

La alianza terapéutica

Medio siglo de investigación psicoterapéutica ha demostrado que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más importante del éxito del tratamiento. Este libro presenta un marco sistemático para negociar las tensiones y rupturas en la alianza terapéutica y transformarlas en progresos. Los hallazgos claves del psicoanálisis y de otras modalidades han sido sintetizados con investigación original y sabiduría clínica derivadas de una amplia experiencia en este campo. El resultado ha sido esta guía práctica y exhaustiva que detalla con suma claridad los principios de intervención y, al mismo tiempo, inspira a los terapeutas a proceder de un modo creativo.

Con extrema cautela para lograr un equilibrio idóneo entre la teoría y la práctica, este libro ha sido diseñado para ayudar al terapeuta a acoger los tiempos muertos de cualquier tipo con una mayor conciencia y destreza. Por ello puede ser de gran utilidad y accesibilidad para los profesionales e investigadores de las tradiciones psicoanalítica, cognitivo-conductual y humanista/existencial, así como para los estudiantes de psicología clínica, psiquiatría y trabajo social.

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.

J. Christopher Muran es director y psicólogo jefe del Centro de Investigación en Psicoterapia Breve en el Beth Israel Medical Center. Es también profesor asociado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina Albert Einstein.



DESCLÉE DE BROUWER

ISBN 9 788

Universidad Diego Portales
Sistema Bibliotecas
L017356
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
SISTEMA DE BIBLIOTECAS



\$13950

Fac. Cs. Humanas y Educación

La alianza terapéutica

Una guía para el tratamiento relacional

Jeremy D. Safran
J. Christopher Muran



biblioteca de psicología

JEREMY D. SAFRAN y J. CHRISTOPHER MURAN

616.0
S1395
2005
c-2

LA ALIANZA TERAPÉUTICA
UNA GUÍA PARA EL TRATAMIENTO RELACIONAL

UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
SISTEMA DE BIBLIOTECAS



S13950

ac. Cs. Humanas y Educación

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER

Título de la edición original:
NEGOTIATING THE THERAPEUTIC ALLIANCE
A Relational Treatment Guide
© 2000, The Guilford Press, New York. USA

Traducción: **Jasone Aldekoa**

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2005
HENAO, 6 - 48009 BILBAO
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Diseño de portada: EGO Comunicación

Printed in Spain
ISBN: 84-330-1935-X
Depósito Legal: BI-166/05
Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

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 dñada 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 interpersonal 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 inter-subjetivos de relación que se desarrollan en la psicoterapia, entre la dñada 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 magnifico 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 practica clínica, aprovechémoslo, nuestras terapias funcionaran mejor.

Dr. Carlos Mirapeix

Psiquiatra. Director de la UTP

Unidad de trastornos de la personalidad

Fundacion Marques de Valdecilla/Instituto de Estudios Psicoterapeuticos

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 “psicología 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 anteriores, 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 Benjamín, precursora del concepto de Terceridad que ha propuesto más recientemente; Benjamín 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 (des-

pliegue 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 sub-principios 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 obser-*

vadora. 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 simpa-

tía 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 contenedores; 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 nº 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 Kitti 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, McMain & 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 comunicaciones

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 autoculpabilizadores 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 conceptualizar 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 sig-

nifica 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 prin-

cipal 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 serían 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).

Richard Sterba (1934, 1940) participó en el establecimiento de los cimientos sobre los que se desarrolló el concepto de alianza. Fue el primero en explicar el rol de la identificación positiva con el terapeuta para conducir al paciente al logro de las tareas terapéuticas comunes. Sterba se refirió a la importancia de ayudar al paciente a formar una "partición terapéutica en el ego" entre sus funciones observacionales y participantes de modo que los elementos del ego centrados en la realidad se pudieran aliar con el terapeuta en la tarea de la auto-observación. El suyo fue un esfuerzo por separar la racionalidad y la irracionalidad. Otto Fenichel (1941) describió la conceptualización de Sterba sobre la alianza como la "transferencia racional" mientras que Leo Stone (1961) se refirió a ella como la "transferencia madura".

Fue Elizabeth Zetzel (1956, 1966) quien defendió formalmente por primera vez que la alianza terapéutica es esencial para la efectividad de cualquier intervención terapéutica (dando crédito al término de E. Bibring, 1937). Manifestaba que la alianza depende de la capacidad fundamental del paciente para establecer una relación estable de confianza, lo que a su vez se basa en sus experiencias evolutivas tempranas. Consideraba que en ausencia de esta capacidad, al comienzo de la terapia es fundamental que el terapeuta ofrezca una relación de apoyo que facilite el desarrollo de una alianza, del mismo modo que una madre debe ofrecer un contexto maternal idóneo para facilitar el desarrollo de una sensación fundamental de confianza.

Lawrence Friedman (1969) adoptó igualmente un modelo maternal para la alianza, subrayando los roles del rapport y de la esperanza. Consideraba que la alianza unificaba los elementos racionales e irracionales incluyendo la transferencia maternal más infantil. Del mismo modo, Phyllis Greenacre (1968) y Joseph Sandler y sus colaboradores (Sandler, Holder, Kawenoka, Kennedy & Neurath, 1969) vincularon la idea de la "transferencia básica o primaria" con el concepto de alianza. Este punto de vista se asemeja al uso que las conceptualizaciones británicas de las relaciones objetales relativas al proceso psicoterapéutico hacen de la metáfora del terapeuta como madre; por ejemplo, tanto el concepto de Winnicott (1965) del "*holding environment*" (contexto conteniente) y la idea kleiniana (Bion, 1962) de "contención" asumen este tipo de metáfora materna.

Ralph Greenson (1967, 1971) amplió la tradición psicológica del ego con una formulación seminal de la relación terapéutica. Greenson describía esta relación como consistente en una configuración de transferencia y una relación real (aunque reconocía que el límite es algo artificial). La *relación real* se refiere a la respuesta humana mutua del paciente y del terapeuta entre sí, incluyendo las percepciones no distorsionadas y el aprecio, la confianza y el respeto auténtico por el otro. Greenson conceptualizó la alianza de trabajo como la capacidad del paciente y del terapeuta para trabajar intencionadamente juntos en el tratamiento que ellos habían aceptado. Aunque las reacciones de transferencia del paciente podrían reforzar la alianza de trabajo, el núcleo esencial de la alianza es la relación real. Mediante tal distinción, Greenson, del mismo modo que Sterba antes que él, subrayaba la importancia de la racionalidad y la objetividad en terapia.

A lo largo de los años, son muchos los que se han esforzado por resolver las cuestiones relativas al modo de conceptualizar la relación entre la alianza y los aspectos transferenciales de la relación terapéutica y si el concepto de alianza es significativo y útil (p.ej., Dickes, 1975; Kanzer, 1975; Langs, 1976). Charles Brenner (1979), por ejemplo, defendía que carece de sentido distinguir entre alianza y transferencia porque todos los aspectos de la relación entre el paciente y el terapeuta están determinados por las experiencias pasadas. En su opinión, el peligro del concepto de alianza era que podía llevar a los terapeutas a dejar sin analizar algunos aspectos de la transferencia y promover un mayor énfasis en el cambio a través de la sugestión en lugar de hacerlo mediante la comprensión. Homer Curtis (1979) seguía a Brenner al precaver que el concepto de alianza puede llevar a los terapeutas a clasificar algunos aspectos de la relación terapéutica como "realistas" y, en consecuencia, no analizarlos. Opinaba que esto podía influir para que el terapeuta no examinara la motivación conflictiva que podría subyacer a los sentimientos positivos de los pacientes hacia el terapeuta. Sin embargo, a diferencia de Brenner, no recomendaba descartar completamente el concepto de alianza y subrayaba la importancia de reconocer el valor fundamental de la confianza y cooperación del paciente con el terapeuta. Jacques Lacan (1973a, 1973b), en coherencia con su crítica al análisis americano del ego, consideraba la idea de la alianza entre el terapeuta y una parte racional de la

psique del paciente como algo que promueve un tipo de conformidad con el deseo del otro. Charles Hanly (1992) manifestaba que el concepto de alianza podría conducir a una sobrevaloración del rol desempeñado por los procesos conscientes, racionales, en la terapia y a pasar por alto la importancia de los procesos inconscientes. Reproduciendo a Brenner, defendía que, en la medida en que el concepto de alianza implique la independencia de la transferencia podía llevar a los terapeutas a subrayar la "influencia humana" de la relación terapéutica a expensas de la búsqueda de las interpretaciones correctas.

Entre los interpersonalistas americanos (p.ej., Lionells, Fiscalini, Mann & Stern, 1995) el concepto de alianza no ha recibido mucha atención (véanse como excepciones Fiscalini, 1988; Gutheil & Havens, 1979). Existen varias razones para ello. En primer lugar, la tradición interpersonal nunca adoptó las prescripciones analíticas clásicas de neutralidad y abstinencia del terapeuta. Por ello siempre ha existido más espacio para la flexibilidad técnica. Además, desde un comienzo, Harry Stack Sullivan armonizaba exquisitamente con las fluctuaciones sutiles en el nivel de ansiedad del paciente y le preocupaba particularmente el mantenimiento de esta ansiedad en un nivel manejable a fin de evitar la desintegración de la relación paciente terapeuta. En cierto modo, implícitamente le preocupaba el manejo hábil de la alianza sin interesarse específicamente por el desarrollo formal y refinamiento del concepto. En segundo lugar, en la tradición interpersonal siempre ha existido una importante corriente que subraya el enredo último del terapeuta en el campo interpersonal y su subjetividad irreducible (p.ej., Stern, 1997). Sullivan, a pesar de su introducción de la teoría del campo y la idea del observador-participante, creía que el terapeuta podía, en cierto grado, mantenerse fuera del campo interpersonal y mantener la postura del experto. Sin embargo teóricos interpersonales posteriores adoptaron perspectivas más radicales que desafiaban cualquier idea de la objetividad del terapeuta (p.ej., Levenson, 1992). Además, desde un principio, tanto Sullivan como Clara Thompson (1964) subrayaron la importancia de la relación real entre el terapeuta y el paciente. Vinculado con esto, Erich Fromm (1947) desempeñó un papel clave al enfatizar la importancia del encuentro existencial como vehículo de cambio. Por todas estas razones, ha habido menos necesidad de formular explícitamente el concepto de alianza terapéutica.

Avances recientes en la teoría psicoanalítica contemporánea hacia una perspectiva relacional (p.ej., Mitchell, 1988) han extendido el énfasis interpersonal en la participación y subjetividad del terapeuta. Estos progresos incluyen puntos de vista influidos por la teoría feminista, el discurso constructivista social y la noción de intersubjetividad (véase Aron, 1996). El pensamiento relacional se opone a la demarcación rígida entre sujeto y objeto, entre observador y observado, con énfasis en la razón y la racionalidad. Lo real o irreal, la verdad o la no-verdad es sustituida por el reconocimiento de la existencia de verdades múltiples y de que estas verdades se construyen socialmente. La distinción entre transferencia y aspectos reales de la relación deja así de tener sentido. El énfasis psicoanalítico clásico en la neutralidad, anonimato y abstinencia ha dado paso a un énfasis en la "interacción, puesta en escena, espontaneidad, mutualidad y autenticidad" (Mitchell, 1997, p. ix). A estas razones se debe probablemente que el concepto de alianza terapéutica reciba en la actualidad menos atención teórica en los círculos psicoanalíticos que en períodos previos (con algunas notables excepciones, p.ej., Meissner, 1996; Wallerstein, 1995) aunque la mayoría de los analistas lo acepten como un componente necesario del proceso.

Al mismo tiempo el concepto de alianza se ha extendido a otras tradiciones terapéuticas, en las que ha adquirido un estatus central. Aunque la calidad de la relación terapéutica siempre ha sido considerada como un agente curativo básico en la tradición experiencial (p.ej., Rogers, 1951, 1957), los teóricos experienciales contemporáneos (p.ej., Greenberg, Rice & Elliott, 1993) han adoptado explícitamente el concepto de alianza. Han hallado que a medida que integran una postura empática con intervenciones más directivas, el concepto de alianza se hace particularmente útil. La perspectiva cognitivo-conductual ha concedido tradicionalmente menos importancia a la relación terapéutica, sin embargo los teóricos cognitivo-conductuales contemporáneos reconocen cada vez más el valor de la alianza (p.ej., Arnkoff, 1995; Goldfried & Davison, 1974, 1994; Kohlenberg & Tsai, 1991; Muran, 1993; Muran & Ventur, 1995; Newman 1998; Safran, 1998; Safran & Segal, 1990). Tendencias similares están surgiendo en la terapia de familia (p.ej., Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 1998), en la terapia de grupo (p.ej., Mackenzie, 1998) y en la terapia estratégica (p.ej., Coyne & Pepper, 1998).

Como defienden Wolfe y Goldfried (1988), la alianza terapéutica es la "variable integrativa quintaesencial". El creciente reconocimiento de diversas tradiciones terapéuticas sobre la importancia de la alianza terapéutica puede atribuirse, al menos parcialmente, a su centralidad en la comunidad de investigación psicoterapéutica (p.ej., Horvath & Greenberg, 1994; Hovarth & Luborsky, 1993), donde se ha producido una proliferación de las medidas y de las evidencias que demuestran la validez predictiva del concepto (Gaston, 1990; Hartley, 1985; Hovarth & Symonds, 1991). El interés de los investigadores por este concepto puede atribuirse parcialmente al esfuerzo por comprender el cambio en diferentes tratamientos, dado que ningún tratamiento particular se ha demostrado sistemáticamente más efectivo que otro (Smith, Glass & Miller, 1980). También estuvo catalizado por el trabajo empírico pionero de Lester Luborsky (1970) y Edward Bordin (1979) que atrajeron considerablemente la atención de la comunidad científica psicoterapéutica con su reformulación transteórica del concepto de alianza. Bordin sugería que una buena alianza es el prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia. Conceptuó la alianza como compuesta por tres componentes independientes: tareas, objetivos y vínculo. Según Bordin, la fuerza de la alianza depende del grado de acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las tareas y los objetivos de la terapia y de la calidad del vínculo relacional entre ellos.

Las *tareas de la terapia* consisten en las actividades específicas (tanto abiertas como encubiertas) que el paciente debe ejecutar para beneficiarse del tratamiento. Por ejemplo, el psicoanálisis clásico requiere al paciente que trate de asociar libremente manifestando todo lo que le viene a la cabeza sin censura alguna. Una tarea importante en terapia cognitiva podría consistir en completar una asignación conductual entre dos sesiones. Los terapeutas Gestalt pueden pedir a sus pacientes que ejecuten un diálogo entre dos partes diferentes de sí mismos.

Los *objetivos de la terapia* son los objetivos generales hacia los que se dirige el tratamiento. Por ejemplo, el psicoanálisis clásico asume que los problemas que las personas traen a la terapia se derivan de un modo maladaptativo de negociar el conflicto entre los instintos y las defensas y el objetivo consiste en desarrollar un modo más adaptativo de negociar

tal conflicto. Un terapeuta conductual, por contraste, puede ver el objetivo del tratamiento como el modo de eliminar un síntoma específico.

El componente del *vínculo* de la alianza consiste en la calidad afectiva de la relación entre el paciente y el terapeuta (p.ej., el grado en que el paciente se siente comprendido, respetado, valorado, etc.). Las dimensiones del vínculo, de la tarea y de los objetivos de la alianza influyen entre sí y de un modo continuo. La calidad del vínculo media el grado en que el paciente y el terapeuta son capaces de negociar un acuerdo sobre las tareas y objetivos de la terapia y la capacidad para negociar un acuerdo sobre las tareas y objetivos en la terapia determinan, a su vez, la calidad del vínculo.

En este sentido, la conceptualización de Bordin subraya la naturaleza compleja, dinámica y multidimensional de la alianza. Sugiere que mientras que la calidad de la alianza es crítica en todos los enfoques terapéuticos, las variables específicas que median tal calidad variarán en función de una matriz compleja, interdependiente y fluctuante de características específicas del enfoque, del terapeuta y del paciente. Por lo tanto, la conceptualización de Bordin es un concepto rico y relativamente simple que subraya la independencia fundamental de los factores específicos (p.ej., técnicos) e inespecíficos (p.ej., relacionales) de la terapia (Safran, 1993b).

Reconceptuación de la alianza terapéutica

Históricamente, el concepto de alianza terapéutica ha desempeñado un rol importante en la evolución de la tradición psicoanalítica clásica, en la medida en que ha aportado la justificación teórica para una mayor flexibilidad técnica. La valoración de la importancia crítica de los aspectos reales y humanos de la relación terapéutica ha establecido las bases para alejarse de la postura idealizada de abstinencia y neutralidad del terapeuta. Con el creciente predominio del pensamiento relacional (p.ej., Aron, 1996; Mitchell, 1988, 1993, 1997), se plantea la cuestión de si el concepto de alianza es aún válido. Las perspectivas interpersonal y relacional no se adhieren a las nociones clásicas de abstinencia y neutralidad del terapeuta y ofrecen una gama considerablemente más amplia para la flexibilidad técnica. Además, 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 prerrequisitos del cambio, sino que constituyen la esencia misma del proceso de cambio.

De todos modos, consideramos que una concepción ampliada de la alianza terapéutica en línea con las sugerencias de Bordin sigue siendo útil por diversas razones. En primer lugar, subraya el hecho de que, en un grado básico, la capacidad del paciente para confiar, tener esperanza y fe en la capacidad de ayuda del terapeuta desempeña un rol fundamental en el proceso de cambio. Algunos aspectos de la alianza pueden conllevar la deliberación consciente y racional, pero otros aspectos son inconscientes y basados en los afectos. En segundo lugar, subraya la necesidad de diferentes tipos de alianza dependiendo de las tareas y objetivos terapéuticos relevantes. El tipo de alianza en la que se centraron teóricos como Greenson y Sterba, que subrayaba la colaboración racional del paciente con el terapeuta en la auto-observación de la tarea, es sólo un tipo de alianza.

Existe una amplia gama de tareas y objetivos terapéuticos tanto dentro del psicoanálisis como en otras formas de psicoterapia; por ejemplo, el acceso a sentimientos dolorosos o la reconstrucción de recuerdos históricos (psicoanálisis), el monitoreo y registro del propio diálogo interno entre sesiones (terapia cognitiva) y la intervención en un diálogo con las diferentes partes del uno mismo (terapia Gestalt). El proceso de relacionarse con el terapeuta de un modo auténtico y orgánico (común tanto a los enfoques existencial como psicoanalítico existencial) puede considerarse como otra tarea terapéutica.

Cada una de estas tareas plantea diferentes demandas a los pacientes y tenderán a ser experimentadas por ellos como más o menos útiles dependiendo de sus propias capacidades y modos característicos de relacionarse consigo mismos y con los demás (Bordin, 1979, 1994; Safran, 1993a, 1993b). Para un paciente la tarea consistente en examinar su experiencia emocional puede ser especialmente difícil. Otro puede valorar como particularmente difícil la tarea de examinar la relación terapéutica en el aquí y ahora. Aún otro puede experimentar los ejercicios cognitivo-conductuales estructurados como tranquilizadores y precisos; otro podría experimentar la sugerencia del terapeuta de efectuar tareas de casa

entre sesiones como un esfuerzo por ser controlado o dominado. De esta extensa concepción de la alianza se derivan diferentes e importantes implicaciones. En primer lugar, subraya la interdependencia de los factores relacionales y técnicos en la psicoterapia. Sugiere que el significado de cualquier factor técnico sólo puede entenderse en el contexto relacional en el que se aplica. Cualquier intervención puede ejercer un impacto positivo o negativo sobre la calidad del vínculo entre el paciente y el terapeuta dependiendo de su significado idiosincrásico para el paciente y, recíprocamente, cualquier intervención puede ser experimentada como más o menos facilitadora dependiendo del vínculo preexistente.

En segundo lugar, ofrece un marco de trabajo para guiar las intervenciones del terapeuta de un modo flexible. En lugar de basar el propio enfoque en algún criterio inflexible e idealizado, como el de la neutralidad terapéutica, uno puede guiarse por el sentido que una tarea particular tiene para un paciente determinado en un momento dado. ¿Cómo experimenta un paciente una cuestión exploratoria? ¿Facilita dicha cuestión la comprensión de algún aspecto? ¿Bloquea una exploración porque es experimentada como intrusa o evoca una ansiedad intolerable? ¿Cómo se experimenta una interpretación, como empática o como crítica? ¿Cómo se experimenta la postura abstinentista clásica del analista, como retentiva o como respetuosa? ¿La falta de disposición del terapeuta centrado en el cliente a realizar interpretaciones se experimenta como empática o como muestra de abandono? ¿Se experimentan las interpretaciones kleinianas como invasivas o como empáticas? ¿Las confrontaciones racional-emotivas se experimentan como respetuosas o como invalidantes?

En tercer lugar, como han señalado Robert Stolorow y sus colaboradores (Stolorow, Brandcraft & Atwood, 1994), las rupturas en la alianza terapéutica constituyen el camino real hacia la comprensión de los principios organizativos centrales del paciente. Como manifiestan los kleinianos contemporáneos, como Betty Joseph (1989), el terapeuta debería prestar una atención continua al modo en que los pacientes responden a sus intervenciones. El examen de los factores que subyacen a la construcción que un paciente hace de una intervención como entorpecedora puede ser de gran utilidad para comprender los procesos constructivos idiosincrásicos y las relaciones objetales internas del paciente.

En cuarto lugar, esta concepción de la alianza subraya la importancia de la *negociación* entre el paciente y el terapeuta sobre las tareas y objetivos de la terapia. Concepciones más tradicionales de la alianza asumen que sólo existe una tarea terapéutica (es decir, la colaboración racional con el terapeuta en la tarea de la auto-observación) o, por lo menos, resaltan esta tarea sobre las demás. Aunque Sterba, Zetzel y Greenson subrayan la importancia de la actuación protectora del terapeuta a fin de facilitar el desarrollo de la alianza, suponen que el paciente se identificará con el terapeuta y se adaptará a la concepción que tiene éste de las tareas y objetivos de la terapia o aceptará el punto de vista del terapeuta sobre el valor de las tareas y objetivos. Por contraste, la concepción de Bordin sobre la alianza es más dinámica y mutua. Asume que se producirá una negociación continua entre el terapeuta y el paciente tanto en el ámbito consciente como inconsciente sobre las tareas y objetivos de la terapia y que este proceso de negociación establecerá las condiciones necesarias para que se produzca el cambio y será, al mismo tiempo, una parte intrínseca del proceso de cambio.

Esta concepción de la alianza como generadora de una negociación continua es coherente con la forma, cada vez más influyente, en que el pensamiento relacional contemporáneo conceptúa el proceso terapéutico. Jessica Benjamín (1990) fue pionera al manifestar que el proceso de negociación entre dos subjetividades diferentes se halla en el núcleo del proceso de cambio. Stephen Mitchell (1993) subraya que la negociación entre los deseos del paciente y los del terapeuta es un mecanismo crítico. Stuart Pizer (1992) describe también la esencia de la acción terapéutica como constituida por el compromiso de dos personas en el proceso de negociación. Sugiere que el terapeuta en sus intervenciones y los pacientes en sus respuestas se dicen entre sí, "No, no me puedes convertir en eso. Pero puedes convertirme en eso otro" (1992, p. 218). Pizer contempla en este proceso todos los aspectos de la terapia incluidos el acuerdo sobre los honorarios, el acuerdo sobre la frecuencia de las citas, etc. Señala que "los mismos componentes y naturaleza de la verdad y la realidad... están siendo negociados hacia el consenso" en la relación terapéutica (1992, p. 218).

Este línea de pensamiento profundiza nuestra comprensión relativa al significado de la negociación entre terapeutas y pacientes sobre las tareas

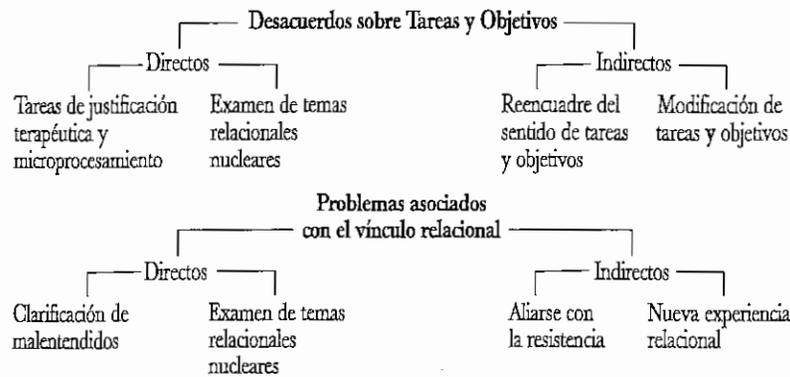
y objetivos terapéuticos. Sugiere que este proceso no es sólo una negociación superficial hacia el consenso. En un nivel más profundo, se refiere a los dilemas fundamentales de la existencia humana, como la negociación de nuestros deseos con los del otro, la lucha por experimentarse a sí mismo como sujeto mientras reconoce simultáneamente la subjetividad del otro y la tensión entre la necesidad de agencia frente a la necesidad de afiliación. En el próximo capítulo nos referiremos a estos temas.

Taxonomía de intervenciones útiles ante las rupturas de la alianza

El clínico experto utiliza una amplia gama de diferentes intervenciones para construir y manejar la alianza terapéutica y para elaborar las rupturas que se produzcan en la misma en su proceso de desarrollo. Aunque algunos de estos principios que guían las intervenciones se hallan descritos explícitamente en varias teorías que orientan a los profesionales de diferentes tendencias (p.ej., análisis de la transferencia en psicoanálisis, presentación de la justificación del tratamiento en la terapia cognitivo-conductual), otros principios son de naturaleza más implícita; es decir, constituyen parte de lo que habitualmente recibe el nombre del "aspecto no específico" de la psicoterapia. En este apartado, presentamos una taxonomía a fin de organizar nuestro pensamiento sobre la gama de posibles intervenciones que pueden emplearse para negociar la alianza terapéutica y manejar los impases terapéuticos que surgen de las tensiones en la alianza. En capítulos siguientes profundizaremos sobre algunas de las intervenciones más importantes y principios subyacentes en mayor detalle.

Siguiendo la concepción de Bordin (1979) sobre la alianza, nos parece útil conceptualizar las rupturas en la alianza como constituidas o por *desacuerdos* sobre las *tareas* y *objetivos* de la terapia o por *problemas* en la *dimensión del vínculo* (recordando que los desacuerdos sobre las tareas u objetivos terapéuticos reflejan, a menudo, tensiones en la dimensión del vínculo y vice versa). Cada uno de estos tipos de ruptura puede contemplarse *directa* o *indirectamente*. Por ejemplo, si un paciente cuestiona la relevancia del examen de sus emociones, el terapeuta puede responder directamente ofreciendo una justificación terapéutica o indirectamente modificando la tarea terapéutica (véase Figura 1.1).

Figura 1.1. Estrategias de intervención ante rupturas de la alianza terapéutica.



En algunos casos el terapeuta puede manejar las rupturas de la alianza a un nivel más superficial, mientras que en otros casos el foco de atención puede hallarse en el nivel del significado subyacente. Por ejemplo un desacuerdo relativo a una tarea de la terapia (p.ej., manifestar cualquier cosa que llegue a la mente) puede examinarse en sus propios términos (p.ej., referirse a la explicación que subyace a la tarea) o en términos de un tema relacional subyacente (p.ej., el paciente se siente presionado a corresponder, lo que es un tema común en sus relaciones con los demás). Aunque gran parte de este libro se centra en las intervenciones dirigidas hacia el nivel del significado subyacente, conviene no perder de vista la importancia de contemplar también el nivel superficial. En la práctica cotidiana, la mayoría de las intervenciones fundamentales para construir o para reparar la alianza se dirigen al nivel superficial. Por ejemplo, sin dedicarle demasiado pensamiento consciente, pero calibrando intuitivamente que tendrá un impacto positivo sobre la alianza, un terapeuta puede responder a las preguntas de un paciente sobre la finalidad de una intervención o puede disculparse por un error.

Las intervenciones destinadas al nivel superficial impactan también sobre el nivel de significado subyacente. Por ejemplo, el proceso de manejar las preocupaciones del paciente ofreciendo una justificación relativa a una tarea terapéutica particular no sólo fortalece suficiente-

mente la alianza para animarlo a implicarse en la tarea, transmite también a un metanivel que el terapeuta acoge sus preocupaciones con la suficiente seriedad como para estar dispuesto a explicar y clarificar la justificación. Con el paso del tiempo, instantes múltiples de este tipo pueden impactar sobre el modo fundamental en que los pacientes construyen las interacciones entre sí mismos y los demás.

Desacuerdos sobre las tareas y los objetivos

Atención directa sobre las tareas y los objetivos

Justificación terapéutica y tareas de microprocesamiento. Una de las intervenciones más básicas para aproximarse a las rupturas de la alianza consiste en describir o reiterar la justificación para el tratamiento. Cuando el terapeuta detecta tensiones en la alianza, puede comprobar si los pacientes entienden con nitidez el por qué de la terapia, y si no, puede repetirlo y clarificar cualquier malentendido. En este mismo orden, el terapeuta puede recurrir al uso de tareas de microprocesamiento que consisten en ejercicios asignados a los pacientes a fin de ayudarles a desarrollar comprensiones concretas del tipo de procesos internos que juegan un rol en el cambio terapéutico (véase Watson & Greenberg, 1995). Por ejemplo puede animarse a los pacientes de terapia experiencial a probar ejercicios de *focusing* (Gendlin, 1994) para ayudarles a aprender a prestar atención a la experiencia sentida corporalmente. A los pacientes de terapia cognitiva se les puede pedir que manifiesten sus pensamientos automáticos durante la sesión para ayudarles a aprender a auto-monitorearse. Marsha Linehan (1992) emplea ejercicios de atención consciente para ayudar a los pacientes límites a aprender a observar, regular y tolerar su experiencia emocional.

Aunque la transmisión al paciente de una justificación terapéutica recibe un papel central en la tradición cognitivo-conductual recibe menos énfasis en otras tradiciones. Excepciones notables son Paul Gray (1994) y Lester Luborsky (1984) de la tradición psicoanalítica y Leslie Greenberg, Laura Rice y Robert Elliott (1995) de la tradición experiencial. Gray (1994) subraya la importancia de la educación a los pacientes

sobre dos tipos diferentes de auto-observación. El primero corresponde a la tarea analítica tradicional de la asociación libre. Gray instruye a los pacientes a "afanarse para apartar el juicio razonable y moral, permitir el fluir de la espontaneidad interna y observar y expresar en palabras sin reserva ninguna 'lo que le venga a la mente'- a pensar en voz alta" (p. 67). La segunda consiste en la *auto-reflexión retrospectiva*, a saber, recapacitar sobre la actividad mental propia que acaba de tener, en un intento por observar los procesos defensivos. Luborsky (1984) ofrece unas pautas elaboradas para educar a los pacientes en el tratamiento psicoanalítico. Éstas conllevan subrayar la importancia de decir lo que llega a la mente, comentar el concepto de transferencia, anticipar cuestiones como que el terapeuta no ofrecerá consejo y la aparición de la transferencia negativa.

Además, en el enfoque de Luborsky, el desarrollo de una formulación relacional conflictiva nuclear explícita es parte del proceso para facilitar un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento. Greenberg, Rice y Elliott (1995) subrayan la importancia de trabajar para comprender los puntos de vista del paciente y no imponerles los objetivos. Subrayan también el valor de educar a los pacientes sobre la naturaleza de las tareas terapéuticas específicas con las que puedan encontrarse así como las justificaciones subyacentes. Ejemplos de tales tareas incluyen el examen y la expresión de sentimientos no articulados y la verbalización de los diferentes aspectos parciales del self "hablando a una silla vacía".

Bordin (1979) subraya la importancia de las dimensiones de la tarea y del objetivo de la alianza, sin embargo, insiste en el rol crítico que el comentario explícito de las tareas y objetivos de la terapia desempeñan en el desarrollo y mantenimiento de una alianza terapéutica. En general, es útil que los terapeutas comiencen el tratamiento explorando las preconcepciones de los pacientes relativas al modo de funcionamiento de la terapia y lo que conlleva el proceso terapéutico, así como sus esperanzas sobre los logros de la terapia. En las situaciones en las que exista un desacuerdo visible desde el comienzo entre el paciente y el terapeuta sobre las tareas u objetivos de la terapia, se puede tratar de negociar explícitamente tales diferencias. Si este esfuerzo se demuestra insatisfactorio, puede ser recomendable derivar al paciente a otro terapeuta. Por ejemplo, si un paciente tiene una idea clara de que desea que la terapia conlleve asigna-

ciones conductuales entre sesiones y el terapeuta considera que este tipo de tareas no son contempladas por su enfoque y parece haber escasa posibilidad de negociar un acuerdo, podría ser conveniente derivar al paciente a alguien cuyo enfoque se adapte mejor al paciente.

Tras examinar las preconcepciones del paciente relativas al modo de funcionamiento de la terapia (las tareas de la terapia), a menudo suele ser útil que el terapeuta ofrezca una breve descripción de en qué consistirá el trabajo de la terapia y calibrar después las reacciones del paciente y preguntarle si tiene dudas a este respecto. Si parece que el paciente no comprende o si responde de un modo escéptico, el terapeuta puede pensar en destinar un tiempo a clarificar ambigüedades o a contemplar el escepticismo en un nivel superficial tratando de responder a las preocupaciones con información o clarificación adicional. Sin embargo, si persiste la confusión o el escepticismo del paciente, el terapeuta debería evitar el verse atrapado en un ciclo interaccional donde él desempeñe el rol dinamizador tratando de convencer al escéptico.

Es imprescindible que el terapeuta distinga entre una falta genuina de comprensión por parte del paciente y una confusión aparente que refleja desconfianza o escepticismo subyacente. Cuando la incomprensión de una justificación terapéutica refleja un escepticismo o desconfianza subyacente, es necesario motivar al paciente a articular las preocupaciones, actitudes o preconcepciones que subyazcan al escepticismo o a la confusión aparente. Este proceso puede ser extremadamente útil para ayudar al paciente a reconocer cualquier sentimiento de escepticismo o desconfianza que tenga en relación con la terapia y/o con el terapeuta, planteando abiertamente estas actitudes en el contexto en que han de ser contempladas.

Richard solicitó tratamiento a consecuencia de un largo historial de depresión media. No disponía de experiencia previa en terapia. En la primera sesión la terapeuta le preguntó por sus expectativas sobre lo que se produciría en el tratamiento, y Richard replicó que disponía de expectativas. Entonces la terapeuta procedió a describirlo brevemente a un nivel que a su entender podría ser significativo para Richard. Le explicó que a consecuencia de experiencias previas de aprendizaje las personas desarrollaban formas contraproducentes de percibir las cosas

y de relacionarse con otras personas y que uno de los objetivos importantes del tratamiento consiste en ayudarlo a ser consciente de estos modos de ser contraproducentes. Richard respondió que no entendía cómo le ayudaría esto a cambiar. En respuesta, la terapeuta señaló que muchas de estas formas de ser contraproducentes operan a un nivel automático o inconsciente y que el proceso de “encender una luz sobre ellas” permite a las personas escoger en aspectos vitales en los que previamente no tenían ninguna elección. “¿Cómo va a encender usted una luz?” preguntó Richard. “De diversos modos”, respondió la terapeuta. “Algunas veces podría dirigir mi atención sobre algo que usted está pensando o sintiendo pero de lo que no es plenamente consciente”. “No sé”, añadió Richard. “Creo que ya soy bastante consciente de mí mismo”. En este punto la terapeuta fue consciente de su propio sentimiento de futilidad y frustración y abandonó sus esfuerzos por persuadir a Richard. En lugar de esto, comenzó a comentar el proceso. “Soy consciente de que yo misma me estoy bloqueando tratando de persuadirle de algo, pero siento que no voy a ser capaz. Tengo la impresión de que usted siente escepticismo. ¿Es así?” En respuesta, Richard fue capaz de reconocer tentativamente cierto grado de escepticismo y su terapeuta le pidió que profundizara al respecto. Esto le condujo a examinar los sentimientos subyacentes de escepticismo y desconfianza y de desesperanza sobre la posibilidad de cambiar.

En términos de los objetivos de terapia, es igualmente importante que los terapeutas trabajen con los pacientes para ayudarles a articular sus objetivos de tratamiento. La finalidad aquí no es establecer una serie de objetivos inalcanzables que pauten el tratamiento de comienzo a fin sino iniciar un diálogo desde el comienzo sobre los objetivos y garantizar que el paciente y el terapeuta estén en la misma onda. Esto suele lograrse combinando las preguntas explícitas a los pacientes sobre lo que les gustaría trabajar y devolviéndoles el reflejo de lo que se entiende que les gustaría trabajar en el tratamiento, en base tanto a lo explícito como a lo implícito de lo que han dicho. Esto permite al terapeuta afinar su propia comprensión empática de las preocupaciones del paciente explicándolas provisionalmente y modificándolas después a la luz del feedback que devuelva el paciente. También permite a establecer y fortalecer

la alianza ayudando a los pacientes a sentirse entendidos y demostrándoles que sus terapeutas están en su misma longitud de onda.

Con el paso del tiempo la comprensión entre pacientes y terapeutas sobre los objetivos de la terapia evolucionarán a través del diálogo orgánico. A medida que procede la terapia, el terapeuta debe vigilar cualquier tensión que pueda producirse en la alianza y anticipar las áreas y acontecimientos sensibles de los que se deriven tales tensiones. Por ejemplo un terapeuta que aún no haya examinado explícitamente lo que se representa en la relación terapéutica, puede preparar el terreno para este tipo de trabajo diciendo algo como: “Me gustaría dedicar un poco de tiempo a entender lo que está ocurriendo aquí entre nosotros. Espero que este tipo de exploración nos ofrezca algunas claves sobre lo que pueda sucederle en sus relaciones con otras personas. ¿Cree usted que esto tiene sentido?”. Del mismo modo, el terapeuta puede preparar el camino para examinar los procesos defensivos del paciente diciendo algo como “¿Tiene usted conciencia de haber hecho algo para interferir con su experiencia emocional ahora mismo? Trataré de dirigir su atención a lo que sucede en el interior en momentos como éstos a fin de ayudarlo a ser más consciente de las cosas que hace a un nivel automático”.

Entender los desacuerdos relativos a las tareas y los objetivos en términos de temas relacionales nucleares. En algunas situaciones el proceso de clarificar los factores que conducen a los desacuerdos sobre tareas y objetivos de la terapia nos llevará al examen de los temas relacionales nucleares del paciente. Por ejemplo, un paciente puede experimentar como intrusas las preguntas del terapeuta sobre su experiencia interna, y este sentimiento de intrusión puede estar relacionado con una experiencia determinada en la que su privacidad no fue respetada. A otro paciente le puede costar experimentar cualquier interpretación como útil y esto puede estar relacionado con una sensibilidad más generalizada sobre su sentimiento de incompreensión por parte de los demás o con una disposición a ser tratado con condescendencia. A una paciente que haya padecido un abuso sexual referirse a sus sentimientos sexuales le puede parecer una explotación sexual. Un paciente que no cumple las tareas para casa de la terapia cognitiva puede sentir una sensibilidad especial ante los sentimientos de dominación y control por parte de los demás.

