

La alianza terapéutica

Una guía
para el tratamiento
relacional

Jeremy D. Safran
J. Christopher Muran

2ª edición



DESCLÉE

biblioteca de psicología

JEREMY D. SAFRAN y J. CHRISTOPHER MURAN

LA ALIANZA TERAPÉUTICA
UNA GUÍA PARA EL TRATAMIENTO RELACIONAL

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Índice

Presentación	11
Prólogo	15
Sobre los autores.	21
Reconocimientos.	23
1. La alianza terapéutica reconsiderada.	25
Resumen del libro	31
Breve historia de la alianza terapéutica	32
Reconceptuación de la alianza terapéutica	39
Taxonomía de intervenciones útiles ante las rupturas de la alianza	43
2. Presunciones y principios fundamentales	61
Agencia versus afiliación	62
Constructivismo y realismo	66
Mente del principiante: los peligros de la cosificación	68
Psicologías unipersonal y bipersonal	71
Intervenciones como actos relacionales	75
Motivación y emoción	76
Aproximación y comunicación afectiva	79

Comprender y experimentar/insight y conciencia	82
Observación participativa y participación observada.	87
Intersubjetividad.	88
Conciencia: la postura observacional y el trabajo interno del terapeuta.	92
Círculos, ciclos y matrices	97
Más allá de la contratransferencia	100
Sí mismos múltiples	107
La paradoja de la aceptación	110
3. Cómo entender la ruptura de la alianza y los impases terapéuticos	113
Esperanza y desesperación.	114
Resistencia: intrapsíquica, caracterológica y relacional	119
Voluntad y responsabilidad	124
Impases como ventanas hacia principios organizativos nucleares.	129
Reestructuración de los esquemas relacionales del paciente	132
Descoordinación y reparación afectiva	136
Recuperación de una parte escindida del self.	137
Experiencia transicional	140
Desilusión óptima.	144
Sujetos y objetos.	148
Necesidad versus mendicidad	151
Sobrevivir y contener.	154
4. Metacomunicación terapéutica	157
Casos clínicos.	159
Principios de metacomunicación	165
Ilustración clínica	183
5. Modelos de estadio-proceso para la resolución de la ruptura de la alianza	195
Un modelo de resolución para las rupturas por distanciamiento.	198
Un modelo de resolución para las rupturas por confrontación	211

6. Terapia Relacional Breve	237
El foco dinámico	240
Conciencia y atención en el momento presente.	241
Terminación y desilusión óptima.	244
Caso ilustrativo	248
7. Un enfoque relacional para el entrenamiento y la supervisión	271
Establecimiento explícito de un foco experiencial	275
Entrenamiento en la conciencia plena	277
Auto-exploración	279
El contexto relacional de supervisión.	282
Grabaciones en audio y vídeo	285
Role Plays orientados a la toma de conciencia	288
Supervisores como modelos.	290
Entrenamiento ilustrativo.	293
Epílogo	305
Bibliografía	313
Índice de Materias	333

Presentación

Este libro se publica en lengua castellana en un momento histórico muy adecuado. La evolución que han tenido las psicoterapias de diferentes orientaciones a lo largo de los últimos años, se produce de forma pareja a la toma de conciencia de sus limitaciones y deficiencias en sus modelos terapéuticos. Los modelos psicoanalíticos con escasa voluntad de investigación empírica, han hecho caso omiso sobre la necesidad de la utilización de metodología sofisticada en la evaluación de resultados (salvo honrosas excepciones); además han prestado una atención a la díada transferencia contra-transferencia en términos fundamentalmente ligados a las fantasías inconscientes, así como a las realizadas en términos de conflictos intrapsíquicos a excepción de los modelos inter-subjetivos desarrollados en los últimos años. Los modelos cognitivos conductuales progresivamente han ido dándose cuenta de las limitaciones de una psicología unipersonal y de un enfoque excesivamente racionalista, incorporando en su repertorio de intervenciones los esquemas personales –la emoción no sólo como secundaria a la cognición–, y los factores de la relación terapéutica en el aquí y en el ahora de la sesión terapéutica. Los terapeutas sistémicos y su evolución hacia modelos constructivistas y narrativos, a su vez están prestando

una atención especial a la construcción de significados en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica. Todas estas diferentes escuelas, con marcos teóricos y técnicos muy diferenciados van a poder beneficiarse de un libro con las características del que tenemos entre las manos.

Si la psicoterapia es un tratamiento de base relacional mediada por el dialogo, las vicisitudes de la relación paciente-terapeuta son básicas en el más sencillo de los tratamientos y es el núcleo central sobre el que focalizar el trabajo terapéutico en el caso de psicoterapias complejas como las de los trastornos de la personalidad. Este libro deja claro desde el inicio que la relación terapéutica es la variable más importante en el proceso terapéutico, con una influencia directa en el resultado de la psicoterapia. Este libro sitúa el foco de atención sobre la relación terapéutica, las amenazas a su ruptura, el diagnóstico y estrategias de intervención en estas rupturas en la alianza terapéutica, sintetizando todo ello en un modelo psicoterapéutico relacional breve que, como digo, viene a cubrir una necesidad sentida desde los diferentes modelos de psicoterapia.

