

# PSICOTERAPIA CON CLIENTES TRAUMATIZADOS Y EN DUELO: UN MARCO CONSTRUCTIVISTA PARA EL AMOR Y LA CURACIÓN.

Keneth W. Sewell Ph.D.

Department of Psychology, Box 311280, University of North Texas, Denton  
Texas 76203-1280, USA. sewellk@unt.edu

*According our experience love is the main active ingredient of psychotherapy, whether acknowledged by therapist and client or not. Nevertheless several questions remain: What is meant by “love” in this context? Why should love be effective in ameliorating negative effects of trauma? Why is the love from a non-therapist (e.g., family member, friend) often not sufficient to provide the needed healing? How does a psychotherapist come to love a client? How do these concepts relate to the “techniques” typically used in the treatment of posttraumatic stress and complicated bereavement?*

*Key words: therapeutic love; bereavement; posttraumatic stress; unconditional positive regard; empathy.*

---

## Introducción

Una persona traumatizada por una pérdida necesita ser querida *con su* trauma. Este amor debe ser expresado y experimentado por otro ser humano. La persona traumatizada cree que esta otra persona puede sobrevivir a su horror y a su dolor... y no obstante todavía quererle.

Como grupo (en general), los psicoterapeutas americanos tienden a mostrarse cautelosos con el concepto de “amar” a los clientes de la psicoterapia. Existe un tipo de evitación inmadura que se basa en la asociación del “amor” con la “sexualidad”. Si no fuera por este miedo, estoy convencido de que la mitad de los libros de psicoterapia se titularían, “Cómo amar a sus clientes de psicoterapia;” y la otra mitad se podría titular, “Cómo convencer a sus clientes de que les ama.” En vez de afrontar este asunto cara a cara, tendemos a centrarnos en “técnicas”, “planes de tratamiento” y “habilidades de entrevista” -todos los cuales son substitutos del amor que nos

proporcionan una distancia impersonal y segura. Pero el amor es el ingrediente activo de la psicoterapia, tanto si es reconocido por el terapeuta y sus clientes como si no.

Para la mayoría de los psicoterapeutas intuitivos, los dos párrafos anteriores pueden ser suficientes para servir como guía de la conducción de la psicoterapia con clientes traumatizados y en duelo. Para el resto de nosotros (aquellos que necesitan o quieren envolver nuestras habilidades emocionales con ropajes verbales, para hacerlas más fácilmente discutibles, pensables, aceptables o técnicas), quedan unas cuantas preguntas sin contestar: ¿A qué se refiere la palabra “amor” en este contexto? ¿Por qué debería ser eficaz el amor en la mejora de los efectos negativos del trauma? ¿Por qué con frecuencia el amor del no-terapeuta (por ejemplo, un miembro de la familia, un amigo) no facilita la curación deseada en medida suficiente? ¿Cómo convence un terapeuta a un cliente traumatizado de que le ama? ¿Cómo se relacionan estos conceptos con las “técnicas” usadas habitualmente en el tratamiento del estrés postraumático y del duelo complicado? El resto de este artículo intentará responder a estas preguntas al menos hasta cierto punto. En este contexto se describirá un modelo constructivista de psicoterapia para el estrés postraumático. En otras palabras, este artículo describe cómo amar a los pacientes traumatizados en un lenguaje compatible con la psicología constructivista.

### **¿Qué es el amor?**

No hace falta decir que el “amor” es una palabra difícil de definir, a pesar de su casi universalidad en la experiencia humana. Se puede argumentar que el alcance de este constructo va más allá de la emoción humana, incluyendo, al menos, el reino animal. Desde una perspectiva biológica evolutiva, Maturana y Varela (1998) definen el amor de forma bastante simple, como el deseo por parte de un organismo de existir en estrecha proximidad física con otro. A pesar de que esta definición carece de suficiente amplitud para captar la emoción humana del amor, transmite un aspecto importante que será importante para nuestro uso del amor en psicoterapia: el deseo de proximidad. Tomando una perspectiva decididamente más psicológica, McCoy (1981), caracterizó el amor como una valoración del sistema de constructos del otro (es decir, una restauración psicológica). Mezclar estas dos definiciones parece una tarea bastante fácil, incluso estrictamente semántica: amor es considerar la existencia total del otro como un tesoro.