La exploración de una ruptura que se haya producido en la alianza puede conducir al examen con detenimiento de un ciclo vicioso que se representa en el aquí y ahora de la relación terapéutica que, en grados variables, puede relacionarse con los tipos de círculos viciosos que son problemáticos para el paciente en sus experiencias cotidianas. Durante este tipo de exploración, es crítico que el terapeuta trabaje colaborativamente con el paciente para examinar la transacción actual en sus propios términos y no hacer ninguna asunción sobre el grado en que la interacción actual refleja patrones relacionales que son características del paciente. Como se comentará más adelante, este tipo de exploración de final abierto es coherente con el tipo de psicología bipersonal que subyace al pensamiento relacional contemporáneo y que es central en nuestro enfoque.

El examen de los temas relacionales nucleares que subyacen a las rupturas de la alianza constituye el centro de atención de este manual. Al examinar tales temas, es crítico que el terapeuta examine sus propias contribuciones a la interacción. Por ejemplo, un terapeuta puede contribuir a los sentimientos de abuso sexual extrayendo placer voyerista a partir del relato de una paciente de sus sentimientos o fantasías sexuales. Un paciente que tenga disposición a sentirse molesto puede ser particularmente reticente, evocando consecuentemente una respuesta molesta en el frustrado terapeuta.

Shelly, una mujer de 44 años de edad había estado casada durante 20 años y tenía tres hijos. Comenzó su tratamiento unos 6 meses después de haber iniciado una relación con un hombre casado. Al comienzo del tratamiento, cualquier sentimiento de preocupación o culpabilidad relativos a su matrimonio eran de importancia secundaria para ella. Le preocupaba sobre todo su tendencia a experimentar intensos golpes de celos cada vez que su amante mostrara cualquier interés por otras mujeres. Se comprobó que Shelly había experimentado similares sentimientos de celos en relación con su marido al comienzo de su matrimonio. Sin embargo, estos sentimientos habían desaparecido mucho tiempo atrás y el matrimonio había subsistido emocionalmente muerto y sin pasión durante muchos años. Al terapeuta le parecía particularmente sorprendente el tipo de calidad vaga, gris y difusa de la pre-

sentación de Shelly y la aparente falta de textura o de cualquier riqueza emocional hacia su mundo interno. Las preguntas sobre su experiencia interna o del sentido que atribuía a los sucesos se encontraban, normalmente, con respuestas carentes de información y de una única frase y las peticiones para que las elaborara tampoco eran muy satisfactorias. Con el paso del tiempo el terapeuta observó que la reticencia de Shelly le conducía a intensificar sus esfuerzos por extraer material de ella y a forzar su camino en dirección al mundo interno de la paciente y comenzó a examinar explícitamente la naturaleza de su interacción con ella. "Siento que le estoy sacando cosas a la fuerza y sospecho que esto no le hace sentir muy bien", dijo. Esto supuso el inicio de un proceso de examen que comenzó a iluminar gradualmente los diferentes aspectos de un tema relacional nuclear para Shelly.

Fue capaz de articular una creencia fundamental según la cual los otros nunca serían capaces de valorarla o apreciarla con detenimiento. Esta creencia le dificultaba valorar su propia experiencia y le impedía experimentar su mundo interno como significativo, vívido y vital. Shelly experimentaba las continuas pruebas del terapeuta como una demanda a actuar y llegó a sentirse cada vez más inapropiada y bloqueada por la presión. También se refirió a una creencia según la cual cualquier interés aparente de los demás hacia ella (incluido el del terapeuta) era transitorio y poco confiable. Por esta razón, sentía la necesidad de reservarse siempre, de modo que "Haya siempre algo de mí misma a salvo, incluso si me traicionan". Aunque al principio le costó reconocerlo, posteriormente comenzó a ser más consciente de los sentimientos de resentimiento hacia el terapeuta por presionarla. Más adelante en el tratamiento, su desinterés inicial por su marido y su matrimonio fue más comprensible en términos de sentimientos de resentimiento similares enterrados.

Foco indirecto sobre tareas y objetivos

Reencuadre del sentido de las tareas y objetivos. El reencuadre del sentido de las tareas y objetivos terapéuticos en términos que sean aceptables para el paciente es un tipo de intervención conjunta habitualmente empleado por los enfoques estratégicos y sistémicos (p. ej., Minuchin & Fishman, 1981).

Por ejemplo, una paciente que recibía tratamiento cognitivo-conductual para la ansiedad social era inicialmente reacia a completar cualquier tarea para el intervalo entre sesiones por miedo al rechazo. Cuando el terapeuta reencuadró el sentido de la tarea como "colocarse usted misma en la situación provocadora de ansiedad a fin de auto-observar sus propios procesos cognitivos", la tarea dejó de ser arriesgada y la paciente estaba dispuesta a realizarla. Un paciente en tratamiento psicoanalítico experimentaba como juicios y muestras de no-aceptación los esfuerzos del terapeuta por analizar sus defensas. Cuando el terapeuta le encuadró el objetivo más como de aumento de la auto-conciencia y auto-aceptación que de cambio, la alianza mejoró. Es fundamental que este tipo de intervención no se ofrezca de un modo manipulativo. Esto requiere del terapeuta la capacidad de ver genuinamente el reencuadre como un modo válido de construir cosas y no como una mentira inocente.

Modificación de tareas y objetivos. Con este tipo de intervención el terapeuta trata de trabajar sobre tareas y objetivos que parecen relevantes al paciente en lugar de examinar factores subyacentes a los desacuerdos relativos a los mismos. Independientemente de que el terapeuta y el paciente negocien explícitamente en qué han de consistir las tareas y objetivos, siempre existe una negociación implícita sobre el modo de contemplar y trabajar los problemas del paciente. La capacidad y voluntad del terapeuta para adaptarse al paciente y trabajar en términos que sean más significativos para éste o ésta puede desempeñar un papel crítico no sólo en el establecimiento de la alianza, en primer término, sino también para ayudar al paciente a desarrollar una confianza más generalizada en la posibilidad de satisfacer sus necesidades en las relaciones con los demás. En algunas situaciones, la decisión de cambiar a una tarea que sea más significativa para el paciente suele favorecer la voluntad del paciente para iniciar otras tareas que previamente el terapeuta consideraba más significativas. Por ejemplo, tratar la fobia de un paciente al nivel sintomático puede ayudarlo a desarrollar la confianza suficiente para implicarse posteriormente en una tarea de auto-exploración. Aceptar que al paciente le cueste examinar sus sentimientos y reducir la frecuencia de las preguntas orientadas hacia los sentimientos puede ayudarlo a sentirse suficientemente seguro como para examinarlos en un momento posterior.

Problemas asociados con el vínculo relacional

Atención directa al vínculo relacional

Clarificación de malentendidos. Cuando la alianza se resiente porque el paciente desconfía del terapeuta o no se siente respetado por éste, el terapeuta puede tratar de clarificar lo que está sucediendo en la interacción terapéutica con ánimo de resolver los malentendidos sin contemplar directamente temas relacionales que sean de naturaleza más nuclear. Por ejemplo un terapeuta que observe que su paciente parece reservarse inicia un examen de lo que está sucediendo en el aquí y ahora de la relación terapéutica. El paciente reconoce que se siente herido por algo que ha dicho el terapeuta. El terapeuta procede entonces a examinar la naturaleza del malentendido.

En este tipo de exploración es fundamental que los terapeutas reconozcan su contribución al malentendido. Por ejemplo, el terapeuta admite el hecho de que evidentemente ha podido ser algo crítico en sus comentarios y así se lo hace saber al paciente. Con este tipo de intervención que construye la alianza, el énfasis se coloca en la reparación de una tensión temporal de la alianza con el fin de permitir la negociación de otras tareas terapéuticas. Por ejemplo, el terapeuta y el paciente pueden afanarse sobre un malentendido temporalmente y proceder después a examinar los sentimientos del paciente sobre un acontecimiento que se haya producido fuera de la terapia. De todos modos, el simple hecho de ser capaz de hablar sobre el malentendido y de experimentar al terapeuta respondiendo de un modo empático, no defensivo, puede ser origen de una experiencia importante para el paciente en la negociación constructiva de malentendidos.

Examen de temas relacionales nucleares. Del mismo modo que el examen de los desacuerdos sobre las tareas y objetivos puede conducir al examen de temas subyacentes importantes, la exploración de las tensiones relativas al vínculo de la alianza, o a los factores que dificultan el desarrollo de un vínculo en primer lugar, puede llevarnos a elaborar temas relacionales nucleares. Por ejemplo, el sentimiento de un paciente de no estar en armonía con su terapeuta puede conducir al examen de una experiencia relacional característica de ser incomprendido por los

demás. El sentimiento de ser tratado con paternalismo por el terapeuta puede conducir al examen de un tema relacional característico de verse tratado con desdén por los demás. En este tipo de examen, la resolución de una tensión en la alianza se convierte en una tarea terapéutica más que en una precondition necesaria para el cumplimiento satisfactorio de otras tareas terapéuticas. En algunos casos, la mayor parte del tratamiento puede centrarse en este tipo de tarea terapéutica. Éste suele ser el caso con los pacientes que comienzan el tratamiento con un nivel significativo de desconfianza o escepticismo sobre el valor de la terapia.

Andrew era un estudiante de psicología clínica que comenzó un tratamiento, en parte, porque su programa de formación recomendaba a los estudiantes la adquisición de cierta experiencia como pacientes de tratamiento mientras completaran su fase de formación y prácticas. Desde el inicio era evidente que Andrew se mostraba extremadamente ambivalente sobre su participación en el tratamiento y era escéptico en relación a las posibles ventajas que pudiera extraer de la experiencia. Había pasado 4 años en otro tratamiento con un terapeuta previo durante una fase anterior de sus estudios y lo había hallado de muy poco valor. Con el tiempo el examen del escepticismo le ayudó a articular su creencia según la cual era muy improbable que nadie pudiera enseñarle algo o ayudarlo a aprender algo sobre sí mismo que él no conociera ya. Su padre había muerto cuando él contaba con 10 años de edad y su madre había estado deprimida y emocionalmente aislada. Se había producido una inversión de roles en su relación con su madre y en algunos aspectos él había actuado como su terapeuta. Había desarrollado una madurez precoz y había aprendido a desempeñar el rol de terapeuta con sus amigos a una edad muy temprana. Con el paso del tiempo en el tratamiento surgió que había cierto narcisismo que consistía en verse a sí mismo como el "sabio" y que experimentaba el rol de paciente como algo que minusvaloraba e injuriaba intrínsecamente su auto-estima. Por una parte veía al terapeuta como incapaz de ayudarlo a aprender algo nuevo sobre sí mismo, por otra, anhelaba desesperadamente que alguien desempeñara el rol de mentor con él y le ofreciera algún tipo de pauta que no había recibido como adolescente y como joven.

Los tratamientos de orientación psicoanalítica, con su énfasis en el análisis de las matrices de transferencia-contratransferencia, son más propensos que otras modalidades a centrarse en este nivel. ¿Es conceptualmente problemático equiparar el examen de la transferencia con la elaboración de los temas nucleares que surgen a partir de la exploración de las tensiones producidas en el vínculo de la alianza? En determinados contextos, es más nítido conceptualmente mantener la distinción entre la alianza y la transferencia y considerar la alianza como la precondition que posibilita la exploración de la transferencia. Esto evita la dificultad conceptual de tener que mantener que el desarrollo de una alianza es tanto una precondition para las tareas terapéuticas como una tarea importante en sí misma. Evita también la dificultad planteada por la cuestión de si se requiere algún tipo de alianza a fin de trabajar sobre ella. Por otra parte, ya hemos contemplado los problemas derivados del establecimiento de una distinción clara entre la alianza y la transferencia. Asumir que la alianza es racional y la transferencia es irracional es característico de un modelo excesivamente racionalista del proceso terapéutico y plantea la cuestión de quién (el terapeuta o el paciente) se encuentra en posición de decidir qué es racional y qué irracional.

Una alternativa a esta dificultad puede hallarse en la perspectiva de los sí mismos múltiples (p.ej., Bromberg, 1996; Mitchell, 1992; véase Capítulo 2), que defiende que no existe un self unitario fragmentado a lo largo de un continuo en cuyos extremos se hallan lo racional versus lo irracional o lo consciente versus lo inconsciente, sino más bien sí mismos múltiples que compiten constantemente entre sí por el dominio. Aunque la tensión entre los estados racional e irracional del self pueda interponerse en diversos momentos de la exploración de las tensiones del vínculo terapéutico, otras dimensiones también son relevantes. Por ejemplo, un aspecto del self puede sentirse más confiado y otro menos confiado. O un aspecto del self puede sentirse más esperanzado y otro más desesperado. La confianza o la esperanza pueden tener poco que ver con la racionalidad. De hecho, dado un historial de experiencias traumáticas, los aspectos del self que muestran más confianza y esperanza podrían ser bastante irracionales.

A fin de trabajar directamente sobre los temas relacionales nucleares que surgen del examen de las tensiones del vínculo de la alianza, es

necesario que los pacientes tengan cierto acceso a los aspectos de más confianza y esperanza de su auto-experiencia al mismo tiempo que examinan los estados de su self que menos confían y más desesperación muestran. En algunas ocasiones esto puede facilitarse reproduciendo la justificación racional de este tipo de tarea terapéutica y logrando el acuerdo explícito del paciente a participar en este tipo de exploración. En aquellas situaciones que planteen más dificultad, sin embargo, puede ser necesario trabajar sobre problemas relativos al vínculo de la alianza de un modo más directo.

Atención indirecta sobre el vínculo relacional

Aliarse con la resistencia. Un modo habitual de aliarse con la resistencia consiste en encuadrar como adaptativa la evitación defensiva que hace el paciente de sentimientos dolorosos.

Jennifer era una mujer soltera de 38 años de edad que solicitó tratamiento, en parte, por su dificultad para establecer una relación afectiva duradera con un hombre. A medida que se aproximaba a los 40, se intensificó la presión por tener un hijo mientras fuera fértil, juntamente con su miedo a no encontrar nunca una pareja. En el tratamiento, uno de los problemas centrales que surgió fue el de su miedo al abandono y la consecuente dificultad para compartir sentimientos de necesidad con otras personas y permitir a éstas que se aproximen. En una sesión comenzó a examinar sus sentimientos de aislamiento y miedo a pasar el resto de su vida en soledad de un modo particularmente conmovedor, y, por primera vez en el tratamiento, comenzó a llorar. Entonces fue consciente de sí misma y manifestó que estaba siendo melodramática, y procedió a hablar sobre su situación de un modo más distante e intelectualizado. El terapeuta le pidió que dirigiera la atención hacia su interior por un instante.

TERAPEUTA (T): Piense por un instante si en este preciso momento está en contacto con su dolor o más distante de él.

JENNIFER (J): Estoy más distante.

T: A-ha... eso está bien y quizá en este momento adoptar cierta distancia le resulte adaptativo.

J: Así es.

T: Sabe... quizá necesite...

J: Tengo que salir a la calle.

T: Ya... quizá necesite cierta distancia.

J: A-ha.

T: Mientras sea capaz de ser consciente del modo en que hablar sobre ello le ayuda a distanciarse de esa experiencia inmediata de hace unos instantes...

J: Sí, gracias a Dios.

T: ¿Es difícil mantenerse en ese lugar?

J: Sí... es tan doloroso mantenerse en ese sitio... (*Comienza a llorar otra vez*).

T: Vuelve a contactar con sus sentimientos... (*Jennifer continúa llorando*)

Este breve ejemplo ilustra el modo en que aliarse con la resistencia en lugar de desafiarla puede ayudar a los pacientes a acceder a aspectos evitados de la experiencia.

Una segunda forma para aliarse con la resistencia conlleva la validación de los aspectos de desconfianza y desesperación del self. En las situaciones en las que a los pacientes les cueste acceder a partes más confiadas y esperanzadas del self, puede ser útil que el terapeuta dedique cierto tiempo a aliarse con los aspectos que muestran la desconfianza y la desesperación. Este proceso puede transformar gradualmente la situación hasta que los pacientes puedan invertir en el tratamiento los aspectos de mayor esperanza. Por ejemplo, un paciente sin esperanza alguna en la ayuda que pudiera prestarle la terapeuta, manifestaba que no sentía confianza suficiente como para referirse a sus preocupaciones más importantes. La terapeuta respondió que era correcto y apropiado que no confiara en ella porque aún no había ganado su confianza. De este modo empatizó con la desconfianza subyacente. Además, añadió que el paciente experimentara desconfianza en el contexto de la relación terapéutica era, en ese momento "el trabajo de terapia" y que no tenía que hacer ninguna cosa que no estuviera haciendo.

Nueva experiencia relacional. Una última intervención conlleva tratar el vínculo de la alianza mediante acciones y no mediante el examen directo. Evitando actuar de un modo que confirme los esquemas relacionales maladaptativos del paciente o alejándose del círculo vicioso que se esté reproduciendo, el terapeuta puede ofrecer al paciente una nueva experiencia relacional que le ayude a modificar sus esquemas. Este tipo de intervención es particularmente importante cuando al paciente le cuesta explorar específicamente la relación terapéutica en el aquí y ahora. Por ejemplo el paciente narcisista que experimenta cualquier intento de explorar la relación terapéutica como una intrusión puede necesitar como respuesta un entorno conteniendo (Winnicott, 1965) en el que el terapeuta se esfuerce por mantenerse emocionalmente disponible para el paciente al mismo tiempo que maneja temporalmente cualquier sentimiento complejo y ambivalente que se produzca a un nivel privado (Slochower, 1979). El concepto de *contención* de Wilfred Bion (1962) (es decir, procesar de un modo no defensivo cualquier sentimiento inquietante que surja en el terapeuta) puede ser también relevante para este caso. La idea de *acción interpretativa* de Thomas Ogden (1994) ofrece otra perspectiva interesante sobre este tipo de intervención. Según él, el terapeuta puede comunicar lo que percibe y opina en relación a lo que sucede a través de la acción en lugar de mediante palabras. Por ejemplo, un terapeuta decide responder a la solicitud de consejo por parte de la paciente, porque formula la situación como aquella en la que su decisión de hacerlo le coloca en una posición de contraste con el padre que la abandonó. Una terapeuta decide no reducir sus honorarios en respuesta a la solicitud del paciente porque supone que éste experimentaría que ha logrado engañarla.

Ashley, una mujer joven y soltera que trabaja en una compañía de publicidad, solicitó tratamiento por una sensación generalizada de vacío y falta de sentido en su vida. Al comienzo del tratamiento el terapeuta estaba sorprendido por una interesante combinación de reserva emocional y cautela, que se alternaban con erupciones periódicas de una intensa tristeza muy próxima a la superficie. También le sorprendía su humor cáustico, un tipo de humor negro. Ashley había crecido en una familia muy disfuncional. Su

padre era un hombre sádico e hipercrítico, que golpeaba a los niños ante la provocación más mínima y que engañaba regularmente a su esposa. Su madre era una mujer crónicamente triste que consolaba sus penas en alcohol y que acabó presentando un grave problema de alcoholismo. Ambos progenitores abandonaron las necesidades emocionales y físicas de sus seis hijos, quienes a muchos respetos tuvieron que educarse a sí mismos.

En una ocasión Ashley relató al terapeuta una historia sobre una experiencia compartida con una compañera del instituto que había sido muy significativa para ella. Su amiga había padecido un contexto similar de abandono y abuso y ella y Ashley desarrollaron muy pronto un vínculo de semejanza y proximidad. En una ocasión un profesor les comentó en clase los experimentos clásicos de Harry Harlow con monos y madres sustitutas, y a las dos chicas la imagen de los pequeños monos en busca del contacto de sus madres sustitutivas les había parecido históricamente divertida. Ashley no fue capaz de explicar al terapeuta por qué esta imagen le había parecido tan divertida, pero le sorprendió como un encapsulamiento conmovedor del dolor y la privación emocional que ella había experimentado en su vida.

En las primeras fases del tratamiento, a Ashley le costaba examinar los sentimientos y temas dolorosos y cualquier intento por explorar lo que sucedía en la relación terapéutica era rechazado por irrelevante y falta de interés. Comenzaba la mayoría de las sesiones con conversaciones triviales y a continuación recaía en un silencio airado, como esperando que el terapeuta hiciera algo por ella. Ashley dedicó un tiempo considerable a hablar sobre el hecho de que la terapia no le estaba resultando de ayuda y que estaba considerando abandonarla. Cuando el terapeuta le preguntó qué es lo que echaba en falta, ella respondió que necesitaba más pautas y dirección. También manifestó sentir incomodidad y desconfianza por la relativa falta de auto-apertura del terapeuta. El terapeuta destinó algo de tiempo a examinar el sentido de estas preocupaciones para la paciente y a explorar cómo experimentaba ella la postura actual del terapeuta, pero la paciente fue incapaz de lograr mucho progreso. Ashley cuestionaba el valor de este tipo de

línea de cuestionamiento y mantenía que no entendía el sentido real de sus preguntas. La paciente sentía que él estaba “interpretando el rol de terapeuta”.

Sin comprender plenamente el sentido o la solicitud de Ashley de más consejo y dirección, pero disponiendo de una formulación semiarticulada sobre la importancia que tenía para ella el hecho de recibir el tipo de guía y apoyo que nunca había experimentado durante la infancia, el terapeuta comenzó a mostrar una postura más activa y a ofrecer consejo sobre varios dilemas que ella planteaba. Por ejemplo, en una ocasión Ashley le pidió su opinión sobre el modo de manejar un enfado con su novio y el terapeuta le sugirió una estrategia. El terapeuta también comenzó a probar con auto-revelaciones, suponiendo que ella experimentaba su reserva como contención y abandono. Era como si la solicitud de Ashley de más auto-revelación por parte del terapeuta fuera un modo de decir, “No voy a adoptar el riesgo de abrirme en esta relación hasta que usted demuestre que está dispuesto a invertir riesgos emocionales en ella”. Así por ejemplo, cuando Ashley le preguntó al terapeuta si había sentido alguna vez que las cosas carecían de sentido o si tenía dudas sobre el camino vocacional que había adoptado (ambas preocupaciones de ella), el terapeuta le respondió de forma breve pero genuina. Al mismo tiempo, él monitoreaba las respuestas de ella con sumo cuidado. El terapeuta advirtió que las respuestas de este tipo parecían animarla a hablar más fluidamente sobre sí misma. También observó que la paciente parecía tomar precauciones para no sobrepasar excesivamente los límites y formular preguntas que fueran excesivamente exigentes o intrusas. Con el tiempo, la tensión comenzó a ceder entre ellos y Ashley empezó a avanzar en dirección a una mayor confianza y apertura.

2

Presunciones y principios fundamentales

En este capítulo se presentan algunos presupuestos y principios generales que constituyen los cimientos para trabajar sobre las rupturas en las alianzas terapéuticas. No está diseñado a modo de marco teórico sistemático sino para subrayar cuestiones y temas críticos. Estos principios son de naturaleza más general y son relevantes para el modo en que los terapeutas se orientan de cara a la psicoterapia. Al mismo tiempo, de ellos se derivan implicaciones significativas relativas al modo en que percibimos el proceso clínico durante los impases terapéuticos. Por ejemplo, el presupuesto según el cual la agencia y la afiliación son necesidades humanas fundamentales en los seres humanos, y los presupuestos vinculados al anterior según los cuales ambos se hallan en tensión continua entre sí, sirven para comprender los tipos de conflictos que subyacen a muchas rupturas de la alianza terapéutica. Una epistemología constructivista es más coherente que una epistemología realista con una postura de apertura y humildad genuina por parte del terapeuta (que a nuestro entender es crítica en el contexto de una ruptura de la alianza). La psicología bipersonal (es decir, el punto de vista según el cual tanto el terapeuta como el paciente contribuyen constantemente al carácter de la interacción paciente-terapeuta) es más coherente que la

psicología unipersonal (es decir, el punto de vista según el cual el terapeuta puede ser un observador neutral que se mantiene al margen de la interacción) con la postura en la que el terapeuta trata de comprender su propia contribución a lo que se esté produciendo. La teoría y la investigación contemporánea sobre la emoción pueden arrojar luz sobre el complejo rol que la comunicación afectiva entre pacientes y terapeutas puede desempeñar durante los impases terapéuticos así como sobre el papel que juegan las emociones del terapeuta en la búsqueda de la ruta que atraviese tales impases.

Agencia versus afiliación

Diversas posturas teóricas y científicas convergen en la idea de que los seres humanos tienen necesidades innatas tanto de establecer y mantenerse afiliados con otros como de auto-definirse o individuarse (p.ej., Bakan, 1966; Buber, 1936). Estas dos necesidades se hallan en conflicto y existen en una relación dialéctica entre sí. Otto Rank (1929, 1945) mantenía que el proceso de maduración conlleva la individuación de los propios progenitores y que tal proceso produce culpabilidad inevitablemente porque amenaza a la relación con ellos. Según Michael Balint (1968), las personas nacen en un estado natural de "afiliación objetal". Tienden a reaccionar ante lo que trastorna este estado natural según dos patrones generales: *ocnofílico* y *filobático*. El *ocnofílico* se adhiere al objeto de un modo dependiente y experimenta una intensa ansiedad cuando amenaza separación. El *filobata* trata de protegerse a sí mismo de la amenaza de disrupción derivada de la afiliación rehuyendo a las relaciones y convirtiéndose en excesivamente dependiente de sí mismo.

D.W. Winnicott (1965) creía que los seres humanos tienen una necesidad fundamental tanto de simbiosis con otros como de soledad. Margaret Mahler (1968) defendía que el bebé tiene deseos tanto de la unión simbiótica con la madre como una tendencia natural a individuarse. Sydney Blatt (p.ej., Blatt & Blass, 1992), de un modo que aún permanece en Balint, distingue entre dos tipos de depresión: *anacítica* e *introyectiva*. Los depresivos *anacíticos* muestran una auto-confianza y una preocupación compulsiva en su lucha por la auto-definición.

Jay Greenberg (1991), en su esfuerzo por reformular la teoría del instinto dual de Freud, sustituye la libido y la agresión por la efectancia y la seguridad. La *efectancia* consiste en el impulso por establecer una sensación propia de agencia, mientras que la *seguridad* consiste en el impulso de afiliación interpersonal. Greenberg sugiere que el conflicto intrapsíquico puede entenderse en términos de necesidades conflictivas de efectancia y seguridad. Más recientemente, Lewis Aron (1996), en su revisión y síntesis comprensiva de la teoría relacional contemporánea, contempla estas dos necesidades conflictivas como fundamentales para la naturaleza humana y defiende que deben estar equilibradas en nuestra conceptualización del proceso terapéutico.

Curiosamente, estas dos dimensiones subyacen también a todas las conceptualizaciones circunflejas interpersonales de la personalidad (p.ej., Plutchik & Conte, 1997). Estos modelos asumen que:

Toda conducta humana interpersonal representa combinaciones de dos motivaciones básicas: la necesidad de control (poder, dominación) y la necesidad de afiliación (amor, amistad). Las personas que interactúan entre sí negocian continuamente dos cuestiones básicas de personalidad: cuán amistosos u hostiles serán uno con el otro y cuánto tendrá cada uno de control o cargo en sus encuentros. (Kiesler, 1996, pp. 7-8)

La conceptualización bidimensional sobre la naturaleza fundamental de la experiencia humana tiene importantes implicaciones para comprender tanto el desarrollo normal como el anormal. Por una parte, las necesidades de agencia y afiliación se hallan en conflicto entre sí. Como sugería Rank (1929, 1945), el proceso de individuación es inherentemente productor de culpabilidad y está cargado de tensión porque amenaza a la afiliación. Paradójicamente, el logro de la auténtica individuación y afiliación dependen una de la otra. Como han sugerido teóricos como Mahler (1968) y John Bowlby (1988), el bebé requiere una sensación de seguridad en la relación con su cuidador antes de iniciar el tipo de conducta exploratoria necesaria para facilitar la individuación. Opuestamente, una persona no puede mantener una forma madura de afiliación con los demás hasta que no haya desarrollado una sensación de sí mismo como individuo.

La resolución de la tensión entre la necesidad de agencia y la necesidad de afiliación es una dialéctica que se halla en el núcleo de la teoría psicoanalítica. La postura clásica sobre este particular es que el paciente expresa necesidades e impulsos infantiles que son inapropiados para la situación actual. El trabajo del terapeuta consiste en permitir que tales necesidades e impulsos emerjan en forma de transferencia que serán entonces analizadas; el rol del terapeuta consiste más en comprender que en gratificar estas necesidades e impulsos. Desde este punto de vista, el proceso primario es sustituido, al fin, por el proceso secundario. Los pacientes reconocen sus necesidades y deseos infantiles y posteriormente los suavizan o modulan (Eagle, 1984).

Sin embargo, desde los comienzos de la teoría psicoanalítica han existido teóricos que han disentido ante esta postura. Wilhelm Reich (1949), por ejemplo, llegó a considerar la expresión libre de la energía libidinal como el último objetivo terapéutico. El de Reich es un concepto romántico del mundo que idealiza el instinto natural del hombre. Su postura ha sido seguida en varias tendencias contemporáneas. Por ejemplo, Fritz Perls (1973), quien fuera analizado por Reich, defendía que la expresión espontánea de la emoción es el principal objetivo de la psicoterapia; lo que se convirtió en tema central de las psicoterapias humanistas. Una asunción fundamental de estas tradiciones es la tendencia a la auto-actualización y que las personas que retornan a su estado natural hallaran automáticamente un modo armonioso de vivir con los demás.

Otra alternativa a la perspectiva clásica puede remontarse a Rank (1945) y a su énfasis en la importancia del deseo de un funcionamiento sano y del cambio terapéutico (véase Capítulo 3). Esta perspectiva reconoce la tensión inherente entre agencia y afiliación. Rank veía el parálisis de la voluntad, que se deriva del esfuerzo por acomodarse a los demás, como la fuente de la psicopatología.

Otra alternativa a la postura clínica clásica sobre este particular puede remontarse a Ferenczi (1933). Ferenczi manifestaba que los niños se traumatizan por los fracasos empáticos de sus progenitores y por prescindir de una parte de sí mismos a fin de relacionarse con los demás. También añadía que, al fin, el trauma que había experimentado el paciente durante la niñez sería reinterpretado en el contexto de la relación terapéutica y que esta reinterpretación permitiría al paciente elaborar los

conflictos con el terapeuta de un nuevo modo que no conllevara el abandono de partes de sí mismo.

Como veremos en el Capítulo 3, este tema resurge en el trabajo de teóricos como Balint, Winnicott y Kohut. En esta alternativa a la teoría clásica, la solución a los conflictos fundamentales no reside en la renuncia a los impulsos infantiles ni en su libre expresión. La solución conlleva un proceso madurativo que surge a partir de la negociación entre las necesidades de uno mismo y del otro. Esta alternativa implica la aceptación paradójica tanto de la validez de las propias necesidades como del hecho real de que éstas no siempre son satisfechas, un tema al que nos referiremos más adelante.

Stephen Mitchell (1988) contrastó el punto de vista de Freud sobre el proceso de cambio con una perspectiva relacional contemporánea, convirtiéndose así en una figura clave de la perspectiva relacional en el psicoanálisis. Mitchell manifestaba que mientras Freud creía que el cambio se produce mediante la renuncia de las necesidades instintivas y el desarrollo de una comprensión racional, la teoría relacional subraya el desarrollo de un sentido de sí mismo más auténtico y rico.

En la cultura contemporánea, más que en ningún momento anterior, se concede un gran valor a la individuación. En sociedades más tradicionales, la idea de la relación con uno mismo o de la ética existencial de la autenticidad carecía de un sentido real. La cuestión moral fundamental no era cómo relacionarse con el interior de uno mismo, sino cómo relacionarse con alguna serie universal de principios éticos. Con la caída de tal serie de principios, y el desarrollo de un self más individuado, la cuestión de cómo se relaciona uno consigo mismo comienza a tener más sentido.

El énfasis de Freud en el conflicto entre instinto y civilización puede entenderse como una expresión cultural particular de la tensión subyacente entre las necesidades de agencia frente a las necesidades de afiliación. En la cultura contemporánea esta tensión adopta una forma diferente. Con el progresivo desarrollo del self individuado y la caída de los valores culturales compartidos y las relaciones de roles prescritos, cada vez es más importante que los individuos desarrollen su propia sensación personal del sentido y que busquen formas para sentirse vinculados a los demás en el contexto de una sociedad progresivamente más fragmentada.

Por ello coincidimos con Mitchell en que el desarrollo de una sensación más auténtica y rica sobre uno mismo constituye un objetivo terapéutico importante. Sin embargo, conviene recordar que este énfasis en el desarrollo del self refleja avances culturales contemporáneos que valoran el "self dominante, deslindado" (Cushman, 1995) a expensas de aspectos más comunales de la existencia humana. La conceptualización del objetivo terapéutico como el desarrollo de un self más auténtico y rico perpetúa, de algún modo, algunos de los desequilibrios de la cultura excesivamente individualista, que han dado origen a algunos de los actuales cambios en la teoría psicoterapéutica. La conceptualización del objetivo del tratamiento como el aprendizaje a negociar constructivamente la necesidad de agencia frente a la necesidad de afiliación nos proporciona un marco más amplio y más comprensivo para el cambio que el del objetivo del auto-desarrollo. Este punto de vista es mucho más compatible con la perspectiva de la terapia como proceso de negociación intersubjetiva (p.ej., Aron, 1996; Mitchell, 1993; Pizer, 1992). Y, como comentaremos más adelante, aporta un marco metateórico útil para contemplar los procesos mediante los cuales se negocian las rupturas en la alianza terapéutica.

Constructivismo y realismo

El cambio hacia el constructivismo rebasa diversas orientaciones terapéuticas, incluida la psicoanalítica (p.ej., Hoffman, 1994; Stern, 1997), la cognitiva (p.ej., Guidano, 1987; Mahoney, 1991), la experiencial (p.ej., Gendlin, 1994; Greenberg et al., 1993) y la sistémica/estratégica (p.ej., Coiné & Pepper, 1998; Watzlawick, 1978) y es coherente con un cambio cultural más general hacia la sensibilidad postmoderna. De este cambio se derivan importantes implicaciones terapéuticas. Una de las más significativas es que desafía el punto de vista tradicional de que el terapeuta pueda tener una comprensión privilegiada de la realidad, tanto si la realidad es la realidad interna del paciente (como en el psicoanálisis clásico) o la realidad externa (como en la terapia cognitiva racionalista). Como tal es coherente con un punto de vista más igualitario de la relación terapéutica. Este tipo de cambio puede ser extremadamente importante para ayudar a los terapeutas a elaborar los impases

terapéuticos en los que los desequilibrios de poder inherentes a la relación terapéutica pueden perpetuar el problema e influir sobre la ceguera del terapeuta relativa a la validez de la perspectiva del paciente.

La postura defendida por el presente libro no pertenece al constructivismo radical sino más bien a lo que Irwin Hoffman (1998) se ha referido como "constructivismo dialéctico". Ésta es una postura que navega a medio camino entre los extremos del nihilismo, por una parte, y el realismo ingenuo, por el otro. La tarea de hallar el camino intermedio es una preocupación central de muchos filósofos contemporáneos de la ciencia (p.ej., Bernstein, 1983; Habermas, 1987).

La perspectiva hermenéutica de Hans-Georg Gadamer (1960) aporta una solución al dilema que congenia particularmente con la nuestra (véase también Stern, 1997). Gadamer defiende que la propia percepción de la realidad está siempre limitada por las propias preconcepciones y prejuicios. Estas preconcepciones son, sin embargo, algo más que un mero factor limitador; funcionan también como cimientos de toda la experiencia, porque sin preconcepciones la nueva experiencia carece de sentido. De todos modos, la tarea sigue consistiendo en hallar algún modo de trascender a nuestras preconcepciones de modo que seamos capaces de avanzar hacia la captación de "la cosa misma". Gadamer defiende que es posible dar este paso y superar el solipsismo y que hay dos aspectos necesarios para dicho proceso. El primero conlleva ser consciente de nuestras preconcepciones y el modo en que éstas modelan habitualmente nuestra percepción. El segundo conlleva el examen de nuestras preconcepciones a través del diálogo abierto o la "conversación genuina". Este diálogo puede producirse en relación con otros seres humanos o con alguna otra cosa (p.ej., interpretación textual). Sin embargo, en ambos casos es necesario que uno esté honestamente abierto a la propia percepción en respuesta a un desafío adecuado. Central al pensamiento de Gadamer es la idea de que el diálogo de este tipo no sólo permite a dos personas llegar a la comprensión de las posiciones del otro sino que también les permite alcanzar una mejor comprensión de las cosas tal y como realmente son. Así, aunque no exista una realidad ideal, independiente del preceptor, la realidad es más que un simple reflejo de la mente del preceptor. En cierto sentido, por lo tanto, la verdad es *tanto* construida *como* descubierta.

Como defienden, desde el segundo siglo, los filósofos budistas de la escuela centrista es crítico reconocer que la idea del constructivismo es en sí misma un constructo. No dispone de más realidad inherente que la postura del realismo ingenuo. La idea del constructivismo puede entenderse mejor como un correctivo para el realismo ingenuo, en otras palabras como una medicina para la enfermedad del realismo ingenuo. Al igual que cualquier medicina, el exceso de la misma puede ser perjudicial y provocar enfermedades. El constructivismo radical y el realismo ingenuo son ambos errores epistemológicos; como observa la filosofía budista, de ambos errores, el nihilismo es el más peligroso (Williams, 1989).

Mente del principiante: los peligros de la cosificación

Dado el modo en que las preconcepciones pueden limitar nuestra capacidad para ver lo que se esté produciendo, es fundamental que los terapeutas aprendan a ser conscientes y después a prescindir de sus preconcepciones según vayan surgiendo. La controvertida y frecuentemente citada recomendación de Wilfred Bion (1967) de que los terapeutas deberían acoger cada sesión "sin memoria ni deseo" fue un intento de transmitir el valor de este tipo de disciplina mental para el terapeuta. El maestro Zen Shunru Suzuki (1970) habló sobre esta disciplina como aquella de cultivar la "mente del principiante". En sus propias palabras, "Si su mente está vacía, estará siempre dispuesta a todo; estará abierta a todo. En la mente del principiante hay muchas posibilidades; en la mente del experto, hay muy pocas" (p. 21). En la tradición budista de la meditación consciente esto ha sido denominado como "disciplinado para no saber" y como "atención desnuda" (véase Epstein, 1995).

Ernst Schactel (1959) ha descrito una actitud similar con su noción de *alocentricidad*, que conlleva curiosidad, apertura o receptividad, que requiere la tolerancia de la ambigüedad, de la incertidumbre y algunas veces también del dolor. Conlleva un profundo interés en el objeto completo, un vuelco completo en el objeto, lo que permite un encuentro directo con él (no el mero registro de sus características familiares según unas etiquetas existentes). Aproximarse al otro de este modo es ser tan curioso como sea posible, estar abierto a todas las formulaciones alter-

nas que uno halla inconclusas en uno mismo, incluidas las propias reacciones ante el otro. Y por último, Martin Buber (1923) habló elocuentemente sobre la importancia de ser capaz de tratar cualquier momento como uno nuevo y permanecer abierto a lo que nos tenga que revelar en su plenitud y en todas sus particularidades.

A pesar de todas las similitudes que tenga cualquier situación vital, al igual que un recién nacido, una nueva cara que nunca antes ha estado y que nunca volverá. Demanda de usted una reacción que no puede estar preparada de antemano. No exige nada de lo pasado. Requiere presencia, responsabilidad; le reclama a usted. Para mí, un gran carácter es aquel que por sus acciones y actitudes satisface la demanda de situaciones a partir de la disposición profunda a responder con toda su vida, y de tal modo que la suma de sus acciones y actitudes exprese al mismo tiempo la unidad de su ser en su voluntad por aceptar responsabilidad (Buber, 1923, p. 114).