La trayectoria de Jeremy Safran, Christopher Muran es la de profesionales con una formación claramente integradora en psicoterapia, tienen un entrenamiento en diferentes marcos teóricos y técnicos que han ido evolucionando de manera progresiva hacia modelos en los que el trabajo con la emoción y los aspectos relacionales de la interacción en el aquí y en el ahora de la relación terapéutica, constituyen el foco fundamental de su modelo. Ambos son dos investigadores de primera línea y eso queda reflejado en las múltiples publicaciones que han realizado a lo largo de los últimos años, la mayor parte de ellas en la última etapa vinculados a la investigación sobre el trabajo con la alianza terapéutica y sus rupturas. La trayectoria de ambos autores es la de unos clínicos muy bien formados, investigadores de una alta capacitación, y psicoterapeutas muy sensibles como queda reflejado en las viñetas clínicas que se recogen en el libro.

Quisiera destacar dos aspectos fundamentales de la concepción relacional del modelo de psicoterapia breve que plantean. El cambio de paradigma de una epistemología racionalista a un modelo constructivista, así como la transición de una psicología unipersonal a una psicología bipersonal, en la que el foco se establece en el proceso de relación inter-

personal entre el paciente y el terapeuta. Esto tiene consecuencias no solo desde el marco epistemológico y teórico sino fundamentalmente desde el punto de vista técnico, situando el foco de análisis en los procesos ínter-subjetivos de relación que se desarrollan en la psicoterapia, entre la díada única e irrepitable de terapeuta y paciente.

Otro asunto muy relevante que cubre el libro, son las consecuencias que este modelo tiene en lo referente a la formación de terapeutas. El último capítulo está destinado a este tema, a un enfoque relacional para el entrenamiento y la supervisión. En línea con lo que plantean y aplicándolo a la lectura de este magnífico libro, recomiendo aproximarse a él de una forma similar a la que uno se aproxima a un paciente, con esa mente del principiante que hablan los autores, intentando que lo que aporte este libro no solo sean contenidos racionales, sino que dejemos que sus contenidos resuenen en nuestras emociones y que la lectura del mismo se transforme en una experiencia vivencial, que nos ayude a reformular nuestros marcos teóricos, a enriquecerlos y a pulir nuestras técnicas de intervención. Tenemos en las manos un texto que nos enriquecerá en nuestra práctica clínica, aprovechémoslo, nuestras terapias funcionaran mejor.

Dr. Carlos Mirapeix

Psiquiatra. Director de la UTP

Unidad de trastornos de la personalidad

Fundación Marques de Valdecilla/Instituto de Estudios Psicoterapéuticos

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria

Prólogo

¿Qué nos proponen Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran en esta obra? ¿Una aportación técnica, rigurosa y detallada, sobre la gestión de la Alianza Terapéutica y su importancia en el tratamiento? ¿O una guía para la psicoterapia relacional? Lidiando con lo primero, nos encontramos de lleno en lo segundo, y afortunadamente. El pensamiento relacional va calando poco a poco en nuestra cultura occidental, de tan larga tradición individual, bien impregnada del cartesianismo o del subjetivismo fenomenológico. Así hemos recorrido dilatadas trayectorias clínicas en la psicopatología o los tratamientos donde todo ha girado en torno a la normalidad de una ley universal y sus desviaciones, o a la idiosincrasia del sujeto en torno al mito de la mente aislada. Pero la misma clínica nos hacía sentir la insuficiencia de estos planteamientos, la incomodidad de nuestro quehacer intentando entender “por separado” la transferencia del paciente y nuestra contratransferencia como terapeutas.

Si bien los planteamientos interpersonales, relacionales, vinculares, intersubjetivos, contaban ya con una larga tradición, ésta quedaba aislada –como nuestras mentes cartesianas– del grueso de nuestra práctica, donde lo relacional quedaba artificialmente confinado al estudio de los grupos, incluida la familia. Pero desde hace dos décadas la inquietud por re-pensar nuestra práctica y reformular nuestras teorías nos ha llevado a desplazar el centro desde la psicología individual a la “psi-

cología de dos personas”, a pensarnos y reconocernos en una matriz interactiva, a teorizar un inconsciente bipersonal a través de unos principios organizadores que devienen de patrones de relación generados bidireccionalmente en la relación infante-cuidador, a explicar el cambio terapéutico en términos de la determinación recíproca que nombramos “mutualidad”. Hemos roto con el mito del terapeuta o analista neutral, aceptando no solo lo imposible de la neutralidad, sino la esterilidad que deriva de negarnos a reconocer que usamos nuestra única herramienta terapéutica posible: la relación.

El concepto de *Enactment* nos ayuda a perfilar mejor esta idea. Nos encontramos desplegando una emoción-acción-cognición que recuperamos después por el sentido que tuvo de “momento ahora”, escenario crucial para una experiencia transformadora, allí donde nos llevó el paciente en *responsividad de rol*, consonante con nuestra experiencia relacional profunda, y que desde su comprensión recuperamos para una *respuesta óptima*, reguladora del nuevo escenario que será constitutivo para el paciente de la experiencia que necesita para su crecimiento-cambio, y que para nosotros da sentido al trabajo en marcha. Toda relación tiene sus riesgos, y la relación terapéutica es una de las más difíciles, donde se trata de estar en comunicación profunda, sin caer en colusión; donde se da una determinación recíproca, bidireccional, en la que hemos de conservar la ética, una ética más marcada por el compromiso que por la moral. Una nueva experiencia relacional para el paciente, en la que estamos incluidos.

