó fue la hipnosis; sin embargo, en la terapia familiar, la terapia breve, la terapia estratégica y la terapia centrada en las soluciones se le atribuye un papel fundacional (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990). La incursión de sus ideas en el ámbito de la terapia se debe al gran interés que despertó en Jay Haley, quien estudió y escribió muchas de sus experiencias terapéuticas en su libro: *Uncommon Therapy* (1993). Según Hoffman (1998), no deja de ser difícil el abordaje de los procedimientos de Erickson porque a través de las obras publicadas sobre su trabajo, incluso por él mismo, no se puede llegar a saber cómo reproducir sus increíbles resultados. Pese a esta dificultad, algunas de sus técnicas se han adoptado en los modelos terapéuticos posteriores, como “fomentar la resistencia” (Hoffman, 1998), técnica que se convirtió en pilar de la prescripción paradójica de

la escuela estratégica. *Terapia sistémica en la segunda etapa de la Escuela de Milán*

La Escuela de Milán fue fundada en 1971 por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata bajo el nombre de *Centro per il Studio della Famiglia* (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987).

Este grupo trabajó por más de diez años un enfoque propio de terapia sistémica familiar, cuya metodología en un comienzo se distinguió por ciertas técnicas que son descritas por Hoffman (1981; citado en Boscolo, et al., 1987) como aparece a continuación: a) el uso de equipos de trabajo organizados según la teorías de género; un hombre y una mujer trabajan con la familia y otra pareja de hombre y mujer eran observadores detrás de un espejo unidireccional; b) la contraparadoja, que consiste en establecer el juego de la familia con el terapeuta, aprobarlo y fomentarlo; c) la connotación positiva del síntoma, que consiste en un mensaje con el que se le comunica a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto; d) el uso de un proceso de hipotetización sistémico, en el que las hipótesis son circulares y relacionales, sirve para organizar los datos confusos anexos a un síntoma y dan sentido dentro del marco relacional de la familia; e) el cuestionamiento circular que se formulan con base en la retroalimentación de la respuesta anterior; y f) la neutralidad, entendida como la capacidad del terapeuta para evitar las alianzas con los miembros de la familia, para no hacer juicios morales o caer en enredos lineales.

Un tiempo después los integrantes de grupo de Milán se dividieron. Boscolo y Cecchin continuaron unidos y dieron a su trabajo un nuevo giro determinado por la influencia de la cibernética de segundo orden y las teorías socio constructivistas. Uno de los cambios más significativos ocurrió precisamente en la relación terapéutica al señalar la inclusión y participación del terapeuta dentro del sistema observado. La cibernética de segundo orden trajo a la terapia sistémica de La Escuela de Milán una nueva postura para el terapeuta, que lo involucra dentro de la descripción que éste hace acerca de lo que observa; es decir, el sistema significativo, conformado por todas las unidades (personas o instituciones) involucradas en el intento de aliviar el problema (Boscolo, et al., 1987). Este cambio propició la construcción de nuevos principios en la terapia de Milán, como el de autorreferencia, el cual se refiere a que todo observador debe remitirse a su propia experiencia para conocer la situación que experimenta el consultante y lo que ocurre en su relación (Keeney, 1987). De esta forma, la pretensión de objetividad queda anulada

y en su lugar se sugiere apelar a la ética. Desde entonces, la Escuela de Milán ha cambiado la forma en la que entiende la neutralidad, concibiéndola como una actitud de curiosidad por parte del terapeuta.

Terapia breve centrada en las soluciones

En un primer momento, Shazer, Berg, Lipchick, Nunnally, Molnar, Ginerch, & Weiner-Davis (1986), presentaron siete principios, entre los cuales se destacan por su novedad los siguientes: a) la aproximación a los problemas como producto de la interacción humana; por lo tanto, las soluciones consisten en modificar la forma de interacción en las situaciones específicas del problema; b) el establecimiento de un objetivo inicial pequeño para producir un pequeño cambio, formulado con base en una visión sistémica que señala que un pequeño cambio en una parte del sistema puede modificar a todo el sistema; y c) la escasa necesidad de conocer la problemática del paciente a fondo para producir un cambio (de Shazer et al., 1986).