La terapia es un fluir continuo de momentos entrelazados a través de un proceso de construcción. Aunque esta construcción es una parte útil y necesaria para dar sentido a lo que esté ocurriendo en la psicoterapia, también puede interponerse en el camino de aproximación a las cosas a un nivel suficientemente sutil como para permitir a los terapeutas ver nuevas alternativas de intervención a medida que surgen. Conviene recordar que la información y las posibilidades nuevas surgen constantemente, en todo momento de la interacción con el paciente. El terapeuta capaz de prescindir de su comprensión de lo que esté ocurriendo a fin de ver lo que emerge en el momento dispondrá de más flexibilidad y adaptabilidad a la situación que el terapeuta que no pueda hacerlo.

Uno siempre va a tener preconcepciones que modelen la propia percepción de la situación real, y uno siempre va a disponer de teorías que modelen su postura hacia el paciente. Sugerir que el terapeuta abandone completamente tales teorías y preconcepciones no sería realista. Sin embargo, al convertir en conscientes las propias preconcepciones en acción, uno puede mostrarse más abierto a ver las cosas más plenamente. Un factor primario que se interpone en el camino de acogida de la situación con la *mente de un principiante* es que puede provocar mucha ansiedad hacer psicoterapia sin la base sólida que aportan los conceptos que uno utiliza normalmente para imponer orden sobre lo que está suce-

diendo. Esta ansiedad puede ser particularmente pronunciada cuando uno se ve atrapado en un impás terapéutico que desafíe su sentido del propio valor como terapeuta.

La *cosificación*, o la imposibilidad de distinguir entre los propios constructos y el fenómeno subyacente que representan los mismos, es una de las fuentes claves de la disfunción en la vida cotidiana y una de las principales fuentes de bloqueo para los terapeutas. Como terapeutas hemos de estar en continua lucha con la tentación de aferrarnos a concepciones fijas de lo que se esté produciendo entre nosotros y nuestros pacientes. Debemos luchar constantemente contra la tentación de manejar la ansiedad y la incomodidad de las situaciones ambiguas y establecer cierta sensación de seguridad carente de base en la niebla de la experiencia, recurriendo a la cosificación. Los pacientes acuden a nosotros en solicitud de ayuda y nuestra sensación de competencia y valor propio se basa en nuestra capacidad para buscar sentido a las situaciones complejas y confusas y para extraer sentido de orden y estructura a partir de la ambigüedad y ausencia de sentido.

Éste suele ser el caso más próximo de los nuevos terapeutas que luchan por lograr un sentido inicial de competencia y cuya sensación relativa al propio valor se halla cuestionada en todo momento. Sin embargo, estas mismas tentaciones se encuentran presentes en terapeutas más experimentados. Una fuente de tal tentación se deriva del hecho de que los terapeutas más experimentados sienten, a menudo, que a ellos les cuesta más reconocer que no disponen de todas las respuestas. Además, cuanto más práctica y experiencia tienen, más fácil les resulta reincidir en los modos habituales y rutinarios de ver las cosas. Los terapeutas también suelen estar tentados a captar explicaciones prematuras de lo que se esté produciendo a fin de evitar observar posibilidades potencialmente amenazadoras con respecto a la naturaleza de sus propias contribuciones a la interacción con sus pacientes.

La cosificación adopta muchas formas. En el nivel más molar existen formas de cosificación como la de ver a los pacientes como ejemplos de clasificaciones diagnósticas particulares o trastornos de personalidad. Por ejemplo, relacionarnos con nuestros pacientes como límites o narcisitas y no como individuos únicos o particulares, es una manifestación de cosificación. Un constructo de este tipo puede ser útil porque sinteti-

za ciertas regularidades en los patrones que se han observado con el paso del tiempo. Por ello puede tener cierto valor heurístico. Sin embargo, al mismo tiempo puede impedir que los terapeutas vean la realidad subyacente del paciente que se sienta frente a ellos en un momento determinado.

Una forma más molecular de cosificación se produce cuando establecemos una inferencia sobre algo, como los sentimientos o el estado interno del paciente, y posteriormente nos cuesta ver que esta inferencia no es más que una mera hipótesis. Por ejemplo, creemos que el paciente está furioso y nos cuesta prescindir de esta percepción a pesar de las sistemáticas negativas por parte del paciente.

Una última forma de cosificación se produce cuando asumimos que algo que era cierto sobre el paciente o sobre nuestra interacción con él en un momento, sea verdad en otro momento. Por ejemplo, un terapeuta en fase de supervisión llegó a ser consciente de un patrón según el cual su paciente respondía sumisamente a las confrontaciones. En la siguiente sesión procedió a comentar este patrón con su paciente, quien respondió negándolo. El terapeuta persistió confrontando al paciente con su sumisión sin conciencia alguna de que estaba surgiendo una nueva configuración relacional que implicaba una lucha por el poder entre ambos.

Psicologías unipersonal y bipersonal

Mucho es lo que se ha escrito sobre la teoría psicoanalítica relativa a la distinción entre las psicologías unipersonal y bipersonal (p.ej., Aron, 1996; Balint, 1968; Ghent, 1989; Mitchell, 1988). Normalmente, las teorías muy influidas por el análisis clásico han sido categorizadas como psicologías unipersonales y el terapeuta es considerado como una pantalla vacía sobre la que el paciente proyecta todas sus fantasías. La perspectiva psicológica bipersonal ha surgido en reacción a lo que sus proponentes consideran como limitaciones de la psicología unipersonal. La tradición interpersonal americana ha sido particularmente influyente en el desarrollo de la psicología de las dos personas (aunque fue Michael Balint, 1968, quien acuñó el término).

En la psicología bipersonal, la relación terapeuta-paciente es el objeto de estudio y el terapeuta es considerado como coparticipante más que como alguien que pueda encontrarse fuera del área interpersonal y limitarse a observar. La premisa fundamental es, por citar a Harry Stack Sullivan (1954), que el terapeuta “tiene una implicación inescapable e inextricable en todo lo que sucede en la entrevista; y hasta el grado de que es inconsciente o no atestigua su propia participación en la entrevista, en esa medida desconoce lo que sucede” (p. 19). El terapeuta nunca puede ser un observador imparcial que se mantiene apartado del fenómeno de ser observado. Jay Greenberg (1995) capta este sentido de la coparticipación o mutualidad en el concepto de *matriz interactiva*. Según él:

La matriz interactiva es modelada, a cada momento en todo tratamiento, por las características personales del analizado y del analista. Éstas incluyen las creencias, los compromisos, las esperanzas, los miedos, las necesidades y los deseos de ambos participantes. Sólo en el contexto de la matriz interactiva adquieren sentido los sucesos del análisis. (p. 1).

Desde este punto de vista, la contratransferencia se convierte en un estado normal de acontecimientos y no en un fenómeno episódico, y el terapeuta que opina que comprende la naturaleza de su participación de un modo definitivo se encuentra ante un problema.

De la perspectiva de las dos personas se derivan diversas implicaciones. En primer lugar, sugiere que las formulaciones clínicas siempre deben estar guiadas y revisadas a la luz de información extraída del examen continuo de lo que se esté produciendo en el aquí y ahora de la relación terapéutica. En segundo lugar, es básico que el terapeuta desarrolle la exploración continua de sus contribuciones a la interacción. En tercer lugar nunca es seguro asumir que la interacción que emerge en la sesión terapéutica sea paralela a los patrones que son característicos en la vida diaria del paciente. El grado en que la relación entre el terapeuta y el paciente se asemeje a otras relaciones de la vida del paciente debe mantenerse siempre como una cuestión abierta.

A medida que el campo ha llegado a reconocer la importancia de la perspectiva de las dos personas, se ha modificado la conceptualización relativa a la naturaleza de la relación terapéutica. Como se ha descrito

anteriormente en la teoría psicoanalítica clásica se establecía una distinción entre los sentimientos del paciente hacia el terapeuta que se basaban en la realidad y los que eran de naturaleza transferencial. Desde el punto de vista del constructivismo esta distinción es difícil de mantener porque implica que el terapeuta se halla en una posición privilegiada de ser capaz de juzgar lo real y lo no real. No se puede asumir que la relación del paciente con el terapeuta sea de naturaleza más transferencial que la relación del terapeuta con el paciente porque toda experiencia presente está determinada por experiencias previas. Esta perspectiva fue anticipada en la tradición humanística/experiencial por teóricos como Carl Rogers (1951, 1957) que rechazaba definitivamente el concepto de transferencia.

Muchos analistas contemporáneos son reacios a establecer una distinción definitiva entre la relación terapéutica y otras relaciones, Arnold Modell (1991), por ejemplo, defiende que la relación terapéutica es tanto real como irreal y que es la naturaleza paradójica de esta relación la que permite la posibilidad del cambio. Considerar que los sentimientos del paciente no son más que transferencias puede servir a una función defensiva del terapeuta e invalidar la experiencia del paciente. Por otra parte, tratar los sentimientos del paciente hacia el terapeuta sólo por su significado aparente, sin indagar en su naturaleza compleja y multidimensional puede llevarnos a perder una valiosa oportunidad de exploración.

Owen Renik (1998) da un paso más que Modell al subrayar que la relación terapéutica es una “relación *muy real*, no diferente en su realidad de cualquier otra, que se produce dentro de unos límites protectores establecidos por las reglas acordadas en el contrato analítico” (p. 115). A su parecer los parámetros especiales de la relación terapéutica (p.ej., su asimetría y acuerdo relativo a no encontrarse fuera de los períodos establecidos) no la hacen más irreal que los parámetros de otras relaciones (p.ej., profesor-alumno, doctor-paciente).

También se ha producido un avance hacia la eliminación de la distinción entre los sentimientos terapéuticos contratransferenciales y los que no lo son, porque la capacidad de establecer tal distinción implica un tipo de objetividad precedida por una perspectiva constructivista. Además, el mismo término de *contratransferencia* implica que los sentimientos del terapeuta son una reacción al paciente más que un componente idéntico en una interacción que es de naturaleza mutua (Wolstein, 1988).

Como sugiere Aron (1996), es importante reconocer que en esta mutualidad hay diferentes aspectos. Uno de estos aspectos implica el proceso de regulación mutua entre el paciente y el terapeuta. Paciente y terapeuta se influyen entre sí sobre una base continua tanto consciente como inconsciente. Un segundo aspecto conlleva la negociación continua de las tareas, objetivos, parámetros e incluso de la sustancia básica de la terapia. El tercero consiste en el rol que el encuentro auténtico entre el paciente y el terapeuta desempeña en el proceso de cambio. También conviene reconocer que, como defiende Aron, la mutualidad no necesariamente implica simetría. Existe una asimetría inherente en los roles del paciente y del terapeuta y ciertos aspectos de esta asimetría deben ser mantenidos para que el terapeuta pueda ayudar al paciente.

Como señala Irwin Hoffman (1994), la sociedad enviste al terapeuta de un tipo especial de poder, mística y autoridad que tiene un impacto positivo sobre el proceso terapéutico. El terapeuta no puede eliminar este aura, ni siquiera si lo desea, y tampoco negar que la presencia de este aspecto de asimetría acarrea cierto tipo de falta de autenticidad. Además las diversas prescripciones asociadas con el rol del terapeuta y los parámetros del tratamiento (p.ej., no citarse con los pacientes para tomar un café, ser selectivo en términos de auto-apertura) cumplen otras importantes funciones terapéuticas. Por ejemplo pueden permitir al paciente que se sienta seguro para examinar temas cuya exploración sería demasiado arriesgada en otras relaciones. También pueden ayudar a los terapeutas a sentirse suficientemente seguros como para llegar a ser conscientes de sus propios sentimientos y fantasías y aprovecharlas para el proceso terapéutico.

Desde el punto de vista de Hoffman, la tarea del terapeuta consiste en encontrar un equilibrio entre actuar de acuerdo con las prescripciones del rol de terapeuta, por una parte, y, por otra, de actuar de un modo auto-expresivo y suficientemente espontáneo que permita generar el vínculo de la identificación mutua. De hecho, la naturaleza asimétrica de la relación terapéutica hace que nuestra participación en el espíritu de la mutualidad signifique para ellos mucho más de lo habitual en otras condiciones. Según Hoffman, los impases y tratamientos traumáticos se producen cuando los terapeutas se comprometen con alguno de los polos de esta dialéctica de un modo no crítico. Recíprocamente, corresponde al terapeuta

peuta esforzarse por hallar el equilibrio adecuado entre estos dos polos, de un modo que responda a las necesidades de la matriz interactiva única que surge con cada paciente, que es particularmente terapéutica.

Intervenciones como actos relacionales

Además de cualquier valor informativo explícito que contenga toda intervención, ésta también puede entenderse como un acto relacional (Aron, 1996; Mitchell, 1988). A este respecto, es útil distinguir entre las dimensiones de contenido y de proceso de la comunicación. Como defienden los teóricos de la comunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967), en cualquier comunicado hay aspectos de informe y de mandato. El aspecto del *informe* de la comunicación es el contenido explícito de la comunicación. El aspecto de *mandato* es la afirmación interpersonal implícita que se transmite mediante la comunicación.

Por ejemplo, el terapeuta cognitivo que utiliza un cuestionamiento socrático para ayudar al paciente a adoptar un punto de vista más adaptativo puede estar posicionándose como profesor frente al alumno e implicar que él conoce la respuesta hacia la que dirige al paciente. El terapeuta centrado en la persona o el psicólogo del self que subraya las reflexiones empáticas o las interpretaciones relativas a las experiencias próximas puede transmitir el mensaje de que él es la comadrona y el paciente es el árbitro final de su propia experiencia. El analista kleiniano, que realiza una profunda interpretación del inconsciente del paciente, puede adoptar el rol de alguien que sabe sobre el paciente y que carece de acceso directo a un aspecto de su experiencia.

Ninguna de estas afirmaciones relacionales son inherentemente buenas o malas. Como sucede habitualmente lo bueno y lo malo depende del contexto. Por ejemplo, el terapeuta que adopta la postura de quien sabe puede inspirar esperanza en un paciente particular que se siente desesperado y desmoralizado. Pero la misma postura puede provocar que otro paciente se sienta sometido. Un paciente puede sentirse respetado por el terapeuta que restringe sus intervenciones a las reflexiones empáticas e inspirado a sentir confianza en su propia experiencia; otro puede sentirse frustrado o abandonado por la misma intervención.

Un terapeuta que interprete de un modo definitivo transmite un mensaje diferente sobre la relación que quien interpreta de forma más hipotética. En ciertos contextos, una interpretación ofrecida de forma definitiva puede experimentarse como particularmente útil para el paciente. Puede hacer sentir al paciente la seguridad de que el terapeuta tiene algo sustancial que ofrecerle y que el terapeuta está dispuesto a actuar a su favor. Por otra parte, una interpretación de este tipo puede experimentarse como correcta por parte del paciente pero no necesariamente útil. Como defendía Rogers (1951), y los analistas contemporáneos reconocen cada vez más (p.ej., Bollas, 1987; Winnicott, 1986), una interpretación de este tipo puede impedir que el paciente tenga una experiencia vital de auto-descubrimiento. Además, un paciente puede aceptar una interpretación para seguir manteniendo la afiliación con el terapeuta. Por eso es fundamental que el terapeuta observe las implicaciones relacionales de sus intervenciones de forma continua. También es básico que el terapeuta observe la motivación que subyace a sus interpretaciones. ¿Está transmitiendo una interpretación firme para afirmar su propia sensación de autoridad? ¿Se acelera su deseo de sentirse fuerte por la postura interpersonal del paciente? ¿Es reactivo a decir cualquier aseveración por miedo a ser criticado o rechazado? ¿Es este miedo un tema recurrente en él? ¿Está relacionado con algún aspecto del estilo del paciente?

Motivación y emoción

En diversas tradiciones terapéuticas existe una tendencia a desarrollar una teoría motivacional comprensiva basada en la teoría e investigación contemporáneas sobre la emoción (p.ej., Greenberg & Safran, 1987; Jones, 1995; Lichttenberg, 1989; Safran & Greenberg, 1991; Spezzano, 1993; Westen, 1997). Central a esta teoría es la noción de que las emociones se instalan biológicamente en el organismo humano a través de un proceso evolutivo y que desempeñan un rol adaptativo en la supervivencia de la especie (Ekman & Davidson, 1994; Fridja, 1986; Spezzano, 1993). Algunas de estas preocupaciones u objetivos (p.ej., vínculo) están biológicamente programados, mientras que otros son aprendidos.

Los aprendidos. Las emociones se conceptualizan como una forma de información de disposición a la acción. Nos proporcionan un feedback interno sobre las acciones que estamos preparados a iniciar. Nos proporcionan información sobre el self como organismo biológico, con una historia particular, en interacción con el medio. Como tal, se encuentran en el núcleo del sentido subjetivo e intersubjetivo (Spezzano, 1993).

Es útil comprender la estructura que subyace a las secuencias fundamentales de la conducta social en términos de sistemas motivacionales que han sido instalados en la especie humana mediante un proceso de selección natural. Ejemplos de los mismos incluyen el vínculo, la exploración, la excitación sexual, la huida y la agresión (p.ej., Bolwby, 1988; Jones, 1995; Spezzano, 1993). Las emociones funcionan como la lectura subjetiva (o monitor experiencial) de los sistemas motivacionales o combinaciones de sistemas dominantes en un momento dado. Estos sistemas se activan en respuesta a la valoración (que normalmente sólo es parcialmente consciente) de varias contingencias ambientales. Por ejemplo, la ira se produce en respuesta a acontecimientos experimentados como agresión o violación. Informa al individuo de su nivel de disposición para iniciar una conducta agresiva. La tristeza se produce en respuesta a una pérdida y orgánicamente nos prepara para recuperarnos o compensar lo perdido. El miedo es evocado por acontecimientos valorados como peligrosos e informa a los individuos de una disposición orgánica a la huida. Así, las emociones pueden ser concebidas como un tipo de conocimiento impreso en el cuerpo.

La teoría psicoanalítica contemporánea se halla en transición con respecto a la teoría motivacional. Muchos teóricos contemporáneos rechazan la metapsicología de los impulsos como excesivamente mecanicista e incompatible con la psicología del sentido. Además, manifiestan que la teoría del impulso no reconoce que los seres humanos sean criaturas intrínsecamente interpersonales. Muchos teóricos de una tendencia más relacional sustituyen la necesidad humana de afiliación por los impulsos tradicionales de sexualidad y agresión. Sin embargo, no ofrecen un modelo comprensivo de la motivación humana.

Varias críticas sostienen que al rechazar la teoría de los impulsos, los teóricos relacionales han descartado uno de los insights más importan-

tes del psicoanálisis clásico: que el conflicto intrapsíquico es un rasgo central de la experiencia humana. Algunos como Mitchell (1988), han defendido que el conflicto sigue desempeñando un rol básico en la psicopatología, pero que el conflicto se halla entre diferentes configuraciones relacionales más que entre el instinto y la sociedad. Esto explicaría algunas formas de conflicto (p.ej., el conflicto entre los diferentes valores adquiridos), pero no explicaría el tipo de conflicto para cuya captación fue originalmente diseñada la teoría del impulso (es decir, el conflicto entre los deseos instintivos y los valores socialmente adquiridos).

Desde la perspectiva de la teoría de la emoción puede manejarse el tipo de conflicto contemplado por la teoría clásica. Sin embargo, son necesarios dos perfilamientos teóricos. El primero es que el conflicto intrapsíquico no se contempla como la tensión entre las necesidades de base biológica y los valores socialmente adquiridos sino como la tensión entre dos tipos diferentes de necesidades de base psico-/biológica. En los seres humanos, es difícil hallar instintos de base puramente biológica (Mitchell, 1988). Incluso la sexualidad y la agresión cuentan con significados socialmente condicionados. Incluso los valores socialmente adquiridos pueden ser vinculados con la necesidad de afiliación basada en la biología.

El segundo es la necesidad de ampliar la gama de instintos potencialmente conflictivos más allá de la sexualidad y la agresión hasta abarcar todos los sistemas motivacionales que estén biológicamente programados en la especie humana y que en algunos momentos puedan entrar en conflicto con el sistema de vínculo (p.ej., Lichtenberg, 1989). Así por ejemplo, un individuo puede aprender que la alegría, la curiosidad, el orgullo o la tristeza son amenazantes para la afiliación y aprender a disociar los aspectos relevantes de la auto-experiencia (Safran & Segal, 1990).

El funcionamiento sano implica la integración de la información afectiva con un nivel más alto de procesamiento cognitivo a fin de actuar de un modo basado en una necesidad de origen orgánico pero sin estar determinado por la acción refleja (Greenberg & Safran, 1987; Leventhal, 1984; Safran & Greenberg, 1991). Así, por ejemplo, un individuo puede ser consciente de su ira hacia alguien, pero juzgarla imprudentemente para responder agresivamente. Los individuos con dificultad para acceder a la gama plena de su experiencia emocional suelen

estar privados de información importante. Pueden suprimir o no movilizar un sistema motivacional que pudiera ser adaptativo en un contexto específico. Por ejemplo el individuo con dificultad para expresar ira puede fracasar en la movilización de una agresión adaptativa. El individuo con dificultad para experimentar sentimientos más vulnerables puede no satisfacer las necesidades sanas de protección. Una segunda consecuencia del proceso de disociación de la experiencia emocional es la posibilidad de que se produzca una incongruencia entre las propias acciones y la experiencia subjetiva. Como la activación de un sistema motivacional no depende de la experiencia consciente, no es infrecuente que las personas sólo dispongan de una conciencia parcial del impacto que producen en los demás. Así, por ejemplo, el individuo que disocia los sentimientos de ira puede actuar agresivamente a pesar de todo y evocar agresión en respuesta. Este tipo de comunicación con doblez (Kaiser, 1965) puede desempeñar un rol importante en la psicopatología y en el tipo de complejas rupturas de la alianza que se producen en la terapia.

Aproximación y comunicación afectiva

Desde los comienzos de la teoría psicoanalítica ha existido interés en el fenómeno de la valoración inconsciente y de la comunicación. Sandor Ferenczi (1915) inicialmente describió un fenómeno al que se refería como "los diálogos del inconsciente... donde los inconscientes de dos personas se comprenden completamente a sí mismos y entre sí sin la más remota idea de esto por parte de la conciencia de ninguno" (p. 109). Freud, Ferenczi y Anna Freud realizaron conjuntamente experimentos de "pensamiento-transferencia" (Hidas, 1993). Ferenczi creía que el trabajo psicoanalítico podía ser fortalecido mediante la libre asociación del analista para leer el inconsciente del paciente (Stanton, 1990).

Theodore Reik (1948) dedicó páginas a escribir sobre los procesos inconscientes a través de los cuales se configuran opiniones. Defendía que los procesos de valoración inconsciente contribuyen considerablemente más que las percepciones conscientes a nuestra impresión relativa a los demás.

Recordamos detalles del atuendo y peculiaridades en los gestos de otra persona, sin acordarnos de ellos; algunos aspectos menores, una sensación olfativa; una sensación táctil mientras estrechábamos manos, observada muy vanamente; calor, humedad aspereza o suavidad de la piel; el modo en que mira –de todo esto no somos plenamente conscientes y sin embargo influye sobre nuestra opinión. Los movimientos más mínimos acompañan a cualquier proceso de pensamiento; las contracciones musculares en la cara o en las manos y los movimientos de los ojos nos hablan al igual que las palabras. (p. 135)

Paula Heimann (1950) subrayó también la importancia de las emociones y procesos inconscientes del terapeuta al comprender al paciente. Heimann defendía que las emociones activadas en el terapeuta se encuentran mucho más próximas que el razonamiento al núcleo del problema, o por decirlo de otro modo, la percepción inconsciente que recibe el terapeuta del inconsciente del paciente es más precisa y anterior que su concepción consciente de la situación. Muchos analistas contemporáneos (p.ej., Gabbard, 1995; Ogden, 1979; Joseph, 1989; Davies, 1996) sostienen que el mecanismo a través del cual se produce tal percepción y comunicación inconsciente es la *identificación proyectiva*. Consideran que los pacientes presionan a los terapeutas a actuar de acuerdo con los aspectos proyectados de sí mismos y al hacerlo inconscientemente comunican aspectos disociados de su propia experiencia.

La teoría e investigación recientes sobre la emoción puede arrojar un poco más de luz sobre los mecanismos a través de los cuales se producen la valoración y comunicación inconscientes. En primer lugar, con respecto a la percepción inconsciente, las emociones nos proporcionan una valoración rápida y económica de lo que los acontecimientos y las interacciones interpersonales significan para nosotros como organismos biológicos. Son una forma de significado tácito e inarticulado en la medida en que nos informan del sentido de las cosas en términos de las acciones para cuya ejecución estamos dispuestos. Sintetizan una compleja cantidad de información que se procesa en el ámbito inconsciente y que resulta en una valoración rápida y condensada, pero también sofisticada (Greenberg & Safran, 1987; Safran & Greenberg, 1991). Así por ejemplo, un sentimiento o recelo evocado por otra persona puede basarse en claves múltiples que se perciben inconscientemente, como el tono de voz, la calidad del contacto ocular y la postura.

El fenómeno de la comunicación inconsciente es menos misterioso cuando reconocemos el papel central que desempeña la emoción en las interacciones humanas. Diferentes emociones se vinculan con distintas conductas expresivo-motoras. En este momento la prueba empírica más determinante se relaciona con el vínculo entre la expresión facial y la emoción, aunque también puedan existir otros vínculos coherentes (p.ej., Ekman, 1993). Aunque es abundante la controversia entre los teóricos e investigadores de la emoción sobre la relación funcional entre la emoción y la expresión no verbal (p.ej., ¿La experiencia subjetiva de la emoción está parcialmente generada por el feedback facial?); también es considerable el acuerdo relativo a que los aspectos expresivo-motores de la emoción, particularmente la expresión facial, influyen significativamente en la comunicación interpersonal. Esto, evidentemente, tiene sentido desde el punto de vista evolutivo, dado que la comunicación y la cooperación son esenciales para la supervivencia de la especie. La comunicación verbal capacita al individuo para realizar intercambios abstractos y simbólicos, sin embargo es considerablemente menos rápida y económica que la comunicación no verbal. Además es vulnerable al disimulo.

Aunque la emoción aporta al individuo un monitor de sus propias disposiciones a la acción, las conductas expresivo-motoras asociadas con ella aportan a los demás una lectura continua de estas mismas disposiciones a la acción. Este proceso de lectura de las muestras afectivas de los demás podría contener algún elemento consciente, pero en su mayor parte se produce fuera de la conciencia, del mismo modo que se producen otras valoraciones afectivas. Así, por ejemplo podríamos valorar inconscientemente la disposición agresiva de los demás hacia nosotros y enfurecernos en consecuencia (es decir, estar preparados para devolver la agresión) sin ser plenamente conscientes ni de nuestra disposición a ser agresivos ni de las claves a las que estamos respondiendo. Además, podríamos responder inconscientemente a una disposición a actuar de la que el otro es inconsciente. Como sugiere Brian Parkinson (1995) en su revisión de la literatura sobre la comunicación afectiva, “las reacciones momento a momento a las muestras de otra persona no están mediadas por ninguna conclusión emocional consciente relativa al significado de estas expresiones, sino que son parte de la propia implicación hábil y automatizada en la vida interpersonal y de la propia armonía ecológica con los aspectos dinámicos desplegados de la situación” (p. 279).

¿Cómo influye esto sobre el proceso psicoterapéutico en general y sobre las rupturas de la alianza terapéutica en particular? Pacientes y terapeutas razonan siempre a niveles percibidos por el cuerpo. El núcleo del proceso terapéutico implica la comunicación afectiva tanto del nivel consciente como del inconsciente. Éste es un proceso complejo y multidimensional. La capacidad del terapeuta para armonizar con la experiencia emocional inarticulada del paciente desempeña un papel básico en el desarrollo inicial de la alianza. También le capacita para ayudar a los pacientes a articular aspectos de su propia experiencia afectiva que son de naturaleza tácita. Esto es particularmente importante porque el afecto aporta información que es crítica para el funcionamiento adaptativo. También es importante porque la simbolización de la experiencia afectiva es una parte fundamental del proceso de construcción de sentido. La capacidad del terapeuta para prestar atención y simbolizar su propia experiencia emocional también le permite elucidar las sutiles y, algunas veces, contradictorias disposiciones a la acción que los pacientes evocan en él. Como veremos más adelante, esto nos abre las puertas de la interpretación y de la comprensión de los complejos y confusos procesos interaccionales asociados con las rupturas de las alianzas. Por último, la capacidad del terapeuta para resonar ante las emociones más dolorosas del paciente y tolerar las emociones intensamente dolorosas y amedrentadoras que evocan en él durante las rupturas de la alianza terapéutica y los tiempos muertos del tratamiento puede ser, de por sí, transformadora para los pacientes. Como se comentará en breve, este tipo de contención (por utilizar un término de Bion), mediante el cual el terapeuta procesa emociones evocadas en él por los pacientes de una forma no defensiva, puede constituir un modo muy poderoso de ayudarles a aprender que las relaciones no necesariamente se destruirán por sentimientos dolorosos, agresivos o potencialmente divisivos y que también ellos pueden sobrevivir a tales sentimientos.

Comprender y experimentar / insight y conciencia

La cuestión de qué mecanismo es más importante para el cambio, la *comprensión* o la *experimentación* nuevas se remonta a los comienzos del psicoanálisis, cuando analistas como Ferenczi y Rank criticaron a Freud

por sus tendencias intelectuales. Aunque durante el apogeo de la teoría analítica clásica se subrayaba el papel de la nueva comprensión a expensas de la nueva experiencia, en épocas recientes se ha producido un cambio decisivo para restablecer este desequilibrio (véase Wallerstein, 1995). La comprensión conceptual influye decisivamente para ayudar a las personas a cambiar, sin embargo, en ausencia de experiencia nueva la terapia sigue siendo un ejercicio intelectual. La nueva experiencia puede adoptar múltiples formas.

Una de éstas formas de nueva experiencia se produce a través de la relación con el terapeuta. Trabajando en cooperación con el paciente para descubrir cómo contribuyen ambos en la interacción, el terapeuta puede proporcionar al paciente una nueva experiencia interpersonal constructiva que desafía los esquemas relacionales existentes del paciente. Esta proposición básica, que puede encontrarse en su forma más primitiva en el trabajo de Ferenczi (1932) se ha convertido en núcleo del pensamiento relacional contemporáneo. Una segunda forma de experiencia nueva conlleva una nueva conciencia de la experiencia interna que previamente había estado rechazada. Por ejemplo un paciente que contacta sentimientos de ira o tristeza que previamente habían sido ignorados recibe una prueba irrefutable sobre un aspecto de su experiencia que podría cambiar su auto-concepto. Una tercera forma de experiencia nueva implica llegar a ser consciente de un aspecto de las propias acciones que previamente se producía fuera de la conciencia. Por ejemplo, un paciente que se aísla de un modo auto-protector llega a ser consciente de este acto en el momento en que se produce. Una nueva experiencia vinculada con la anterior implica llegar a ser consciente de los propios procesos defensivos según se estén produciendo. Por ejemplo, el paciente que intelectualiza llega a ser consciente de la evitación intelectualizada de la experiencia emocional según se esté produciendo. Una última forma de nueva experiencia implica la conciencia presente de algún aspecto de la propia construcción de la realidad en el momento en que se produce. Por ejemplo, un paciente adquiere conciencia de denigrarse a sí mismo en el momento en que se produce este hecho.

Relacionada con esta distinción entre comprensión y experimentación se halla la diferenciación entre *insight* y *conciencia*. La conciencia puede distinguirse del insight en que implica una conciencia directa de la

experiencia o de las acciones inmediatas más que como reflexión retrospectiva sobre ellas. Aunque la reflexión retrospectiva sobre aspectos de la propia experiencia puede influir en el proceso de cambio, no es suficiente en sí misma. Las nuevas posibilidades sólo surgen a través de la conciencia inmediata de la experiencia.

Uno de los problemas de muchas de las disquisiciones sobre el rol del insight en el proceso de cambio es la falta de claridad sobre el significado del término. La mayoría de los terapeutas coinciden en que el insight tiene algo que ver con la adquisición de nueva conciencia. Sin embargo la cuestión perenne es cuál es el tipo de adquisición de conocimiento que se relaciona con el cambio. El modo tradicional de responder a esta cuestión ha conllevado la distinción entre el insight intelectual y el emocional. James Strachey (1934), por ejemplo, ya se refirió a la importancia de la inmediatez emocional en el proceso de cambio. Sugería que para ser efectiva una interpretación "debe ser emocionalmente 'inmediata': el paciente debe experimentarla como algo real" (p. 333). Según él, para que la interpretación sea emocionalmente inmediata debe estar dirigida a una experiencia emocional que se activa en ese momento, típicamente en forma de un sentimiento que el paciente tiene hacia el terapeuta. Sin embargo, Strachey entendía que este proceso se basaba en una teoría del impulso que es rechazada por muchos teóricos contemporáneos.

El reconocimiento de que la mente humana está incorporada en el cuerpo (Damasio, 1994; Gibson, 1979; Shaw & Bransford, 1977; Varela, Thompson & Rosch, 1991; Weimer, 1977) ofrece una alternativa para examinar la cuestión en términos más contemporáneos. Como sugiere la teoría de la emoción, existe una conexión intrínseca entre conocimiento y acción. La mente humana ha evolucionado en sus características distintivas debido a su importancia para la acción adaptativa en el mundo real, y el pensamiento, el sentimiento y la acción son aspectos interdependientes del mismo proceso. Esto se contrapone al punto de vista más comúnmente defendido en la psicología occidental según el cual la mente se concibe como un tipo de máquina de pensamiento que reside en la cabeza. En su lugar, en la actualidad se entiende que el pensamiento es un proceso encarnado. Nosotros sabemos cosas no sólo a través de nuestras cabezas sino también a través de nuestras acciones y a través de nuestra experiencia orgánicamente percibida.

Existe un aspecto importante de la adquisición del conocimiento que conlleva la adquisición de una sensación orgánicamente percibida, o a lo que Eugene Gendlin (1991) se refiere como "sensibilidad corporal". Constantemente procesamos el sentido de una situación a un nivel de sensaciones corporales y actuamos a partir de esta sensibilidad corporal de un modo continuo. Este conocimiento orgánicamente percibido se integra con un nivel superior de cognición a través de una compleja combinación de actividades de procesamiento de información y el producto de esta integración es la experiencia subjetiva de la emoción (Greenberg & Safran, 1987; Leventhal, 1984). Como se ha señalado previamente, la emoción aporta así un tipo de función integradora, en el sentido de que integra tanto la actividad cortical más abstracta y superior con la sensibilidad corporal de un nivel inferior o la conducta perceptivo-motora (véase Leventhal, 1984).

Este tipo de integración es imprescindible y como el proceso de conocimiento se produce a varios niveles, es posible que alguien sepa algo a algún nivel sin conocerlo en otro nivel. Por ejemplo es posible que alguien tenga una sensación orgánicamente percibida de algo sin conocerlo a un nivel conceptual. Albert Einstein defendía que él había conocido la teoría de la relatividad al nivel de la sensación que le producía en el estómago antes de ser capaz de articularla a un nivel matemático y conceptual (Holton, 1971). Algunos han defendido que el proceso creativo conlleva siempre el reconocimiento del conocimiento orgánicamente percibido y su articulación en un nivel más conceptual (p.ej., Briggs, 1988; Polanyi, 1966).

En el dominio clínico, la discrepancia entre los niveles puede provocar la alineación del self. Por ejemplo, un paciente experimenta sentimientos de tristeza o ira a un nivel de percepción orgánica, pero carece de la conciencia conceptual. En esta situación, el insight de naturaleza terapéutica, o *conciencia*, conllevaría la integración de la conciencia conceptual con el nivel de experiencia orgánicamente percibida. Conviene señalar que no sugerimos que este tipo de integración requiera sólo el descubrimiento de conocimiento que ya está presente en nuestros cuerpos, ni la transferencia de información codificada en una modalidad a otra modalidad. En consonancia con el punto de vista de Gadamer (1960), creemos que es más útil contemplar el nuevo significado deriva-

do de la reflexión relativa a la experiencia orgánicamente percibida como algo descubierto y construido (véase también Stern, 1997).

Es posible saber algo a un nivel conceptual pero no a un nivel de percepción orgánica. Por ejemplo, alguien puede ser un conocedor excelente de todas las sutilezas del esquí a nivel conceptual y sin embargo ser un desastre cuando se coloca en las pistas. Evidentemente disponer de la comprensión teórica relativa a cómo esquiar puede ser útil al aprender a hacerlo. Sin embargo, no existe forma de sustituir el aprendizaje experiencial. Uno necesita disponer de la "sensación" para efectuar un giro paralelo bien ejecutado. La comprensión conceptual de este proceso es, en el mejor de los casos, y empleando una expresión de Alfred Korzybski (1933) un "mapa del territorio real".

Del mismo modo, cuando nos referimos a la terapia, la comprensión conceptual del modo en que uno construye su propia realidad a través del pensamiento y de la acción no trae consigo un cambio real. La paciente puede disponer de la comprensión conceptual del modo en que se protege a sí misma del abandono, y sin embargo no ver cómo lo hace en el momento presente con el terapeuta. Al final, cada uno debemos experimentar lo que estamos haciendo a un nivel orgánicamente sentido.

Como sugiere Gendlin (1991), el conocimiento orgánicamente percibido es siempre interactivo y conlleva interacciones para la acción. A diferencia del pensamiento conceptual, que inevitablemente está desprendido de la acción, del conocimiento orgánicamente percibido se derivan siempre implicaciones para el siguiente paso en el presente. Cuando una persona percibe un sentimiento nuevo, éste le aporta una información irrefutable sobre el significado real para ella, como organismo en su totalidad, de la configuración situacional completa, y este significado tiene implicaciones para la acción. Cuando un individuo dispone de lo que tradicionalmente se ha venido denominando "un insight emocional", las cosas se ven de un modo nuevo, de una forma que se vincula con la experiencia vivida en el momento. El insight o conciencia emocional implica así la revaloración de un acontecimiento o experiencia de un modo que llegue "al sentido de esto para mí ahora". Decir que un individuo dispone de una conciencia emocionalmente inmediata en el presente, implica que está viendo cosas desde una nueva pers-

pectiva como organismo integrado en su totalidad. Refleja el hecho de que el individuo sabe algo de forma diferente como organismo encarnado en interacción con el medio.

Este tipo de cambio experiencial no completa un proceso de cambio. En lugar de eso, establece una base experiencial de conciencia orgánicamente percibida en diferentes contextos y para momentos futuros. Sin embargo, la generalización de esta conciencia a otras ocasiones no es el proceso conceptual. Conlleva la disciplina de mantener la conciencia en el presente.

Observación participativa y participación observada

Harry Stack Sullivan (1965) adoptó originalmente el término "observador participante" de la sociología y de la antropología para referirse a la postura observacional que el terapeuta debería adoptar a fin de aprender sobre el campo interpersonal que está siendo coconstruido en la diada paciente-terapeuta. Evidentemente, la necesidad de este tipo de postura observacional se basa en el axioma según el cual el observador influye inevitablemente sobre el observado. Como tal, no existe el observador neutral o imparcial ni un fenómeno (es decir, el paciente) que exista y pueda ser observado independientemente del observador. A pesar de la confirmación de la teoría del campo de Sullivan, su práctica clínica seguía reteniendo una inclinación positivista. Creía que al terapeuta le era posible considerar su propia contribución a la interacción y, en cierto modo, mantenerse fuera de ella y funcionar como experto en las relaciones humanas. A diferencia de la mayoría de los analistas que se centraban en el análisis de la transferencia, el foco de atención de Sullivan se hallaba fuera de la relación terapéutica.