La Alianza Terapéutica habla, pero también calla. El psicoterapeuta aborda su trabajo desde el modelo teórico de referencia en el que se ha formado, moldeándolo por la experiencia. Si todo va bien, acorde con sus conocimientos y experiencia, la alianza queda silente en la relación terapéutica, actúa sin sentir; pero las rupturas aparecen más pronto o más tarde, y pasan a marcar el ritmo de una sesión, de una secuencia, incluso de fases enteras. No se trata solo de que las rupturas sean un obstáculo, sino que más bien son “oportunidades” para conocer, explorar en profundidad, y resolver conflictos o necesidades de los pacientes.

Con ello entramos a examinar la obra a la que sirve este prólogo. Varios capítulos del libro son versiones revisadas de trabajos anterior-

res, a los que ahora se dota de una nueva progresión y coherencia. En el capítulo primero se pasa revista a la historia del concepto de Alianza terapéutica, y se propone una reformulación del concepto, incluyendo una taxonomía de los principios para negociar la alianza terapéutica, incluyendo un sugerente esquema que describe estrategias para la gestión de las rupturas de la alianza terapéutica (p. 46). Safran y Muran defienden un concepto de alianza terapéutica que concilia la visión de la relación terapéutica como una experiencia co-construida entre ambos partícipes, que es a la vez componente esencial y motor de los procesos de cambio que se observan en y a consecuencia de la terapia, con la concepción más amplia propuesta por Bordin (el papel fundamental que juegan las capacidades del paciente de confiar en la habilidad del terapeuta para promover el cambio, y que los diferentes tipos de alianza contribuyen al cambio, la de colaboración racional y la confianza básica que la sustenta a nivel los esquemas emocionales, cognitivos e interpersonales que operan inconscientemente). Aceptando que los autores defienden el valor de la interdependencia entre factores técnicos y relacionales en la terapia, la calidad del vínculo terapéutico derivará tanto de la huella de la calidad de las experiencias vinculares precedentes al vínculo terapéutico actual, como de las capacidades desplegadas por ambos partícipes en el vínculo actual. Un vínculo que no se explora desde modelos o principios teóricos ideales (neutralidad, abstinencia, no directividad, etc.) sino desde la exploración de sus características reales observables (y auto-observables), donde son tan importantes e útiles las rupturas de alianza como la colaboración activa, cuyos subprocesos componentes pueden ser reinterpretados en términos de una negociación constante entre paciente y terapeuta sobre las tareas y objetivos de la terapia. Los autores se sitúan cercanos a la concepción de Jessica Benjamin, precursora del concepto de Terceridad que ha propuesto más recientemente; Benjamin sitúa la clave del proceso de cambio en la negociación entre dos subjetividades, una idea compartida por Mitchell y Aron. Se trata de una negociación a nivel profundo, no una mera negociación superficial que busca el consenso, sino la que nos confronta con los dilemas fundamentales de la existencia humana: el conflicto entre los deseos propios y los del otro; la lucha por sentir y desarrollar la propia subjetividad, sin dejar por ello

de reconocer la subjetividad del otro; la tensión entre la Agencia del Yo (despliegue del Sujeto, de la individuación) y la Comunión con el Otro (Uso evolutivo y constructivo de la dependencia relacional, de la implicación en el escenario intersubjetivo).

A la reconsideración de todos estos principios está dedicado el capítulo 2, donde se describe el pasaje conceptual de la psicología de una persona a la de dos personas, abriéndonos a la re-lectura relacional e intersubjetiva del proceso terapéutico y de sus actores. Esta lectura ya venía precedida del cambio conceptual que sobre las funciones y sentido de la contratransferencia se da hace varias décadas. La transmisión adecuada de estados subjetivos o uso activo de la contratransferencia, que hemos llamado *escucha en acción*, se ha unido así a las herramientas de intervención tradicionales (v.g. la interpretación), especialmente en los estados de déficit (v.g. organización límite y psicótica), contribuyendo a generar significado allí donde el paciente presenta vacíos de experiencia relacional, elementos renegados y/o denegados, que no han sido simbolizados, ni por tanto reprimidos.

El capítulo tercero está dedicado a las estrategias técnicas, tácticas y tareas para la gestión de las rupturas de la alianza y los *impasse* terapéuticos, a la par que se traza una teoría del proceso terapéutico en su conjunto, que sigue los lineamientos de Kohut y Winnicott sobre el uso del Objeto en la reconstrucción del Sí mismo. El análisis de los *impasse* es la vía regia hacia la comprensión de los patrones de organización inconsciente de la experiencia del terapeuta, que podrá ser utilizada para promover comprensión empática e inducir insight en el paciente. Ocurre con el *impasse* el mismo proceso por el que han atravesado la resistencia, la transferencia o la contra-transferencia: pasaron de ser hechos clínicos perturbadores a ser considerados oportunidades para el progreso terapéutico.