La distinción semántica entre éste y el concepto de “valoración” de McCoy es significativa; “considerar como un tesoro” implica un mayor deseo del organismo por la proximidad, de acuerdo con la definición de Maturana. El aprecio es a la vez psicológico y físico. El aprecio de la “existencia total” del otro trasciende (e incluye igualmente) la noción psicológica de valoración del sistema de constructos de la otra persona, implicando que las experiencias, tendencias, fuerzas, debilidades y atributos (físicos y demás) del individuo merecen adoración y cuidado.

Por eso, el terapeuta que ama a su cliente traumatizado siente y expresa una sensación de querer al cliente por lo que es, como llegó a ser la persona que es, sus heridas, sus aspiraciones, sus desesperaciones y sus luchas. Cuando revela aspectos de sí mismo que él mismo aprecia, experimenta que su terapeuta los aprecia también. Cuando revela (a propósito o no) aspectos de sí mismo que le disgustan (incluso aquellos que no puede admitir completamente que posee), siente que su terapeuta aprecia esos mismos aspectos..., no que simplemente tolera o acepta sus dificultades e imperfecciones, sino que los aprecia totalmente.

### **¿Por qué funciona el amor?**

Las experiencias traumáticas se manifiestan de muchas formas, desde la pérdida de un ser querido a la vivencia de unos hechos horribles, un dolor o miedo extremo. Las experiencias traumáticas, no importa de qué tipo, interrumpen el mundo psicosocial del superviviente de dos maneras fundamentales: (1) mediante la introducción de una catástrofe o un caos manifiesto en el curso del tiempo, la experiencia traumática perturba las expectativas del superviviente respecto a la probabilidad y predictibilidad favorable de los acontecimientos y de sus acciones sobre el mundo; y (2) mediante la invalidación de las formas preferidas de comprensión y experimentación del self y de la relación del self con los demás, los traumas interrumpen la construcción y anticipación del mundo social. Esta segunda interrupción puede ser muy significativa cuando el trauma es provocado por la muerte de un ser querido. La capacidad de predicción y la probabilidad percibida de los resultados positivos en (1) se asocia en la medida en que una persona siente la capacidad de acción sobre el mundo que le rodea (¿puede el superviviente influir en el mundo en el cual vive?). Dada la necesidad crítica de puntos de referencia sociales para construir el self, la interrupción social (2) se experimenta como una pérdida profunda para el superviviente. Estas dos interrupciones pueden explicar la totalidad de las reacciones del estrés postraumático (cf. Sewell, en prensa; Sewell y Williams, 2001, 2002) así como la función del amor como el ingrediente activo de la psicoterapia en el estrés postraumático.

El cliente experimenta inevitablemente de manera positiva el amor, cuando se vive y se expresa consistentemente y apropiadamente en una relación terapéutica. “Todos queremos ser amados,” dice el viejo proverbio; lo *quieras* o no, a todos nos *gusta* ser amados. La expresión activa de amor de un ser humano a otro sin demandas de respuesta o incluso de reciprocidad propicia la movilización de los recursos positivos que posee la persona amada, así como una menor atención a las imperfecciones percibidas. Este amor no-exigente lleva al cliente a la conclusión lógica (incluso tácita) de que al menos se pueden predecir algunos resultados positivos, tales como el amor del terapeuta. Independientemente del rol específico que adopte el terapeuta en la relación terapéutica (maestro, gurú, mentor, confidente, curador, mero escuchador, etc.) la relación es, por su naturaleza, social. Por eso, a pesar de

la confusión que pueda existir en la esfera social más amplia del cliente, el cliente siente *pertenecer* realmente a alguien en la conexión amorosa con el terapeuta.

Por eso, el amor -mediante su doble conexión con el sentido de la agentividad personal y el de pertenencia social- colabora directamente, haciendo frente a la interrupción creada por las experiencias traumáticas. La experiencia de ser amado de esta manera no exigente contraría las experiencias postraumáticas de dislocación social y de miedo al caos sin fin. Cuando este tipo de amor se experimenta y se expresa completamente ofrece un hábitculo social para la experiencia traumática que previamente residía sólo en la cruda experiencia del individuo, sujeta a la re-experimentación y al control/supresión sintomático.