Interpersonalistas posteriores, como Clara Thompson (1950) y teóricos como Benjamín Wolstein (1959) y Edgar Levenson (1972) comenzaron a centrarse más explícitamente en el aquí y ahora de la relación terapéutica. A este respecto, aproximaron la práctica interpersonal a la corriente psicoanalítica, pero con la innovación adicional que conllevaba el reconocimiento de la participación plena del terapeuta en el campo interpersonal. En años recientes, este tipo de énfasis en la mutuali-

dad de la relación terapéutica también ha surgido en el trabajo de freudianos contemporáneos como Owen Renik (1995), Judith Chused (1991) y Jam McLaughlin (1991). Gran parte del énfasis de los freudianos contemporáneos en la mutualidad de la relación terapéutica parece estar cristalizándose alrededor del concepto de *puesta en escena* (p.ej., Jacobs, 1986), concebida como una situación interaccional de dos partes que se deriva de las fuentes inconscientes tanto del paciente como del terapeuta.

Aunque muchos teóricos psicoanalíticos contemporáneos convergen en atribuir cierto grado de mutualidad a la relación terapéutica, existe una considerable variación en el peso concedido a las contribuciones del paciente frente a las del terapeuta y en la comprensión del grado en que el terapeuta pueda llegar a entender plenamente sus propias contribuciones. El término "participante-observador" (opuesto a observador-participante) fue introducido por Erich Fromm (1964) para defender que la participación no atestiguada del terapeuta en la puesta en escena es al mismo tiempo inevitable y deseable (véase también Hirsch, 1996). En este mismo orden, Wolstein (1975) sugiere el término "coparticipante" para subrayar el mismo punto. Esta perspectiva defiende que la contra-transferencia es el estado regular de acontecimientos y no una aberración periódica y que la comprensión que tiene el terapeuta sobre la naturaleza de su propia participación se produce, a menudo, tras el hecho y es, en el mejor de los casos, sólo parcial (p.ej., Aron, 1996; Mitchell, 1993; Renik, 1995).

Intersubjetividad

El movimiento hacia la psicología bipersonal y la creciente atención prestada a la experiencia y participación del terapeuta también se han visto marcados por la proliferación de perspectivas que, a menudo, han sido descritas como "intersubjetivas" (véase Aron, 1996) y algunas veces como "relaciones de sujeto" (véanse Bollas, 1987; Kennedy, 1997). Estas perspectivas constituyen un alejamiento del punto en el que se veía la relación terapéutica en términos de puesta en escena discreta que implica una transferencia y contratransferencia (donde la dirección de la

influencia es fundamentalmente del paciente al terapeuta y se sobreentiende que lo que experimenta el paciente está distorsionado y es irracional) para considerarla como una interacción continua de subjetividades diferentes. Aunque este tipo de interacción entre subjetividades es parte del proceso continuo del tratamiento, es particularmente sobresaliente durante la negociación de las rupturas de la alianza.

La idea de la intersubjetividad ha sido articulada por varias tradiciones y aplicada de diversas formas. Por ejemplo, sobre la base de su investigación con niños jóvenes Daniel Stern (1985) describió el curso de desarrollo de los niños mientras adquirían la capacidad para reconocerse entre sí como centro de subjetividad diferente con quien puede compartirse un estado subjetivo. Otras investigaciones con niños, como las de Beatrice Beebe y Frank Lachmann (1992), se han centrado en las formas en que los estados subjetivos de la madre y del niño se comunican y regulan interpersonalmente. El énfasis de su trabajo parece hallarse más en la regulación o influencia mutua que en el reconocimiento mutuo (por contraste con teóricos como Jessica Benjamín, a quien nos referiremos más adelante).

En la literatura sobre psicoterapia, Robert Stolorow y sus colaboradores (Atwood & Stolorow, 1984; Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow, Brandchaft & Atwood, 1994), así como también Joseph Natterson (1991) han usado la idea de la intersubjetividad en su ampliación de la teoría del self psicológico. La consideran como un término que describe el campo psicológico entre el paciente y el terapeuta, es decir, "la interacción entre mundos subjetivos diferentemente organizados" (Atwood & Stolorow, 1984, p. 41), "la influencia recíproca de las subjetividades conscientes e inconscientes" (Natterson, 1991) de las dos personas en la relación. Como señalaban Beebe y Lachman, lo importante aquí es la regulación mutua.

El concepto de intersubjetividad de Jessica Benjamín (1988, 1990) integra diversas perspectivas y aporta un punto de vista comprensivo del reconocimiento y regulación mutua en la situación psicoterapéutica. Influída por la crítica psicoanalítica feminista, Benjamín desafía el punto de vista psicoanalítico tradicional de la madre como objeto para los impulsos y necesidades del bebé. Manifiesta que el niño debe reconocer a la madre como sujeto diferente con su propio mundo experiencial, sus

intenciones y deseos, y que la capacidad para tal reconocimiento es un logro evolutivo. Adaptando la frecuentemente citada afirmación de Freud sobre el objetivo del psicoanálisis, Benjamin sugiere, "Donde estuvieron los objetos deberán estar los sujetos" (1990, p. 34).

En sus ideas sobre la situación analítica se puede apreciar con nitidez la influencia de teóricos críticos como Jürgen Habermas (1971) quien empleaba el término "intersubjetividad" al contrastar las relaciones sujeto-sujeto con las relaciones sujeto-objeto. También se puede observar la influencia de Dorothy Dinnerstein (1976) quien señalaba: "Todo 'Yo' emerge primero con relación a un 'Ello' que no es claramente un 'Yo'. Ese 'yo' de la otra persona es un descubrimiento, un insight logrado con el paso del tiempo" (p. 106). Estas perspectivas, a su vez, reproducen la filosofía "interhumana" del diálogo de Martin Buber (1923), así como ideas de Hegel (1807). Buber contrastó lo que denominaba como la relación "Yo-Usted" con la relación "Yo-Ello". La relación Yo-Usted conlleva el reconocimiento del otro como sujeto. Se caracteriza por la mutualidad, su naturaleza directa, su carácter presente y la ausencia de estratagema. Por contraste, la relación Yo-Ello conlleva relacionarse con el otro como objeto. Se caracteriza por una falta de mutualidad y carácter presente; la relación con el otro se establece en términos de categorías preexistentes más que en sus propios términos. Buber sugería que el reconocimiento mutuo de las subjetividades diferentes, su relación Yo-Usted, coexiste en dialéctica con la relación sujeto-objeto, Yo-Ello. Ambas son necesarias en las relaciones humanas.

Según Hegel (1807), la auto-conciencia o la experiencia de uno mismo como self sólo puede surgir a través del reconocimiento del otro. Sin este reconocimiento, "yo" puedo experimentar acontecimientos pero no puedo disponer de la experiencia de mí mismo como agente experimentador. Por ello somos fundamentalmente dependientes de los otros para experimentar nuestra propia identidad. En este sentido, el otro es un peligro para mí porque amenaza mi auto-suficiencia. Ahí se inicia lo que Hegel denomina el "conflicto del jefe-esclavo". La dialéctica jefe-esclavo se desencadena del siguiente modo. Como no deseo ser dependiente del reconocimiento de los otros para mi sensación de self, trato de controlarlo. El otro trata simultáneamente de controlarme para preservar su propia libertad como conciencia auto-suficiente. Yo puedo asu-

mir una de dos posiciones en esta lucha. O bien asumo la postura del jefe, en consecuencia, controlando al otro, o bien asumo la postura del esclavo, permitiendo así que el otro me controle. El problema reside en que ninguna de estas posiciones es satisfactoria. Si asumo la postura del esclavo, sólo soy importante en la medida en que soy importante para el otro. Consecuentemente no tengo libertad para la existencia ni capacidad para definirme a mí mismo. Sin embargo, si asumo la postura del jefe, privo al otro de la existencia independiente necesaria para confirmar mi existencia como sujeto. Así pues, en esto reside una ironía suprema porque en la misma medida en que logramos nuestro objetivo de poseer y controlar a los demás (o por lo menos convencernos a nosotros mismos de que lo hacemos), aumenta nuestra sensación de soledad.

A diferencia de Stern, Benjamin considera que el logro evolutivo de la intersubjetividad (a saber, el reconocimiento de la subjetividad del otro) no se mantiene constante. Influida por D.W. Winnicott (1965), así como por Buber (1923) y Hegel (1807), defiende que la situación terapéutica debe implicar invariablemente una tensión dialéctica entre relacionarse con el otro como objeto y relacionarse con el otro como sujeto. Este proceso implica continuamente el reconocimiento y la negación del otro como centro de subjetividad diferente. Influida por el pensamiento de Winnicott (1969), Benjamin sostiene que la capacidad para usar al otro como objeto de la propia agresión nos ayuda a experimentar al otro como sujeto independiente (véase Capítulo 3).

En un orden similar, Lewis Aron (1996) ha descrito la intimidad en el encuentro diádico como dependiente del reconocimiento mutuo de la subjetividad diferente de cada uno, pero no coterminal con él (véase Ehrenber, 1992; Singer, 1977; Wilner, 1975; Wolstein, 1994). Para Aron "la intimidad implica la supervivencia y el sostenimiento de una relación a través de la creación y destrucción continua de la intersubjetividad... Requiere apertura mutua, naturaleza directa por ambas partes, interactividad y exposición y riesgo personal" (1996, p. 152). Como se comentará en el Capítulo 3, en las rupturas de la alianza, la capacidad del terapeuta para sobrevivir a las agresiones del paciente y para superar sus decepciones les determinará para ayudarles a experimentar a los otros como sujetos. Esto ayuda a ambos a aceptar mejor las limitaciones del otro y a aceptarse mejor a sí mismos.

Conciencia: la postura observacional y el trabajo interno del terapeuta

Dado el rol central que desempeña la postura observacional del terapeuta en el quehacer terapéutico, sorprende cuán poco se ha escrito al respecto. La afirmación de Freud (1912) de que el terapeuta debería atender a su paciente con "atención flotante" ha sido aceptada como elemento clave por los teóricos psicoanalíticos que le han seguido y, por esta razón, conviene citarle en su totalidad.

Consiste en no hacer ningún esfuerzo por concentrar la atención en nada particular y mantener la misma medida de calma y quietud atenta con respecto a todo lo que uno escucha —de "atención uniformemente suspensa". ... Tan pronto como la atención se concentra deliberadamente en un grado determinado, uno comienza a seleccionar el material que está frente a él; un punto se fijará en la mente con una claridad particular y, consecuentemente, se prescindirá de otros, y en esta selección se seguirán las propias expectativas o las propias inclinaciones. Esto es lo que no debe hacerse. ... Si en esta selección se siguen las propias expectativas existe el peligro de no hallar nunca nada más de lo que ya se sabe, y si uno sigue las propias inclinaciones nada de lo que se perciba será ciertamente falsificado. (pp. 11-112)

Esta prescripción es muy coherente con el estado mental al que nos hemos referido previamente como la "mente del principiante". Se hace hincapié en "cortejar la sorpresa" (Stern, 1997) impidiendo que las propias expectativas dirijan nuestra atención hacia un aspecto seleccionado del material. A pesar del valor de la prescripción de Freud, ésta tiene también limitaciones desde el punto de vista de la práctica clínica contemporánea. La primera se refiere a que no aporta una especificación apropiada de los procesos internos a través de los cuales puede alcanzarse la atención uniformemente suspensa. La segunda, si se sigue con la postura de Freud de la psicología unipersonal, el centro de atención es el paciente, más que la díada paciente-terapeuta. En otras palabras, no es coherente con la postura de la participación observante o de la observación participante.

Theodore Reik (1948), quizá más que ningún otro teórico, trató de elaborar el pensamiento de Freud relativo a la atención uniformemente suspensa para alcanzar un punto de vista más comprensivo sobre la pos-

tura de escucha del terapeuta. Sin embargo, por razones no del todo claras, ha sido completamente ignorado en la literatura psicoanalítica contemporánea. Siguiendo a Freud, defendía la importancia de no permitir que la atención se adhiriera a un aspecto del campo observacional, porque esto limita la capacidad del terapeuta para percibir otros datos potencialmente importantes que se hallen fuera del centro de atención. Además, subrayaba la necesidad de suspender el juicio crítico a fin de permitir que las impresiones efímeras surgieran en la conciencia. Por último insistía en que los terapeutas dirigieran su atención hacia el interior a fin de prestar atención a los datos relevantes que afloraran de su propia experiencia. Defendía que muchos de los matices más sutiles de la comunicación interpersonal se expresan y perciben en niveles inconscientes y que sólo mirando hacia el interior de uno mismo y atendiendo al "tercer oído" el terapeuta llegaría a comprender a sus pacientes.

Aunque convencionalmente se considera que Paula Heimann (1950) es una de las pioneras más importantes en dirigir la atención al rol de la comunicación inconsciente entre el paciente y el terapeuta, Reik ya había examinado este fenómeno en considerablemente más profundidad y había ofrecido numerosas ilustraciones clínicas sobre el modo en que el terapeuta puede profundizar en su comprensión del paciente prestando atención a las impresiones, sentimientos, imágenes y fantasías fugaces que se encuentran en el límite de la propia conciencia.

Como se ha mencionado previamente, el artículo de Wilfred Bion (1967) "Notas sobre la Memoria y el Deseo" fue un intento de articular con más detalle la naturaleza de la instancia observacional del terapeuta (véase también Bion, 1970). La esencia de la postura de Bion era que toda sesión con el paciente debe ser acogida como si fuera la primera, porque asimilar la propia comprensión del paciente a lo que uno ya "sabe" sobre él o lo que dicen las propias teorías, impedirá al terapeuta permanecer abierto a las nuevas posibilidades que puedan surgir. En este mismo orden, señalaba también que el terapeuta debe prescindir de su deseo de lograr cualquier objetivo, porque esto oscurecerá su visión y le impedirá relacionarse plenamente con la inmediatez del momento. Aunque las recomendaciones de Bion son importantes, están escritas de un modo aforístico, sin ninguna articulación relativa al modo de alcanzar esta postura ideal.

Más recientemente, Donnel Stern (1997) ha aplicado creativamente la perspectiva hermenéutica de Gadamer al psicoanálisis para señalar que la comprensión real sólo se produce cuando el terapeuta trabaja para iluminar y desafiar sus propias preconcepciones a través de la "conversación genuina" con el paciente. Sin embargo, su foco de atención se concentra en la descripción de la postura observacional relevante en términos generales sin articular los procesos internos asociados a ella.

Thomas Ogden (1994) se ha referido de un modo particularmente curioso a cómo puede el terapeuta atender a sus propias asociaciones internas ante el material del paciente a fin de profundizar en su comprensión del paciente. Recurre al concepto del "tercer analítico" para justificar el valor informativo de las asociaciones, imágenes y fantasías efímeras del terapeuta. Según este autor el tercer analítico es un tercer sujeto presente en el recinto que está constituido por las contribuciones conjuntas del paciente y el terapeuta. La experiencia interna del terapeuta estará inevitablemente influida por este tercer analítico y así, inevitablemente, dirá algo sobre el terapeuta y el paciente.

Otro reciente examen relativo al rol que desempeña el trabajo interno del terapeuta en el proceso terapéutico puede hallarse en Theodore Jacobs (1991). Este autor presenta testimonios del modo en que el terapeuta puede alcanzar una comprensión empática de las luchas internas del paciente iniciando un tipo de trabajo interno a través del cual se reflexiona sobre las memorias, las emociones y los cambios en el estado del self que han sido evocados y resuenan con las luchas internas del paciente. En el enfoque de Jacobs este tipo de reflexión se produce internamente y no se comparte con el paciente.

Las recomendaciones anteriores sobre la postura observacional del terapeuta pueden ser completadas y ampliadas a través de la literatura sobre la conciencia plena que se ha desarrollado en la psicología budista. La tradición budista de la conciencia plena es un método de auto-exploración altamente sofisticado, que puede ser adaptado para ayudar a los terapeutas a cultivar la postura de observación participante (Epstein, 1995; Rubin, 1996). En contraste con la relativamente escasa literatura psicoanalítica que detalle el proceso implicado en la desarrollo de la postura observacional del terapeuta, la literatura relativa a la con-

ciencia plena es muy vasta, y existen numerosos tratados técnicos sistemáticos y detallados sobre el modo de generar e implementar la destreza de la conciencia plena, remontándose algunos de ellos al siglo uno antes de la era Cristiana.

La tradición de la conciencia plena contiene otro elemento coherente con las necesidades del terapeuta que practica con la sensibilidad del observador participante. En la conciencia plena no se hace hincapié sólo en la observación de la propia experiencia interna en contextos específicos sino también en la conciencia plena sobre la acción. Aunque los ejercicios de conciencia plena más conocidos conllevan la meditación, se enfatiza sobre todo la integración de la conciencia plena en la vida cotidiana y se enseñan diversas estrategias para hacerlo (practicar mientras se pasea o se ejecutan actividades cotidianas como comer o trabajar).

La conciencia plena conlleva dirigir la propia atención para llegar a ser consciente de los propios pensamientos, sentimientos, fantasías o acciones a medida que se producen en ese momento. El objetivo de la conciencia plena es ser consciente y desautomatizar después nuestros modos habituales de estructurar nuestra experiencia a través de actividades y acciones psicológicas automáticas. Cuenta con paralelismos tanto con la atención uniformemente suspensa de Freud y con el ego observante de Richard Sterba.

La conciencia plena implica tres componentes: (1) la dirección de la atención, (2) el recuerdo y (3) la conciencia sin juicios. La dirección inicial de la atención conlleva prestar atención intencionadamente y observar la propia experiencia interna o las acciones. Esto requiere cultivar una actitud de intensa curiosidad sobre la propia experiencia. En la meditación con conciencia plena, el individuo puede cultivar inicialmente la capacidad para prestar atención focalizándola en un objeto (p.ej. la respiración), advirtiendo cada vez que su atención vague y devolviéndola una vez más al foco inicial. Cuando advertimos hacia dónde ha vagado nuestra atención (p.ej., un pensamiento o sentimiento particular), antes de redirigir nuestra atención, desarrollamos la capacidad de observar e investigar sobre nuestra experiencia desde una perspectiva independiente sin estar plenamente inmersos y sin identificados con ella.

El componente del recuerdo también es influyente porque permite al individuo ser consciente de cuándo ha perdido la postura de observador independiente porque ha sido absorbido sin conciencia alguna por un pensamiento, sentimiento o fantasía particular. Se presupone que la atención de las personas saltará constantemente de un motivo a otro y que las personas se perderán en los objetos de su atención (p.ej., fantasías, recuerdos, sentimientos agradables y dolorosos) de un modo continuo. Una vez más la tarea consiste en ser consciente del objeto periódicamente, permitiendo así que se disuelva y devolviendo después la atención a la posición uniformemente suspensa.

El componente de la conciencia sin juicios ayuda a las personas a observar cualquier cosa que surja sin tener que eliminarla de la conciencia y sin perder la postura de la conciencia plena. Aunque la suspensión del juicio crítico se considera esencial, se reconoce que es inevitable que, algunas veces, el individuo sea crítico hacia su propia experiencia o hacia la de los demás. Por ello, no se trata de eliminar completamente el juicio crítico sino de ser consciente de que surge. El proceso de conciencia permite entonces que se disuelva el juicio haciéndolo plenamente consciente y privándole así de su poder y liberando una vez más la atención. *Al nivel más fundamental, lo que surge como particularmente crítico para la postura de la conciencia plena es esta actitud de aceptación.* Los objetos de atención no pueden ser forzosamente eliminados de la conciencia sin crear un lucha interna que los hará más poderosos. Sólo el acto de aceptación consciente priva a los contenidos mentales de su fuerza.

Un producto colateral de la práctica de la conciencia plena es el descubrimiento del *espacio interno*. Esto consiste en soltar las amarras de la adherencia a los propios procesos cognitivo-afectivos —una capacidad para verlos como construcciones de la mente. Esto, a su vez, reduce la experiencia de la constricción generada por la sobreidentificación con tales procesos y permite reflexionar sobre ellos y utilizarlos terapéuticamente. Esta experiencia es similar a lo que teóricos, como Thomas Ogden (1986) y Glen Gabbard (1996), se han referido como el *espacio analítico*, es decir, el estado de “doble conciencia” que permite a los terapeutas estar “absortos en el mundo del paciente al tiempo que mantienen su capacidad observadora” (Gabbard & Wilkinson, 1994, p. 87).

Círculos, ciclos y matrices

La cuestión de por qué persisten las personas en el mantenimiento de patrones cotraproducentes siempre ha sorprendido a los teóricos de la psicoterapia. Un tema central en el pensamiento de los teóricos interpersonales y relacionales es que las personas perciben y modelan inevitablemente las nuevas relaciones sobre la base de nociones preestructuradas relativas al modo de conectarse con las personas. Estas nociones preestructuradas se derivan de la experiencia interpersonal previa. La idea de que las personas cuentan con una motivación primaria hacia la afiliación y la relación se remonta al trabajo de Sandor Ferenczi y Michael Balint y fue más elaborada en el trabajo de teóricos como W.R.D. Fairbairn y Harry Stack Sullivan.

Dada la importancia para la supervivencia que tiene el mantenimiento de la afiliación con los demás, sobre todo en el caso de los bebés, es adaptativo poner en escena la experiencia pasada de un modo que maximice tal posibilidad. En consonancia con esta línea de razonamiento, John Bowlby (1969, 1973, 1980) supuso que los seres humanos desarrollan modelos de trabajo internos que representan interacciones interpersonales relevantes para la conducta de vínculo. Este tipo de modelo de trabajo puede ser considerado como *esquema relacional* o *interpersonal* (Safran, 1984, 1990a, 1998; Baldwin, 1992) que se abstrae sobre la base de interacciones con las figuras de vínculo y que permite al individuo predecir las interacciones de un modo que aumente la probabilidad de mantener la afiliación con estas figuras. Es una representación de las relaciones self-otros, más que una representación del self o una representación del otro. Por ello es de naturaleza intrínsecamente interaccional (una perspectiva que fue anticipada por Fairbairn, 1952). En términos de Daniel Stern (1985) un esquema relacional consiste en representaciones de interacciones que han sido generalizadas (RIGs).

Como defiende Bowlby (1969) los animales de todas las especies están genéticamente sesgados para responder con ansiedad a situaciones estimulares que sirven como claves que se producen de forma natural ante acontecimientos potencialmente peligrosos para tales especies. Como el mantenimiento de la proximidad con otros seres humanos es tan importante para la supervivencia de la especie humana (particular-

mente en el caso de los bebés indefensos que dependen en todo momento de su cuidador para sobrevivir), no es de sorprender que la percepción de una interrupción potencial en una relación interpersonal provoque automáticamente una respuesta de ansiedad en los seres humanos. Así pues, es razonable suponer que los seres humanos están por naturaleza adaptados perceptualmente para detectar cualquier señal relativa a la desintegración potencial de las relaciones interpersonales y están programados para responder con ansiedad. La ansiedad sirve a una función clave porque las conductas y experiencias que se asocian con la interrupción o desintegración de la relación con otros significativos también se identifican como peligrosas y consecuentemente provocan ansiedad.

Aunque la perspectiva del objeto relacional de Fairbairn comparte muchos elementos con el modelo del vínculo de Bowlby, Fairbairn añade a la de Bowlby la perspectiva etológica sobre el vínculo como automático y reflejo subrayando el rol del deseo y del afecto. Este autor retrata con sumo detalle el hambre de vínculo, el anhelo de conexión y la lealtad hacia las ataduras de viejos objetos que impulsan las relaciones humanas (véase Mitchell, 1988).

Según Sullivan (1953, 1956), llegamos a experimentar ciertas características personales que pertenecen al self a través de las valoraciones reflejadas por los otros. Estas características que son valoradas por los otros significativos llegan a personificarse como self (lo "bueno de mí" en términos de Sullivan) y se valoran positivamente, mientras que las experiencias y características que se asocian con un grado moderado de interrupción en las relaciones interpersonales significativas (y por lo tanto con un grado moderado de ansiedad) también se personifican como parte del self, pero se consideran negativamente. Sullivan se refería a estos sentimientos, experiencias y características como el "malo de mí". En el extremo final del continuo se encuentran los sentimientos, características y experiencias que en el pasado se han asociado con una interrupción severa en las relaciones interpersonales significativas. Debido a la intensa ansiedad asociada con estas experiencias, se obstruye el procesamiento de información relativa a las mismas, tanto la externa (reacciones de los demás) como la interna (pensamientos y sentimientos) y tal información no se codifica bien en la memoria. Por esta razón, las características y las experiencias asociadas con la ansiedad extrema no se inte-

gran bien en la memoria con otra información y no se representan como parte del self. Sullivan se refiere a las experiencias y características de este tipo como el "no yo". Es importante recordar que estos aspectos diferentes del self no son estructuras estáticas y discontinuas sino aspectos continuos cambiantes de la experiencia que están influidos por el contexto relacional presente en cada momento.

Los esquemas relacionales modelan las relaciones de las personas con sus mundos internos y externos sobre una base continua. Constituyen los cimientos para los patrones intrapsíquicos e interpersonales que se representan repetidamente, patrones a los que otros se refieren como *árculos viciosos* (Horney, 1950; Strachey, 1934; Wachtel, 1997) y que previamente hemos descrito como *ciclos cognitivo-interpersonales* (p.ej., Safran, 1984b; Safran, 1990a, 1990b; Safran & Segal, 1990). Stephen Mitchell (1988) emplea el término *matriz relacional* para referirse al ciclo auto-perpetuante del individuo en sus representaciones internas, acciones y acciones características de los otros. Estos esquemas relacionales estructuran nuestras relaciones con los demás de varios modos:

1. Las personas actúan de acuerdo con una auto-definición rígida a fin de mantener la afiliación con los otros. Por ejemplo, el individuo que ha aprendido que la afiliación es contingente con ser de utilidad y responsivo a las necesidades de los demás puede adoptar sistemáticamente el rol de ayuda en sus relaciones con los demás. Seleccionará amigos y parejas que se hallen cómodos desempeñando el rol recíproco y socializarán con otros de modo que esperen de él que muestre ese rol. En consecuencia es poco probable que establezca relaciones con personas que respondan a sus propias necesidades emocionales y esto confirmará su creencia de que necesita ser un "ayudante" a fin de mantener afiliación y relación.
2. Las personas actúan de un modo característico en respuesta a los fracasos o errores que anticipan o elicitan en los otros. Por ejemplo el individuo que anticipa que los demás serán hostiles mostrará una disposición a interpretar las acciones como hostiles y actuará con hostilidad preventiva y auto-protectora elicitando así la hostilidad esperada. Esto evoca ira en los demás y confirma así su expectativa de abandono.

3. Las personas que creen que la afiliación es contingente con un modo de ser coherente con su auto-definición rígida disocian aspectos de su experiencia coherentes con tal auto-definición. Los aspectos disociados de la auto-experiencia nunca se expresan a través de la propia conducta o acciones no verbales. La comunicación incongruente que se deriva produce respuestas características de los otros que confirman las propias expectativas de las interacciones self-otros (la configuración relacional de los aspectos individuales). Por ejemplo, el individuo que disocia los sentimientos de ira comunicará ira, a pesar de todo, a través de sus acciones y de sutiles señales de su conducta no verbal. Otras personas responderán a la ira disociada que se les comunica con su propia ira, a menudo sin ser conscientes de a qué están respondiendo. Así se produce una misificación confusa en la relación sobre lo que está sucediendo a ambos miembros de la interacción (Laing, 1969; Levenson, 1992). El individuo que disocia su ira se experimenta como víctima y como injustamente atacado por el individuo que responde a la ira disociada. Esto intensifica sus sentimientos de dolor e ira, que siguen siendo disociados y comunicados de forma incongruente y rechazada. El individuo que responde a la comunicación incongruente puede concluir la comunicación en un estado de confusión similar al de la primera persona.

4. Cuando las personas presentan sentimientos o pensamientos incipientes que se experimentan como amenazantes para la relación, tratan de manejarlos mediante operaciones defensivas. Estas operaciones defensivas, a su vez, elicitán de los demás ciertas reacciones predecibles que confirman sus modelos de trabajo relativos a las interacciones self-otros. Por ejemplo el individuo que anticipa que el otro le abandonará cuando esté vulnerable, se defiende de la tristeza y presenta un frente calmado y racional. Esto distancia a las personas y reduce la posibilidad de que respondan de un modo protector. Lo que a su vez confirma su creencia de que los sentimientos vulnerables son inaceptables.

Más allá de la contratransferencia

Con el paso del tiempo en la perspectiva psicoanalítica relativa a la contratransferencia se ha producido un cambio significativo. Freud (1910) conceptualizó originalmente los sentimientos de contratransfe-

rencia como las reacciones inconscientes del terapeuta ante los pacientes, reacciones que reflejan conflictos personales del terapeuta que necesitan ser resueltos. Los sentimientos de contratransferencia fueron, por ello, considerados como obstáculos que debían ser superados para la terapia. Este punto de vista sobre la contratransferencia, al que Otto Kernberg (1965) se refirió como la "perspectiva clásica", ha dado paso a lo que el mismo autor ha denominado la "perspectiva totalista". La perspectiva totalista defiende que los sentimientos de contratransferencia pueden aportar al terapeuta información valiosa sobre el paciente. Como se ha mencionado previamente, Paula Heimann (1950) ha sido acreditada como la primera en reconocer el valor potencial de los sentimientos de contratransferencia del terapeuta a modo de fuente de información sobre el paciente. Esta autora considera que la comprensión inconsciente del terapeuta sobre el paciente es superior a su comprensión consciente y que al atender a los sentimientos evocados por el paciente podría lograr acceso a esta comprensión inconsciente. Aunque esta autora no era partidaria de compartir con el paciente los sentimientos evocados en la terapia, otros autores como Margaret Little (1951) y Winnicott (1947) defendieron la auto-revelación prudente de los sentimientos de contratransferencia.

Heinrich Racker (1953, 1968) se refirió extensamente al uso terapéutico de los sentimientos de contratransferencia y defendió que toda situación de transferencia provoca una respuesta de contratransferencia correspondiente. Según él, los sentimientos de contratransferencia pueden reflejar la identificación del terapeuta con los objetos internalizados del paciente o con aspectos inconscientes del self del paciente y como tal pueden aportar información valiosa sobre el paciente. Creía que la falta de conciencia de los propios sentimientos de contratransferencia conduce a la repetición del círculo vicioso que es característico de cada paciente, mientras que la conciencia de los propios sentimientos de contratransferencia puede conducirnos a profundizar en la comprensión del paciente. Racker fue menos específico en sus descripciones de la apertura de la contratransferencia, aunque pudo imaginar algunas situaciones en las que podría ser de gran valor. Otros proponentes históricamente notables de una perspectiva totalista sobre la contratransferencia fueron Ralph Greenson (1974), Joseph Sandler (1976) y Merton Gill (1982).

En años recientes, cada vez ha sido más común entender la contra-transferencia en términos del concepto de identificación proyectiva. Aunque Melanie Klein (1975) utilizó originalmente el concepto para referirse exclusivamente a los procesos intrapsíquicos del paciente, los seguidores de Klein, particularmente Bion (1962), elaboraron el concepto en una dirección más interpersonal. Ogden (1962), entre otros, ha popularizado el concepto de identificación proyectiva en los círculos norteamericanos. Común a la mayoría de las conceptualizaciones sobre la identificación proyectiva es el punto de vista de que el paciente proyecta aspectos indeseados del self sobre el terapeuta y, de un modo u otro, empuja u obliga a éste a experimentar sentimientos enajenados y a actuar de acuerdo con la proyección. Si el terapeuta es capaz de contener la proyección y metabolizar la experiencia (por usar una metáfora de Money-Kyrle [1956]), el paciente es capaz de recuperar los aspectos enajenados del self de un modo destoxificado. Además se cree que como los sentimientos del terapeuta pueden proyectarse sobre él por el paciente, éstos pueden ser fuente de información de incalculable valor relativa a los sentimientos incoados que el paciente disocia y a los que no se podría acceder de otro modo.

En el siguiente ejemplo sintetizado de Ogden (1982) se ilustra el uso terapéutico del concepto de identificación proyectiva:

El Sr. C., un hombre casado de 29 años de edad, trabajaba como corredor de bolsa. Al comienzo del segundo mes de tratamiento, un miembro más veterano de la correduría en la que trabajaba el paciente y que había sido mentor del Sr. C., dejó la firma para trasladarse a otro puesto. Durante la misma época el terapeuta percibió que el Sr. C. comenzaba a llenar las sesiones con un monólogo continuo que producía el efecto de excluir al terapeuta. En las siguientes semanas el Sr. C. comenzó a hablar sobre sus fantasías relativas a que el terapeuta no era particularmente competente o satisfactorio. También comenzó a criticar al terapeuta de otras formas, como por ejemplo diciéndole que se sentía "muy macho" y atlético en comparación con el terapeuta y que imaginaba que podría ganarle en cualquier deporte. El Sr. C. admitía sentirse culpable y con temor a herir al terapeuta, pero el patrón reaparecía a pesar de todo.

El terapeuta empezó a ser cada vez más consciente de sus propios sentimientos de impotencia y "pensó que sus propios sentimientos de inadecuación con relación a su padre podrían estar siendo reavivados a través de la interacción con su paciente. Sin embargo, a medida que el terapeuta meditó más sobre los cambios que se habían producido en el paciente durante los dos meses previos, y sobre los intensos sentimientos de inadecuación y castración, comenzó a considerar la posibilidad de que sus propios sentimientos hubieran sido evocados en gran medida por el paciente como componente de una identificación proyectiva que implicaba los sentimientos de inadecuación del paciente con relación a una figura transferencial paterna" (p. 49). Esta comprensión de la situación se vio facilitada porque el terapeuta sabía que el padre del paciente había sido muy altivo e imperioso.

Según Ogden, la conceptualización de lo que se producía en términos de identificación proyectiva aportó al terapeuta el espacio psicológico que necesitaba para reflexionar más cautelosamente sobre la naturaleza de lo que se estaba representando en la relación. Antes de comprender la naturaleza de la proyección, los intensos sentimientos de inadecuación y vergüenza del terapeuta le impedían trabajar productivamente. Sin embargo, defiende Ogden, "la perspectiva de la identificación proyectiva permitió al terapeuta hacer uso de sus sentimientos para comunicar su comprensión de la transferencia y no sólo para ampliar su comprensión de sí mismo o impedir que sus propios conflictos interfirieran con la terapia" (p. 49). El terapeuta comenzó a considerar la posibilidad de que sus propios sentimientos de inadecuación fueran una proyección de los sentimientos conflictivos del paciente sobre la dependencia e inadecuación con relación a figuras paternas. Éstos, supuso, habían sido provocados por el cese y marcha del mentor del paciente y afloraron en la relación de transferencia.

Existen algunas críticas sobre el concepto de identificación proyectiva desde una perspectiva interpersonal más purista. Aron (1996) considera la extensión del concepto de identificación proyectiva en una dirección más interpersonal como una estrategia retórica que permite el reco-

nocimiento de elementos interactivos dentro de la teoría psicoanalítica ortodoxa (y tradicionalmente psicología unipersonal). Otra crítica se refiere a la ambigüedad y falta de claridad conceptual sobre los procesos intrapsíquicos e interpersonales que se supone subyacen al mecanismo. Una tercera crítica consiste en que el concepto puede emplearse para eludir la responsabilidad del terapeuta sobre su rol en la interacción. La idea de que los sentimientos puedan ser "introducidos" en el terapeuta por el paciente, puede conducirnos a culpabilizar al paciente de los sentimientos de desasosiego sin tratar de comprender la propia contribución. Los defensores del concepto son cada vez más sensibles a este peligro y subrayan que la proyección nunca puede ser "introducida" en el terapeuta sin más, sino que debe interactuar y activar algo que ya existe en el terapeuta antes de adoptar la forma final (p.ej., Joseph, 1989; Gabbard, 1995).

El concepto no debe ser usado de un modo defensivo y puede tener mucha utilidad clínica. Puede aportar un marco conceptual que ayude al terapeuta a manejar la ansiedad asociada con los sentimientos de angustia y a reorientarle hacia tales sentimientos con una actitud de curiosidad terapéutica. En cualquier caso, existe algo intrínseco al concepto que le permite ser empleado defensivamente o, por lo menos, sintetizar las complejidades de la experiencia vivida en una formulación preestructurada. El uso del concepto puede generar un tipo de cosificación previamente descrito.

Aunque en algunos casos los sentimientos del terapeuta puedan aportar información valiosa para incoar aspectos de la experiencia del paciente, la práctica de pasar directamente de la propia experiencia a inferir aspectos enajenados de la experiencia del paciente podría interferir la exploración de las sutilezas de la matriz relacional que media el proceso. (Pero véase Stephen Seligman, 1999, para un esfuerzo reciente por integrar el uso del concepto de identificación proyectiva con una exploración más profunda de la matriz interactiva relevante). Por ejemplo en la ilustración extraída de Ogden (1982), ¿qué estaba sucediendo al Sr. C. cuando comenzó a excluir al terapeuta con su verborrea? ¿Se sentía vulnerable y temía ser afectado por el terapeuta? ¿Se sentía deseperado y temía mostrar su necesidad por miedo a que el terapeuta lo abandonara o lo controlara? ¿Se sentía furioso y temía mostrarlo?

¿Cómo percibía el Sr. C. a su terapeuta y cómo reaccionaba a la reacción de éste? ¿En qué medida era plenamente consciente de los sentimientos de inadecuación de su terapeuta? ¿Cómo se sentía con relación a la percepción de tales sentimientos que él registraba consciente o inconscientemente? ¿Sentía el terapeuta resentimiento de algún tipo? En caso afirmativo, ¿cuán consciente era el paciente de estos sentimientos y qué sentía al respecto?

Alternativas a la conceptualización de la matriz transferencia-contratransferencia en términos de identificación proyectiva son ideas como la de *transformación* de Edgar Levenson (1972) o la idea de la *responsividad de rol* de Joseph Sandler (1976). Estas perspectivas sugieren que los pacientes acogen sus relaciones con los demás con unas formas características de organizar la experiencia que impactan sobre sus acciones y elicitan reacciones predecibles en los demás (véase Strupp & Binder, 1984). Tal y como manifiesta Mitchell (1988), el terapeuta, como cualquier otro ser humano, inevitablemente se enreda en la matriz relacional del paciente. La tarea del terapeuta no consiste en evitar o manejar los sentimientos de contratransferencia sino en hacer uso de su experiencia en la matriz relacional del paciente para comprender quién es el paciente en el mundo. Por ello los terapeutas deben sumergirse en esta matriz y no deberí-an evitarla (Kiesler, 1996; Kiesler & Watkins, 1989). Los esfuerzos prematuros por evitar la inmersión impedirán al terapeuta comprender el modo en que se sumerge y le eliminará la posibilidad de acceder a la información más importante. Además puede ser necesario que el terapeuta se parezca en cierto modo a las figuras de vínculo del paciente. Como sugiere Jay Greenberg (1986) los terapeutas deben ser suficientemente similares a los viejos objetos de sus pacientes a fin de que surjan y se elaboren los temas relacionales en la relación terapéutica de un modo renovado.