Una década después, Inso Kim Berg (Berg & Millar, 1996) propone algunos principios adicionales que se acercan al pensamiento posmoderno: a) la creencia en las capacidades, recursos y habilidades de los clientes, lo cual diluye la resistencia al considerar que el consultante puede llegar por sí solo a la solución; b) una visión ateórica, no normativa y determinada por el consultante, que coloca al terapeuta en una posición de aprendiz respetuoso, más que en la posición de experto; y c) la cooperación, que es entendida como trabajar junto con el otro en una relación de ayuda recíproca entre consultante y terapeuta.

Precisamente este último principio es el que configura la relación entre terapeuta y consultante en el marco de la terapia centrada en la solución. Berg y Miller (1996) afirman que la cooperación permite obtener resultados positivos en la terapia mediante la personalización del tratamiento. Para lograr esto, es fundamental identificar el tipo de relación que se establece entre consultante-terapeuta. Según Berg y Miller (1996) existen tres tipos posibles de relación: “comprador”, “demandante” y “visitante”. La relación de tipo “comprador” se identifica cuando terapeuta y consultante logran llegar juntos a un objetivo de tratamiento; el consultante considera que es parte de la solución y está dispuesto a abordar el problema, mientras que el terapeuta acepta trabajar con el consultante y cree en su propia capacidad de dirigirlo hacia la solución. La relación de tipo “demandante” se caracteriza por el logro de una definición clara del objetivo del tratamiento; sin embargo, el consultante no se considera parte de la solu-

ción y el terapeuta acepta explorar el problema junto con el consultante, comprometiéndose a buscar una solución. Por último, la relación de tipo “visitante” es aquella en la que el consultante y el terapeuta no llegan a definir un objetivo de tratamiento; el consultante no cree tener un problema o la necesidad de la terapia; el terapeuta acepta la posición del consultante y le ofrece ayuda en cualquier otro tema que el consultante quiera trabajar.

Terapia narrativa

Los teóricos destacan el trabajo de Michael White como una de las influencias más importantes en este modelo. La terapia narrativa se fundamenta en la utilización de los textos como analogía de la vida, las relaciones, etc. De acuerdo con White y Epston (1993), cada lectura que se hace de un texto, es a su vez una nueva interpretación del mismo y por lo tanto, una oportunidad para volverlo a escribir. Es decir, las personas interactúan con las experiencias que viven como quien relata un texto, dando significado a la experiencia según el contexto desde el cual ésta es comprendida. Los significados que se le atribuyen a los comportamientos son los que se prolongan en el tiempo y, por lo tanto, los que son evocados cuando se desea volver sobre ellos. A su vez, los relatos que se van construyendo acerca de la vida, proporcionan marcos de referencia que sirven para interpretar sus experiencias futuras (White, 2002).

Centrado en el debate de Foucault acerca del poder y el conocimiento, White (2002) explica cómo de todas las experiencias vividas pueden quedar múltiples relatos y sólo algunos de ellos son seleccionados para conformar el relato o la historia dominante, dejando por fuera otras experiencias a las que llamó relatos alternativos (White & Epston, 1993). A su vez, todos los relatos se enmarcan en un contexto más amplio en el que existen verdades normalizadoras a partir de las cuales se estipula una manera culturalmente preferida de ser (White & Epston, 1993; White, 2002).

En el contexto terapéutico, la labor del profesional consiste en externalizar el problema e indagar acerca de los efectos que éste genera en la vida de la persona y en sus relaciones; en develar aquellas verdades que aprisionan la existencia del individuo, y en empoderar al consultante con la ayuda de los relatos alternativos que no estén saturados por dicho problema. White (2002) señala que es indispensable que el consultante confíe en el terapeuta, para que acepte nuevas y distintas posibilidades y se sienta comprendido por éste (White, 2002). Así mismo, White (2002) destaca la importancia de una actitud curiosa por parte del terapeuta, que lo lleve a tener una comprensión

del problema lo más parecida posible a la vivencia del consultante, en lugar de quedarse con suposiciones. El terapeuta puede mostrar rasgos espontáneos (como llorar, reír, sorprenderse, etc.) y debe ser sumamente cuidadoso en la utilización del lenguaje, de modo que no se lleguen a imponer verdades en el consultante, debido al desequilibrio que existe en la relación.