### **¿Por qué el amor del terapeuta?**

Hay diversos aspectos de la relación terapéutica que difieren de la relación con la pareja, con compañeros o amigos. En primer lugar, es unidireccional. Esto no quiere decir que la información vaya sólo en una dirección, o que sólo una de las personas cambie como resultado de la relación. Más bien se trata de un acuerdo explícito por el que el terapeuta presta la ayuda al cliente y no viceversa. Esto nos conduce a una segunda diferencia, que es la que otorga su poder único de curación al amor en la relación terapéutica: la relación (y, en consecuencia, el amor) no es completamente recíproca. Por supuesto que muchos clientes quieren a sus terapeutas de la forma más humana y cariñosa imaginable. Sin embargo, poco conseguiría el profesional si cualquier elección terapéutica se basara en la suposición del amor del cliente. Al contrario, el amor del terapeuta es gratuito y no pide cariño ni protección a cambio; es incondicional. Este es el sentido que Rogers (1957) quería transmitir con el concepto de “consideración positiva incondicional”. Esta expresión se ha reinterpretado frecuentemente como la validación de los pensamientos y acciones del cliente independientemente de las consecuencias. Aunque no es incorrecto, el concepto original de la consideración positiva incondicional (o la calidez no-posesiva; Raskin, 1985) implica un amor que no exige reciprocidad o comportamientos para ganar el amor.

El amor en las relaciones humanas bidireccionales y recíprocas casi nunca es incondicional..., ni siquiera momentáneamente. Este tipo de amor puede ser muy intenso, puede cambiar la vida, estar lleno de significado y de profundidad espiritual; mientras que el amor mutuo pide atención recíproca a las necesidades del otro. Incluso si la otra parte no comunica directamente estas demandas, cada miembro de la díada las comprende y las internaliza como componentes necesarios de la relación. En la relación terapéutica eficaz, sin embargo, las demandas para ganarse el amor de y la protección o el cuidado del terapeuta no sólo están ausentes sino que el terapeuta experto las invalida sistemáticamente cada vez que el cliente asume que son relevantes.

Los traumas casi desbordan los recursos de enfrentamiento del superviviente,

dando lugar al ajuste sintomático. Las demandas (aun las supuestas, innecesarias o inexpressadas) de que el superviviente proteja, disfrute de la vida con o incluso ame verdaderamente a su compañero afectivo hacen que sea casi imposible compartir la experiencia traumática. Por eso, la persona más querida por la persona traumatizada (la hija de la mujer viuda, el esposo de una superviviente a una violación, la madre de un veterano) se encuentra en la peor posición para ofrecer un ambiente acogedor para el dolor. La apuesta es demasiado alta, y el “otro” está demasiado implicado en la salud mental del superviviente, muchas veces en los mismos hechos que provocaron el trauma, y casi seguro en la capacidad de la persona traumatizada de continuar amando la pareja. El terapeuta en cambio, no necesita la protección y el amor, y por eso puede amar al cliente libre del impulso de protegerle a él, y a la relación, del horror del trauma.

A veces, sucede que el hecho de compartir verdaderamente el trauma ocurre también en relaciones no terapéuticas. Cuando esto sucede, si la relación (y el compañero afectivo) pueden soportar la carga del trauma, la curación es manifiesta. La relación psicoterapéutica simplemente crea el contexto donde la probabilidad de soportar el dolor aumenta gracias a la misma.

### **Cómo amar a un cliente traumatizado**

El primer paso para amar a un cliente traumatizado implica la voluntad de conocer al cliente al nivel de su dolor y de intentar ser de ayuda. Ya me he referido a esto como el aspecto del “manejo de síntomas” de la psicoterapia postraumática (por ejemplo, Sewell, 1997; Sewell y Williams, 2001, 2002). El objetivo principal es ganarse la confianza del cliente ayudándole a aliviar algunos de los trastornos que se presentan. Además de situar al terapeuta como una figura social importante en la vida del cliente, el alivio de la ansiedad debilitadora y/o de las disfunciones sociales permite también al terapeuta (en contraposición a la simple supervivencia) movilizar las energías del cliente hacia el crecimiento. El eclecticismo técnico (utilizado más abajo bajo el concepto de “técnicas”) se emplea aquí como un intento genuino para aliviar parte del dolor del cliente.

El próximo paso es escuchar el relato de la vida del cliente, también conocido como “revisión de vida”. La revisión de vida obliga al cliente a compartir su personalidad, experiencias y recuerdos pasados de manera que el terapeuta y el cliente compartan la historia de la vida que se vio interrumpida por la experiencia traumática. El amor implica el deseo y los esfuerzos de aproximación. El conocimiento es en sí mismo un tipo de aproximación. Esta proximidad sitúa al terapeuta como una audiencia importante de la narrativa del cliente, y ofrece la base relacional para afrontar el siguiente paso, “el alivio del trauma”.