El cuarto capítulo se ocupa de la meta-comunicación terapéutica donde se establecen principios generales y específicos, desglosados en subprincipios operacionales. Es uno de los capítulos más sugerentes para que el clínico reflexione sobre su práctica a partir tanto de las viñetas como de las propuestas que recogen dichos principios. La meta-comunicación es el marco en el que se experimenta la relación terapeuta-paciente, e implica niveles de expresión sutiles, en torno a la capacidad para entrar en relación, estar en sintonía, sentir la implicación y la mutualidad, sin

que se pierda la capacidad reflexiva que deriva de la *participación observadora*. Los autores nos recuerdan que la meta-comunicación no está igualmente disponible con todos los pacientes ni en todas las situaciones, ni tampoco los terapeutas pueden hacer uso de ella siempre. Poner el foco en el aquí-y-ahora de la relación terapéutica, usar autorrevelaciones contra-transferenciales, experimentar los climas de intimidad o lucha de poder y usarlos en la dirección terapéutica sin borrar los límites éticos que protegen tanto al terapeuta como al paciente, es un reto constante en la experiencia terapéutica, que cada terapeuta ha de modular en función de sus capacidades y limitaciones, así como las de sus pacientes.

El guante lanzado en el capítulo tercero sobre la teoría del proceso terapéutico es recogido en el quinto, donde se proponen dos valiosos modelos de gestión de las rupturas de alianza por abandono, y por confrontación. Junto con el capítulo anterior encontramos las más precisas aportaciones técnicas, con valiosas viñetas que hacen a la par de amena, la lectura nos haga pasar de la reflexión a la experiencia.

El interés ya constatado de los autores por la terapia breve da lugar al capítulo sexto, donde se expone de manera sucinta pero bien estructurada el modelo de la Terapia Relacional Breve (BRT), el cual gira sobre el eje de la epistemología constructivista y sitúa el foco en el aquí-y-ahora de la relación terapéutica; la técnica propone la exploración de las formas concretas de relación que se dan entre ambos, terapeuta y paciente, en las que se profundiza con la ayuda de las estrategias de meta-comunicación antes descritas, y aceptando que todas las intervenciones tienen un significado relacional y que las percepciones del terapeuta son tan subjetivas como las del paciente, brindándose mutuamente la oportunidad de conocer.

La obra se cierra en torno a la supervisión y el papel clave que esta desempeña en la práctica profesional y en la formación de terapeutas. Ya Casement nos había lanzado a la reflexión de la propuesta central: aprender del paciente, aserto tomado ahora en su dimensión intersubjetiva, la matriz relacional que incluye a supervisor, terapeuta y paciente.

En la interesante reflexión final, surge una de las principales preguntas que parece plantearse esta obra: ¿Se propone un terapeuta espontáneo, o técnico? Siendo los autores conocidos contribuidores al desarrollo de la técnica, y prevenidos de los posibles excesos subjetivistas de los clínicos

relacionales contemporáneos, no pueden dejar de ocultar su simpatía por una posición en el terapeuta que sin dejar de ser rigurosa en el conocimiento de los procesos del cambio, se permita la apertura a la experiencia y al encuentro que nos sorprende en cada relación terapéutica.

Recordemos que el terapeuta construye su rol a través de la integración de conocimientos y experiencias, entre ellas la de su propia psicoterapia. Desde ese recorrido despliega capacidades de contención y sostenimiento en el encuentro con el paciente, que requieren a su vez del uso de dispositivos continentales; una contención y sostenimiento que encuentra en el eje de la supervisión y en la relación con los pares profesionales; contenido y sostenido a su vez, el terapeuta se brinda a sus pacientes y pares como oportunidad de experiencia de mutualidad en la matriz relacional que les incluye. En otras palabras, la disponibilidad para ser usado como objeto, de desplegar la función de selfobject para el paciente y de transmitir preocupación genuina por el otro; todo ello en un horizonte de tolerancia a la falla propia y en la alteridad, permite que se despliegue como el espacio transicional que es posible en la relación terapéutica, un espacio potencial para el desarrollo, un espacio de goce cultural para el crecimiento, de recuperación del juego, en el seno del cual pueden tener lugar vivencias correctoras de las fallas ambientales de la infancia, donde la singularidad del individuo puede expresarse y configurar su propio idioma con los objetos. Sería esta una *respuesta óptima* del terapeuta, un concepto reciente, en el que consideramos que más allá de la teoría y de la técnica, la respuesta óptima del terapeuta es aquella que mejor se adapta a las necesidades evolutivas del paciente y favorece el proceso de cambio específico del paciente en su matriz relacional. Esa respuesta, aparece en un contexto intersubjetivo, y se integra en la compleja interacción que se da dentro del binomio paciente-terapeuta y a cuyo examen ha estado dedicado este libro. La concepción de la alianza terapéutica como negociación en el plano profundo de la relación terapéutica contribuye a entender mejor cómo avanzar hacia el cambio en el proceso psicoterapéutico, y es toda una propuesta técnica para basar las estrategias de una psicoterapia relacional.

Alejandro Ávila Espada
Universidad Complutense

Sobre los autores

El **Doctor Jeremy D. Safran**, es profesor de Psicología en la New School for Social Research, donde previamente ocupó el cargo de director de Psicología Clínica. También es miembro científico investigador del Beth Israel Medical Center de Nueva York. Autor y coautor de múltiples volúmenes como *Widening the Scope of Cognitive Therapy*, *Emotion in Psychotherapy*, *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* y editor de obras como *Emotion Psychotherapy and Change* y *The therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*. Es también miembro del consejo asesor de diversas publicaciones y sigue ejerciendo como psicoterapeuta privado en la Ciudad de Nueva York.