Terapias construccionistas

Según Hoffman (1996), este tipo de terapia se caracteriza por haber transitado desde las posturas tradicionales en terapia familiar hacia la adopción de una postura reflexiva por parte del terapeuta, la cual se refleja en el desempeño de un papel más participativo y menos encaminado hacia el cumplimiento de objetivos; es decir, más espontáneo. De acuerdo con Hoffman (1996), los terapeutas de esta orientación son los siguientes: el grupo de Galveston (Anderson y Goolishian, 1988; citado en Hoffman, 1996), el grupo Tromsø (Andersen, 1987; citado en Hoffman, 1996) y el grupo de Brattleboro (Lax y Lussardi, 1989; citado en Hoffman, 1996). Todos ellos tienen en común una simpatía con el posmodernismo que se nota en su postura crítica hacia la estructura; en este caso, de la familia. Dentro de estas posturas se pueden observar dos tendencias: a) un enfoque hermenéutico trabajado por Anderson y Goolishian (1988; citado en Hoffman, 1996), quienes adoptan la conversación como la metáfora básica de la terapia; y b) un enfoque de la construcción (Gergen, 1985; citado en Hoffman, 1996).

Debido a sus influencias filosóficas críticas, la vocación de este modelo en terapia entraña la crítica a la modernidad en cinco aspectos centrales (Hoffman, 1996). La primera crítica se dirige a la investigación social objetiva, con un argumento doble: a) nadie puede tener acceso privilegiado a la realidad, por lo tanto no se puede tener certeza sobre la existencia de las cosas ni se puede saber qué es la “realidad social”, y b) todo lo que podemos conocer se construye en el lenguaje, de modo que todo observador está involucrado en lo que conoce.

La segunda, se centra en el yo, al concebirlo como construcción social, lo que significa que la identidad no está dentro de ninguna unidad sino que se compone de flujos temporales (Gergen, 1985; citado en Hoffman, 1996). Esto es radicalmente opuesto a la concepción moderna, que entiende al yo como una realidad interna representada por la expresión de las cogniciones y emociones.

El tercer aspecto es la psicología del desarrollo, con respecto a la cual, Gergen (1982; citado en Hoffman, 1996), haciendo resonancia a las ideas de Prigogine y a la teoría del caos, advierte que las trayectorias del desarrollo

de la dimensión psicológica y comportamental son muy variables y se producen en circunstancias no predecibles. De manera que hablar de personalidad en terapia, como lo hacen algunas corrientes modernas, no es posible, dado que no se puede determinar la mejor forma de desarrollo y tampoco su desviación.

Las emociones son el cuarto aspecto que los teóricos construccionistas cuestionan. Con relación a ellas, Harré (1986; citado en Hoffman, 1996) señala que son “una parte más de la compleja comunicación entre personas” (Hoffman, 1996, p. 30), lo cual se opone a las posturas modernas que entienden las emociones como estados internos.

Por último, los construccionistas ponen en duda el concepto de niveles, por ejemplo “síntoma superficial versus la causa subyacente” (Hoffman, 1996, p. 31). A diferencia de esta visión moderna, los teóricos posmodernos (Pearce y Cronen 1980; citados en Hoffman, 1996) consideran que hay capas de comunicación, en donde todas las categorías son contextos para otras categorías; de esta manera, su preponderancia está dada por la definición de cuál de ellas es el contexto.

Como resultado de esta crítica, y como reacción a la posición de experticia y jerarquía en las prácticas terapéuticas, el enfoque construccionista propone una postura reflexiva. Ésta se caracteriza por una equidad en la participación del terapeuta y del consultante y por un repliegue de los formatos terapéuticos, reflejados en la utilización del prefijo *co* (*co*-autor, *co*-evolución, *co*-construcción) (Hoffman, 1996). La consecuencia directa de esta concepción es la desaparición del experto (actitud del “no saber” del grupo de Galveston) y el desarrollado en este enfoque de la postura reflexiva, de esfuerzos por las formas de reflejar, de asociarse y de usar metáforas en terapia. De esta manera, según Hoffman (1996), el construccionismo, en su aplicación a la terapia, le apuesta al juego con las formas asociativas, llámense relato, ideas, imágenes, etc.