El alivio del trauma implica la evocación de los recuerdos relacionados con el trauma a fin de acercar al terapeuta al trauma y a la pérdida del cliente y permitir que ambos reconstruyan la experiencia de forma conjunta. Implica introducir psicoló-

gicamente el terapeuta en y a través del trauma, pero no se reduce a una simple repetición; al contrario está abierto a la transformación. Por eso, el alivio no significa “revivirlo en el pasado, de la misma manera;” sino que más bien el alivio requiere vivirlo ahora con todos los nuevos recursos, el nuevo co-narrador, la nueva audiencia, en busca de un nuevo self. En este punto de la psicoterapia el terapeuta empieza a apoyarse sobre el valioso *status* de co-narrador y de audiencia, alimentado a través del manejo de los síntomas y de la revisión de vida. En el momento de aliviar los aspectos más dolorosos de la experiencia del cliente, el terapeuta puede sujetar la mano y el corazón del cliente, animando a compartir y sobrellevar el dolor.

Una vez el cliente y el terapeuta se enfrenten al horror de la experiencia traumática del cliente juntos, de manera colaboradora, el terapeuta puede empezar a yuxtaponer las diferentes capas psicológicas de experiencia del cliente (también conocidas como “conexión constructiva”. El terapeuta ayuda al cliente a relacionar los recuerdos a través de la introspección, la introspección con la reflexión (recuerdos combinados con re-evaluación), la reflexión con la nueva relación con el terapeuta, y a tejer historias entre estos niveles que sean coherentes y que confieran un sentido viable del self. Conectar las dimensiones temporales y sociales de la comprensión del self en relación con el trauma sirve para construir una nueva experiencia del trauma. Dada la complejidad del concepto de la conexión constructiva, ofrecemos un ejemplo (extraído de Sewell & Williams, 2002).

*Darla fue asaltada verbal y físicamente por un repartidor en su casa. Antes de escribir y hablar con su terapeuta la experiencia del trauma, se culpaba por haber dejado entrar al asaltante en su casa y por no haber neutralizado su comportamiento. Inicialmente, el sentido de sus propios esfuerzos de supervivencia y la secuencia con que ocurrió el trauma eran vagos y confusos. El terapeuta mostró repetidamente y de forma patente su preocupación por Darla e insistió en que su supervivencia era la consecuencia más importante de este ataque sin sentido. Después de hablar y escribir sobre el trauma, y luego de leer su propio relato y de procesar sus explicaciones anteriores del trauma con el terapeuta, Darla recordó diversas estrategias que había utilizado para protegerse. Se le ayudó a establecer conexiones narrativas entre aspectos aparentemente inescrutables de su experiencia: comportamientos que aparentemente no tenían sentido para ella, el propio ataque, y su supervivencia altamente apreciada por el terapeuta empático y preocupado por ella. Por eso, fue capaz de reconstruirse como un agente activo de la consecución de su seguridad, más que como una víctima ineficaz e impotente. Después de estas sesiones, Darla explicó que sus sentimientos de seguridad y autoeficacia habían mejorado, aunque todavía se sentía potencialmente vulnerable ante el comportamiento violento de otra persona.*

El próximo aspecto del tratamiento implica la co-construcción de un futuro

para el cliente (también denominado “metaconstrucción futura intencional”). Frecuentemente, los clientes traumatizados -particularmente quienes han perdido a un ser querido recientemente- no tienen un sentido claro del futuro. Otros clientes ven el futuro sólo en términos de todavía mayor proliferación de traumas. La ampliación del proceso co-creativo de la conexión constructiva y la metaconstrucción futura intencional implica la composición de posibles futuros escenarios y selfs.

A medida que se va explorando en la terapia la metaconstrucción del futuro intencional, aparece un nuevo terreno para la conexión constructiva. Este proceso continúa (añadiendo más revisión de vida y alivio del trauma en la medida que sea necesario) hasta que el trauma forma parte de la narrativa del cliente como un componente importante pero integrado de la historia en general, que ha influenciado pero no ha determinado la vida del cliente.