El **Doctor J. Christopher Muran** es director y psicólogo jefe del Programa de Investigación en Psicoterapia Breve en el Beth Israel Medical Center donde ejerce su práctica privada. Es también profesor asociado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina Albert Einstein. Ha concluido sus estudios y entrenamiento en terapia cognitivo-conductual en el Instituto de Psiquiatría Clarke de Toronto así como el entrenamiento analítico en un Programa de Postdoctorado de la Universidad de Nueva York. Becado por la Sociedad de Investigación Psicoterapéutica, es coeditor de la obra *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*.

Reconocimientos

La elaboración de este libro ha estado parcialmente subvencionada por la beca n° MH50246 del Instituto Nacional de Salud Mental. Desearíamos expresar nuestro agradecimiento por la ayuda que nos han prestado diversas personas en las diferentes fases de elaboración del libro. Lewis Aron contribuyó con sus inteligentes comentarios relativos a varios capítulos mientras el libro estaba en su primera fase de elaboración. Stanley Messer, Jeffrey Binder y Jennifer Hunter nos aportaron comentarios fundamentales, detallados y útiles una vez concluida la obra. También quisiéramos agradecer a Arnols Winston por su apoyo material y emocional en el desarrollo de nuestro programa de investigación sobre la alianza terapéutica y a Lisa Wallner Samstag por su colaboración continuada. También deseamos reconocer la ayuda de Seymour Weingarten y Kitty Moore de la editorial y, por último, quisiéramos expresar nuestro aprecio a los pacientes y a muchos terapeutas que, durante años, han participado en nuestros grupos de entrenamiento y nos han obligado a mejorar continuamente nuestro pensamiento.

1 La alianza terapéutica reconsiderada

Tras medio siglo de investigación psicoterapéutica aproximadamente uno de los hallazgos más sistemáticos consiste en que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito del tratamiento. Este hallazgo se ha demostrado en una amplia gama de modalidades de tratamiento (Alexander & Luborsky, 1986; Horvath, Gaston & Luborsky, 1993; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks 1994). Otro hallazgo vinculado al anterior es que los casos con resultados pobres muestran una mayor evidencia de procesos interpersonales negativos (es decir interacciones hostiles y complejas entre terapeutas y pacientes) que los casos con resultados favorables (Henry, Schacht & Strupp, 1986, 1990; Coady, 1991; Kiesler & Watkins, 1989; Tasca & McMullen, 1992; Binnender & Strupp, 1997). Otro hallazgo relativo es que algunos terapeutas son sistemáticamente más eficaces que otros; las diferencias en la habilidad terapéutica parecen ser más importantes que la modalidad terapéutica, y cuanto más eficaz parece ser el terapeuta más capaz es de facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody & Seligman, 1997). En consecuencia se está derivando cierto consenso con relación a dos elementos: que los procesos y rupturas o tensiones negativas en la alianza son inevitables y que una de las destrezas terapéuticas más

importantes consiste en el manejo terapéutico de este tipo de procesos negativos y en la reparación de las rupturas que se producen en la alianza terapéutica (p. ej., Bordin, 1994; Horvath, 1995; Henry & Strupp, 1994; Foreman & Marmar, 1985; Rodees, Hill, Thompson & Elliot, 1994; Binder & Strupp, 1997).

Este libro ha sido escrito como guía para formar a terapeutas a fin de que trabajen constructivamente con los procesos negativos de la psicoterapia y para que negocien hábilmente las rupturas que se produzcan en la alianza terapéutica. Han sido dos los factores que han promovido la elaboración de este libro. El primero de ellos ha sido nuestro propio programa de investigación sobre la alianza terapéutica (Safran, Croker, McMMain & Murray, 1990; Safran, 1993a, 1993b, 1999; Safran, Muran & Samstag, 1994; Safran & Muran, 1994, 1995, 1996, 1998; véase también Muran et al., 1995; Muran, Segal, Samstag & Crawford, 1994; Safran & Wallner, 1991). El segundo ha sido nuestros esfuerzos por sintetizar y sistematizar tales avances en la teoría contemporánea más relevante de la psicología.

Con relación al primero, comenzamos nuestra investigación sobre la alianza terapéutica a finales de los años ochenta en el Instituto de Psiquiatría Clarke de Toronto, estudiando las rupturas de la alianza y comenzando a delinear los procesos y principios implicados en la resolución de la ruptura. Nuestro trabajo siguió durante la década de los noventa en el Centro Médico Beth Israel de Nueva York, donde comenzamos un proyecto piloto subvencionado por el Instituto Nacional de Salud Mental para investigar la eficacia de un enfoque de tratamiento especializado destinado a resolver las rupturas producidas en la alianza terapéutica. Este proyecto se conceptuó como la siguiente fase lógica de nuestros esfuerzos previos de investigación por clarificar los procesos a través de los cuales los problemas en la alianza terapéutica se resuelven satisfactoriamente. Como parte de este proyecto de investigación, elaboramos un manual para el entrenamiento de terapeutas. El presente libro se ha generado a partir de aquel manual.