Mediante la implicación en una exploración colaboradora con el paciente, el terapeuta puede buscar una salida a su posición inmersa y aportar al paciente una experiencia relacional nueva y constructiva. La tarea, tal y como se hubiera propuesto desde la perspectiva psicoanalítica clásica, no consiste en interpretar la distorsión que el paciente hace del terapeuta sino llegar a comprender lo que Edgar Levenson (1985) denomina el "¿Qué está pasando aquí?". Es tarea del terapeuta trabajar cola-

boradoramente con el paciente para examinar las sutilezas de la interacción entre el paciente y el terapeuta y el modo en que las estructuras y procesos psicológicos del paciente contribuyen a estos patrones relacionales. Esto ayuda a desmitificar lo que se deriva del campo interpersonal. El mundo interno del paciente y los patrones relacionales característicos son dos caras de una misma moneda y la exploración de una cara de la moneda facilita el examen de la otra.

El terapeuta puede funcionar como observador-participante, que responde como los demás al empuje interpersonal del paciente, pero es capaz de desarrollar cierta conciencia sobre la naturaleza de su propia participación. Su tarea consiste en elucidar y explicitar los aspectos importantes de la comunicación afectiva que se está produciendo en la relación terapéutica, es decir, monitorear sus propios sentimientos, tendencias de respuesta y acciones y usarlas para ayudar a identificar las acciones y comunicaciones del paciente. Esto ayuda al terapeuta a evaluar la naturaleza de la configuración relacional y a entresacar actos y comunicaciones específicas que influyen en ella. Estos actos y comunicaciones extraídos pueden considerarse como *señaladores interpersonales* indicando aspectos útiles a examinar en la experiencia interna del paciente (Safran, 1984a, 1990a; Safran & Segal, 1990). Estos señaladores interpersonales advierten de coyunturas únicas e ideales para la exploración intrapsíquica porque es posible que la ocurrencia de estos patrones interaccionales que más característicamente problemáticos son para el paciente, venga acompañada por los procesos intrapsíquicos que desempeñan un rol central en la matriz relacional del paciente. Por ello constituyen la otra cara de la moneda para el mundo interno del paciente y también un punto de intersección fundamental entre lo interno y lo externo.

La identificación de estos señaladores interpersonales también ayuda al terapeuta a reflexionar más profundamente sobre los matices sutiles de su propia experiencia. Por ejemplo, la conciencia de una comunicación sutil de ira por parte del paciente puede ayudar al terapeuta a ser consciente de su propia ira. La identificación de un modo sutil que emplea el paciente para comunicar dependencia puede ayudar al terapeuta a ser más consciente de algunas razones que subyacen a sus sentimientos de inadecuación.

En la ilustración extraída de Ogden (1982) el cambio inicial del Sr. C. hacia el monólogo que excluía al terapeuta constituiría un señalador interpersonal cuya exploración podría revelar información valiosa. Además, tanto su denigración del terapeuta como sus confesiones de culpabilidad también serían señaladores interpersonales a examinar. En esta misma línea, surge la cuestión relativa a si existían otros señaladores interpersonales más sutiles que contribuyan a la sensación global de inadecuación y vergüenza del terapeuta. ¿Algún tono de voz particular o el modo de mirar al terapeuta, quizá? ¿Algún aspecto de su postura corporal? Es posible que una identificación más detallada de los señaladores interpersonales relevantes abriera al terapeuta una ventana hacia la comprensión del mundo interno del Sr. C. y fuera un paso útil en el proceso de clarificación y comprensión de los sentimientos complejos y contradictorios del terapeuta de una forma más matizada.

Sí mismos múltiples

En el pensamiento psicológico y filosófico contemporáneo existe una tendencia creciente a considerar la experiencia de un self unitario limitado como una ilusión social e históricamente construida. Esta perspectiva sostiene que aunque las personas se experimenten a sí mismas como unitarias e inmodificables, en realidad, consisten en sí mismos múltiples o múltiples estados del self que poseen grados variables de compatibilidad entre sí (p.ej., Bromberg, 1996; Mitchell, 1992; 1993; Pizer, 1996). Diferentes estados del self se convierten en dominantes en diferentes momentos, dependiendo del foco de la atención individual. En este mismo orden, en diferentes contextos relacionales surgen diferentes estados del self. Tal y como ha señalado Stern (1997) no sólo entramos y salimos de los estados del self basados en el mundo interpersonal que afrontamos, este mundo también nos hace entrar y salir de estados del self.

Esta perspectiva de sí mismos múltiples nos ofrece un modo de ver la intersección entre los reinos interpersonal e intrapsíquico en la terapia en términos de influencia mutua de estados de self cambiantes en el paciente y en el terapeuta. Desde este punto de vista, cada individuo experimenta un ciclo perpetuo de diferentes estados del self, que a su vez

evocan estados del self complementarios en el otro (Bach, 1994; Bromberg, 1995; Muran, 1997; en prensa). Así, por ejemplo, un paciente experimenta un estado de tristeza que provoca un miedo a ser vulnerable o a que se aprovechen de él, lo que a su vez conduce a un estado evitante de estoicismo. El estado de tristeza evoca una disposición a la protección en el terapeuta, quien responde empáticamente. Esto comienza a elevar la conciencia del paciente relativa a su anhelo de protección, lo que intensifica su miedo al abandono y acelera la transición al estado de estoicismo. Esto evoca un estado de indiferencia en el terapeuta, lo que evoca un estado del self de ira y resentimiento en el paciente. Durante los impases terapéuticos, puede ser particularmente útil prestar atención a las secuencias recíprocas de las transiciones de los estados del self en el sistema paciente-terapeuta.

Las transiciones o límites entre los estados del self, a menudo, vienen señalizadas por cambios en la calidad vocal del paciente, su expresión facial, foco y contenido de los informes verbales, implicación emocional, etc. Como señala Philip Bromberg (1996), también vienen señalizados por cambios en la experiencia subjetiva del terapeuta relativa a la relación:

Independientemente de cuán importante parezca ser el contenido verbal manifestado en un momento dado, el analista debería tratar de permanecer simultáneamente entonado con su experiencia subjetiva de la relación y su calidad cambiante. ...Debería esforzarse por ser experiencialmente accesible a (1) el impacto de estos momentos en los que es consciente de que se ha producido un cambio en un estado del self (bien en el suyo propio o del paciente), y (2) los detalles de su propia reflexión relativa a si procesar esta conciencia con el paciente o procesarla él solo -y si opta por hacerlo con el paciente cuándo y cómo hacerlo. (p. 520)

La perspectiva de los sí mismos múltiples defiende que no existe un control ejecutivo central en forma de ego. La conciencia es una función de una coalición de diferentes estados del self. Así pues es un producto emergente de un sistema organizador del self. La bifurcación del sistema psíquico en conciencia e inconciencia es excesivamente simplista y excesivamente estática. Ésa que es consciente es a la que se presta atención. La atención a los diferentes estados en diferentes momentos está en función de diferentes claves estimulares, tanto internas como externas.

Bromberg (1996) describe “un punto de vista del self como descendido y la mente como una configuración de estados de conciencia cambiantes, no lineales, discontinuos en una dialéctica constante con la sana ilusión del sí mismo unitario” (p. 512). Sheldon Bach (1985, 1994), del mismo modo, ha prestado mucha atención a la multiplicidad o lo que denomina “estados alternos de la conciencia”, incluyendo sus alteraciones rítmicas y transiciones. Bach (1994) considera el continuo carácter cíclico de los estados de conciencia como necesario para el mantenimiento del funcionamiento mental normal de un modo similar a “los movimientos oculares perpetuos que sirven para mantener la retina fresca” y “la inmovilización conduce a los trastornos de visión” (p. 115).

Como se ha señalado previamente la configuración particular de la experiencia del propio self es siempre selectiva. En cualquier momento predominan unos aspectos sobre otros. Es inevitable que ciertos aspectos de la experiencia del self se encuentren fuera del foco consciente cuando otros aspectos son los dominantes. Además determinados aspectos del self serán mantenidos fuera de la conciencia a través de procesos disociativos. Esta exclusión disociativa de aspectos del self del foco de la conciencia es un modo selectivo de no prestar atención, de naturaleza similar a cómo entendía Sullivan la forma en que funcionan las operaciones de seguridad. No existe un ego que reprima los impulsos inaceptables sino una dirección sistémica de la atención que evita los aspectos de la propia experiencia que se evalúan como potencialmente peligrosos. Estos aspectos de la propia experiencia que se disocian son típicamente los que han sido asociados con alguna experiencia traumática. El trauma relevante puede oscilar entre el abuso físico o sexual en un extremo del espectro hasta las experiencias que han conllevado disrupción de la afiliación parental o de otras figuras de vínculo en el otro extremo. La experimentación y aceptación de la multiplicidad del self es parte del proceso de cambio. La terapia no conlleva la integración de diferentes partes del self, sino el establecimiento de un diálogo entre ellas a través de la conciencia. Tal y como manifiesta Bromberg (1993), “la salud es la capacidad para aguantar en los espacios entre realidades sin perder ninguna de ellas -la capacidad para sentirse uno mismo mientras se es muchos” (p. 166).

Un punto de vista incluso más radical sobre este particular puede hallarse en la psicología budista del self. Similar al pensamiento posmo-

dermo, la teoría budista defiende que la experiencia de un self unitario y estático es una ilusión. En lugar de postular la existencia de sí mismos múltiples, sin embargo, sostiene que la experiencia del self se construye en cada momento. El self es, por lo tanto, un proceso más que una entidad sustancial. Por ello, para la teoría budista el cambio no se produce mediante la facilitación del diálogo entre los diferentes aspectos del self sino prescindiendo de la propia necesidad defensiva de verse como estático e inmodificable. La salud psicológica es sinónimo de la capacidad de *prescindir* y simplemente *ser*, más que de luchar para ser algo en particular.

La paradoja de la aceptación

La aceptación reside en el corazón del proceso de cambio. El paciente llega a la terapia movido por el deseo de ser diferente; sin embargo este mismo deseo es la fuente de dolor del paciente. La paradoja central del proceso de cambio humano es que el cambio sólo se produce cuando prescindimos de nuestros intentos por ser algo que no somos. Por lo tanto, el cambio implica un acto de rendición más que de auto-manipulación. Una historia Zen clásica ilustra este aspecto. Un día un famoso maestro Zen se aproximó y preguntó a un estudiante que estaba sentado en posición de meditación, "¿Por qué estás meditando?". El estudiante le respondió "Para alcanzar la iluminación". En ese momento el maestro cogió una baldosa y comenzó a pulirla con un trapo. Intrigado por su conducta, el estudiante le preguntó, "¿Por qué estás puliendo la baldosa?" "Para convertirla en un espejo", replicó el maestro. Sorprendido el estudiante le volvió a preguntar, "¿Cómo puedes convertir en espejo una baldosa puliéndola?". Y el maestro replicó, "¿Cómo puedes convertirte en un iluminado meditando?". Fue en ese momento cuando el estudiante logró iluminarse.

Una tarea terapéutica crítica consiste, por lo tanto, en ayudar a los pacientes a prescindir de sus esfuerzos de auto-manipulación y aceptarse a sí mismos. Sin embargo, una de las dificultades inevitables es que el terapeuta, en algunos casos, se convierta en cómplice de los juegos de sus pacientes tratando de mejorarse a sí mismos. Existe algo intrínseco a la estructura del proceso terapéutico que entra en conflicto con la necesida-

des del terapeuta de aceptar al paciente. Lawrence Friedman (1988) manifiesta que las necesidades conflictivas del terapeuta por aceptar al paciente en sus propios términos, al mismo tiempo que no se adhiere a ellos es una paradoja central de la terapia. Según él, si el terapeuta "no acepta al paciente en sus propios términos, es como si le pidiera que fuera alguien diferente; el paciente no tendrá causa para la esperanza y no reconocerá la visión del analista. Si el analista se establece en los términos del paciente, estará... traicionando el deseo del paciente de alcanzar una mayor plenitud" (1988, p. 34). En virtud del hecho de que los terapeutas quieren ayudar a sus pacientes a cambiar y a preferir un modo de ser para ellos y no para los demás, existe un nivel en el que los pacientes no son plenamente aceptados. Independientemente de cuánto se esfuercen los terapeutas por mostrar una actitud de aceptación, al preferir un modo de ser sobre otro (p.ej., ser emocionalmente honesto en lugar de defensivo), inevitablemente transmiten a sus pacientes cierta falta de aceptación.

A pesar de la inherente falta de aceptación por parte del terapeuta, los pacientes se sienten suficientemente respetados por sus terapeutas y confían en ellos para comenzar a reconocer las partes inaceptables de sí mismos y empezar así a cambiar. Sin embargo, cuando la química particular del paciente y del terapeuta conduce al paciente a no sentirse suficientemente aceptado se produce el impás. Aunque el terapeuta, en uno de los niveles, puede aceptar plenamente al paciente, la demanda implícita de cambio que éste siente puede impedirlo precisamente.

En tales circunstancias, sólo reconociendo y aceptando el hecho de no aceptar plenamente a sus pacientes pueden los terapeutas convertirse en más aceptantes. Del mismo modo que los pacientes no pueden cambiar obligándose a sí mismos a ser de otro modo, los terapeutas no pueden forzarse a adoptar una postura más aceptante. En este punto es crítica la disciplina de la conciencia plena. En tales situaciones es vital que los terapeutas traten de ser más plenamente conscientes de los aspectos más sutiles y no tan sutiles de su falta de aceptación en sus actitudes y acciones. Para ello, podría ser útil que los terapeutas, en primer lugar, reconozcan el aspecto de la no aceptación en sus actitudes hacia sus pacientes. Haciendo referencia explícita a este aspecto, se introduce un elemento de aceptación y la situación comienza a evolucionar. Reconociendo lo que se produce implícitamente el terapeuta comienza a

aceptar una parte de sí mismo que ha estado emitiendo juicios y comienza a surgir una experiencia de descarga o rendición. A medida que los terapeutas comienzan a reconocer y aceptar su falta de aceptación y el impacto que esto tiene sobre sus pacientes, son más capaces de apreciar sus dilemas y de desarrollar una posición más compasiva hacia ellos.

A fin de facilitar este proceso, es crítico que los terapeutas cultiven su propia auto-aceptación. En la medida en que a uno le cuesta aceptarse, le costará aceptar a los demás. Por ejemplo un terapeuta a quien le cuesta aceptar los sentimientos de vulnerabilidad en sí mismo tendrá dificultades para aceptar los sentimientos de vulnerabilidad de sus pacientes. Al terapeuta que le cuesta aceptar los sentimientos de ira en sí mismo le surgirán dificultades para aceptar los sentimientos de ira de su paciente. Al terapeuta que tiene dificultades para aceptar sus propios sentimientos de despecho, le costará aceptar los sentimientos de despecho de sus pacientes. La auténtica compasión sólo puede surgir de la lucha y aceptación del dolor, limitaciones, fracasos y motivos conflictivos propios.

El cultivo de la aceptación propia desempeña también un rol central permitiendo a los terapeutas reconocer sus propias contribuciones a la interacción y a desenredarse de la matriz relacional del paciente. Si al terapeuta le cuesta llegar a ser consciente y aceptar los sentimientos de ira, le surgirán dificultades para desligarse de los círculos viciosos que elicitán ira. Si le cuesta reconocer los sentimientos sexuales, le surgirán dificultades para desenredarse de las matrices relacionales en las que influyen los sentimientos sexuales. El cultivo de la auto-aceptación por parte de los terapeutas desempeña un rol crítico ayudándoles a manejar los inevitables tiempos muertos del tratamiento. En la medida en que su auto-aceptación dependa del cambio de sus pacientes, a los terapeutas les costará aceptar sus bloqueos y esto interferirá con su capacidad para ver los nuevos avances que surgen y que pueden significar la salida de los impases.

3

Cómo entender la ruptura de la alianza y los impases terapéuticos

En este capítulo se presenta una variedad de perspectivas complementarias a través de las cuales se pueden considerar los impases en psicoterapia. Cada apartado subraya una dimensión relevante diferente para entender los procesos mediante los cuales se producen y se resuelven las rupturas de la alianza terapéutica. En algunos apartados se presentan perspectivas teóricas que aportan las bases conducentes a pensar en los impases terapéuticos y que subrayan los debates teóricos relevantes existentes en la literatura. En otros apartados se presentan modelos más específicos para comprender los procesos fundamentales de cambio terapéutico. El peligro de cualquier teoría es su potencialidad para conducirnos a la cosificación, asentándose entre el terapeuta y el paciente y dificultando la mutualidad y calidad auténticamente humana del encuentro. Por otra parte, si se utiliza debidamente, la teoría puede guiar al terapeuta hacia la exploración de posibilidades emergentes dentro de la matriz interaccional en desarrollo, posibilidades que de otro modo se pasarían por alto (véanse Aron, 1998, 1999; Hoffman, 1994; Spezzano, 1998). A nuestro entender, es tarea del terapeuta hallar un modo de utilizar la teoría existente con la finalidad de facilitar el proceso de reflexión en la acción (Schon, 1983) más que de estructurar su

pensamiento sobre la situación clínica. En otras palabras, la teoría puede ofrecer pautas al terapeuta pero la verdadera tarea de éste consiste en implicarse en un diálogo con la siempre cambiante situación clínica, diálogo mediante el cual se comprueba, adquiere cuerpo y se modifica continuamente la teoría existente. Esto es particularmente crítico en el contexto de los impases terapéuticos donde la ansiedad del terapeuta puede dar lugar fácilmente a cerrazones en las ideas teóricas existentes.

Esperanza y desesperación

El problema de la fe reside en el corazón del proceso humano de cambio. A pesar de los mejores esfuerzos de Freud por distanciar el psicoanálisis de sus raíces en la hipnosis y en la sugestionabilidad, la fe influye inevitablemente en cualquier proceso de curación. Independientemente de que se busque consuelo para el dolor físico o emocional en forma de meditación, espiritualidad o psicoterapia, en algún nivel fundamental uno debe confiar en que las cosas puedan ser diferentes. Se necesita cierta confianza en la propia capacidad para cambiar y cierta esperanza en que el curandero puede ayudarle en el cambio. Todas las personas en psicoterapia luchan con diversos grados de desmoralización. En muchos casos el equilibrio entre la esperanza y la desesperación es tal que el paciente puede llegar a creer en la buena voluntad y capacidad del terapeuta y en el valor del proceso terapéutico. En algunos casos, sin embargo, el proceso mediante el que se genera la fe es una lucha de dimensiones hercúleas. Cuando la propia experiencia ha sido tal que uno tiene poca fe en la voluntad o capacidad ajena para ayudarle a uno, el proceso de cultivación de tal esperanza se convierte en el problema de la psicoterapia. En muchos casos la gravedad de la amargura, el cinismo y la desesperación del paciente le imposibilitan virtualmente para el hallazgo de algún tipo de solaz o consuelo en otro ser humano y coarta a los demás en sus esfuerzos por establecer contactos con él o por ayudarle. En estos casos suele ser habitual que se engendre un intenso sentimiento de contratransferencia en el terapeuta.

A menudo las personas ocultan a los demás la intensidad plena de su desesperación porque creen que ésta alienará a los otros. Se ocultan tam-

bién a sí mismos la intensidad plena de su desesperación porque su reconocimiento es excesivamente doloroso. Cuando uno siente desesperación, el primer paso en el proceso del cultivo de la fe conlleva el reconocimiento y la aceptación plena de la propia desesperación y el hecho de compartirla con otro ser humano. Consecuentemente, los terapeutas deben permanecer vigilantes ante cualquier indicación de cinismo o desesperación en los pacientes al comienzo de las terapias. Es tarea del terapeuta animar al paciente a trasladar al aquí y ahora de la relación terapéutica cualquier cinismo, ira o despecho que pueda sentir. De este modo, el sentimiento vago y generalizado de desesperanza e indefensión que el paciente experimenta en soledad puede transformarse en un sentimiento concreto de indefensión en un contexto relacional específico.

Esta transformación logra diversos objetivos. En primer lugar, el paciente articula ante el terapeuta los sentimientos de desesperación y reconoce para sí mismo dichos sentimientos. Este proceso le ayuda a contactar con el dolor que subyace a los sentimientos de abandono y reactiva la añoranza insatisfecha, con la que el paciente puede no haber contactado plenamente. Este ansia aporta una vía para el contacto humano. En segundo lugar, al articular estos sentimientos ante el terapeuta, el paciente comienza a sentirse menos aislado. Así inicia el camino de vuelta del exilio para volver a ser un miembro de la comunidad humana. Si el terapeuta es capaz de responder a la desesperación del paciente sin alejarse ni amedrentarse, el paciente comienza a ver que no está solo en su desesperación. La respuesta compasiva y comprensiva del terapeuta a la desesperación del paciente permite a éste disponer de una experiencia en la que es atendido y cuidado y, en su dolor, está vinculado a otra persona.

Benjamin, un hombre de 39 años de edad, estaba completamente aislado del mundo social y nunca había mantenido una relación duradera con ninguna mujer. Aunque Benjamin reconocía sentirse angustiado por esta circunstancia, al terapeuta le sorprendió el relativo grado de ecuanimidad con que parecía manejar esta situación. Había sido inicialmente enviado a consulta por un pariente, un año aproximadamente antes de iniciar el tratamiento, y seguía manteniendo que no se había puesto en contacto con el terapeuta porque no sentía que sus problemas fueran suficientemente graves como para requerir tra-

tamiento. Carecía de experiencia previa en tratamiento y nada sabía sobre la terapia. A primera vista era bastante optimista sobre la posibilidad de recibir ayuda y se mostraba abierto a darle una oportunidad. Sin embargo, desde un principio el terapeuta tuvo la sensación intuitiva de un elemento sutil de cinismo en las actitudes de Benjamin hacia el tratamiento y hacia la vida en general; este cinismo se revelaba tanto en el modo en que hablaba como en el contenido de lo que decía. El terapeuta también empezó a ser consciente de sus propios sentimientos de inadecuación, de que no podría hacer nada para ayudar a Benjamin. En retrospectiva comprendió que la dificultad de Benjamin para reconocer sus sentimientos de desesperación le habían dejado afectivamente congelado e indispuesto y que las muestras sutiles de cinismo que el terapeuta había recogido eran los únicos lazos que le vinculaban con el anhelo y la vitalidad subyacente de Benjamin.

Durante la primera fase del tratamiento una buena cantidad del trabajo consistió en que el terapeuta concedía feedback relativo a sus intuiciones sobre el cinismo de Benjamin y a sus propios sentimientos de impotencia ante él, y en ayudarlo a reconocer y articular tal cinismo. Por ejemplo, en una sesión en la que el terapeuta se estaba sintiendo bastante bloqueado dijo a Benjamin: "Llevo sintiendo algo durante un rato y no estoy muy seguro de lo que significa, pero me siento perdido para decir algo que pueda serle de ayuda. De algún modo sospecho que nada de lo que yo pueda decir sea significativo para usted". En su respuesta, Benjamin pudo reconocer que le costaba imaginarse al terapeuta diciendo algo útil o significativo. El terapeuta respondió: "Me parece que usted siente cierto grado de cinismo y ninguna esperanza de lo que pueda derivarse de nosotros". En respuesta, el paciente pudo reconocer estos sentimientos y con ayuda de los ánimos del terapeuta fue capaz de empezar a elaborarlos. Con el transcurso del tiempo su reconocimiento parcial inicial de una pequeña dosis de cinismo evolucionó para dar paso a la exploración de profundos y corrosivos sentimientos de amargura y desesperación. Gradualmente, Benjamin pudo comenzar a ser más franco con el terapeuta sobre su escepticismo relativo a la capacidad del terapeuta para ayudarlo y sus sospechas sobre los motivos del terapeuta para tratar-

lo. Confesó sospechar que el terapeuta no tenía fe en la posibilidad de ayudarlo o que éste se reunía con él sólo con fines económicos. Con el paso del tiempo, la creciente capacidad del terapeuta para atender al escepticismo de Benjamin sobre su competencia y motivación de un modo no defensivo ayudó al paciente a ser menos desconfiado y a profundizar en su examen de los sentimientos de indefensión y despecho. A medida que Benjamin pudo contactar y articular estos sentimientos, el terapeuta comenzó a sentirse menos paralizado y a desarrollar una mayor sensación de vinculación afectiva con el paciente. A su vez, Benjamin comenzó a experimentar más profundamente su propio dolor y los sentimientos de conexión empática del terapeuta hacia Benjamin se hicieron más profundos.

En la primera parte del tratamiento uno de los focos de atención más importantes de trabajo interno del terapeuta implicó la observación de su tendencia instintiva a distanciarse de Benjamin con sentimientos de ira, condescendencia o falta de seriedad y, a continuación, requirió la detección del fluir de su experiencia interna hacia los sentimientos de impotencia, futilidad y desesperación. Con el tiempo, el proceso de reconocimiento y elaboración plena de estos sentimientos y de los recuerdos que asociaba a ellos comenzó a abrir su espacio interno que se había colapsado por su necesidad de defenderse contra ellos. En este tipo de trabajo interno, es importante ser sensible a los propios almacenes de desesperación de la vida presente o pasada. El enfoque para la exploración de la contratransferencia propuesto por Theodore Jacobs (1991) puede ser particularmente relevante en este caso.

Durante la niñez del terapeuta, su hermana había estado crónicamente depresiva y a él le había correspondido encargarse de hacerla feliz. Los momentos periódicos de éxito que había experimentado era reconfortantes, pero él también llegó a sentirse resentido por esta responsabilidad así como por la incapacidad de su hermana para ayudarse a sí misma. En una de las sesiones con Benjamin recordó una conversación telefónica con su hermana que se había producido 10 años atrás cuando él contaba con 30 años de edad. Durante la conversación él se había exasperado por la aparente indefensión e inca-

pacidad de su hermana para hacer algo que cambiara su situación vital. Su hermana había captado esta exasperación y le había dicho: “No entiendes. No tengo ninguna voluntad”. Quizá fue capaz de escucharla de un nuevo modo por los cambios que ya se habían producido en él. Quizá fue la intuición de su hermana relativa a estos cambios lo que le condujo a decir lo que dijo. Desde la retrospectiva, el suceso, en la mente del terapeuta había significado un punto de cambio en la relación con la desesperación de su hermana así como en la propia.

Durante los años posteriores a este incidente con su hermana, diversos acontecimientos en la vida del terapeuta le enfrentaron más profundamente a sus propios sentimientos de desesperación y simultáneamente su hermana había llegado a experimentar menor necesidad de ayuda y él una menor tendencia a juzgarla tan duramente por su incapacidad para cambiar. Mientras trabajaba con Benjamin, el terapeuta recordó algunos de estos difíciles episodios de su propia vida, en los que le parecía imposible comunicar a alguien las profundidades de su desesperación, en los que no podía imaginar que sus dolorosos sentimientos fueran a desaparecer nunca y cuando le parecía inconcebible que alguien estuviera ahí para ayudarlo de una forma útil. También meditó sobre aspectos de su actual vida en los que se sentía bloqueado y, en algunos momentos, desesperado –formas en las que los mismos conflictos con los que recordaba haber luchado en su juventud seguían reapareciendo. Este proceso le ayudó a reencender un sentimiento de compasión hacia Benjamin. Lo que a su vez le ayudó a sentir más aceptación hacia el paciente.

Gradualmente, el tratamiento evolucionó hacia una fase en la que comenzaron a surgir momentos aislados de esperanza para Benjamin. Estos se producían habitualmente tras una prolongada interacción entre el paciente y el terapeuta durante la cual el terapeuta ayudaba a Benjamin a articular cualquier sentimiento de cinismo que tuviera sobre el terapeuta o sobre la terapia, sin responder defensivamente. Sin embargo, lo sorprendente fue que estos momentos de esperanza solían ir inmediatamente seguidos por la vuelta de Benjamin a su estado más habitual de cinismo y desesperación. Este cambio se producía con tal rapidez que el terapeuta no solía ser consciente del mismo hasta no

hallarse atrapado en un fútil intento por reconfirmar a Benjamin o convencerle de que las cosas iban a mejorar. Cuando detectaba en el momento estos rápidos cambios en los estados del self del Benjamin y examinaba su experiencia en ese instante; Benjamin era capaz de articular su miedo a ser “engañado” por el terapeuta. Esto, le conducía a retraerse a su postura familiar auto-protectora y cínica. Con el tiempo se comprendió que este miedo a ser engañado era la preocupación de que cualquier sentimiento de esperanza conduciría inevitablemente a una decepción y a más dolor. Gradualmente, el proceso de articulación de su miedo a la esperanza, tanto la suya como la del terapeuta, ayudó a Benjamin a sostener períodos cada vez más prolongados de confianza tanto en su relación como en la terapia. Después comenzaron a avanzar hacia una nueva fase del tratamiento en la que los momentos de esperanza eran menos aislados unos de otros y la experiencia de desesperación predominante de Benjamin comenzó a ceder para dar paso a un anhelo subyacente de protección y apoyo.

Resistencia: intrapsíquica, caracterológica y relacional

La teoría psicoanalítica clásica entendía, con frecuencia, que los impases se derivaban de la resistencia del paciente. Con el paso de los años, la literatura psicoanalítica sobre la resistencia ha evidenciado diversos cambios en esta perspectiva. Tradicionalmente, se ha entendido la *resistencia* como cualquier aspecto de la actividad del paciente (intrapersonal o interpersonal) que obstruye el proceso terapéutico. Tal y como manifestaba Greenson (1967), “Resistencia implica oposición. [Consiste en] todas esas fuerzas existentes en el paciente que se oponen a los procedimientos y a los procesos de análisis” (p. 60). En la teoría psicoanalítica existe una relación ambivalente relativa al concepto de resistencia. Por una parte, muchos teóricos reconocen que el análisis de la resistencia es un elemento central del proceso terapéutico y que este proceso es la terapia, y no algo que facilita el camino para la terapia. Por otra parte, existe una idea persistente de que aunque el análisis de la resistencia sea central, el objetivo final de la terapia es alcanzar el impulso que se defiende en contra.

En los primeros tiempos del psicoanálisis el objetivo consistía en alcanzar los recuerdos y afectos reprimidos. Con el tiempo, se produjo un cambio importante en dirección a reorganizar la importancia de comprender o analizar las resistencias más que de superarlas. El desarrollo de la teoría estructural de Freud (1923) supuso un avance en este proceso. Antes de la elaboración de la teoría estructural, la ansiedad era contemplada como un producto colateral de la energía psíquica contenida. Se creía que hacer consciente el material inconsciente podría liberar esta energía y eliminar la ansiedad. La resistencia era contemplada como una barrera a superar. Con el desarrollo de la teoría estructural, Freud comenzó a ver la ansiedad como una señal de la potencial ruptura de los impulsos instintivos peligrosos. No se pensaba en la resistencia como en una respuesta del ego al peligro percibido de ser sobrepasado. Lo que abrió el camino de un enfoque técnico que conlleva el esfuerzo por explorar y comprender esta percepción del peligro.

El trabajo de Wilhelm Reich (1949) sobre el análisis del carácter constituyó otro avance en el desarrollo de la comprensión de la resistencia. Reich defendía el valor de contemplar holísticamente los procesos defensivos más como parte de la forma global del individuo de ser en el mundo que como mecanismos aislados de defensa. Proponía ir más allá del enfoque microscópico del análisis de los deseos/defensas hacia un enfoque más holístico que analice la estructura completa del carácter del individuo. Esta estructura está constituida por actitudes, creencias, valores, deseos, fantasías, ambiciones y otros aspectos de la personalidad global del individuo. Así pues, la estructura del carácter constituye un estilo global de vivir que ofrece protección contra el peligro psíquico. El valor del enfoque de Reich reside en que reconoce que las resistencias son algo más que fuerzas opuestas al progreso terapéutico. Constituyen una parte importante del carácter del individuo. Desde este punto de vista, el análisis de la resistencia aporta al terapeuta una información básica sobre el modo fundamental del paciente de ser en el mundo.

Sin embargo, en la teoría de Reich existen también deficiencias. A pesar de reconocer que las defensas constituyen una parte intrínseca del propio carácter, su perspectiva tiende a considerar la estructura del carácter como meramente defensiva. Esta tendencia se vincula con su romanticismo relativo a los instintos. Además, el análisis del carácter, si se apli-

ca de modo intensivo, puede perjudicar a la alianza terapéutica. Por ejemplo, el terapeuta que se apresura a señalar la función defensiva de la actitud positiva del paciente hacia él puede debilitar el *rapport* necesario para la relación de trabajo. Tal y como manifiesta Schaffer (1983):

El mismo Reich muestra en sus metáforas militares de armaduras y ataques cuánto puede caer uno en la perspectiva adversa de la relación analítica. A pesar de su compleja comprensión de la necesidad de la resistencia del analizado y del complejo significado o función de este quehacer, él, como muchos otros, comete el lapso de referirse a ella como si fuera una forma de terquedad o beligerancia carente de motivos. (p. 73)

A medida que evolucionó la psicología del ego, pareció generalizarse la idea de que el análisis debía proceder desde lo superficial hacia lo profundo. Tal y como lo describía Fenichel (1941):

Los analistas siempre deben perseverar en las capas accesibles al ego en ese momento. Cuando una interpretación no surte efecto, uno suele preguntarse, "¿Cómo hubiera podido interpretarlo más profundamente?". Pero muchas veces, la cuestión sería más correcta si se formularía del siguiente modo: "¿Cómo hubiera podido interpretarlo más superficialmente?". (p. 41)

Una década más tarde, Ernst Kris (1951) se mantenía en la misma línea: "La resistencia ya no es simplemente un 'obstáculo' para el análisis, sino una parte de la superficie psíquica que ha de ser explorada" (p. 19). Y sin embargo sigue existiendo una tendencia residual a considerar los aspectos de la "superficie" de la psique del paciente como defensivos y menos reales que sus aspectos más profundos. Ha sido difícil de superar completamente la tendencia a ver las resistencias como obstáculos que han de ser superados (Sandler, Dare & Holder, 1992).

Paul Gray (1994) se ha referido a esta tendencia como un "retraso evolutivo" entre la teoría y la técnica. Él y Fred Busch (1995) defienden que probablemente existen diversos factores que explican la tendencia persistente a tratar la resistencia como un obstáculo a pesar de que el cambio teórico lleve instaurado mucho tiempo. Entre tales factores se incluyen que (1) los terapeutas no pueden sino estar fascinados por la búsqueda del sentido oculto y esto les lleva a interesarse más por eso contra lo que se defiende el paciente que por el proceso mismo de resis-

tencia; (2) el sentimiento instintivo de que los pacientes tratan de frustrarnos cuando surge la resistencia y (3) un deseo de mantenerse en la posición del experto capaz de saber lo que sucede inconscientemente a nuestros pacientes.

Los teóricos británicos de las relaciones de objeto no han subrayado la importancia del análisis de la resistencia en la misma medida que los analistas del ego. Sin embargo, teóricos como Fairbairn (1952) y Guntrip (1969) han tratado de generar una postura más afirmativa hacia la resistencia (véase Aron, 1996). Estos teóricos conceptualizan la resistencia como si estuviera basada en el miedo a la retraumatización, y como si se derivara de los temores del paciente de parecer débil e inapropiado. Subrayan que los sentimientos de vergüenza y humillación influyen motivando la resistencia. En este mismo orden, Kohut (1971, 1977) consideraba la resistencia como el esfuerzo por evitar la repetición de la experiencia traumática. Según él, las resistencias son funciones sanas y necesarias del self. Brotan de la experiencia que tiene el paciente del tratamiento como algo peligroso. Por ello es crítico que los terapeutas se esfuercen por aportar las condiciones que ayudarán al paciente a sentirse seguro y por reconocer los propios fracasos empáticos que puedan contribuir a la resistencia.

Roy Schafer (1992) también ha criticado la persistente tendencia a considerar la resistencia en términos peyorativos y ha subrayado que la resistencia es parte del proceso y no un obstáculo para el mismo. Defiende también que lo que tendemos a considerar como resistencia puede entenderse mejor como las conductas del paciente que provocan contratransferencias negativas en los terapeutas. Schafer valora positivamente los esfuerzos por comprender esta contratransferencia negativa y evitar pensar en el paciente como resistente.

Otro cambio teórico que influye sobre nuestro punto de vista relativo a la resistencia es la reciente tendencia a considerar el self como múltiple y discontinuo (p.ej., Bromberg, 1998; Mitchell, 1993; Pizer, 1998). Philip Bromberg (1996), por ejemplo, defiende que, aún existiendo realmente múltiples sí mismos, existe una motivación natural a preservar la experiencia de continuidad del self y que la resistencia brota, a menudo, cuando esta experiencia se ve amenazada (esta perspectiva es compatible con el punto de vista defendido por Guidano, 1991 y Mitchel

Mahoney, 1991). Según Bromberg (1995), la resistencia surge cuando la intervención que ofrece el terapeuta se “experimenta en ese momento como requiriendo al paciente hacer conceder cierto dominio de su propia experiencia del self por algo que le está siendo ofrecido que no ‘soy yo’ y que se opone al ofrecimiento del analista de un modo u otro porque no ha sido suficientemente negociable” (p. 176). Desde este punto de vista, lo que tradicionalmente se conceptualizaba como resistencia es considerado como una parte del self que desempeña una función importante. No es menos real o importante que otras partes del self (p.ej., el self que desea colaborar con el terapeuta en la tarea terapéutica que se desarrolla en ese instante). Por ello, es fundamental que los terapeutas sean capaces de aliarse y dialogar sobre este aspecto del self.

Un último cambio significativo en la literatura sobre la resistencia se refiere a su conceptualización desde la perspectiva de la psicología bipersonal. El concepto de la resistencia se originó en el contexto de la perspectiva psicológica unipersonal. Desde este punto de vista, se asumía que es posible comprender una obstrucción en el proceso terapéutico independiente del contexto relacional en el que se produzca. Desde la perspectiva de la psicología bipersonal, cualquier obstrucción aparente en el proceso terapéutico debe ser entendido como una función de interacción entre el paciente y el terapeuta. La resistencia de un paciente puede ser una respuesta comprensible a las acciones o actitudes de un terapeuta (conscientes o inconscientes) que se comunican al nivel más sutil. Un paciente que se “resista” a una interpretación particular de sus motivos puede estar respondiendo, en parte, a un juicio negativo implícito del terapeuta. A un paciente al que le cueste acceder al material emocional doloroso puede costarle acceder a él en un contexto relacional específico. Esta dificultad debe entenderse tanto intrapsíquicamente como interpersonalmente.

La exploración de la resistencia para reconocer una emoción específica puede conducir a la elucidación de una creencia generalizada e inconsciente que tiene el paciente según la cual tales sentimientos son peligrosos. Es básico sin embargo, que el terapeuta avance desde la elucidación de tales actitudes generalizadas sobre estas emociones hasta la exploración de las expectativas del paciente relativas a lo que sucederá si experimenta y expresa dichas emociones en el aquí y ahora de la rela-

ción terapéutica. Al dirigir este tipo de exploración, el terapeuta necesita tener voluntad de explorar su propia contribución a la situación y reconocer tanto ante el paciente como ante sí mismo que los temores del paciente pueden estar basados en una percepción correcta y precisa de algún aspecto de las acciones o actitudes del terapeuta.

Voluntad y responsabilidad

Aunque muchos teóricos modernos de la psicología y de la psicoterapia han pasado por alto el tema de la voluntad, existen algunas pocas excepciones importantes (p.ej., James, 1890; Farber, 1966; Mitchell, 1993; Shapiro, 1965, 1989). Uno de los más notables es Otto Rank (1945), quien convirtió la voluntad en el tema central de su último trabajo. Rank defendía que el rol de la voluntad debería ser uno de los intereses fundamentales de la psicología moderna y describía con bastante detalle el papel que desempeña la voluntad en el desarrollo normal, sin pasar por alto que las cosas pueden ir mal. Para él la capacidad de defenderse intencionadamente en el mundo de un modo sano y para individuarse de los demás conlleva el desarrollo de una voluntad sana.