DISCUSIÓN

Luego de analizar cada uno de estos modelos, es posible concluir que en las teorías modernas la relación terapéutica es un requisito indispensable para alcanzar los objetivos de la terapia. En los enfoques modernos, excepto en el conductual, se hace referencia a la relación terapéutica como un fenómeno particular que puede ser descrito. Por otro lado, es posible señalar que el estudio de la relación terapéutica en todos los enfoques modernos ha sido influenciado por la conceptualización que la teo-

ría psicoanalítica hace de los procesos de transferencia y contratransferencia. Como consecuencia, se observa que la mayoría de enfoques comparten una definición similar acerca del concepto de relación terapéutica, la cual es comprendida como una relación de interacción entre dos personas que se sitúan en un contexto terapéutico al que cada una trae un estilo relación interpersonal aprendido en el pasado. En esta medida, trazar el límite de la comprensión de la relación terapéutica en los distintos enfoques de terapia, puede permitir a los terapeutas determinar los alcances de estas aproximaciones y reconocer los puntos comunes con otros enfoques terapéuticos.

Con respecto a los factores que aporta el terapeuta en el establecimiento de la relación terapéutica en las teorías modernas, se encontró que todas ellas mantienen cierta relación entre los factores que mencionan, diferenciándose un poco en la importancia que otorgan a unos por encima de otros. Así mismo, se hizo evidente la presencia de cuatro factores que son comunes a todas las terapias modernas. El primero es la empatía, que se refiere a la capacidad del terapeuta de ponerse en la situación del consultante para comprenderlo. Esto se evidencia en las actuaciones (verbales y no verbales) del terapeuta que infunden tranquilidad en el consultante, lo hacen sentir comprendido y facilitan la conversación (Wilson & O’Leary, 1980; Fiorini, 1992). El segundo factor es la flexibilidad, que se entiende como la capacidad que tiene el terapeuta para ajustar sus actitudes y recursos técnicos de acuerdo con las necesidades particulares de cada consultante (Fiorini, 1992). La iniciativa del terapeuta es considerada como un tercer factor, que se evidencia en la capacidad del terapeuta para conducir el proceso, hacer preguntas y motivar al consultante (Fiorini, 1992). El cuarto factor, es la actitud docente del terapeuta, que se evidencia en el rol de experto que desempeña dentro del proceso (Fiorini, 1992; Cormier & Cormier, 1994).

Luego de estudiar los enfoques modernos de terapia y dar un paso más adelante en el devenir de la historia, es posible notar cómo la incursión de nuevos paradigmas emergentes ha influenciado las nociones que se tenían acerca del fenómeno de la relación terapéutica. Estos nuevos paradigmas y enfoques han propuesto técnicas menos rígidas que han dado una mayor importancia a la flexibilidad del terapeuta. A partir de esto, es posible reflexionar cómo el concepto de relación terapéutica, más allá de ser un componente inherente a la terapia, es una construcción continua que tiene que ver con el quehacer del terapeuta, consistente en encontrarse con otros para construir cambios que contribuyan a su bienestar. Esta construcción no se da sola y en el vacío, sino que hace parte de los de-

sarrollos en otras disciplinas, lo cual ubica a la relación terapéutica en un contexto histórico y social, que a su vez responde a sus necesidades y condiciones.

Como se dijo anteriormente, la terapia familiar es considerada como el punto intermedio entre las terapias modernas y posmodernas. Ese tránsito se da por las nuevas exigencias provenientes de las prácticas del terapeuta de familia. Ligado a esto se dan los aportes de Bateson, Erickson (Fiorenza & Nardone, 2004), y de la cibernética (Foerster, 1998), que a la postre darían origen a la terapia sistémica, y con ello a una nueva forma de concebir la relación terapeuta-consultante.

Se puede concluir entonces, que las terapias posmodernas no consideran la relación terapéutica como un concepto propio. Más bien amplían y complejizan la lectura de la relación entre terapeuta y consultante, en donde empiezan a considerar la postura ética del terapeuta, entendida como respeto y curiosidad, la responsabilidad compartida sobre el cambio, y la importancia del lenguaje en el contexto terapéutico.