### **Ayudar a los clientes a experimentar el amor**

Para que el amor sea una herramienta terapéutica efectiva, no sólo debe ser sentido por parte del terapeuta, sino que también debe ser comunicado (y sentido) efectivamente por el paciente. La cosa más importante que un terapeuta puede hacer para comunicar el amor es adoptar un espíritu cuidadoso, atento, generoso o benévolo (o una “postura interpersonal” para aquellas personas que consideren problemático el término “espíritu”). Un espíritu cuidadoso y atento se caracteriza por una serie de cualidades. El terapeuta debe transmitir una sensación de *calma*, de tal forma que el cliente pueda percibir una presencia tranquilizadora cuando estén juntos; debe tener un sentido de auto-seguridad -una seguridad sentida genuinamente- de que nada de lo que diga o haga el cliente pueda devastar al terapeuta. El terapeuta con un espíritu cuidadoso y atento experimenta la aceptación del cliente, de su situación difícil, de su deseo de curación, de su miedo al cambio. La aceptación no significa que no se espere el cambio, sino que nunca se exige.

Un terapeuta generoso o benévolo también practica activamente el perdón. El perdón en este contexto se considera en su sentido más literal: “dar” al cliente incluso aquello que no ha pedido. El perdón puede significar hacer algunas atribuciones poco ortodoxas (desde la perspectiva de las expectativas sociales) sobre los comportamientos negativos pasados, pero el perdón es significativo incluso para el cliente traumatizado que no ha hecho (y lo sabe) nada malo. El perdón da permiso para ser humano, cometer faltas, luchar y compartir estos trozos de humanidad con espíritu benévolo. Vivir y comunicar el perdón es crucial para comunicar el amor.

La adopción de un espíritu generoso y benévolo implica alimentar un sentido de admiración de la capacidad de los seres humanos de soportar penalidades y superar el dolor, y de la sacralidad del espacio terapéutico. También implica el desarrollo de una apreciación genuina del cliente... de sus dificultades, sus esfuerzos, y su valor inherente. Finalmente, un terapeuta benévolo tiene confianza, tanto

en el potencial del cliente, como en sus propias habilidades como terapeuta.

Es posible que para comunicar el amor sea suficiente desarrollar y expresar un espíritu benévolo y generoso. Merleau-Ponty (1964), un filósofo francés, planteó que los seres humanos perciben las emociones de los demás *directamente* en el ámbito interpersonal (más que inferir indirectamente emociones basadas en análisis lógicos del comportamiento). Tompkins (1992) y sus seguidores de su “teoría del afecto” (por ejemplo, Nathanson, 1992) usan los mecanismos psicológicos e incluso los neuropsicológicos para sostener las proposiciones de que las emociones se perciben directamente como estados de sentimiento cuando se está en conexión con otras personas que sienten. Por eso, un terapeuta que adopta y alimenta un espíritu generoso y benévolo y que se aproxima de forma cuidadosa a un cliente traumatizado será percibido por el cliente como una persona que le ama.

Finalmente, los psicoterapeutas nunca deben olvidar o descuidar el poder de las expresiones verbales directas de amor o cariño. De acuerdo con los estándares culturales de comunicación, puede que no sea adecuado decir al cliente “te quiero.” Sin embargo, incluso en una cultura donde el amor crea tantos conflictos en la consulta del terapeuta como en los Estados Unidos, está perfectamente permitido, y muchas veces causa un gran impacto, decir:

*“Admiro de verdad el coraje que se necesita para afrontar este problema. Siento realmente tu dolor y me gustaría poder tener un varita mágica para hacerlo desaparecer. Pero ambos sabemos que no puedo. Por eso estaré aquí con tu dolor tanto como me permitas. Quiero que sepas que me preocupo por ti y que quiero ayudarte”.*

Estas declaraciones directas de amor y cariño la mayoría de las veces incluso alcanzan al cliente más insensible y defensivo..., incluso aquél cuyas habilidades para percibir emociones directa y efectivamente se han visto debilitadas por el dolor y el aislamiento.

### **El lugar de las técnicas.**

Muchas veces explico a mis estudiantes que he llegado a creer que las “técnicas” significan más para el terapeuta que para el cliente. Sirven como puntales y estructuras para permitir al terapeuta que duda de sí mismo de que “está haciendo algo” durante el tiempo en el que el desarrollo de la relación puede permitir al amor ejercer su poder curativo. Sin embargo, las técnicas tienen su lugar en el tipo de estructura terapéutica que he descrito antes. Se puede ayudar al manejo de los síntomas mediante una miríada de herramientas técnicas (técnicas cognitivo-conductuales como el análisis de las autoinstrucciones, detención del pensamiento y el entrenamiento de las habilidades de relajación, ingeniería social, uso sensato de los medicamentos; apoyo interpersonal, etc.). También pueden ser de utilidad para ayudar a la exploración y la elaboración verbal de la revisión de la vida, la conexión constructiva y la metaconstrucción de futuro intencional una gran variedad de