El concepto de voluntad de Rank está vinculado de forma integral a su conceptualización del trauma del nacimiento. Consideraba que el proceso de individuación de la madre era una tarea evolutiva que se prolongaba durante toda la vida. Según Rank, la expresión de voluntad se manifiesta, en primer lugar, en forma de lo que denominó "contravoluntad", es decir, la afirmación de voluntad en oposición a la voluntad de la madre. Opinaba que la ejecución de voluntad produce culpabilidad inherentemente porque conlleva la individuación y separación de los progenitores. Así pues es particularmente probable que sea evitada o eliminada del desarrollo sano si a los progenitores de uno les cuesta aceptar nuestros actos iniciales de auto-afirmación e individuación.

Para Rank, el desarrollo de una voluntad sana influye significativamente en la psicoterapia. A su entender, la expresión de voluntad está vinculada inextricablemente al acto creativo, que para él era el *sine qua non* de la existencia humana sana y de la auto-expresión. Por el contrario, la neurosis se asociaba típicamente con la parálisis de la voluntad,

derivada del fracaso en el logro de la sensación de agencia personal. Para Rank, la terapia conlleva, de algún modo, una recapitulación del proceso evolutivo normal y por ello es inevitable que los pacientes respondan a los terapeutas con contravoluntad del mismo modo que respondieron a sus progenitores. La contravoluntad en terapia se expresa en forma de resistencia y, para Rank, la resistencia no era algo que debía superarse, elaborarse o analizarse, sino un proceso que debía ser nutrido porque lleva consigo las semillas de la voluntad sana.

El énfasis de Rank en la voluntad contrasta con el prevalente silencio de la teoría psicoanalítica general sobre el tema. Es recomendable preguntarse por las razones de este silencio. El énfasis de Freud en los procesos inconscientes extrajo el psicoanálisis del reino moral. La esencia de su punto de vista sobre el determinismo psíquico consistía en que las personas están motivadas por fuerzas instintivas ajenas a sus propias conciencias. Para Freud los problemas psicológicos deben entenderse como resultado de los conflictos entre el instinto y los males necesarios de la civilización, más que como actos pecaminosos derivados del fracaso de la voluntad. A este respecto, Freud desafiaba la noción victoriana del hombre como señor de su propia casa y el énfasis en la primacía del poder de la voluntad.

Desde la perspectiva existencial, este determinismo psíquico es culpable de ignorar la importancia de la responsabilidad personal e intencionalidad en la vida. Jean-Paul Sartre (1943), por ejemplo criticó el concepto de Freud sobre el inconsciente manifestando que era una metáfora mecanicista que absuelve al individuo de responsabilidad personal y que favorece un tipo de mala fe. En este sentido Sartre subrayaba que el ego, que defiende contra los impulsos inaceptables, no es más que una parte del individuo contra cuyos impulsos se está defendiendo; el individuo que rechaza un impulso se escinde de sí mismo.

Como reconocía Hellmuth Kaiser (1965), el neurótico es una persona que no está "a tono con sus acciones". Más recientemente, Roy Schafer (1983) proponía sustituir la metateoría de los impulsos por lo que él denomina "lenguaje de la acción". En este marco, un sentimiento reprimido se conceptualiza como una "acción a la que se renuncia", es decir, una acción sobre la que el actor no acepta ninguna responsabilidad.

Sin embargo, el concepto de responsabilidad puede ser un arma de doble filo. Como terapeutas, es inevitable que nos sintamos frustrados cuando nuestros pacientes no cambian y posiblemente es muy estrecha la línea que separa nuestra comprensión de los pacientes como responsables últimos de sus vidas y nuestra culpabilización defensiva porque puedan hacerlo. Sin embargo, como sostenía Kaiser (1965) la tarea del paciente no es responsabilizarse del cambio, sino experimentar responsabilidad sobre sus propias acciones. El primer paso en la adopción de responsabilidad de las propias acciones conlleva permanecer detrás de las mismas, a saber, experimentar las acciones como voluntarias o escogidas por uno mismo. Para hacer esto, el individuo debe sentir suficiente auto-aceptación en el momento y en el contexto de la relación con el terapeuta. El hecho de sentirse auto-crítica en ese instante impide a la persona ver plenamente la forma en que escoge vivir su vida de un modo contraproducente. Es doloroso experimentarse a sí mismo como elector de una vida desafortunada. La persona que sufre dolor y angustia ya está repleta de auto-aversión. Se culpa de algo sobre lo que carece de control. Por ello le resulta extremadamente difícil reconocer el modo en que puede estar contribuyendo a sus propios problemas. Dispone de una experiencia constante de pruebas y fracasos y a continuación, de sentirse condenado por sí mismo y por los demás por sus fracasos. Consecuentemente experimenta la atrofia de la voluntad. No cuenta con la experiencia de escoger sus propias acciones. Por ello un elemento importante en el proceso de desarrollo de la sensación de agencia implica experimentar una sensación de compasión hacia uno mismo. En este orden, el terapeuta que inconscientemente condena a quienes no experimentan esa sensación de agencia, puede dificultar aún más el logro de tal experiencia. Por tanto, es vital que seamos capaces de apreciar la realidad fenomenológica de ser incapaz de sentir voluntad.

También es útil recordar que las alternativas no se generan a nivel global sino en cada momento. Así, para que los pacientes comiencen a restablecer la sensación de agencia, les conviene descubrir las alternativas por las que optan en el momento de la relación terapéutica. Por ejemplo el acto de resistirse inconscientemente a la exploración de un sentimiento o fantasía particular puede transformarse en el acto de decidir intencionadamente no hacerlo en el momento presente.

Una de las mejores oportunidades para ayudar a los pacientes a adoptar responsabilidad de sus acciones consiste en enseñarles a posicionarse tras sus acciones en la relación terapéutica. Por ejemplo, al paciente que le cuesta acceder a los sentimientos de dolor o miedo se le puede animar a que experimente afirmando: "No tengo voluntad de explorar estos sentimientos ahora mismo" en lugar de "No sé lo que siento". Después de esto, el terapeuta puede preguntar al paciente qué se siente tras una aseveración de este tipo o, alternativamente, pedirle que describa la naturaleza de su rechazo a seguir más adelante. Con intervenciones de este tipo, es crítico que los terapeutas transmitan explícita e implícitamente que la decisión del paciente de no participar en cierta tarea terapéutica será respetada como válida y legítima.

A medida que los pacientes empiezan a desarrollar la sensación de su propia capacidad para establecer límites con el terapeuta, adquieren una mayor sensación de agencia y la capacidad para hacer algo en oposición directa, y no indirecta, con el terapeuta. Lo que previamente era una actividad defensiva inconsciente se transforma en un acto directo de auto-afirmación. Este tipo de aceptación de responsabilidad asume prioridad terapéutica sobre el intento de explorar la experiencia contra la que se está defendiendo. El paciente que tenga sentimientos ambivalentes sobre su permanencia en terapia puede ser animado a explorar plenamente las dos caras de la ambivalencia. La decisión de abandonar la terapia a consecuencia de este tipo de exploración puede ser un resultado terapéutico mejor que la de seguir en terapia involuntariamente.

En las fases iniciales del tratamiento con Benjamin, éste solía hablar de su experiencia diaria de un modo general y superficial que omitía detalles de las interacciones así como referencias a los sentimientos y conflictos subyacentes. Muchas veces las sesiones eran monótonas y redundantes con escasa sensación de movimiento, si es que se producía alguno. Cuando su terapeuta le ofrecía feedback relativo a su estilo y le preguntaba si era consciente de esto, respondía que no había nada importante de qué hablar. En este contexto el terapeuta le respondía con una pregunta simple como: "¿Tiene conciencia, en este instante, de optar voluntariamente por no hablar de algo?" o "¿Es usted consciente de evitar algo en este momento?". Aunque inicial-

mente Benjamin no manifestaba tal conciencia, con el paso del tiempo fue capaz de reconocer que no quería tocar sentimientos dolorosos de vergüenza y humillación. Entonces solía condenarse por cobarde y cuestionaba el valor de su trabajo conjunto, dado que se sentía incapaz de profundizar más en las cosas. En este punto el terapeuta subrayaba cuán importante era que ambos respetaran su necesidad de privacidad y que él no se obligara a hablar de cosas antes de estar preparado para ello. Esto ayudaba al paciente a experimentar su resistencia como algo legítimo y a posicionarse tras ella y a no experimentarla como algo ajeno a su control.

Esta línea de trabajo es una reminiscencia del análisis próximo del proceso de Paul Gray (1994). Sin embargo, se hace hincapié en ayudar a los pacientes a experimentar su capacidad para escoger identificándose con un aspecto disociado del self que se experimenta en oposición al terapeuta (Bromberg, 1995). A menudo, con pacientes que se sienten completamente bloqueados en sus vidas y sin capacidad para escoger y actuar en consonancia con sus opciones, la capacidad de mostrar una voluntad opuesta a la del terapeuta puede ser una pieza angular de la terapia. Por ello es particularmente importante permanecer vigilante a las indicaciones sutiles de no responsividad, alejamiento, irritabilidad o crítica en los pacientes, porque (si se examinan debidamente) tales indicaciones pueden abrirles oportunidades para comenzar a expresar su contravoluntad de un modo más directo.

En el caso de Benjamin, algunas de las sesiones más intensas fueron éstas en las que él fue capaz de criticar explícitamente a su terapeuta por no ayudarlo más. Al comienzo del tratamiento hubo sesiones en las que el terapeuta sentía que todo lo que dijera provocaba un tipo de alejamiento frío y resentido por parte de Benjamin. En tales casos, el terapeuta solía decir algo como: "Me parece que las cosas que estoy diciendo le friccionan de un modo erróneo". En respuesta, Benjamin comenzó a reconocer su ira hacia el terapeuta por no serle de más ayuda. Expresar esto le costaba mucho porque sentía que culpar al terapeuta era un reflejo de su propia inmadurez. Con el tiempo, el terapeuta examinó los sentimientos de vergüenza relativa a la ira que

mostraba Benjamin hacia él así como su miedo a que el terapeuta respondiera a ésta abandonándolo. El terapeuta mostró un interés genuino por su ira. A medida que logró expresar gradualmente su ira de un modo más directo, Benjamin comenzó a sentirse más al mando de las riendas de su vida.

Impases como ventanas hacia principios organizativos nucleares

Otro cambio conceptual importante conlleva ver los impases terapéuticos como ventanas que nos permiten acceder a los esquemas relacionales del paciente y no como obstáculos que han de ser superados. Este tipo de cambio se manifiesta particularmente bien en los textos de Robert Stolorow y sus colaboradores (Stolorow et al., 1994), así como en el trabajo de los kleinianos contemporáneos, como Betty Joseph (1989). Para Stolorow y sus colaboradores, los impases terapéuticos son el "camino real a la comprensión analítica". En línea con el énfasis de Heinz Kohut (1984) sobre el rol que desempeña la elaboración de los fracasos empáticos en el proceso de cambio, subrayan la idea de que la experiencia del paciente sobre las intervenciones del terapeuta estará inevitablemente modelada por sus principios organizativos (conscientes e inconscientes). Stolorow y sus colaboradores están especialmente interesados en situaciones en las que el terapeuta no logra comprender y responder adecuadamente a las necesidades del paciente a consecuencia de una intersección entre los principios organizativos nucleares del terapeuta y del paciente. A continuación se presenta un ejemplo propuesto por Stolorow y Atwood (1992):

Una paciente femenina presenta un estilo seductor y coqueto motivado por una necesidad desesperada de ser reconocida y de contrarrestar los sentimientos de vacío y falta de valor. Los orígenes de su estilo seductor pueden remontarse a su relación con un padre seductor cuya atención sexual constituía la única excepción a un ambiente familiar no confirmatorio ni responsivo. Su terapeuta, quien actúa en concordancia con su comprensión de los preceptos del psicoanálisis clásico, considera que sus urgentes peticiones de respuestas afirmati-

vas y de reflejo deberían encontrarse con el silencio o, como mucho, con breves interpretaciones. La paciente experimenta la falta de responsividad del terapeuta como la repetición de las circunstancias traumáticas de privación de su niñez. Ella responde alternativamente con escaladas de seducción o con expresiones de ira. Aunque puede entenderse la respuesta del terapeuta al paciente, en parte, en términos de su comprensión conceptual de los principios del enfoque terapéutico que trata de aplicar, también puede entenderse en términos de sus propios esquemas relacionales. Él asimila las desesperadas demandas de la paciente por una responsividad refleja en una sensibilidad preexistente hacia las cuestiones de poder, control y autonomía; sensibilidad que se deriva de las experiencias evolutivas del propio terapeuta. Entre ellas se incluyen la relación con una madre excesivamente dominante a quien consideraba como tiránica y opresiva y a quien habitualmente respondía con la resistencia obstinada y el alejamiento.

En esta situación la exploración detallada de las experiencias de la paciente, de la respuesta del terapeuta y de la contribución del terapeuta a la interacción podría haber transformado un impás en una comprensión global (que de otro modo sería imposible de alcanzar) de los esquemas relacionales de la paciente. Las formulaciones basadas en los relatos de la paciente sobre acontecimientos pasados o presentes son, en el mejor de los casos, meras hipótesis. Por contraste, los impases terapéuticos ofrecen la posibilidad de investigar los matices sutiles del estilo característico de la paciente de construir y actuar tal y como se despliegan en el presente. Cuando las cosas marchan bien en la terapia, es paradójicamente fácil "pasar de largo" sin cuestionar la precisión de nuestras comprensiones relativas a los mundos internos de nuestros pacientes o sin examinar el modo en que nuestras propias preconcepciones o principios organizativos nucleares modelan nuestro modo de entender a los pacientes. Paradójicamente, los períodos de impás nos obligan a profundizar en nuestra comprensión de los pacientes y a investigar sobre nuestra propia contribución a la interacción. Como subrayan Stolorow y sus colaboradores, es imposible entender a los pacientes sin comprender la contribución del terapeuta a la interacción. Tal y como señala

Renik (1993), "Cualquier aspecto de la actividad clínica del analista está determinada, en parte, por su propia psicología personal" (p. 553). Independientemente de que el terapeuta empaticice, interprete, confronte, desafíe o valide, haga lo que haga es siempre un reflejo parcial de sus propias dinámicas personales. Así pues, existe una subjetividad irreducible en todo lo que diga o haga el terapeuta (Aron, 1996; Hoffman, 1998).

Los kleinianos contemporáneos como Betty Joseph (1989) aportan una dimensión adicional sobre el rol de los impases como ventanas hacia una comprensión más profunda. Joseph subraya la importancia de la detección cautelosa de la responsividad del paciente ante las intervenciones del terapeuta, porque el no uso de las intervenciones del terapeuta puede reflejar una dinámica significativa que subyace al estilo de funcionamiento general del paciente. Por ejemplo:

Joseph (1989, p. 199) describe a un paciente que se aproxima a la terminación de la terapia y comienza una sesión comentando su ansiedad relativa a diversos acontecimientos que se producen en su vida (p.ej., él y su mujer están a punto de vender la casa). Joseph interpreta la ansiedad como si estuviera relacionada con su inminente terminación de la terapia. El paciente asiente, pero sigue comentando su incomodidad generalizada, y Joseph percibe ira y resentimiento. Elabora una segunda interpretación, sugiriendo que al paciente le cuesta aceptar el hecho de que ella le permita abandonar el tratamiento, porque cree que él es "un paciente muy especial" para la terapeuta. El paciente responde siguiendo sus comentarios sobre las dificultades generales, y una vez más transmite una sensación de resentimiento. En este punto Joseph interpreta su ira y tristeza como defensa contra el manejo de los sentimientos dolorosos de la finalización. El paciente se calla y reconoce después que había tenido el pensamiento: "vieja zorra". La exploración adicional revela que cree que Joseph tiene razón, pero siente envidia y rivalidad por ello. Así, la detección y exploración atenta de las respuestas de cada momento a las interpretaciones ayuda al paciente a ver el modo en que su envidia interfiere con su capacidad para experimentar un aprecio menos ambivalente del insight de Joseph y a contactar con los sentimientos de tristeza por la finalización del tratamiento.

La contribución de Joseph sobre esta cuestión es particularmente valiosa por la detallada atención que presta a los aspectos microscópicos de las interacciones del paciente y del terapeuta, así como por su interés en el rol potencial de los sentimientos de contratransferencia del terapeuta para ayudarle a arrojar luz sobre lo que se produce en las interacciones. El trabajo de Joseph subraya cuán importante es ir más allá de los impases intensos o globales que son obvios tanto para el paciente como para el terapeuta e investigar en profundidad los modos sutiles con que los pacientes desvían o neutralizan las intervenciones del terapeuta. Por ejemplo un paciente puede manifestar acuerdo con la interpretación del terapeuta, pero el terapeuta queda siempre con la sutil sensación de que existe algo curioso en la respuesta del paciente. En las situaciones de este tipo, los sentimientos del paciente aportan una clave potencial para acceder a las dinámicas del paciente que le conducen a responder a las intervenciones de un modo particular.

El trabajo de Joseph, a pesar de sus virtudes, no presta suficiente atención a la potencial contribución del terapeuta a estos acontecimientos sutiles. La autora también tiende a asimilar su comprensión de los procesos intrapsíquicos del paciente dentro de una formulación preexistente sin abrir un proceso de cuestionamiento empático sostenido, que permite la revelación de la experiencia del paciente en sus propios términos. De cualquier modo, es de extrema importancia su atención disciplinada e intensiva a los aspectos moleculares de la responsividad (o ausencia de la misma) del paciente ante las intervenciones del terapeuta.

Reestructuración de los esquemas relacionales del paciente

Al igual que muchas innovaciones recientes de la teoría psicoanalítica contemporánea, la idea de que la elaboración constructiva de un impás terapéutico o de una ruptura de la alianza terapéutica puede generar o facilitar la reestructuración de los esquemas relacionales del paciente puede atribuirse a Sandor Ferenczi (1932). Él fue el primero en subrayar la idea de que la terapia conlleva, a menudo, una puesta en escena

de la experiencia evolutiva traumática del paciente, en la que el terapeuta gradualmente es empujado a interpretar el rol del perpetrador. Desde esta perspectiva, una parte crítica del proceso de cambio conlleva que el terapeuta reconozca su contribución a la interacción y después hacérsela reconocer al paciente, ofreciendo así al paciente la oportunidad de vivenciar una nueva experiencia. Tal y como han documentado varios autores (p.ej., Haynal, 1989; Aron & Harris, 1991; Wallerstein, 1995), el énfasis de Ferenczi en la importancia de la relación terapéutica como mecanismo de cambio influyó en muchos teóricos de ambos lados del Atlántico, directa e indirectamente, pero de muchos modos su contribución se marginó hasta años recientes.

En las décadas de los cuarenta y cincuenta, surgió la idea de la experiencia emocional correctiva de Franz Alexander (1948) desafiando al énfasis predominante en el insight como mecanismo de cambio de la principal corriente psicoanalítica. Siguiendo visiblemente las ideas de Ferenczi, Alexander defendía que el cambio se produce cuando el terapeuta es capaz de asumir una actitud diferente a la que fue asumida por el progenitor del paciente en la situación conflictiva original. La postura de Alexander se convirtió en foco de un debate teórico encendido, atribuyéndosele en las críticas que estaba haciendo uso de la sugestión y no del análisis auténtico y que defendía que el terapeuta "interpretaba un papel" (en consecuencia estaba manipulando) y que sus recomendaciones teóricas se basaban en la equívoca presunción de que el terapeuta sería capaz de inferir correctamente el tipo de rol que había de desempeñar. Aunque Alexander tuvo desde el comienzo muchos seguidores, con el tiempo la mayoría de la comunidad psicoanalítica se posicionó en su contra y en la actualidad el concepto de experiencia emocional correctiva de Alexander sigue siendo anatema para muchos.

Joseph Weiss (1993) distingue claramente la postura de Alexander y la suya propia, pero su teoría del control-dominio puede verse, en ciertos aspectos, como una versión contemporánea de la experiencia emocional correctiva. Weiss, Harold Sampson y sus colaboradores (1986) consideran que la neurosis es el resultado de creencias patogénicas inconscientes que se generan debido a interacciones con los propios progenitores y otras figuras significativas. Estas creencias se infieren de las experiencias infan-

tiles que fueron traumáticas en diferentes grados. Por ejemplo, un niño cuyo padre muera durante la adolescencia infiere que los actos de independencia destruirán al otro y a partir de ahí renunciará a los esfuerzos de auto-afirmación. Ejemplos de tales creencias patogénicas incluyen la asunción de que los actos de independencia conducirán a la nihilización del otro, la creencia de que la dependencia llevará al abandono o que la ira conllevará represalias. Desde la perspectiva de Weiss y sus colaboradores (1986), la capacidad del terapeuta para actuar de un modo que desconfirme el punto de vista del paciente constituye un mecanismo central de cambio. Por ejemplo, el terapeuta que no toma represalias contra la ira de su paciente puede desconfirmar su creencia patogénica según la cual la agresión es peligrosa. Un terapeuta que no se muestra defensivo cuando el paciente menciona la finalización de la terapia desconfirma la creencia del paciente de que la independencia puede ser castigada.

La teoría del control-dominio sugiere dos formas diferentes de implicar las creencias patogénicas del paciente en un impás terapéutico o en una ruptura de la alianza. En la primera, el terapeuta puede actuar involuntariamente de un modo que confirme las creencias patogénicas del paciente. Por ejemplo, un paciente cree que los sentimientos de tristeza producirán abandono. El terapeuta no reconoce cuán central es esta preocupación para el paciente y consecuentemente no empatiza adecuadamente con los sentimientos de tristeza cuando surgen. En consecuencia, el paciente cancela la siguiente sesión. En esta situación, sólo cuando se consigue comprender el significado de las acciones del paciente y se empatiza con su angustia, el terapeuta puede refinar su comprensión de la creencia patogénica y comenzar a desconfirmarla.

En segundo lugar, un impás terapéutico puede entenderse como una manifestación de lo que Weiss et al. denominan como una "prueba de transferencia". Weiss y sus colaboradores (1986) suponen que las personas están motivadas a actuar de un modo que probará y desconfirmará estas creencias, y que inconscientemente examinan siempre si es o no es seguro reconocer sentimientos, pensamientos y recuerdos que previamente han sido custodiados a consecuencia de las creencias patogénicas. Este proceso de examen de las creencias patogénicas se produce en la vida cotidiana y en la relación con el terapeuta. Por ejemplo, un

paciente que cree inconscientemente que los demás le castigarán por sus actos de auto-afirmación puede probar esta creencia en la terapia mostrando desacuerdo con el terapeuta. Si el terapeuta supera las primeras pruebas de transferencia sin mostrarse defensivo ante los desacuerdos del paciente, éste puede decidir inconscientemente que es seguro implicarse en pruebas de transferencia más sustanciales y consecuentemente expresar ira hacia el terapeuta de forma más directa.

Una paciente que creía inconscientemente que sería abandonada por las demás personas si dependía de ellas comenzó la terapia actuando de un modo contradependiente. A medida que confiaba más en el terapeuta, comenzó a expresar su ira porque éste no le aportaba el apoyo y la dirección que ella había esperado. Tras un prolongado período de tiempo durante el cual el terapeuta respondía con actitud comprensiva y no defensiva, la paciente comenzó a reconocer y a expresar sentimientos subyacentes de tristeza y dolor relativos a su aislamiento emocional. Cuando el terapeuta fue capaz de responder de un modo empático, la paciente pudo vivenciar la experiencia de sentirse protegida y atendida, un sentimiento que fue nuevo para ella. Así, un período prolongado de la terapia que podría entenderse como impás fue realmente una importante prueba de transferencia.

Aunque la teoría del control-dominio pueda aportar una perspectiva útil relativa a los impases terapéuticos, una de sus limitaciones es la tendencia a asumir que el terapeuta está suficientemente desenredado de la matriz relacional del paciente como para elaborar una formulación correcta y precisa de la creencia patogénica del paciente. Como hemos defendido previamente, es inevitable que el terapeuta quede enredado en la matriz relacional del paciente. Además, es precisamente esta misma experiencia de implicación en la matriz relacional del paciente la que permite al terapeuta alcanzar cierto grado de comprensión relativa a los esquemas relacionales nucleares del paciente. Así, desde la perspectiva relacional, los impases terapéuticos reflejan frecuentemente la puesta en escena de un patrón relacional que es casi paralelo a los patrones característicos del paciente y el proceso que conduce al desenredo es precisamente el que reestructura los esquemas relacionales del paciente.

Descoordinación y reparación afectiva

Investigación reciente relativa a la comunicación afectiva en las interacciones bebé-madre aporta algunas sugerencias interesantes sobre el rol que desempeña la armonía emocional o su ausencia en el proceso evolutivo y, por implicación, en el proceso de elaboración de los impases terapéuticos. Como sugieren la teoría y las investigaciones en las áreas de la emoción y evolución infantil, la experiencia afectiva es básica para aportar al individuo información sobre sus propias disposiciones a la acción (Greenberg & Safran, 1987; Lang, 1983; Leventhal, 1984).

El grado en que un individuo integra y sintetiza información afectiva de varios tipos determina la medida en que desarrolla un sentido del self basado en su experiencia orgánica, biológicamente enraizada (Safran & Greenberg, 1991; Safran & Segal, 1990). En este mismo orden, como señala Daniel Stern (1985), el proceso de armonización afectiva influye al ayudar a los niños a aprender a experimentar y articular una amplia gama de emociones. A través de este proceso, desarrollan un sentido del self basado en la experiencia percibida en su propio cuerpo y que es comunicable a los demás.

Diversos estudios han demostrado diferencias sistemáticas entre el modo en que las díadas madre-bebé sanas y disfuncionales manejan los momentos de armonía y desarmonía afectiva (Tronick, 1989). Tanto en las díadas sanas como en las disfuncionales se produce una oscilación constante entre los períodos en los que la madre y el bebé se hallan afectivamente armonizados o coordinados y períodos en los que entre ellos existe descoordinación. En una díada madre-bebé sana, los momentos de descoordinación afectiva suelen ir normalmente seguidos por un restablecimiento de la interacción. Por ejemplo, un niño comienza a experimentar tristeza o alegría, y la madre no responde a esta emoción con una del mismo tono. En respuesta a esta descoordinación, el niño experimenta una emoción secundaria, como la ira. La madre, entonces, sí armoniza con la emoción secundaria y la díada vuelve a coordinarse una vez más. Por contraste, en una díada madre-bebé disfuncional, la madre no sólo no logra armonizar con la emoción primaria sino que tampoco armoniza con la emoción secundaria.

Edward Tronick (1989), usando el modelo de internalización de Bowlby, sugiere que en las díadas madre-bebé sanas, la oscilación conti-

nua entre los períodos de descoordinación y los períodos de restablecimiento sirven a la función de ayudar al niño a desarrollar un esquema relacional adaptativo, es decir, uno que represente al otro como potencialmente disponible y al self como capaz de negociar la afiliación incluso a la vista de una ruptura interaccional. Por contraste, el bebé de la díada disfuncional nunca logra desarrollar este tipo de representación self-otro, y en consecuencia es posible que abandone la posibilidad de establecer un contacto emocional auténtico. El bebé no desarrolla fe en su capacidad para mantener contactos auténticos a la vista de diferencias y en un desesperado intento por mantener algún tipo de afiliación interpersonal desarrollará estrategias auto-manipulativas o de manipulación ajena para preservar algún tipo de contacto personal.

Del mismo modo que se supone que el proceso de oscilación entre los estados de descoordinación afectiva y de restablecimiento influye decisivamente para ayudar al niño a desarrollar un esquema relacional adaptativo, la elaboración de las rupturas de la alianza también puede hacerlo para el paciente de psicoterapia. Este proceso aporta una experiencia de aprendizaje a través de la cual el paciente desarrolla gradualmente un esquema relacional que representa al otro como potencialmente disponible y a uno mismo como capaz de negociar la afiliación incluso en el contexto de las rupturas interaccionales (Safran, 1993a; Safran & Segal, 1990).

Recuperación de una parte escindida del self

Diversos teóricos han defendido que el proceso de elaboración de los impases terapéuticos influye decisivamente en ayudar a los pacientes a recuperar una parte escindida de sí mismos. Este tema también puede hallarse en los textos de Sandor Ferenczi, en los orígenes del psicoanálisis. Ferenczi (1931) sugería que la neurosis se genera a consecuencia de escindir una parte del self a fin de mantener una relación con los progenitores. Según él, el bebé, que sufre algún trauma sexual o emocional causado por los progenitores, escinde parte de sí mismo y a partir de ahí se relaciona mediante un falso self. Este modo de relacionarse está destinado a ganar tiempo hasta que logre hallar una situación en la que pueda permitir que esa parte escindida resurja con seguridad. El niño que

escinde así una parte de su self, experimenta un parálisis de espontaneidad y un tipo de madurez precoz.

Profundizando sobre esta perspectiva, Winnicott (1956) defendía que, al nacer, el bebé es completamente dependiente de su madre. Del mismo modo, la madre está predispuesta a estar muy sensible y muy responsiva a las necesidades del bebé. En este punto, ella se encuentra en lo que Winnicott denomina “el estado de preocupación materna primaria”. Según él, la madre, en virtud de su sensibilidad a las necesidades del bebé, se adapta suficientemente a él para facilitar la ilusión omnipotente de que la madre y sus respuestas conducentes a satisfacer necesidades existen a consecuencia de la fantasía del bebé. Armonizando de este modo con las necesidades del bebé, la madre le ayuda a integrar su experiencia espontánea en su sentido del self y a establecer así los cimientos para experimentarse como “real” y vivo. Estos son los cimientos de lo que Winnicott denomina el “self auténtico”.

El *self auténtico* es la fuente de autenticidad de una persona. Se desarrolla a partir de la capacidad materna para ofrecer al bebé lo que Winnicott llama un “entorno de contención”, que satisface sus expresiones o gestos espontáneos. Cuando la madre no satisface tales gestos, el bebé ha de acatarse a la respuesta de la madre a fin de sobrevivir. Las estrategias de conformidad que se derivan dan lugar a lo que Winnicott se refiere con “el falso self”. El *falso self* oculta y protege al auténtico self conformándose con las demandas ambientales. Todos los seres humanos desarrollamos sí mismos falsos, incluso bajo las circunstancias más fortuitas. Sin embargo, en casos extremos, si la madre no reconoce repetidas veces los gestos del bebé e impone a éste sus propias respuestas, el self auténtico se encuentra tan oculto que parece ausente. El resultado suele ser un sentido generalizado de irrealidad, futilidad y carencia de vitalidad.

Ferenczi (1931) fue el primero en subrayar cuán importante es la relación terapéutica para ofrecer al paciente un “comienzo nuevo” (terminología de Balint [1968]): uno en el que pueda aprender a mantener una relación con el analista sin el coste de escindir una parte del self. Se refirió también al valor de la situación analítica para permitir al paciente abandonarse a la fase que denominó de “amor-de objeto pasivo”, es decir, esa fase en la que, al igual que un niño, sus necesidades reciben la respuesta perfecta del otro. Igualmente, Winnicott creía en la importan-

cia de ofrecer a los pacientes un contexto de contención. Creía que con algunos pacientes era conveniente promover la reaparición de las necesidades de dependencia facilitando una regresión al contexto de contención de la relación terapéutica. Este proceso permite la aparición del auténtico self.

De la idea de restablecer una parte escindida del self se derivan implicaciones básicas para comprender los impases terapéuticos. Las falsas alianzas conllevan, a menudo, un tipo de acatamiento falso a uno mismo, que refleja el modo característico del paciente para relacionarse con la vida. Tal falsa alianza con uno mismo conlleva inevitablemente una experiencia de indefensión. Mediante un entorno de contención para el paciente y si se empatiza con él en la totalidad de su experiencia sin ser sobrecargado por ella, el terapeuta puede facilitar la reaparición de la experiencia del self auténtico; a saber, el terapeuta puede traer a la superficie una autenticidad y una vitalidad muy bien enterradas.

La idea de que la elaboración de los impases terapéuticos pueda ayudar a los pacientes a restablecer una parte escindida del self es heurísticamente valiosa, aunque también pueda ser problemática. Habida cuenta de que existe un self auténtico en espera de ser descubierto, los terapeutas pueden sentirse motivados a relacionar otros aspectos de sus pacientes como falsos o meramente defensivos. Así, por ejemplo, el estilo analítico del paciente intelectualizado puede recibir del terapeuta una respuesta sutilmente crítica e impaciente. La cortesía de un paciente que teme a su propia agresión puede ser considerada como exclusivamente defensiva más que como un rasgo auténtico de su carácter que tiene un valor real. Por ello, cosificar la distinción entre los sí mismos auténticos y los falsos conduce a los terapeutas a valorar selectivamente ciertos aspectos de la forma de ser del paciente sobre otros. Esto puede dificultar aún más la auto-aceptación de los pacientes.

Desde la perspectiva de los múltiples estados del self que se comentaba en el Capítulo 2, no existe un self estático y unitario en espera de ser descubierto, sino múltiples estados del self rivalizando por el dominio de la conciencia en todo momento. Este punto de vista es un correctivo útil para la distinción estática y cosificada de los sí mismos auténticos y falsos. Como se ha señalado anteriormente, el correctivo que ofrece la psicología budista es mucho más radical. Para la psicología budista incluso

la idea de los sí mismos múltiples constituye un tipo de cosificación. Implica la presencia de un número finito de sí mismos múltiples que puedan conocerse. Sin embargo, la psicología budista mantiene que el self es una ilusión creada sobre una base momento-a-momento y los cambios se derivan de atravesar esta ilusión y de rendirse ante el *acto de ser*.

Aunque Winnicott empleó la terminología de los sí mismos auténtico y falso, su pensamiento sobre este particular coincidía en muchos elementos con esta perspectiva. En sus textos aludía una y otra vez a un modo de ser que conlleva sólo *el acto de ser*, en lugar de luchar o hacer. Esta capacidad de ser se asocia con lo que él denominaba “estado de no integración”. Winnicott contrastaba este estado de no integración con el de la integración del ego o la desintegración del ego. En sus propias palabras, “El opuesto de la integración parecería ser la desintegración. Esto sólo es verdad en parte. El contrario, inicialmente requiere una término como la no integración. La relajación para el bebé significa no sentir una necesidad de integrar, dando por hecho la función de apoyo al ego de la madre” (Winnicott, 1965, p. 61). Así, para él, esta capacidad de *ser* se asocia con una fe básica en que el otro permanezca ahí. También se asocia con una capacidad para estar a solas, en el contexto de la confianza básica de que el otro estará ahí cuando se le necesite (Winnicott, 1958b).

Experiencia transicional

El peligro derivado de adaptarse excesivamente a la “realidad objetiva” (es decir, realidad definida por los demás) es que uno pierde su propio sentido de la vitalidad y de ser real. Tanto Winnicott (1958a) como Kohut (1971) subrayaron que es evolutivamente crítico que los bebés experimenten un estadio omnipotente o narcisista en el que los otros se adaptan suficientemente a sus necesidades para que los bebés puedan vivenciar la experiencia de ser el centro del mundo, antes de que comience el proceso de desilusión. El concepto de espacio transicional de Winnicott añade otra dimensión importante a nuestra comprensión del proceso óptimo de desilusión.

Desde su óptica, el proceso evolutivo sano no conlleva una renuncia progresiva de la ilusión y una aceptación paralela de la realidad, sino

la capacidad para aceptar la realidad y experimentar ilusión. Según Winnicott, esta capacidad implica la habilidad para entrar en el reino de lo que él denomina como “espacio transicional”. El *espacio transicional* existe en un área intermedia entre los reinos de la fantasía y de la realidad, subjetivo y objetivo o interno y externo. La experiencia transicional (es decir, la capacidad para entrar en este espacio metafórico) conlleva la habilidad para aceptar la paradoja de que algo es simultáneamente real e ilusorio. Como tal, sirve como puente entre los mundos interno y externo y como alternativa a la opciones mutuamente excluyentes de lo subjetivo y lo objetivo.

La experiencia transicional prototípica consiste en la relación del niño con su peluche preferido. Al establecer una relación única con un objeto inanimado tal, el niño le atribuye un significado especial, convirtiéndolo en algo más que un peluche. En cierto sentido está vivo para el niño y de este modo le aporta confort y seguridad emocional. En esta paradójica situación el niño otorga al peluche el mismo poder que necesita para estar vivo para él del modo en que él lo necesita. Pero si los niños experimentaran el objeto transicional exclusivamente como creación propia, ya no tendría el sentido que necesitan que tenga. En cualquier caso y en algún grado ya saben que ellos han otorgado al peluche el sentido que tiene. La experiencia transicional implica, por lo tanto, un tipo de “juego” en el sentido de que los límites entre lo real y lo no real son poco nítidos. También es una forma de juego porque es un acto creativo a través del cual se presenta al mundo la propia experiencia interna y, en cierto sentido, esto lo convierte en real.

La experiencia transicional no es meramente un entretiem po evolutivo. Constituye un importante reino de la experiencia adulta sana. En la forma adulta, expresa la capacidad para jugar con las propias ideas, fantasías y las posibilidades del mundo de un modo que dé origen a lo novedoso y a lo sorprendente. Para experimentar fenómenos transicionales uno necesita poder experimentar como significativo su mundo interno y esto, a su vez, requiere una sensación básica de confianza en la voluntad del otro para interesarse por nuestro mundo y responder a nuestras necesidades emocionales. Los impases terapéuticos reflejan, a menudo, la incapacidad del paciente para introducirse en el espacio transicional y la consecuente esterilidad de su experiencia e inhabilidad para experimen-

tar algo como significativo, incluido el proceso terapéutico. En tales situaciones, las palabras pueden carecer de sentido y tanto la vida como uno mismo pueden haberse vaciado y muerto. En estos casos, puede ser útil que el terapeuta sea receptivo al desarrollo de un tipo de experiencia transicional mediante la cual sus pacientes comiencen a trabajar sobre temas relacionales importantes “en juego”, temáticas que no puedan trabajar de un modo más explícito (véase Newirth, 1995).

Una sesión con Ashley, un paciente descrito en el Capítulo 1, ofrece una ilustración de este tipo de proceso. Recordemos que Ashley era una mujer soltera que acudió a terapia por una sensación generalizada de vacío y carencia de sentido de su vida. Había sufrido abusos emocionales y abandono de sus progenitores y había desarrollado un tipo de madurez precoz como forma para manejar sus necesidades insatisfechas de dependencia. Durante la primeras fases del tratamiento encontraba serias dificultades para explorar los temas y sentimientos dolorosos, rechazaba cualquier intento por hablar sobre lo que sucedía en la relación terapéutica. Su postura general era de desconfianza y cautela. Muchas sesiones se rellenaron de conversación superflua seguida de prolongados y airados silencios. Ashley se quejaba sistemáticamente de que el tratamiento no le ayudaba y cuando se le preguntaba qué es lo que echaba en falta, respondía que necesitaba más pautas de actuación y dirección. También se quejaba de la carencia de auto-apertura del terapeuta. Sintiendo impedido en sus intentos por explorar más profundamente lo que sucedía en la relación terapéutica, el terapeuta decidió experimentar aportando las pautas y el apoyo que Ashley demandaba. Comenzó también a experimentar con las auto-revelaciones intencionadas, sospechando que la solicitud de auto-apertura de Ashley era un modo de decir “No me voy a arriesgar a abrirme ante ti hasta que no tengas voluntad de demostrar que estás dispuesto a invertir en esta relación arriesgándote tú mismo a una mayor apertura”.