Esta ampliación es un quiebre claro entre las terapias modernas y posmodernas. En las primeras, la ética aparece sólo con referencia a un manual deontológico que rige el quehacer profesional; además, el terapeuta es el responsable del cambio, mientras que el no cambio es responsabilidad del consultante; y, finalmente, la técnica es la protagonista en el consultorio, mientras que el lenguaje es pasado por alto. Trazar una diferencia al nivel de la postura ética desde la cual actúan los terapeutas de las diferentes tendencias, puede ser una fuente de explicación acerca de los resultados de la terapia, tales como el éxito y el fracaso del proceso.

Otra diferencia entre las terapias consideradas modernas y posmodernas se da en el tema de la efectividad en la terapia. Para los enfoques modernos, menos en la psicoterapia de orientación psicodinámica, la relación terapéutica está al servicio de los resultados de la terapia, lo que permite afirmar que hay una relación directa entre la relación terapéutica y la efectividad. Por otro lado, las terapias posmodernas, menos la terapia breve, enfatizan más el proceso que los resultados. De este modo, la relación que se da entre terapeuta y consultante informa los presupuestos en los que se fundamenta la terapia, más que los resultados entendidos como efectividad. Esta reflexión acerca de las prioridades establecidas por los enfoques modernos y posmodernos, a saber, proceso y resultados, daría lugar a una pregunta sobre cómo se entiende el reconocimiento desde cada enfoque. Es distinto construir la relación terapéutica solamente como un medio para lograr un objetivo determinado por el terapeuta, a construir un

proceso dentro del cual la relación tiene que ver con el reconocimiento al otro como legítimo; es decir, como el protagonista de su proceso de cambio.

Algunos aspectos que pueden ser importantes para la relación entre terapeuta y consultante, y que no son considerados en el presente trabajo, son la concepción que cada terapia tiene sobre el cambio y sobre cómo se da. Dichas ideas pueden ayudar a entender mejor los presupuestos bajo los cuales se establece la relación en las diferentes terapias. Por ejemplo, el que un terapeuta considere que su consultante es capaz de cambiar por sí mismo definiría una relación diferente, a que si el mismo terapeuta considerara que el consultante no es capaz de cambiar, y por lo tanto el cambio tendría que ser introducido desde afuera.

REFERENCIAS

- Bados, A., García, E., Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 477-502.
- Berg, I.K., & Miller, S.D. (1996). *Trabajando con el problema del Alcohol: orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P., (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cormier, H.W. & Cormier, L.S. (1994). *Estrategia de entrevista para terapeutas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fiorenza, A. & Nardone, G. (2004). *La intervención terapéutica en los contextos educativos*. Barcelona: Herder.
- Fiorini, H. (1992). *Teorías y técnicas de psicoterapia*. Buenos Aires: ED. Nueva Visión.
- Foerster, V.H. (1998). *Sistémica Elemental Desde un Punto de Vista Superior*. EAFIT. Medellín. (p. 7- 81)
- Geyerhofer, S. y Komori, Y. (2000). Integración de modelos postestructuralistas de terapia breve. En Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós
- Haley, J. (1993) *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of hypnosis of Milton H. Erickson*. London: Norton.
- Hoffman, L. Una postura Reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. & Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1998). *Fundamentos de la terapia familiar; Un Marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Keeney, B. P. (1987). *Epistemología cibernética. Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Lax, W.D. (1996). El pensamiento posmoderno en una práctica clínica. En McNamee, S. & Gergen, K. (1996) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W.H. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós

- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, (56), 211-224.
- Safran, J.C. & Muran J.D. (2005). La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Selekman, M. (2005). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Semerari, A. (2002). *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Shazer de, S., Berg, I.K., Lipchick, E., Nunnally, E., Molnar, A., Ginerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Terapia breve: un desarrollo centrado en las soluciones. En Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós
- Simon, G. (2006). The heart of the matter; a proposal for placing the self of the therapist at the center of family therapy research and training. *Family Process*, 45, 443-445.
- White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. 19-52. España: Paidós Terapia Familiar.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelo: Gedisa.
- Wilson, G.T. & O'Leary, K.D. (1980). *Principles of behavior therapy*. New Jersey: Prentice-Hall.