técnicas *Gestalt* o artísticas (tales como la silla vacía, el diario, la poesía, la pintura, la redacción de cartas, etc.). Efectivamente, incluso la estructura completa del proceso terapéutico mostrado más arriba puede considerarse un ejemplo de la técnica conocida como “exposición y prevención de la respuesta” en los círculos conductuales y cognitivo-conductuales. Si se considera que el procesamiento intencional del contenido traumático (así como su contexto social y del ciclo vital) es una “exposición», entonces la “prevención de la respuesta” se consigue mediante la utilización de la relación terapéutica (a través del espíritu atento y benévolo) que ayuda al cliente a evitar huir del dolor y a retirarse en un aislamiento rumiador. En resumen, sería difícil crear un “manual” sesión por sesión para el tipo de terapia que se ha descrito aquí, pero existe el espacio y el respeto para las técnicas terapéuticas establecidas.

### **Reflexiones finales**

Debo admitir que me han asaltado ciertas dudas a la hora de escribir este artículo sobre el amor más que simplemente referir y explicar los aspectos de la psicoterapia postraumática constructivista y elaborarlos con ejemplos clínicos. Pero últimamente, estoy intentando plasmar en mis escritos lo que realmente *hago* con los clientes, más que expurgarlo para que pueda ser leído desde la misma distancia con que un cirujano leería sobre una forma alternativa de coser una arteria. El cirujano puede permitirse esta distancia; es sólo la muerte lo que está en juego.

En psicoterapia nos enfrentamos a seres humanos que sufren un gran dolor. No nos podemos permitir alejarnos de su humanidad y esperar que algunas “técnicas” les ayuden. No podemos permitirnos alejarnos de la necesidad de amar a nuestros clientes haciendo ver que estamos aplicando un enfoque teórico en su forma más purista. No nos lo podemos permitir, porque es la vida lo que está en juego.

---

*En este artículo se sostiene que el ingrediente activo de toda psicoterapia, tanto si es reconocido por el terapeuta y el cliente como si no, es el amor. Pretende, igualmente, responder, al menos hasta cierto punto, a las siguientes preguntas: ¿A qué se refiere la palabra “amor” en este contexto? ¿Por qué es eficaz el amor en la mejora de los efectos negativos del trauma? ¿Por qué con frecuencia el amor de una persona no terapeuta (por ejemplo, un miembro de la familia, un amigo) no facilita la curación deseada en medida suficiente? ¿Cómo se relacionan estos conceptos con las “técnicas” usadas habitualmente en el tratamiento del estrés postraumático y del duelo complicado?*

*Palabras clave: amor terapéutico; duelo; estrés postraumático; consideración positiva incondicional; empatía*

Traducción: Ariadna Villegas Torras

## Referencias bibliográficas

- MATURANA, H. R. & VERELA, F. J. (1998). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications.
- MCCOY, M. M. (1981). Positive and negative emotion: a personal construct theory interpretation. Bonarius, H., Holland, R. & Rosenberg, S., (Eds.) *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice*, pp. 95-104. London: MacMillan.
- MERLEAU-PONTY, M. (1964). The primary of perception. In J. M. Edie(Ed.), *The primacy of perception and other essays on phenomenological psychology, the philosophy of art, history and politics*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- NATHANSON, D. L. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self*. New York: W. W. Norton & Co.
- RASKIN, N. J. (1985). Client-centered therapy. In S. J. Lynn & J. P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies*. Columbus, OH: Charles B. Merrill.
- ROGERS, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- SEWELL, K. W. (1997). Posttraumatic stress: Towards a constructivist model of psychotherapy. In R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology: Volume IV*. (pp. 207-235), Greenwich, CT: JAL Press.
- SEWELL, K. W. (in press). A Personal Constructivist approach to posttraumatic stress. In F. Fransella (Ed.), *Handbook of Personal Construct Psychology*. London: Wiley.
- SEWELL, K. W. & Williams, A. M. (2001). Construing stress: A constructivist therapeutic approach to posttraumatic stress reactions. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association.
- SEWELL, K. W. & Williams, A. M. (2002). Broken narratives: Trauma, metaconstructive gaps, and the audience of psychotherapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 15, 205-218.
- TOMPKINS, S. (1992) *Affect, imagery, consciousness, Vol. 4: Cognition: Duplication and transformation of information*. New York: Springer.