Con todo, muchas sesiones siguieron caracterizándose por la conversación superficial seguida de un silencio, propio de las primeras fases. Durante uno de estos silencios, Ashley dirigió su atención a una fotografía de la hija del terapeuta que había en el despacho y pregun-

tó si le había cambiado el marco recientemente. El terapeuta respondió que no había cambiado el marco desde que ella había comenzado el tratamiento y le preguntó qué veía en el cuadro. La paciente respondió: “Veo a una niña que parece como si estuviera triste y temerosa ¿Qué ve usted?”. El terapeuta respondió: “Veo a mi hija a quien quiero”. En este punto Ashley comenzó a llorar. El terapeuta le preguntó que le sucedía y ella comenzó a hablar de la falta de protección y amor en su vida.

Sin ninguna duda, la motivación que llevó al terapeuta a sus acciones tuvo múltiples determinantes, algunas conscientes y otras no. En un nivel sintió que la fotografía era proyectiva y que Ashley estaba hablando de sí misma cuando se refirió a las emociones que atribuía a la niña de la fotografía. En otro nivel, quizá estaba diciendo: “No eres muy buen padre, ni para tu hija ni para mí”. El terapeuta advirtió también que tratar de contemplar o interpretar directamente sus sentimientos en ese momento hubiera sido rechazado por la paciente. Además, no responder a la pregunta de Ashley posiblemente hubiera sido experimentado por ella como un modo de retirada. Al mismo tiempo, el terapeuta se sintió tocado por el lado infantil de Ashley que, a su entender, deseaba desesperadamente ser emocionalmente protegida incluso aunque fuera incapaz de abrirse para aceptarlo. El mencionar su amor hacia su propia hija fue, quizá parcialmente, un modo de expresar indirectamente su interés por Ashley. Quizá, en parte, fue un modo de decir: “Me intereso por mi hija, por su tristeza y su miedo, y también me preocupo de ti”. Quizá parte de ello fue también un modo de manejar sus propios sentimientos de tristeza derivados de su identificación con el dolor de Ashley, reafirmando para sí mismo sus sentimientos de conexión amorosa con su propia hija. Quizá hubo también un elemento de ira o de defensa en su respuesta. Por ejemplo, “A pesar de lo que pienses, soy un buen padre. Me intereso por mi hija y estoy dispuesto a demostrar mi capacidad para ser un buen padre para ti respondiendo a tu deseo de hablar abiertamente sobre mis sentimientos, incluso aunque subraye la ausencia de una conexión afectiva similar en nuestra relación”.

Del mismo modo, es imposible comprender definitivamente la respuesta de Ashley a los comentarios del terapeuta. Quizá en un nivel la

paciente experimentó los comentarios del terapeuta como expresión indirecta de su empatía y atención hacia ella. En otro nivel su expresión de amor hacia la hija acentuó la sensación de soledad de la paciente al recordar las ausencias de sus progenitores así como el hecho de que en la vida real el terapeuta nunca podría ser un padre amoroso para ella como lo era para su propia hija.

Es difícil hallar un único sentido a las interacciones de este tipo. Desafían la comprensión secuencial lineal. Aunque en retrospectiva pueda buscársele un sentido lógico, como mucho sólo aportará una comprensión parcial. El terapeuta empatizó con los sentimientos de tristeza de Ashley y examinó su deseo de amor y protección en su vida, pero no trató de esclarecer el significado preciso de su interacción. En algunas situaciones este tipo de análisis retrospectivo puede ser útil, no así en otros donde podría diluir o deshacer algo genuino que se ha producido en la relación. Como señala Hoffman (1998), la necesidad compulsiva de analizar todo ha de ser analizada en sí misma. En esta situación la respuesta de Ashley sugería que la auto-revelación del terapeuta había facilitado el proceso terapéutico y consideró que el examen explícito de lo que había sucedido en la relación equivaldría a quitar con una mano (subrayando la no mutualidad de la relación y restableciendo su rol de terapeuta analista) lo que había dado con la otra (voluntad para subrayar el aspecto mutuo de la relación a través de la auto-revelación).

Desilusión óptima

En la vida, inevitablemente hemos de afrontar el hecho de que por la misma naturaleza de nuestra existencia estamos simultáneamente solos e inmersos en un mundo con otros. Nos hallamos solos en el nivel fundamental porque nacemos solos y hemos de morir solos. Aunque podamos compartir muchas cosas con otras personas, muchas de nuestras experiencias privadas nunca serán compartidas con ellos. Al mismo tiempo, inevitablemente estamos vinculados a los otros. Nacemos relacionados con los otros y alcanzamos un sentido del self sólo en relación con los demás. Como clarifica la investigación evolutiva reciente, los seres humanos estamos biológicamente programados para buscar rela-

ciones con otras personas y para desarrollarnos en contextos relacionales. Sin embargo, a pesar de la naturaleza intrínsecamente interpersonal de la existencia humana, al fin estamos encapsulados por nuestra propia piel y apartados de los demás en virtud de nuestra existencia como organismos independientes. Por ello, como seres humanos, pasamos nuestras vidas negociando la paradoja de nuestra soledad y pertenencia al mundo simultáneas. Comenzamos nuestras vidas tratando de mantenernos en proximidad a las figuras de vínculo y el logro de la afiliación interpersonal sigue motivando nuestra conducta a lo largo de toda la vida. Sin embargo, independientemente de cuán duros sean nuestros esfuerzos no podemos esperar, salvo en períodos breves, alcanzar el tipo de unión con los demás que nos permita escapar de nuestra soledad.

Michael Balint (1968) acuñó el término "falta básica" para describir la experiencia fundamental que tienen muchas personas de que existe alguna carencia o algún error. Según él, esta *falta básica* surge de la experiencia de disrupción del estado arcaico de lo que denominó "relación primaria de objeto" o "amor primario". Defendía, como lo hizo Rank (1948), que la experiencia del nacimiento es traumática para el bebé porque éste es separado del estado de simbiosis biológica con la madre, a lo que denominó "mezcla interpenetrante armoniosa" (Balint, 1968). Para Balint, esta experiencia primaria de afiliación en el contexto intrauterino continúa, en cierto grado, tras el nacimiento, a medida que la madre sigue satisfaciendo las necesidades del bebé, de un modo que éste da por hecho. Sin embargo es inevitable que la madre no llegue a responder total y completamente, y el bebé experimenta una disrupción del estado armonioso. La falta básica es, por lo tanto, la experiencia de confusión o discrepancia entre las necesidades de un individuo particular y la capacidad de las personas del entorno para satisfacerlas.

Según Jacques Lacan (1953, 1973b), todos existimos en un estado de alienación fundamental (o lo que él denomina "carencia"), en el que sentimos que algo nos falta. Esto es así por diversas razones. La primera es el hecho de que sólo podemos expresarnos a través del lenguaje distorsionante. La segunda, vinculada a la primera, es que nuestra existencia como sujetos está atada al deseo del otro. Los deseos de nuestros progenitores se convierten en los nuestros y cuesta, si no es imposible, desvincularse de ellos. La tercera, desde el comienzo al niño le gustaría ser

el único objeto del afecto de su madre, pero el deseo de la madre trasciende al niño (al padre, entre otros). Así pues existe un proceso normal de separación, mediado parcialmente por la presencia del padre o de un equivalente simbólico (Lacan habla del “nombre del padre” o la función paterna a fin de clarificar que no necesariamente se refiere al padre biológico). A consecuencia de esta separación, las personas dedican sus vidas a lograr experiencias y relaciones que son recuerdos simbólicos de esta unidad perdida con la esperanza inconsciente de restablecer la experiencia de lo completo. Pero, por su misma naturaleza, este deseo nunca puede ser plenamente satisfecho.

Esta sensación fundamental de carencia, de haberse caído de un estado de gracia, es un tema universal de la mitología y los esfuerzos por curar este error o falta básica son preocupaciones centrales en todas las tradiciones espirituales. En la tradición judeo-cristiana, esta sensación se refleja en el mito de la expulsión del Jardín del Edén. La cultura judía está imbuida de una sensación de vivir en el exilio, como principio histórico y como principio cósmico. A las tradiciones judías y las cristianas les preocupa la curación de nuestra sensación de escisión y esto se logra a través de la sensación de unión con lo divino y con seres humanos iguales. Esto se observa particularmente en las tradiciones cabalística y hasídica del judaísmo y en las tradiciones gnósticas del cristianismo. La tradición hindú concibe que el dilema de la experiencia de la escisión humana surge del no reconocimiento de que todos somos parte de una esencia universal, Brama, y la solución del reconocimiento y experiencia de nuestro ser fundamental como parte de la esencia universal. Los budistas consideran que el dilema humano básico se origina a partir de una concepción errónea de sí mismo como poseedor de una naturaleza permanente y sustancial y la solución; a partir del reconocimiento de la no dualidad entre uno mismo y los demás.

Un tema recurrente en la literatura es que la elaboración de los impases terapéuticos conlleva un tipo de desilusión óptima. Como sugirió Winnicott (1956), la armonía absoluta de la madre con el bebé no puede durar siempre. Gradualmente, a medida que sale de su estado de preocupación maternal primaria, armoniza más con sus propias necesidades y es menos responsiva a las del bebé, éste comienza a experimentar la desilusión. Si la maternidad se produce de un modo óptimo (a lo que

Winnicott se refirió como “maternidad suficientemente buena”), este proceso de desilusión se produce dentro del intervalo de tolerancia del bebé y, por ello, no es experimentado como traumático. Sin embargo, si el grado de desilusión no es óptimo, entonces el bebé vivencia una usurpación de su propio desarrollo y se adapta a las necesidades de la madre, sin aprender gradualmente a desarrollar un sentido del self, que sintetiza sus propias necesidades orgánicamente percibidas. Para Winnicott, y como también para Ferenczi, es probable que la reaparición de los deseos enterrados en la relación con el terapeuta vayan seguidos de una decepción. En este orden, es tarea del terapeuta ayudar al paciente a elaborar esta decepción de un modo constructivo, lo que conlleva la aceptación de las propias necesidades y deseos como válidos y legítimos al mismo tiempo que se vive con el dolor producido por saber que nunca serán satisfechos de un modo absoluto.

Heinz Kohut (1984) también consideraba que la experiencia de la desilusión era central en el proceso de cambio y le atribuyó, de forma continua, un papel central en su pensamiento relativo a la elaboración de los fracasos empáticos en terapia. Según él, el cambio terapéutico equivale al proceso evolutivo sano porque consiste en un círculo continuo de decepción y reparación. Esto produce la removilización de un proceso evolutivo arrestado a través del cual el paciente puede desarrollar un sentido sano y cohesionado de self. Kohut se refirió al mecanismo a través del cual se produce esto como la “internalización transmutante”. Para él, el proceso conlleva una internalización gradual de lo que denominó las “funciones self-objeto del terapeuta”. Ejemplos de éstas incluyen la armonización afectiva, la validación de la experiencia subjetiva, la regulación y reducción de la tensión, la organización de la experiencia de ser uno mismo y el reconocimiento de la unicidad (Bacal & Newman, 1990). Fundamental en el pensamiento de Kohut es la idea de que el proceso de “frustración óptima” desempeña un papel instrumental en la promoción del proceso de internalización. Creía que uno no puede abandonar sus fantasías del otro idealizado perfectamente disponible sin experimentar frustración. Esta línea de pensamiento puede atribuirse al documento clásico de Freud (1917) “Duelo y Melancolía” donde, por primera vez, observaba que las personas establecen una identificación con las figuras de vínculo abandonadas como forma de manejar la pérdida de

los objetos. El exceso de frustración, sin embargo, impide que el paciente renuncie a su búsqueda del otro idealizado.

Un equilibrio óptimo entre el apoyo y la frustración permitirá al paciente desarrollar progresivamente una valoración realista de las cualidades y capacidades "suficientemente buenas" del terapeuta para hallar algún solaz en ellas. La decepción que experimentan los pacientes cuando el terapeuta no desempeña un papel crítico en términos de ayuda se vincula con la realidad de las limitaciones del terapeuta. En ausencia de una elaboración empática de esta decepción, sin embargo, existe el riesgo de que los pacientes se retracten en un tipo de pseudomadurez que reconoce las limitaciones del terapeuta pero enmascara la desesperanza en que las cosas sean diferentes en algún momento. Esto genera la aniquilación de la vitalidad espontánea, del anhelo y de la esperanza propia. Cuando el terapeuta es capaz de empatizar con esta decepción, sin embargo, los pacientes pueden experimentar su decepción como significativa y el anhelo y deseo subyacentes como válidos. Esto es crítico porque promueve una creciente aceptación de sus propios sentimientos y necesidades. Al mismo tiempo, son capaces de experimentar que el terapeuta está ahí para ellos en cierto modo, a pesar del hecho de no ser capaz de satisfacer sus fantasías del terapeuta ideal.

Sujetos y objetos

En un proceso evolutivo sano, el individuo llega a aceptar, en cierto grado, la existencia independiente del otro. Uno acepta el estatus del otro como sujeto y no como objeto de las propias necesidades, sin necesidad de sofocar la propia creatividad ni las necesidades orgánicamente sentidas para mantener contacto con el otro. Aunque en algunos casos este proceso de desilusión por la aceptación de la existencia separada del otro es menos traumático que en otros, nunca se produce de un modo completamente leve. En grados variables, los individuos pasan sus vidas esforzándose simultáneamente por mantener un sentido de sí mismos como sujetos reales, vitales y vivos y luchando por mantener un sentido de los otros como sujetos reales e independientes. En grados variables, las personas siguen relacionándose con los demás como objetos,

como personajes en sus propios dramas, más que como sujetos independientes. Las personas tratan de controlar y poseer a los otros reduciéndolos a formas que coinciden con sus propias fantasías y necesidades. En términos de Martin Buber (1958), las personas se relacionan con los demás como "Eso es" en lugar de "Usted es".

En este sentido, el problema presenta dos caras. En una de ellas, el mundo y las personas que están en él rechazan tenazmente conformarse con las formas que tratamos de asignarles. Por ello existe una experiencia constante de decepción. En la otra cara, en la medida en que tratamos a las personas como objetos y no reconocemos su estatus como sujetos, les privamos de la existencia independiente necesaria para que ellas puedan aportarnos consuelo ante nuestra experiencia de aislamiento y que nos confirma como sujetos.

Las rupturas de la alianza terapéutica subrayan las tensiones que son inherentes al negociar relaciones con los demás y nos consuelan de las inevitables barreras a la afiliación auténtica. Estas rupturas muestran la realidad del carácter diferenciado del paciente y de su falta de omnipotencia. Como hemos defendido, la expresión de la propia decepción con respecto al terapeuta que acepta esta crítica y sobrevive es una parte importante del proceso de desarrollo del sentido de agencia. Sin embargo, cuando aprendemos a desear o a expresar nuestros deseos, sólo hemos ganado la mitad de la batalla. La otra mitad consiste en aceptar que el mundo y las personas en él existen con independencia de los deseos de uno, que las cosas del mundo se producen según su propio plan y que las demás personas tienen sus propios deseos. Como señalaba Winnicott (1965), una parte importante del proceso madurativo consiste en ver que el otro no es destruido por nuestra agresión, porque esto establece que el otro cuenta con una existencia real e independiente como sujeto y no como objeto. Este tipo de aprendizaje es una parte difícil y dolorosa del proceso de desilusión que nos ayuda a considerar al otro como capaz de confirmarnos como reales. De este modo se establecen los cimientos para las relaciones en las que se produce la confirmación recíproca.

En consecuencia, los procesos de aceptación de uno mismo y del otro son mutuamente dependientes y pueden ser facilitados mediante la elaboración de las rupturas de la alianza terapéutica. El terapeuta, empa-

tizando con la experiencia y la reacción del paciente a la ruptura, demuestra que los sentimientos potencialmente divisivos (p.ej., ira, decepción) son aceptables y que la experiencia de protección y afiliación no son contingentes con la renuncia a una parte del self. El terapeuta demuestra que la afiliación es posible ante la misma condición de separación y que la protección es posible incluso aunque nunca pueda satisfacer completamente el vacío que es parte de la condición humana. Si el terapeuta es *suficientemente bueno*, el paciente le aceptará gradualmente con todas sus imperfecciones. De este modo, la exploración y elaboración de las rupturas de la alianza conlleva paradójicamente la exploración y afirmación del carácter separado y de la potencial unión entre uno mismo y el otro. A medida que el paciente acepta progresivamente su propia separación y la separación del terapeuta, siente menos necesidad desesperada de mantener algún semblante de afiliación a toda costa. Esto, a su vez, le permite disfrutar de momentos más auténticos de afiliación en los que se relaciona con el terapeuta de un modo más espontáneo y se aproxima a aceptar al terapeuta tal como es, y no como personaje de su propio drama. Esto permite desarrollar la aceptación y el aprecio de las cosas tal cual son. No es una aceptación pasiva de lo que suceda sino un prescindir de los esfuerzos por manipularse a sí mismo y a los demás en busca de la perfección. A medida que los pacientes aceptan su soledad fundamental así como cuando aumenta su fe en que son posibles los momentos de contacto o encuentro, son menos inexorables en sus intentos por alcanzar la afiliación y esto les permite ser más receptivos a los momentos de afiliación y protección auténtica cuando se producen.

Volvamos ahora al caso de Benjamin. Al comienzo, comparaba a su terapeuta desfavorablemente con otro terapeuta que había tenido previamente y que a él le había parecido más "potente". A su entender el otro terapeuta había sido más confrontador y creía que aquel había tenido la capacidad para ayudarlo a lograr el tipo de progreso dramático que no parecía probable con el terapeuta actual. Al mismo tiempo, Benjamin admitía haber concluido el tratamiento con el otro terapeuta porque se sentía amedrentado por él. Con todo, su decepción porque el actual terapeuta no lograba ofrecerle algo más sustancial siguió siendo un tema recurrente. Sin embargo a medida que evo-

lucionó su relación, Benjamin era más capaz de confrontar al terapeuta con sus quejas relativas a sus limitaciones sin destruirle a él; gradualmente llegó a ser más tolerante y aceptante con respecto al terapeuta. Cuando su postura relativa al terapeuta se suavizó, también se suavizó su postura hacia sí mismo y progresivamente fue más capaz de reconocer abiertamente su dolor y anhelo de protección y apoyo. Mencionó haberse sentido como un paria por su incapacidad para establecer una relación duradera y el terapeuta se sintió genuinamente interesado y vinculado al paciente en su desesperación. Tras una sesión en la que el terapeuta se había sentido particularmente movido por su tristeza, comentó, "Sabe, usted no me ha ofrecido la magia que había estado buscando, pero de algún modo eso ahora me parece bien. Ya no me siento solo".

Necesidad versus mendicidad

Se puede establecer una distinción clínica clara entre necesidad y mendicidad (Ghent, 1992, 1993; Shabad, 1993). Cuando un individuo cuenta con una historia evolutiva en la que las necesidades instintivas de protección y amor han sido respondidas con abandonos o castigos, el individuo suele convertirse en crítico con sus propias necesidades y las disocia en diversos grados. De esto puede derivarse que le sea imposible expresar sus necesidades directamente y puede perpetuar un patrón relacional en el que sus necesidades no se satisfagan. En esta circunstancia, a menudo recurrimos al resentimiento y a la indignación no sólo a consecuencia de la privación inicial sino también por el fracaso continuo de los otros en satisfacer nuestras carencias y se experimenta una sensación de merecimiento, la sensación de que uno merece ser compensado por la privación que ha experimentado. Algunos de los impases terapéuticos más difíciles se derivan de la puesta en escena de tal patrón relacional.

Como han sugerido Ferenczi (1931) y Winnicott (1965) el individuo se relaciona con los demás con un self falso a fin de ganar tiempo hasta que aparezca la situación en la que se produzca el contacto personal real y auténtico. A consecuencia de la privación emocional que ha experimentado el individuo y de su continua carencia de contactos reales, éste

busca soluciones desesperadas para mantener o establecer alguna semejanza de contacto y para evitar la posibilidad de un rechazo adicional. La misma solución que busca el individuo, le impide, sin embargo, la afiliación real (Safran & Segal, 1990; Wachtel, 1977). El individuo a quien, por ejemplo, a consecuencia de las desarmonías sistemáticas en la infancia, le cueste experimentar y expresar plenamente la tristeza, seguirá experimentando desarmonía ante personas con tales sentimientos. Esto creará una barrera para la afiliación, lo que le llevará a sentirse privado y airado. Otros a su vez, pueden ser alienados y no lograrán empatizar con su ira. Esta situación se complicará aún más si el individuo, por miedo a alienar a los demás, expresa sentimientos de ira de un modo indirecto o pasivo-agresivo. Lo que puede crear una nueva barrera que dificulte el establecimiento de relaciones recompensantes en la vida cotidiana y el establecimiento o mantenimiento de una alianza terapéutica.

Esta distinción entre la necesidad y la mendicidad puede clarificarse mejor haciendo referencia al método del Tema de Relación Conflictiva Nuclear de Lester Luborsky (1984). En opinión de Luborsky los patrones relaciones disfuncionales, o los círculos viciosos, se conceptualizan como compuestos por tres componentes: un deseo subyacente, una respuesta característica de los otros y una respuesta característica al self. El *deseo* consiste en lo que el individuo quiere o necesita inicialmente de los demás –por ejemplo, el deseo de confort o protección. La *respuesta del otro* puede subdividirse en dos subcomponentes. El primero es la *respuesta esperada de los otros*. Por ejemplo, el individuo espera que los otros lo abandonen si expresa su necesidad. Lo que se basa en sus experiencias evolutivas particulares y se perpetúa a través de su matriz relacional característica. El segundo subcomponente es la *respuesta real de los otros* que consiste tanto en la respuesta del individuo a su expectativa o internalización de la respuesta del otro como a la respuesta real del otro. Por ejemplo, el individuo se muestra auto-crítico, resentido e indignado:

En esta conceptualización, lo que Emmanuel Ghent (1992, 1993) denomina “necesidad” equivaldría al deseo subyacente en el marco de Luborsky. La expresión directa de un deseo subyacente de apoyo o protección conlleva una calidad espontánea. Tales expresiones de necesidad se experimentan por los otros como no coercitivas y tienden a elicitar de forma natural la protección que se busca. La “mendicidad”, por otra par-

te, se conceptuaría como una respuesta del self, una respuesta a la propia auto-crítica y expectativa de abandono. La expresión de “mendicidad” tiende a ser experimentada por los demás como demandante, coercitiva e imposible de satisfacer. Tal y como lo describe Ghent (1992):

Lo que parece una necesidad es una demanda manipuladora y, a veces, vengativa lo que en gran medida es una expresión de ira por la privación que se ha sufrido durante toda una vida de un modo o de otro. En lugar de buscar el logro de una respuesta apropiada a una necesidad real, se dirige a obtener alguna satisfacción inmediata, lo que sin contribuir a la satisfacción del vacío interno, sólo amplifica el sentimiento de privación o provoca la alineación o alejamiento empático del otro, añadiéndose así al listado de privaciones. (p. 142)

Algunos de los impases terapéuticos más difíciles se producen cuando el terapeuta se sumerge en círculos viciosos de hostilidad y contrahostilidad mientras responde a las demandas apremiantes e indignas de sus pacientes con sentimientos de impotencia, incapacidad o rabia defensiva. En esta distinción entre necesidad y mendicidad el elemento más crítico es, quizá, el reconocimiento de que la expresión de mendicidad, aunque interpersonalmente nociva y destructiva, señala la presencia de una necesidad subyacente que es de naturaleza sana y adaptativa. Es importante reconocer que la “mendicidad” del paciente nunca será satisfecha y que los esfuerzos por satisfacerla sólo producirán frustración y resentimiento en el terapeuta porque el paciente no apreciará tales esfuerzos.

En las situaciones de este tipo, al terapeuta le conviene trabajar para comprender empáticamente la experiencia del paciente y simultáneamente luchar por ser consciente y reconocer cuándo está uno inmerso en la matriz relacional del paciente y está respondiendo a la mendicidad con frustración e ira. Aunque es inevitable que los terapeutas respondan algunas veces agresiva y defensivamente, su persistente voluntad por examinar sus propias contribuciones a la relación y por seguir trabajando a favor del paciente ayudarán a éste, con el tiempo, a ser más confiado, lo que eventualmente facilitará la aparición de la necesidad subyacente. Además es crítico que los terapeutas sean sensibles a cualquier aparición incipiente de la necesidad subyacente y que estén dispuestos a empatizar y validarla cuando aparezca.

Sobrevivir y contener

Como sugiere Winnicott (1947), existen algunas situaciones en las que lo mejor que puede hacer el terapeuta para el paciente es sobrevivir a su ira o destrucción. Tolerar los sentimientos críticos y airados del paciente suele ser una tarea difícil y es inevitable que los terapeutas respondan como seres humanos con su propia ira o respuesta defensiva. El principio fundamental es que el terapeuta permanezca consciente y abierto ante los difíciles sentimientos que surgen en él a medida que se experimenta como objeto de la ira del paciente y que tenga voluntad para reconocer sus contribuciones a la interacción de un modo continuo. En este contexto la tarea no consiste en evitar o trascender a los sentimientos de ira o de respuesta defensiva sino en demostrar una voluntad tenaz de permanecer con el paciente y de trabajar para comprender lo que sucede entre ellos ante cualquier sentimiento que surja de la interacción.

Sobrevivir a la ira del paciente no significa que no se le responda nunca con ira o con dolor, ni tampoco que haya que responderle siempre con gracia. De hecho, hay ocasiones en las que la respuesta dolida o airada del terapeuta ante las provocaciones del paciente puede ser útil para ayudar al paciente a vivenciar al terapeuta como otra subjetividad o para adquirir cierta sensación de su propia potencia. Además, el proceso en el que se observa al terapeuta manejar sentimientos intensos y conflictivos puede ofrecer a los pacientes un modelo apropiado (Carpy, 1989; Slochower, 1997).

En un orden similar Weiss y sus colaboradores (1986) sugieren que los pacientes traumatizados por las acciones de los demás tratarán de dominar sus sentimientos traumáticos actuando hacia el terapeuta del mismo modo que otros han actuado con ellos. Describen esto como "la conversión de lo pasivo en activo". Añaden que esto equivale a un modo de prueba de transferencia en la que el paciente espera inconscientemente que el terapeuta pueda manejar los sentimientos dolorosos evocados en él sin ser traumatizado, proporcionando así al paciente una experiencia vicaria de cómo dominar el trauma.

Como se ha mencionado previamente, la idea de contención de Bion (1962) también puede servir para comprender el proceso a través del cual la supervivencia a la agresión del paciente puede ser terapéutica.

Aunque conceptos como convertir lo pasivo en activo y contención son susceptibles de ser cosificados, también señalan la importancia de la dimensión afectiva sutil del proceso terapéutico cuando se manejan rupturas, lo que nada tiene que ver con las palabras.

Los terapeutas y los pacientes siempre están leyendo e influyendo uno en otro sobre niveles afectivos inconscientes. En las interacciones terapéuticas difíciles lo más complejo no son los contenidos específicos de lo que dice el terapeuta sino su capacidad para responder a los inaguantables sentimientos del paciente con su propio sentido de que son aguantables y no catastróficos. A fin de que esto se produzca, el terapeuta debe ser capaz de experimentar como tolerables los sentimientos evocados en él por las intensas emociones del paciente. El proceso de supervivencia y contención se entiende así en términos de una forma de comunicación afectiva a través de la cual el terapeuta ayuda al paciente a aprender a tolerar y regular su propia experiencia afectiva. Esto a su vez, ayuda al paciente a endurecer su propia experiencia afectiva de un modo constructivo y a desarrollar la capacidad para satisfacer sus necesidades en las relaciones interpersonales.

Ogden (1994) sugiere que en algunas situaciones puede ser preferible para el terapeuta hacer una "interpretación silenciosa" en lugar de una abierta, porque en este contexto el paciente puede experimentar la interpretación abierta como nociva. Puede ser preferible que el terapeuta (al menos en la fase inicial) permanezca en silencio y formule su propia comprensión, porque cualquier interpretación abierta corre el riesgo de estar motivada defensivamente si el terapeuta no ha procesado adecuadamente sus propios sentimientos (p.ej., Gabbard, 1996; Slochower, 1997).

En nuestra opinión, el elemento crítico de este proceso no es la precisión de la interpretación silenciosa sino el rol que desempeña ayudando al terapeuta a tolerar sus propios sentimientos de angustia; y en la medida en que la interpretación silenciosa cuenta con un elemento defensivo, interferirá con el proceso de contención.

Existe una tendencia a enmarcar las cosas en términos de sí, en una situación determina, es mejor que desempeñe una función de contención o que introduzca una perspectiva externa en forma de interpretación o alguna otra intervención, por ejemplo la auto-revelación (p.ej., Bass, 1996; Slochower, 1996). Sin embargo, esto puede ser un modo innece-

sariamente dicotómico de ver las cosas. Lo más importante, a nuestro entender, es que los terapeutas se impliquen en un proceso continuo de auto-exploración y de postura vigilante ante cualquier indicación de deterioro de la calidad de la afiliación mientras se comunican con sus pacientes en un esfuerzo por clarificar lo que se interpreta. Como señala Glen Gabbard (1996), la contención no debería ser igualada con la inacción pasiva. "Implica el procesamiento silencioso, pero también conlleva las clarificaciones verbales de lo que ocurre en el interior del paciente y de lo que se transpira en la díada paciente-analista" (p. 198).

Es necesario no pensar en esta cuestión en términos dicotómicos, aún así conviene reconocer que durante las fases primordiales del tratamiento para algunos pacientes y en algunos puntos para la mayoría de ellos, es básico que los terapeutas traten de operar predominantemente desde el interior del marco de referencia subjetivo de sus pacientes y de manejar internamente sus propios sentimientos conflictivos. Esto es particularmente necesario con los pacientes cuya sensación del self es tan frágil que los intentos del terapeuta por introducir su subjetividad serán experimentados como una intrusión traumática (véase Bach, 1985).

4

Metacomunicación terapéutica *La conciencia en acción*

En este capítulo describimos algunos de los principios claves recomendables para desenredarse de la configuración relacional cuando se ha producido un impás terapéutico. Centraremos nuestra atención en el proceso de metacomunicación. La *metacomunicación* consiste en un esfuerzo por dar un paso hacia el exterior del ciclo relacional que se representa habitualmente tratándolo como el foco de atención de la exploración colaboradora: es decir comunicar sobre la transacción o comunicación implícita que se está produciendo. Esto puede ser considerado como un tipo de *conciencia en acción*. Es un intento porque la conciencia permanente se interese por el proceso interactivo mientras se produce. Nuestro punto de vista reflejado en este capítulo ha sido influido por el trabajo de diversos teóricos, particularmente por Darlene Ehrenberg (1992), Christopher Bollas (1987), Michael Tansey y William Burke (1989), Karen Maroda (1991) y Donald Kiesler (1996) de quienes hemos tomado prestado el término *metacomunicación* en este contexto. En cierto modo todas las interpretaciones de la transferencia pueden entenderse como una forma de metacomunicación en la medida en que son esfuerzos por comunicar y dar sentido a lo que se produce en la relación terapéutica. Esta forma particular de metacomunicación que comentamos aquí, sin embargo, cuenta con rasgos distintivos que lo diferencian de una interpretación de la transferencia más tradicional.

Las interpretaciones realizadas en el contexto de un impás terapéutico, muchas veces, se ofrecen de un modo crítico y culpabilizante que refleja las frustraciones del terapeuta y sus esfuerzos por localizar la responsabilidad del impás en el paciente y no en la relación terapéutica (véase Strupp, 1993). Además, lo más probable es que los pacientes las experimenten como culpabilizantes porque la alianza terapéutica ya soporta una gran tensión. Por ello, es especialmente importante que en este contexto cualquier tipo de intervención se presente con un espíritu de duda colaboradora.

En la teoría psicoanalítica clásica, la interpretación del terapeuta se considera como una comunicación al paciente que transmite información objetiva sobre las motivaciones, defensas y patrones relacionales inconscientes del paciente. La teoría psicoanalítica contemporánea avanza progresivamente hacia una visión según la cual las interpretaciones se entienden como acontecimientos relacionales complejos que son inevitablemente expresiones de la subjetividad del terapeuta (Aron, 1996; Mitchell, 1993). Las interpretaciones manifiestan implícitamente algo sobre la relación paciente-terapeuta y colocan al terapeuta en una posición vis-a-vis con el paciente. A este respecto, las interpretaciones son especulaciones, conjeturas y sugerencias que el terapeuta ofrece al paciente con la esperanza de invitarlo a participar en un proceso colaborador de construcción de sentido.

Diversos teóricos contemporáneos (p.ej., Bollas, 1987) sugieren que a los terapeutas les puede ser útil compartir con sus pacientes el proceso interno a través del cual ellos han llegado a una interpretación particular, a fin de subrayar la subjetividad de sus percepciones y de animar a los pacientes a participar en un discurso intersubjetivo. En un orden similar, se ha modificado la tendencia a considerar que los sentimientos del terapeuta son reacciones de contratransferencia que deben ser analizadas en privado para impedir que interfieran con la terapia; en la actualidad los sentimientos del terapeuta se consideran como una importante fuente de información. Además, son varios los teóricos que defienden la revelación a los pacientes de los sentimientos de contratransferencia, a fin de facilitar el proceso terapéutico (p.ej., Aron 1996; Bollas, 1987; Ehrenberg, 1992; Maroda, 1991).

Algunos analistas contemporáneos se han opuesto incluso al empleo del término "interpretación" porque puede conllevar la connotación del terapeuta autoritario que transmite una información objetiva a un paciente con menor conocimiento. Coincidimos con Aron (1996) en que el término no necesita ser problemático siempre que uno recuerde que la interpretación es sólo *el esfuerzo subjetivo individual por dar sentido a algo*. En todo caso, consideramos que el término "metacomunicación" capta más globalmente el espíritu del tipo de exploración colaboradora a la que nos referimos en este capítulo.

A diferencia de las interpretaciones de la transferencia, en las que los terapeutas ofrecen conjeturas sobre el significado de la interacción que se produce en ese momento, los esfuerzos de metacomunicación tratan de aumentar el grado de inferencia y se basan, en la medida de lo posible, en la experiencia inmediata del terapeuta sobre algún aspecto de la relación terapéutica (los sentimientos del terapeuta o la percepción inmediata de algún aspecto de las acciones del paciente). Por ejemplo, el terapeuta podría decir, "Siento que usted me silencia" o "Siento como si fuera fácil decir algo que podría ofenderla". La revelación de la contratransferencia desempeña un rol importante en la metacomunicación, pero también se emplean otras formas de feedback. Por ejemplo, el terapeuta podría decir, "Percibo como si ahora mismo usted estuviera alejado" o "Tengo la imagen de nosotros dos luchando". El objetivo de afirmaciones de este tipo es articular el propio sentido intuitivo o *implícito* de algo que se produce en la relación terapéutica para iniciar una exploración *explícita* de lo que se escenifica de un modo inconsciente.

En el siguiente apartado, presentamos diferentes descripciones de casos clínicos que ilustran el proceso de metacomunicación. Posteriormente detallaremos los principios subyacentes de un modo sistemático.

Casos clínicos

Roxanne era estudiante de antropología. Había algo en ella que gustaba mucho al terapeuta, algo sólido, maduro y abierto. Parecía tener un deseo genuino de entenderse a sí misma y de hacer uso del trabajo con su terapeuta. Acudió a terapia a consecuencia de sus sentimientos de

ambivalencia relativos a su marido, con quien llevaba 2 años casada. Aunque se interesaba mucho por él y sentía que era un marido fantástico, creía que la relación carecía de pasión y no estaba segura de estar preparada para tener hijos con él.

Los primeros meses de tratamiento transcurrieron muy bien. La alianza terapéutica se estableció rápidamente y el terapeuta se descubría esperando sus visitas. Él sentía que armonizaban entre sí; de hecho, había observado, con interés, que en más de una ocasión ambos parecían balancear en sus asientos hacia delante y hacia atrás de forma rítmica, como reflejando una armonía mutua. A medida que prosiguió la terapia, el terapeuta empezó a reconocer que ya no deseaba sus encuentros en el mismo grado. Aunque seguía gustándole Rosanne y sentía que ella seguía trabajando duro en el tratamiento, comenzó a ser consciente de la sutil linealidad de sus sesiones. Se sintió perplejo por el sentimiento negativo porque, dadas las circunstancias, la terapia progresaba satisfactoriamente y no había nada obvio que lo justificara. En un intento por clarificar lo que sucedía, comentó a Roxanne: "Sabe, he tratado de comprender lo que sucede entre nosotros. Me parece como si la calidad de nuestras últimas sesiones hubiera cambiado a más monótona. Creo que he dudado si comentar o no esto con usted, por cierto temor a deteriorar las cosas entre nosotros y porque he percibido que las cosas marchaban bien entre nosotros y disfruto de nuestro tiempo en común".

En respuesta, la paciente reconoció su propia conciencia relativa a la monotonía y un temor similar a hacer algo que pudiera estropear la relación. Esta metacomunicación condujo a una exploración del modo en que ella tendía a presentar al terapeuta esos aspectos de sí misma que a su parecer eran más admirables y gustables y le costaba reconocer y expresar aspectos discordantes de la auto-experiencia. Esto, a su vez, les condujo a un examen de los sentimientos de decepción, que tras 6 meses de tratamiento, seguía sintiendo en relación a su marido.

* * *

Larry, un contable de 30 años de edad, solicitó tratamiento por una depresión crónica tras una breve hospitalización. Había sido derivado por un psiquiatra (y renunciado a la medicación). Previamente parti-

cipó en una psicoterapia que había concluido malamente durante el momento de su hospitalización y derivación al psiquiatra. Larry vivía una existencia muy privada y aislada. Vivía solo y tenía unos pocos conocidos con quienes socializaba sólo ocasionalmente. Pasaba la mayor parte de su tiempo libre curioseando en Internet y participando en chats. Sus dos progenitores habían muerto; su padre 10 años atrás y su madre hacía 5 años. No tenía hermanos.

Inicialmente lo sorprendente de su tratamiento era el modo en que Larry entraba y salía de estados de auto-inculpación (viéndose a sí mismo como "patético") y de desesperación. Cuando el terapeuta observó estas transiciones y preguntó por ellas, Larry comenzó a llorar y esto le impedía hablar. Habitualmente los primeros 15 minutos de las sesiones solían ser dolorosamente raras e incómodas. El terapeuta solía preguntar sobre lo sucedido en el intervalo entre sesiones a lo que Larry respondía con comentarios breves y tópicos. Cuando el terapeuta preguntaba sobre la experiencia de Larry, algunas veces no había ninguna respuesta y si la había, solía eliminarla con el comentario "¿Qué más da?". La mayor parte del tiempo, los intentos sólo conducían a una mayor auto-conciencia, más incomodidad, más parálisis y más silencio. Y cuanto más se esforzaba el terapeuta por metacomunicarse sobre lo que sucedía, la situación parecía empeorar más. El terapeuta pronto empezó a sentir que sus preguntas eran intrusas y que hacían a Larry sentirse más patético y más cínico sobre el proceso. Pero cuando decidió permanecer en silencio y no forzar el diálogo, esto sólo provocó frustración y más cinismo por parte de Larry.