Con relación al segundo elemento que ha promovido la elaboración de este libro, nos hemos visto influidos por diversas tradiciones psicoterapéuticas. Entre ellas se halla el psicoanálisis, la tradición experiencial (gestalt y terapia centrada en el cliente) y la terapia cognitiva. Sin embar-

go, especialmente influyente en nosotros ha sido una serie de avances en la teoría psicoanalítica contemporánea a la que colectivamente se le ha denominado “teoría relacional” (Aron, 1996; Greenberg & Mitchell, 1988, 1993, 1997). La teoría relacional, de naturaleza integradora, trata de sintetizar los avances de áreas tan diversas como la teoría interpersonal americana, la teoría británica de las relaciones de objeto, la psicología del self, el pensamiento existencial y el pensamiento feminista y posmoderno. Uno de los dogmas centrales de la teoría relacional es que el terapeuta y el paciente participan continuamente en una configuración relacional que no pueden ver y el proceso conducente a la comprensión y el desenredo de esta configuración es un mecanismo central en el cambio. Consideramos que la teoría relacional es particularmente útil para organizar los insights y principios de otras tradiciones terapéuticas que son relevantes para el tema de los impases terapéuticos, y como tal la hemos adoptado como nuestro marco teórico general.

Por ello, este libro puede considerarse como el esfuerzo por sistematizar algunos de los principios centrales del pensamiento relacional en el psicoanálisis. A este respecto puede ser considerado como la actualización de los manuales escritos a mediados de los ochenta por Hans Strupp y Jeffrey Binder (1984) y Lester Luborsky (1984). En estos dos libros se presenta un trabajo excelente de sistematización de algunos de los principales progresos en la teoría psicoanalítica, en aquel momento con fines de entrenamiento terapéutico. Sin embargo, desde entonces se ha producido algo, que muchas personas conciben como un cambio de paradigma en el pensamiento psicoanalítico, en dirección hacia líneas relacionales. Algunos de estos progresos han sido descritos por Hanna Levenson (1995) en su reelaboración del enfoque de Strupp y Binder. Sin embargo, Levinson estaba más interesada en el perfeccionamiento y en la docencia del enfoque que en la sistematización del pensamiento psicoanalítico relacional. Sin embargo muchos de estos recientes avances son particularmente útiles para arrojar luz sobre el modo de manejar los problemas relativos a la alianza terapéutica. En consecuencia parece importante sistematizar a modo de manual algunos de estos progresos teóricos y técnicos recientes.

El período entre mediados y finales de la década de los ochenta se caracterizó por el considerable entusiasmo entre los psicoterapeutas por

el rol que podrían desempeñar los manuales de tratamiento para facilitar el entrenamiento de terapeutas (p. ej., Luborsky & DeRubeis, 1984; Strupp, Butler & Rosser, 1988). Muchos eran partidarios de la especificación precisa de los principios y técnicas de tratamiento característica de los manuales de tratamiento y de la identificación de las destrezas terapéuticas críticas de un modo claro, no ambiguo, porque esto conllevaría la mejora de la práctica clínica. Aunque este entusiasmo relativo al valor de los manuales de tratamiento sigue vigente (p. ej., Wilson, 1998; Heimberg, 1998; Barlow, 1996) muchos otros autores son ahora menos optimistas (p. ej., Goldfried & Wolfe, 1998; Lambert, 1998; Henry, 1998; Seligman, 1995). Se ha comprobado que el seguimiento de las pautas del manual de tratamiento no se relaciona con el resultado del tratamiento (p. ej., Moncher & Prinz, 1991). Las críticas relativas a este hecho defienden que los manuales de tratamiento limitan artificialmente la práctica clínica de los terapeutas y reducen tanto la flexibilidad del tratamiento como la creatividad terapéutica.

Algunas de las investigaciones más interesantes y sistemáticas sobre la influencia de la formación a través de manuales sobre procesos y resultados de tratamiento han sido dirigidas por Hans Strupp y sus colaboradores (Henry, Schacht, Strupp, Butler & Binder, 1993; Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993; Strupp, 1993). En el estudio de Vanderbilt II, terapeutas con experiencia trataron en primer lugar a una cohorte de pacientes y recibieron a continuación un entrenamiento en tratamiento psicodinámico a través de manuales subrayando especialmente la detección y el manejo de los patrones interpersonales maladaptativos con énfasis especial en su puesta en escena durante la relación terapéutica. Los terapeutas trataron a continuación a un segundo cohorte de pacientes y se evaluaron las diferencias en el proceso de terapia y en los resultados.

Aunque se observó que los terapeutas, tras el período de entrenamiento, trabajaban de un modo más próximo a las propuestas del manual de tratamiento (p. ej., centrándose en la relación paciente-terapeuta y acogiendo las transacciones en el aquí y ahora), estas diferencias no necesariamente se traducían en una terapia más hábil. De hecho, se comprobó que los terapeutas daban más muestras de procesos negativos con sus pacientes en forma de interacciones hostiles o comuni-

caciones complejas (es decir, interpretaciones que son útiles en un sentido pero críticas en otro). De particular interés fue el hallazgo relativo a que los terapeutas que fueron evaluados como más auto-controladores y auto-culpabilizadores eran más propensos a adherirse al manual de tratamiento y más propensos a iniciar procesos negativos (menos proximidad y amistad y más hostilidad) con sus pacientes. Tendían también a obtener los peores resultados. Así, como concluían Hans Strupp y Timothy Anderson (1997), el proceso de entrenamiento había influido a través de las disposiciones de personalidad preexistentes del terapeuta. En este mismo orden, Strupp y sus colaboradores observaron que en general los terapeutas tendían a mostrar las intervenciones de tratamiento propuestas en el manual de un modo mecánico y forzado y que nunca se sentían naturales o cómodos con ellas (Henry Strupp, et al., 1993). El enfoque de tratamiento seguía siendo experimentado como un modelo externo al que trataban de adaptarse y no como un modo personalmente integrado de proceder con los pacientes. Los hallazgos de este tipo plantean cuestiones relativas al mejor modo de conceputar la maestría de que disponen los terapeutas experimentados y de facilitar la adquisición de tal experiencia.

Una razón que justifica la dificultad para formar a psicoterapeutas es que la adquisición de las destrezas terapéuticas, como sugieren los hallazgos de Strupp y sus colaboradores, se ve mediada por factores personales y emocionales complejos. Por ello, el crecimiento como terapeutas está inextricablemente vinculado al crecimiento personal y al desarrollo de la conciencia sobre uno mismo. Un segundo factor es que la destreza terapéutica incluye importantes aspectos intuitivos y creativos que son difíciles, si no imposibles, de enseñar. La investigación relativa a la naturaleza de la maestría profesional demuestra que los profesionales muy experimentados en diversos campos responden a las situaciones relevantes de un modo flexible, creativo y sensible al contexto (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Schon, 1983). A diferencia de los principiantes, que tienden a aplicar las reglas a modo de recetas de “libro de cocina”, los expertos ponen en marcha eso que Schon (1983) denomina *reflexión-en-acción*. Esto conlleva el tratamiento de nuevos casos como únicos y la construcción de nuevas teorías para adaptarse a ellos en lugar de depender de categorías teóricas y técnicas establecidas. Lo

que no significa que las teorías y técnicas existentes sean irrelevantes sino que son elaboradas, refinadas y modificadas a través de la “conversación” con la situación existente.

La tarea que nos proponemos al elaborar la presente guía de tratamiento consiste en crear un recurso que facilite el desarrollo de este tipo de reflexión-en-acción y no la elaboración de un libro de recetas cuya implementación sería mecánica. A este fin hemos incorporado varios elementos. El primero es que hemos tratado de compensar la escritura a un nivel técnico concreto, de naturaleza más prescriptiva, con un nivel teórico más general que transmite la esencia del enfoque. De este modo esperamos evitar los errores de, en un extremo, escribir un manual estrechamente técnico que limite a los terapeutas e interfiera con su creatividad y, en el otro extremo, de escribir un tratado abstracto que no pueda ser vinculado con la especificidad práctica.

Un segundo elemento es que concedemos bastante énfasis al trabajo interno del terapeuta. Muchas orientaciones terapéuticas asumen que el crecimiento personal del terapeuta es importante; evidentemente, el análisis de la contratransferencia se encuentra en el núcleo de la técnica psicoanalítica contemporánea. A pesar de esto, son escasos los esfuerzos sistemáticos por describir los procesos internos implicados en el aprovechamiento y elaboración constructiva de los intensos, conflictivos y frecuentemente dolorosos sentimientos y pensamientos que emergen en los terapeutas al negociar momentos difíciles con los pacientes. Salvo que el terapeuta disponga de la habilidad para efectuar este tipo de trabajo interno su captación conceptual de los principios teóricos y técnicos será inútil.

Un tercer elemento en el que también hacemos mucho hincapié es el entrenamiento. Una de las principales conclusiones derivadas del estudio Vanderbilt II y de nuestra propia experiencia es el incalculable valor del entrenamiento de terapeutas para el manejo de los procesos negativos en psicoterapia y de los impases terapéuticos. Por ello, omitir el examen cauteloso de las cuestiones de formación sería un grave error. Dada la complejidad de las destrezas terapéuticas requeridas para el manejo de los procesos terapéuticos negativos es crítico que su entrenamiento sea de naturaleza más experiencial y subraye la auto-exploración como el

principal vehículo del aprendizaje. Considerando la importancia de este tema, hemos dedicado al mismo un capítulo completo.

Por último, hemos ilustrado los principios fundamentales con transcripciones de material. Opinamos que ésta es una parte crítica del proceso de asentamiento de los aspectos más teóricos del libro en términos concretos y, por ello, presentamos a los terapeutas ilustraciones claras de cómo se pueden implementar en la práctica.

Resumen del libro

Este libro comienza con consideraciones teóricas generales y a continuación avanza hacia la descripción de principios de naturaleza más específica y técnica. El resto del Capítulo 1 se dedica a comentar la historia relativa al concepto de alianza terapéutica y a reconceptuar tal noción para adaptarla a las perspectivas teóricas contemporáneas. Concluye con una taxonomía de los principios para negociar los problemas en la alianza terapéutica.

El Capítulo 2 se destina a algunas presunciones y principios que constituyen los cimientos que orienten a los terapeutas en la dirección “correcta”. En este capítulo tratamos de transmitir la esencia de nuestro enfoque. La mayoría de estos principios son de naturaleza más general en la medida en que son relevantes para la práctica psicoterapéutica global. Sin embargo, al mismo tiempo, de ellos se derivan importantes implicaciones para elaborar los impases terapéuticos.

El Capítulo 3 se centra específicamente en las cuestiones teóricas más directamente relevantes al tema de los impases terapéuticos. Se menciona una gama de teorías y puntos de vista contemporáneos que pueden ser de utilidad para reflexionar sobre las rupturas de la alianza y los procesos implicados en su elaboración constructiva.

Los Capítulos 4 y 5 son de naturaleza más técnica. El Capítulo 4 describe varios principios que sirven para guiar el proceso de explorar y elaborar colectivamente con los pacientes los impases terapéuticos. El centro de interés de este capítulo se encuentra en principios generales y específicos de metacomunicación (es decir, el proceso de explicitar

lo que se está poniendo en escena inconscientemente en la relación terapéutica). El capítulo 5 examina los patrones interactivos que son característicos de las díadas terapeuta-paciente capaces de negociar satisfactoriamente las rupturas de las alianzas terapéuticas. Este capítulo se basa en nuestro programa de investigación sobre el tema.

El Capítulo 6 aplica los principios descritos en los capítulos anteriores a la terapia breve. Ofrece también un caso ilustrativo (con material transcrito) de una paciente tratada con dicho enfoque. Por último el Capítulo 7 delinea los principios básicos de nuestro enfoque de entrenamiento y los ilustra con la presentación de una sesión de entrenamiento. Estos dos últimos capítulos también están muy influidos por nuestro programa de investigación.

Breve historia de la alianza terapéutica

La importancia de la relación terapéutica fue originalmente mencionada por Sigmund Freud en sus documentos iniciales sobre la transferencia. Aunque originalmente se refería a convertir en “colaborador” al paciente en el proceso terapéutico (Breuer & Freud, 1893-1895), Freud (1912) se interesó sobre todo por los aspectos transferenciales de la relación y la importancia del análisis de la transferencia. Para Freud la *transferencia* implicaba el desplazamiento de afectos de un objeto o persona a otra, a menudo la transferencia de las actitudes previamente asociadas con un progenitor. Distinguía entre las transferencias positivas y negativas (es decir, la transferencia de actitudes positivas versus negativas). Freud también se refirió a la “transferencia positiva inobjetable”, el aspecto de la transferencia que no debería ser analizado porque ofrece al paciente la motivación necesaria para colaborar eficientemente con el terapeuta. En un grado limitado reconoció el rol de la amistad y el afecto como “vehículo del éxito en el psicoanálisis” (Freud, 1912) y sugirió que el analista y el paciente debían asociarse contra los síntomas del paciente en un “pacto analítico” basado en la asociación libre del paciente y en la comprensión competente del analista (Freud, 1937, 1940).

A partir de Freud se puede trazar el desarrollo de perspectivas psicoanalíticas sobre la relación terapéutica en dos líneas emergentes. La

primera desarrollada por la influencia de Sandor Ferenczi (véase Aron & Harris, 1991). Como analista de Balint, Jones, Klein y Rickman, ejerció gran impacto sobre la teoría de las relaciones objetales. Como analista de Thompson, Roheim y Rado, Ferenczi influyó igualmente sobre el psicoanálisis interpersonal y cultural americano. Ferenczi (1932) fue el primero en sugerir que era esencial que los pacientes no sólo recordaran sino revivieran el pasado problemático en la relación terapéutica. En este orden, sembró ideas que posteriormente serán cultivadas por Michael Balint (1968), D.W. Winnicott (1965) y Franz Alexander (con su idea de la experiencia emocional correctiva; véase Alexander & French, 1946). Ferenczi fue también el primero en considerar el rol de la personalidad y la experiencia del analista en el proceso de tratamiento. Subrayó la importancia del analista como persona real y reconoció el impacto del analista en la puesta en escena de la transferencia-contratransferencia (Ferenczi, 1932). En este sentido sugirió ideas desarrolladas posteriormente por los interpersonalistas, como la observación-participante (Thompson, 1944).

La segunda línea puede identificarse como la tradición del ego psicológico, que subrayaba la adaptación orientada en la realidad del ego a su medio (A. Freud, 1936; Hartmann, 1958). Parcialmente en respuesta al punto de vista exclusivo defendido por los seguidores de Klein, según el cual todas las reacciones significativas del paciente hacia la persona del analista son manifestaciones transferenciales y las únicas intervenciones importantes son las interpretaciones de las transferencias, los analistas del ego restablecieron su atención sobre los aspectos reales de la relación terapéutica y desarrollaron la noción del trabajo o la alianza terapéutica (Greenson, 1971). El concepto de la alianza era el intento del ego psicológico por plantear en el foro la interacción entre el analista y el paciente. Esto permitía modificaciones en la postura analítica tradicional y el uso de medidas no interpretativas; así mismo, animaba a una mayor flexibilidad técnica y permitía la adaptación de las técnicas analíticas a una mayor gama de pacientes. Mediante la introducción del concepto de alianza, los psicólogos del ego también trataban de resolver la paradoja freudiana según la cual el analista utiliza la transferencia para capacitar al paciente a superarla (Friedman, 1969; Meissner, 1996).