Progresivamente, el terapeuta comenzó a reconocer su propia ansiedad, sus propios sentimientos de parálisis e indefensión. Finalmente metacomunicó: "Soy consciente de sentirme paralizado. Me siento bloqueado, por una parte tratando de llegar a usted, lo que parece aumentar su ansiedad, y por la otra esperándole, lo que parece enfardarle". Esta revelación ayudó a Larry a reconocer que por una parte deseaba que el terapeuta llegara a él como una demostración de cuánto se interesaba por él y admitía que se sentía abandonado cuando no lo hacía. Por otra, reconocía que vivenciaba los intentos del terapeuta como una forma de presión. También fue capaz de reconocer cuánto le costaba revelar su experiencia de forma continuada a consecuencia de una inde-

fensión fundamental relativa a que el terapeuta estuviera allí por él. Esta revelación llevó a Larry a las lágrimas cuando recordó el sentimiento de rechazo y abandono de su terapeuta previo. Lo que, a su vez, condujo a una exploración más profunda del deseo de Larry de una mayor intimidad y de su temor paralizante a ser rechazado y abandonado. Esta exploración mutua de su dilema compartido se convirtió en el primer paso de un cambio en la configuración relacional.

* * *

Susan era una mujer deprimida de 20 años de edad que estaba siendo tratada con antidepresivos. En una ocasión anterior había sido tratada satisfactoriamente con antidepresivos, pero había experimentado una recaída en ausencia de razones psicológicas o ambientales claramente identificables. Era extremadamente ambivalente con respecto a la psicoterapia, porque sentía que esto conllevaba ser culpada por sus problemas. En más de una ocasión preguntó al terapeuta si, a su parecer, debía seguir tomando antidepresivos; él percibía que ella lo estaba probando para ver si él estaba dispuesto a aceptar que su depresión era biológica y, en consecuencia, ajena a su control. El terapeuta trató de explorar el sentido de su cuestionamiento hacia sí misma y también de transmitir que él apoyaría cualquier decisión que ella tomara, pero ella parecía considerar como intruso cualquier intento por examinar su experiencia o como hueco cualquier esfuerzo por apoyarla.

Durante los intercambios de este tipo, el terapeuta procedía siempre con mucha cautela, de modo poco espontáneo y preocupado por no decir lo incorrecto. En una ocasión tuvo la imagen de dos personas jugando al ajedrez y comunicó a la paciente: "Siento como si fuéramos dos jugadores de ajedrez, tratando de medirnos cautelosamente y tratando de decidir su siguiente movimiento. ¿Sabe a qué me refiero?". Tras reconocer que la imagen también servía para ella, el terapeuta le preguntó cómo se sentía jugando al ajedrez con él. Esto condujo a una exploración de su necesidad de actuar con cautela extrema a fin de protegerse de él, lo que a su vez le ayudó a comenzar a explorar su profunda desconfianza y sentimientos de vulnerabilidad.

* * *

Emily, una médico de 35 años de edad, había acudido a terapia tras romper una relación de 5 años de duración al descubrir que su novio no deseaba casarse y formar una familia. Describía como tensa la relación con su madre y como ajena y desconocida con su hermano mayor. Diez años atrás había tenido una fuerte discusión con su hermano y desde entonces ni se habían visto ni se habían hablado. Tanto su madre como su hermano abusaban del consumo de alcohol. Su hermano no concluyó los estudios universitarios y nunca había sido capaz de mantener un puesto fijo durante un período considerable de tiempo. Las circunstancias que rodearon a la muerte de su padre, así como los sentimientos sobre ella, nunca fueron comentados entre Emily, su madre y su hermano —había una "conspiración de silencio" tal y como ella lo definió en terapia. Tras la muerte de su padre, su madre volvió a trabajar y comenzó a beber. Su hermano siguió entrando y saliendo en problemas escolares, pero Emily, como su madre diría muchas veces de ella, "hacía lo correcto". Trabajó duro hasta lograr su titulación médica.

Al comienzo de la terapia, Emily se refirió a las frustrantes comunicaciones con su madre y a su intolerancia hacia los colegas "fijos" que cumplían con sus obligaciones pero no hacían lo correcto. El tratamiento parecía transcurrir con suavidad (quizá con excesiva suavidad). Emily parecía dispuesta y capaz de vencer su perfeccionismo y excesiva ética laboral y examinar el reciente fracaso de su relación y preguntarse por qué le había costado 5 años descubrir que su novio tenía aspiraciones diferentes a las de ella. Durante los primeros meses del tratamiento, parecía moderadamente responsiva a las intervenciones del terapeuta y razonablemente satisfecha con el tratamiento. Sin embargo, el terapeuta sentía, en el límite de la conciencia que todo no iba bien. No era capaz de articular plenamente sus preocupaciones, ni siquiera para sí mismo, aunque tampoco se sentía obligado a ello.

Un día, justo antes del comienzo de la sesión, se le ocurrió que no había dedicado mucha atención a Emily en el período entre las sesiones. Comenzó a preguntarse en qué medida él la estaba considerando de una forma excesivamente ligera. Optó por explorar ese sentimiento durante la sesión, en primer lugar viendo si podía basarlo en los detalles sobre el modo en que interactuaban y posteriormente a través de la metacomunicación. Dijo a la paciente: "Sabe, recientemente se me ha ocurrido

que rara vez pienso o me preocupo por usted entre las sesiones. Y me preocupa que la haya considerado como un caso fácil. ¿Tiene esto algún sentido para usted?”. Esto provocó un brote de lágrimas en Emily, porque reconoció haberse sentido olvidada por el terapeuta. En la exploración que se derivó de lo anterior, ella asociaba el modo en que siempre se había sentido obligada a confiar en sí misma y comenzó a identificar las formas en que tendía a suavizar las cosas y a comunicar que todo marchaba sobre ruedas cuando no lo hacía. Describió esto como una experiencia de profunda soledad. Con el tiempo fue capaz de explorar el modo en que su temor a ser excesivamente demandante y a alejar a la otra persona le había conducido a ignorar sus propios deseos. Para Emily, la expresión del deseo era demasiado arriesgada y conducía inevitablemente al conflicto con consecuencias explosivas o trágicas.

* * *

Sam era un escritor de mediana edad que había solicitado tratamiento inicialmente a consecuencia de un bloqueo de escritor y una depresión asociada al mismo. Desde los comienzos su terapeuta estaba sorprendida por su clarividencia, inteligencia y madurez psicológica. Era un hombre que claramente se había esforzado mucho por cuestiones importantes de su vida y que había elaborado una filosofía muy bien articulada. Durante su primera sesión conjunta, la terapeuta se halló admirándolo y dudando de su capacidad para ayudarlo. En un intento por examinar lo que podría estar sucediendo en su relación, ella le comunicó: “Sabe algo, siento que le profeso una gran admiración. Usted ha meditado profundamente sobre las cosas y siento que le respeto por su sabiduría. Al mismo tiempo, me preguntó si algo de lo que yo pueda decir o hacer le puede servir para algo. Existe un modo en que usted parece estar generando sus propias respuestas y usted me parece muy auto-suficiente”. Esto comenzó a abrir para él el camino de un tema relacional nuclear. Con el tiempo fue capaz de hablar sobre una sensación fundamental según la cual no podía confiar en los otros y, al fin, él debía preocuparse de sí mismo. Vinculado a esto estaba la relación entre su auto-estima y su conciencia de sabio, y la dificultad que conllevaba para él pedir ayuda a otra persona, porque esto inevitablemente amenazaba su auto-estima.

Principios de metacomunicación

En los siguientes apartados del presente capítulo detallaremos los principios de la metacomunicación. Comenzamos por comentar los *principios generales*. Éstos son principios que marcan una orientación general y un punto de vista de las cosas que constituyen una buena base para la metacomunicación. Se organizarán sobre la base de tres tipos: (1) cómo debería participar el terapeuta con el paciente y orientarse ante la ruptura de la alianza o impás terapéutico, (2) a qué debería prestar atención el terapeuta y en qué centrar su foco y (3) qué debería esperar el terapeuta mientras trabaja la superación del impás. A continuación describimos diversos *principios específicos*. Éstos son principios que detallan más directamente las fases implicadas en la metacomunicación.

Principios Generales

Participación y Orientación

Principio 1. Explorar con una maestría que transmita tanteo. Comunicar las observaciones siempre de un modo provisional y de prueba (véase Gendlin, 1968; Rogers, 1951). El mensaje explícito como el implícito debería invitar siempre al paciente a intervenir en un esfuerzo colaborador por comprender lo que está sucediendo y no para transmitir información de un modo objetivo. Conviene recordar que las implicaciones relacionales de una comunicación son tan importantes o más que su contenido (Aron, 1996; Mitchell, 1988). La naturaleza provisional y exploratoria de la intervención del terapeuta debería sentirse genuinamente y no debería ser simulada. Los pacientes distinguen entre la humildad falsa y la genuina. Por tanto, es crucial que los terapeutas acojan la situación desde una postura de genuina incertidumbre.

Principio 2. Establecer una sensación del “Nosotros”. El mensaje implícito debería ser siempre el de invitar al paciente a unirse al terapeuta para comprender el dilema que comparten. Durante los períodos de impás terapéutico, los pacientes se sienten solos y desmoralizados. El terapeuta se convierte en una de la innumerable sucesión de figuras incapaces

de unirse al paciente en su lucha. El terapeuta es sólo otro enemigo y no un aliado. Cuando se enmarca el impás como experiencia compartida, el terapeuta inicia el proceso de transformar la lucha, mediante el reconocimiento de que el paciente y él mismo están bloqueados juntamente.

Principio 3. No asumir paralelismos con otras relaciones. La cuestión del grado en que un patrón identificado en la relación terapéutica se generaliza a otras relaciones de la vida del paciente siempre debería permanecer abierta. Es importante que los terapeutas comuniquen, desde el comienzo, a los pacientes su idea de que algunos patrones que se producen en la terapia se generalizan a otras situaciones, aunque otros pueden no hacerlo. Esta postura les ayuda a aproximarse a los pacientes de un modo no culpabilizante y a aceptar responsabilidad por su propia contribución a la interacción. De este modo los pacientes serán más capaces de examinar sus propias contribuciones de un modo no defensivo. El objetivo es, sobre todo, examinar las particularidades de la experiencia interna y acciones del paciente de un modo sutilmente matizado a medida que aparecen en el aquí y ahora y no identificar un patrón relacional más generalizado. Los intentos prematuros del terapeuta por identificar patrones normalmente suelen ser experimentados como culpabilizantes por el paciente. Además, pueden tener una motivación defensiva. Cuando los terapeutas examinan lo que sucede en el aquí y ahora de la relación terapéutica con una apertura genuina para descubrir sus propias contribuciones, son los mismos pacientes quienes buscan espontáneamente los patrones generalizados.

Principio 4. Subrayar la propia subjetividad. Toda metacomunicación debería subrayar la subjetividad de la percepción del terapeuta (véase Kiesler, 1996). Esto desempeña un rol crítico en el establecimiento de un clima que subraye la subjetividad de todas las percepciones y la importancia de participar en un esfuerzo colaborador continuo por clarificar lo que sucede. BOLLAS (1987), en este mismo orden, se ha referido a la importancia de que los terapeutas anuncien su subjetividad a los pacientes. Sugiere estrategias tan simples como comenzar los comentarios propios con frases como "Se me ocurre..." o "Estoy pensando que...". Ejemplos de otras frases para enfatizar la naturaleza subjetiva de las

intervenciones del terapeuta son: "A mi parecer..." "A mi entender..." "Siento que...". El énfasis en la subjetividad de las observaciones del terapeuta también ayuda a establecer un rol más igualitario en la relación. Esto puede ser particularmente importante cuando hay tensión en la alianza y es más probable que los pacientes experimenten la intervención del terapeuta como controladora o agresiva. Cuando se subraya la subjetividad de las observaciones del terapeuta, los pacientes son más tendentes a sentirse libres a hacer uso o no de ellas y son menos propensos a sentir la necesidad de aferrarse a sus propios puntos de vista y rechazar defensivamente los del terapeuta.

Principio 5. Enfatizar la conciencia más que el cambio. Cuando transmitimos feedback sobre una conducta o un estilo interpersonal que es problemático o que dificulta la relación (p.ej., una mirada desdeñosa o una evitación intelectualizada), el mensaje que debería transmitirse es de conciencia y no de cambio. En lugar de transmitir al paciente que su estilo debería cambiar, el feedback pretende traer a su conciencia y estimular su curiosidad sobre la experiencia interna asociada con su estilo. Este énfasis coincide con uno de los principios fundamentales de la conciencia plena —que el cambio se produce a partir de una conciencia de no juicio y no cuando se fuerzan las cosas para que sean diferentes.

Principio 6. Basar todas las formulaciones en la conciencia de los propios sentimientos. Los terapeutas deberían basar sus formulaciones sobre el paciente en la conciencia de sus sentimientos. Cualquier formulación no cimentada de esta forma corre el riesgo de ser distorsionada. Uno de los factores centrales que mantienen enmarañados a los terapeutas es su incapacidad para llegar a ser conscientes y reconocer sus propios sentimientos y su participación inconsciente en una puesta en escena.

Principio 7. Comenzar ahí donde estemos. La metacomunicación siempre debería surgir a partir de una inspiración del momento. Debería basarse en sentimientos e intuiciones que brotan al terapeuta en ese preciso instante. Lo que es verdad en una sesión puede no serlo en la siguiente, y lo que es verdad al comienzo de la sesión puede no serlo más tarde en la misma sesión. Además lo que es verdad para un terapeuta en una relación con un cliente particular no necesariamente es verdad para otro.

Así, por ejemplo, en las supervisiones es importante no tratar de aplicar las formulaciones de los supervisores o de los colegas ni implementar sus sugerencias sino ser más consciente de la propia experiencia en la relación con el paciente. Mientras que el observador de una grabación en video de una sesión terapéutica puede empatizar con la vulnerabilidad subyacente del paciente, esto no será de ayuda para el terapeuta que se halle inmerso en una configuración relacional particular. Los terapeutas deben comenzar por aceptar y elaborar sus propios sentimientos en la inmediatez del momento y no tratar de ser alguien que no son.

Principio 8. Aceptar responsabilidad de la propia contribución a la interacción. Los terapeutas siempre deberían aceptar la responsabilidad de sus contribuciones a la interacción. Recordemos que como terapeutas siempre estamos contribuyendo, sin darnos cuenta, a la interacción con el paciente (Aron, 1996; Jacobs, 1986; Levenson, 1972; Mitchell, 1988; Renik, 1995). Así, la tarea consiste en trabajar de modo continuo para clarificar la naturaleza de esta contribución. En muchos casos, reconocer explícitamente ante el paciente la propia contribución puede ser una intervención muy poderosa. En primer lugar, este proceso puede ayudar a los pacientes a ser más conscientes de sentimientos incoados cuya articulación les cuesta, en parte por temor a las consecuencias interpersonales. Por ejemplo, reconocer que uno ha estado criticando al paciente puede ayudarle a reconocer el dolor y resentimiento resultante. En segundo lugar, el proceso de reconocimiento explícito de la propia contribución a la interacción puede validar las percepciones conscientes e inconscientes del paciente sobre lo que sucede y ayudarles a ganar confianza en su propia capacidad de juicio. Como los pacientes perciben muchas veces con exactitud las contribuciones del terapeuta a la interacción, pero les cuesta articular estas percepciones, el proceso del reconocimiento explícito de la propia contribución como terapeuta puede influir en la reducción del tipo de mistificación que ha sido habitual en las relaciones interpersonales con pacientes. En tercer lugar, al validar las percepciones de los pacientes mediante este tipo de reconocimiento, los terapeutas reducen las dudas que tienen los pacientes sobre sí mismos, reduciendo así también la necesidad de auto-protegerse y de facilitar el camino para la exploración y reconocimiento de la contribución del paciente a la interacción.

Atención y Foco

Principio 1. Foco en el aquí y ahora. El foco de atención debería estar en el aquí y ahora de la relación terapéutica y en el momento presente más que en sucesos que se hayan producido en el pasado (es decir, en sesiones anteriores o en diferentes puntos de una misma sesión). Existe una tendencia tanto en los pacientes como en los terapeutas a desviar el foco de atención del aquí y ahora de la relación terapéutica a consecuencia de la ansiedad que produce. El comentario relativo a lo que sucede en el momento facilita el proceso de conciencia plena de los pacientes. El grado en que el terapeuta pueda comentar lo que sucede en el momento, facilitará al paciente generar una conciencia experiencial basada tanto en sus acciones como en la experiencia interna asociada a las mismas. También ayuda a desafiar los esquemas relacionales existentes haciendo consciente cualquier acción del terapeuta que discrepe con sus expectativas.

Principio 2. Foco en lo concreto y específico. El foco de atención debería ser concreto y específico en lugar de general. Cada vez que sea posible, las preguntas, las observaciones y los comentarios deberían centrarse en cuestiones concretas. La concreción fomenta una conciencia experiencial frente a la especulación intelectualizada y abstracta. Así, por ejemplo, si en el contexto de la exploración de lo que sucede en la relación terapéutica, el paciente dice: "Tiendo a retraerme de la expresión de sentimientos negativos", el terapeuta puede preguntar: "¿Es usted consciente de estar evitando ahora mismo la expresión de sentimientos negativos?". Al aportar feedback, en lugar de decir: "Usted tiende a hablar de un modo muy abstracto" el terapeuta podría decir: "Lo que está diciendo en este momento me parece algo abstracto". Cuando la atención del paciente se dirige a lo concreto y lo específico, él mismo puede hacer sus propios descubrimientos sin necesidad de aceptar la versión de la realidad del terapeuta. Este tipo de concreción y especificidad le ayuda a convertirse en observador de su propia conducta y promueve así un tipo de conciencia plena que fomenta el cambio.

Principio 3. Calibrar la sensación intuitiva de afinidad. Los terapeutas deberían monitorear su sensación intuitiva de la proximidad o distancia afectiva con los pacientes de manera constante. Esta evaluación continua es

una de las principales fuentes de información sobre la calidad de la relación con los pacientes en un momento determinado. Esta calidad de la afinidad relacional refleja una interacción constante entre las dimensiones interpersonal e intrapsíquica. En la medida en que los pacientes se sientan seguros, aceptados y validados por el terapeuta, les costará menos acceder a su experiencia interna de un modo genuino. Por el contrario, en la medida en que contactan con su experiencia interna los terapeutas experimentarán una mayor sensación de afinidad relacional con ellos. Un cambio repentino en dirección a reducir la sensación de afinidad relacional puede ser señal de que la intervención del terapeuta ha sido entorpecedora en lugar de facilitadora, e indica la necesidad de examinar el modo en que el paciente ha construido o experimentado la intervención. Por el contrario, un cambio repentino en dirección a un incremento de la afinidad relacional puede ser señal de que el terapeuta ha desarrollado una comprensión más acorde con la experiencia interna del paciente.

Principio 4. Evaluar la responsividad del paciente a todas las intervenciones. El terapeuta debería observar constantemente la calidad de la responsividad del paciente a las intervenciones. ¿Utiliza el paciente las intervenciones del terapeuta como estímulo para profundizar en la exploración? ¿Responde o no responde? ¿Responde de un modo defensivo o autojustificándose? ¿Aprueba con excesiva inmediatez en un acto por pretender ser un “buen” paciente? Es fundamental que el terapeuta preste atención a las intuiciones sutiles sobre la calidad de las respuestas del paciente. Por ejemplo, una calidad sutil de sumisión puede ser difícil de operacionalizar pero el terapeuta puede sentirlo, pese a todo. El terapeuta puede sentir, en algún nivel, que el paciente tiene una respuesta ambivalente ante su intervención, incluso aunque tenga dificultad para articular las señales relevantes.

Principio 5. Examinar como experimenta el paciente las intervenciones. Si una intervención no logra profundizar en la exploración o incluso la inhibe, o si el terapeuta percibe algo peculiar en la respuesta del paciente, es básico examinar el modo en que lo experimenta el paciente. ¿Ha experimentado la intervención del terapeuta como crítica, culpabilizadora o acusadora? ¿La ha experimentado como dominante, exigente o mani-

puladora? Con el tiempo, este tipo de exploración puede ayudar a articular la naturaleza de la representación que se está produciendo. Puede facilitar la articulación del modo característico en que el paciente construye las relaciones interpersonales y conducir gradualmente a desarrollar sus esquemas relacionales. También puede conducir a un refinamiento progresivo de la comprensión del terapeuta sobre su propia contribución a la interacción.

Expectativa

Principio 1. Reconocer que la situación está en constante cambio. Tener siempre presente que la situación se halla en un continuo ir y venir. Lo que era veraz sobre la relación terapéutica hace un momento ya no lo es. Los terapeutas deberían tratar de usar cualquier cosa que surja en el presente como punto de partida de la metacomunicación. Todas las situaciones son propicias siempre que uno reconozca plenamente y acepte lo que es la situación. Incluso la posición de “estancamiento” es idónea para ser trabajada una vez que uno la acepte y deje de luchar contra ella.

Los terapeutas atrapados en una lucha interna por negar su experiencia se preocupan excesivamente para ver los cambios continuos en el proceso. El reconocimiento y la aceptación plenas de una situación permiten al terapeuta liberarse emocionalmente para observar y hacer uso de las nuevas posibilidades que surgen en el momento. El acto de revelar una experiencia, contra la que uno ha estado luchando puede ser, en ocasiones, parte del proceso de reconocimiento y de aceptación de la propia experiencia (o lo que Neville Symington, 1983, ha denominado un “acto de libertad”). Por ejemplo, la terapeuta que manifiesta a su paciente: “Estoy estancada”, puede estar a un paso de liberarse suficientemente para ver algo que previamente ha pasado por alto (p.ej., algún aspecto de la conducta del paciente que ha contribuido a su “estancamiento”). Además, una revelación de este tipo puede contribuir a un cambio en la dinámica interaccional. Por ejemplo, reconociendo su propia vulnerabilidad, la terapeuta puede estar desvinculándose de una lucha de poder, facilitando así que el paciente también se desvincule. Independientemente de que la terapeuta opte por auto-revelar o no al paciente su experiencia del momento, lo fundamental es el acto interno

de aceptación. Este acto interno facilita un tipo de “dejar ser” y el aumento de armonía con la configuración única del momento.

Principio 2. Esperar que los intentos de resolución conducirán a más rupturas. Aunque los terapeutas se esfuercen por respetar y seguir estos principios, siempre existe el riesgo de que alguna forma de metacomunicación agrave aún más la ruptura de la alianza. La metacomunicación puede estar inconscientemente motivada por la ira o por un intento de revancha. Además, incluso en una situación en la que el terapeuta no meta-comunique defensivamente, siempre existe el riesgo de que esto incremente la tensión de la alianza. Independientemente de cuán cauteloso proceda el terapeuta al encuadrar sus comentarios en un marco no culpabilizador, ni enjuiciador, la metacomunicación puede sugerir implícitamente que el paciente debería estar diciendo o haciendo algo distinto a lo que dice o hace en ese momento. Por ejemplo, la observación: “Estoy experimentando como si usted deseara alejarse”, puede conllevar la implicación de que sería preferible no alejarse.

Los terapeutas son, algunas veces, reacios a metacomunicar precisamente por su temor a perjudicar aún más la alianza o porque se sienten incómodos con sus propios sentimientos en las situaciones difíciles. Sin embargo, es imprescindible ver la metacomunicación más como un paso en el proceso de desenmarañamiento que como la última intervención posible, que se aporta una vez que el terapeuta dispone de una formulación. Considerar la metacomunicación en estos términos concede al terapeuta la libertad para ser creativo y experimental en sus intervenciones. Puede ayudarle a liberarse de los bloqueos generados por su incapacidad para comprender la situación o por la inaceptabilidad percibida de sus propios sentimientos.

A menudo, los esfuerzos iniciales de metacomunicación son una manifestación adicional de una representación que ya está ocurriendo. Por ejemplo un terapeuta que comienza a ser consciente de una calidad sutil pero generalizada de distancia en el modo en que su paciente se relaciona con él, dice: “Siento como si tuviera un muro sutil alrededor. ¿Tiene usted alguna sensación similar?”. El paciente responde a este comentario alejándose aún más. En esta situación es importante que el terapeuta prescinda de su vinculación a ver que la comunicación ha pro-

ducido efecto y siga manteniendo un estado mental de conciencia plena, que en algún momento le permita ahondar más en la comprensión de lo que sucede en su interacción.

Por ejemplo, el terapeuta comenta con relación al alejamiento continuado del paciente: “Tengo la impresión de que algo que he dicho le ha alejado aún más”. Observa que el paciente sigue manteniendo la distancia. Va a volver a hacer un comentario al respecto cuando descubre en sí mismo un sentimiento de urgencia. Esta conciencia le permite dar un paso atrás en la interacción y ahora comienza a desarrollar una mayor conciencia de su contribución. A continuación dice: “Sabe, estoy empezando a sentir que le estoy bombardeando, como si tratara de romper un muro”. En respuesta, el paciente comienza a relajarse y a reducir su defensividad.

El prerrequisito de esta última intervención es un cambio en el estado interno del terapeuta. Aunque es básico pensar en modos no acusadores de formular las intervenciones (p.ej., Wachtel, 1993), también es importante recordar la ubicuidad del proceso de comunicación afectiva inconsciente. El sentimiento que se halla tras las palabras del terapeuta media inevitablemente su impacto sobre el paciente. En este ejemplo, la creciente conciencia del terapeuta sobre su propia contribución ha modificado el sentimiento que existe tras sus palabras, de modo que dejan de ser una manifestación de frustración y pasan a ser un reflejo de su creciente empatía hacia el dilema del paciente. Como se muestra en la ilustración, los esfuerzos iniciales de metacomunicación del terapeuta funcionan, en parte, como un intensificador de la representación que se está produciendo. Si los terapeutas mantienen una disciplina constante de conciencia plena, esta intensificación puede facilitarles la visión de sus propios roles de ejecutores.

Principio 3. Esperar que se repita el mismo impás. Suele ser común que se recaiga una y otra vez en el mismo impás. En la medida en que el terapeuta relaciona un impás sólo como la reaparición de otro previo, será imposible relacionarse con él en sus *propios* términos. Así, será difícil hallar un modo de superarlo basado en la aceptación y apreciación plena de su configuración única del momento. Nuestras preconcepciones pueden impedir que analicemos todas las posibilidades del momento.

Por eso es importante que los terapeutas traten de contemplar cada impás con *la mente del principiante*.

Principio 4. Esperar la desesperación. Durante los períodos de impases prolongados, el terapeuta puede perder la esperanza en la posibilidad de avanzar. No hay un modo fácil para sostener la esperanza en tales momentos. Estos períodos de desesperación y desmoralización son parte del proceso, del mismo modo que la elaboración de los impases es parte de la tarea de la terapia más que un prerrequisito para la misma. La ausencia de esperanza, paradójicamente, puede crear un tipo de vacío en el que pueden surgir nuevas posibilidades. En la tradición Zen se dice que la iluminación llega cuando uno abandona toda esperanza de que las cosas sean diferentes.

Principios Específicos

En este apartado describimos diversos principios específicos de metacomunicación bajo los encabezamientos de *conciencia y comunicación*. En cierto modo, el proceso de concienciación de la propia experiencia como terapeuta precede al proceso de comunicar tal conciencia al paciente. Sin embargo, también es importante reconocer que en la práctica estos procesos se producen casi simultáneamente y que el acto de verbalizar las meditaciones relativas a la interacción ante el paciente ayuda a los terapeutas, muchas veces, a articular con palabras sus propias percepciones sutiles que de otro modo seguirían inmersas en un nivel implícito.

Conciencia

Principio 1. Conciencia de los sentimientos, imágenes y fantasías. El primer paso implica la identificación de los sentimientos y respuestas que el paciente evoca en el terapeuta. Aunque la identificación de sentimientos es uno de los mejores puntos de partida, la identificación de otras experiencias internas (p.ej., pensamientos, fantasías o recuerdos aparentemente desvinculados) también puede ser útil (véase Ogden, 1994; Jacobs, 1991). Uno debería recordar que esta identificación requiere un examen cauteloso de los matices de su experiencia y que puede necesi-

tarse cierto tiempo antes de comenzar a articular la experiencia para sí mismo. En algunos casos los terapeutas pueden preferir articular parcialmente su experiencia para sí mismos antes de efectuar ninguna intervención basada en ella, sin embargo, en otras situaciones el proceso de articulación de la experiencia al paciente es una parte importante del proceso mismo de clarificación.

Principio 2. Conciencia de las tendencias de acción. En muchas situaciones, para los terapeutas es más fácil identificar las acciones que les gustaría efectuar que los sentimientos. Por ejemplo, ¿Le gusta al terapeuta dominar al paciente? ¿Justificarse a sí mismo? ¿Mostrar acuerdo con el paciente? ¿Tratar de obtener la aprobación del paciente? ¿Poner peros al paciente o “pinchar su globo”?

Principio 3. Conciencia retrospectiva de las propias acciones. A menudo a los terapeutas les cuesta identificar el impacto que el paciente ha ejercido en ellos antes de que hayan actuado realmente. Como señala Owen Renik (1995), la conciencia sigue muchas veces a la acción. Por ejemplo, el terapeuta puede llegar a ser consciente de que está tratando de justificarse en respuesta a la crítica del paciente. Puede reconocer un tono crítico en su voz cuando habla al paciente. Puede ser consciente en retrospectiva de haber actuado con coquetería hacia el paciente o de haber actuado de un modo constreñido, no espontáneo.

Principio 4. Identificación de los señaladores interpersonales. Los terapeutas deberían tratar de identificar las conductas y comunicaciones específicas del paciente que puedan evocar o contribuir a sus sentimientos. Esto conlleva identificar los manierismos característicos del paciente que puedan ser problemáticos para ellos en otras situaciones. Por ejemplo, un terapeuta se siente menospreciado y comienza a vincular este sentimiento con un tono de condescendencia en la voz del paciente y con un movimiento arrogante de la cabeza que es característico en él. O el terapeuta descubre que su atención vaga a otros sucesos del día mientras un paciente particular está hablando. Comienza a vincular estos sentimientos con un modo de hablar característico del paciente, que suele ser vago y general.

Como se ha señalado anteriormente, estos manierismos característicos del paciente pueden ser considerados como *señaladores interpersonales*.

Estos señaldadores son importantes por diversos motivos. En primer lugar, identificarlos ayuda al terapeuta a desenmarañarse de la configuración relacional comenzando a clarificar los elementos a los que reacciona. Además, una vez identificados los señaldadores interpersonales, el terapeuta puede anticiparlos y no actuar automáticamente. Por ejemplo, un terapeuta a quien le cueste enormemente mantenerse despierto con un paciente particular comienza a buscar los señaldadores que puedan influir en el origen de tal estado. El proceso de búsqueda activa, en sí mismo, da origen al cambio de su experiencia y reduce el sueño. A continuación identifica un tono particular de voz al que puede estar respondiendo en parte –el tipo soñador que parece decir: “Todo es maravilloso” y al mismo tiempo transmite una sensación de irrealidad. La identificación de estos señaldadores le permite desenmarañarse aún más.

En segundo lugar, el proceso de identificación de las conductas y comunicaciones tangibles de los pacientes que puedan evocar sentimientos en los terapeutas les ayuda a articular aún más sus sentimientos. Por ejemplo, en la ilustración anterior, la identificación del tono soñador del paciente ayuda al terapeuta a identificar un sentimiento de irritación. Es como si su paciente estuviera negando que en su mundo interior suceda algo sustancioso, cuando ambos saben que eso no es verdad.

En tercer lugar, los señaldadores interpersonales son potenciales accesos a las matrices relacionales del paciente (incluidos los esquemas relacionales, los patrones característicos de relación y las respuestas características a los otros). Del mismo modo que un señaldador interpersonal evoca una respuesta distintiva en el terapeuta, también puede hacerlo en otras personas. Además, los señaldadores interpersonales se asocian muchas veces con creencias fundamentales sobre uno mismo y sobre los demás que influyen en cómo modela el paciente las matrices relacionales. En este sentido son conexiones valiosas entre los mundos interno y externo del paciente. Por ejemplo, en la ilustración anterior, la exploración adicional reveló que la voz soñadora del paciente se asociaba con un esfuerzo por modular los sentimientos dolorosos a consecuencia de una creencia fundamental de que los demás (incluido el terapeuta) no serían capaces de tolerarlos. Los señaldadores interpersonales nos aportan así instantes claves para poder explorar la experiencia del paciente.

Comunicación

Principio 1. Revelar experiencia o reconocer las propias acciones. Los terapeutas pueden iniciar el proceso de elaboración de un impás compartiendo su propia experiencia (sentimientos, imágenes, fantasías o descripciones de sus propias acciones) con los pacientes. Durante este proceso, es importante aclarar dos elementos: (1) que su experiencia no está causada exclusivamente por el paciente y (2) que no hay garantía de que esta experiencia ayude a arrojar luz sobre lo que está sucediendo en la interacción. Por ejemplo, la terapeuta podría decir: “Soy consciente de que me he sentido realmente constreñida en los últimos minutos. No estoy segura de qué puede tener que ver esto con nosotros, pero si está dispuesto a ello, me gustaría examinar si estos sentimientos tienen alguna relevancia con lo que está sucediendo aquí entre nosotros”.

Como hemos señalado previamente, el proceso de articulación de los propios sentimientos a los pacientes puede liberarnos para intervenir con más efectividad. Los sentimientos de bloqueo o parálisis de los terapeutas reflejan, a menudo, la dificultad para reconocer y articular lo que experimentan en ese momento. Una vez que los terapeutas han revelado sus sentimientos, es útil seguir adelante con la prueba para examinar aspectos de la experiencia del paciente que puedan relacionarse con el impacto que están produciendo en el terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta comienza a ser consciente de su sentimiento de cautela al dirigirse al paciente y manifiesta: “Soy consciente de sentir cierta cautela en lo que le digo, como si fuera muy fácil decir o hacer algo erróneo. ¿Le parece que esto tiene algún sentido?”

Por otra parte, el proceso de reconocimiento ante el paciente de las propias contribuciones puede dar lugar a clarificar la naturaleza del ciclo que se esté interpretando. Por ejemplo, un terapeuta dice: “Según me escucho, percibo un tono atildado en lo que estoy diciendo y creo que probablemente he estado actuando de un modo formal y distante con usted. ¿Coincide eso con su experiencia?”. Si el paciente es receptivo, este tipo de revelación puede conducirlo en la dirección de clarificar los factores que influyen sobre las acciones del terapeuta (p.ej., una sensación intuitiva de que el paciente es muy crítico) o explorar los sentimientos del paciente sobre las acciones del terapeu-

ta (p.ej., una experiencia de decepción o abandono). En el siguiente ejemplo se ilustra este proceso.

Frank, un hombre casado de 40 años de edad y escritor por cuenta propia, se sentía muy frustrado por su incapacidad para encontrar un trabajo fijo a tiempo completo. Describió su matrimonio con una esposa frecuente e intensamente crítica y él mismo como evitante y pasivo-agresivo. Tenía un hijo de 5 años de edad a quien quería mucho y quien (según Frank) le mantenía en el matrimonio. Cuando acudió a terapia, manifestó luchar contra brotes de ansiedad y depresión y con “problemas para contactar, relacionarse y responder a los demás”, que le habían debilitado en su matrimonio y en su trabajo.

En terapia, Frank mostraba un estilo de comunicación evitante, equívoco y serpentino. En una sesión, Frank comenzó a mostrarse muy crítico consigo mismo a medida que el terapeuta trataba de impulsarle a examinar su ira hacia su esposa. Cuando el terapeuta advirtió el cambio en los estados del self y trató de dirigir a ellos la atención del paciente, Frank respondió de un modo muy críptico, estableciendo asociaciones con sentimientos y recuerdos que confundían al terapeuta y le impedían captar el sentido de las palabras de Frank. Entre ellos se produjo una situación similar a la del gato y el ratón. Cuantas más preguntas formulaba el terapeuta con relación al significado de las respuestas de Frank, más esquivas eran éstas. Esto sólo sirvió para generar más y más recovecos. En un instante el terapeuta metacomunicó su confusión, lo que sirvió una vez más para generar más confusión. Por último, el terapeuta comenzó a ser más consciente de su frustración e ira, de su agresión en la interacción y comentó: “Tengo la impresión de que estamos jugando al gato y al ratón, y en este juego yo le estoy presionado y empujando agresivamente. Acabo de percibir cuán agresivamente le estoy persiguiendo. ¿Tiene esto alguna coherencia con lo que usted siente?”

En respuesta, Frank pudo comenzar a reconocer su percepción de la agresión del terapeuta. Al principio, este reconocimiento sólo fue leve, pero con el tiempo Frank pudo expresar su ira hacia el terapeuta más directamente y comenzó a experimentar el modo en que su miedo a la revancha contribuía a la matriz relacional contraproducente para él mismo.

Principio 2. Vincular los propios sentimientos con un señalador interpersonal. Con esta forma de metacomunicación los terapeutas tratan de describir posibles relaciones entre sus propios sentimientos y los señaladores personales de los pacientes. Esto puede ayudar a los pacientes a desarrollar cierta conciencia del modo en que los aspectos de sus estilos caracterológicos y sus modos inconscientes de ser pueden impactar sobre las demás personas. Por ejemplo el terapeuta podría decir: “Me siento como obligado a callar y creo que puede estar relacionado con el modo en que usted parece pasar por alto cualquier cosa que yo diga, aparentemente sin concederle ninguna consideración”. O podría señalar: “Precisamente ahora estaba tratando de manifestarle que comprendo su experiencia y me he sentido eliminado. ¿Tiene usted alguna conciencia de haber hecho esto?”. El terapeuta también podría decir: “Me siento como si tuviera la lengua atada, casi reacio a decir nada, y trato de comprender lo que sucede. Creo que puede relacionarse con una mirada que percibo en usted. Justo ahora, por ejemplo, percibo una leve sonrisa en su cara que podría parecer algo afectada. Me descubro interpretándola como señal de socarronería y mofa. ¿Tiene usted conciencia de ese gesto suyo al que me refiero?”. En este momento si el paciente manifiesta ser consciente de su expresión facial, el terapeuta podría proceder examinando la experiencia asociada con ella. Por ejemplo, podría añadir: “¿Alguna sensación de lo que sucede en usted cuando...?”. O “¿Alguna sensación de los sentimientos vinculados con esa sonrisa?”. Si el paciente no manifiesta conciencia alguna del señalador interpersonal identificado, quizá sea preferible que el terapeuta retroceda. Sin embargo podría señalar que volverá a mencionarla la siguiente vez que aparezca a fin de ayudar al paciente a ser consciente de ella. De este modo, los terapeutas pueden dirigir gradualmente la atención al señalador interpersonal identificado y detectándolo cada vez que brota, ayudar al paciente a ser consciente de la experiencia disociada que puede vincularse a él.

Principio 3. Identificar un señalador interpersonal y examinar la experiencia que se vincula a él. En este tipo de exploración, el terapeuta atrae la atención del paciente sobre un señalador interpersonal identificado sin vincularlo con un sentimiento o reacción personal ante él. Esto puede ser útil cuando el terapeuta advierte un señalador interpersonal distintivo que

no parece estar directamente vinculado con sus propios sentimientos o experiencia. Por ejemplo el terapeuta podría manifestar: "Soy consciente de que aleja su mirada de mí cada vez que se refiere a sus sentimientos. ¿Es usted consciente de esto?". O el terapeuta podría señalar: "Observo que usted aprieta las mandíbulas cuando habla. ¿Es usted consciente de este gesto? ¿Alguna sensación de lo que experimenta mientras lo hace?". O también podría hacer un comentario como: "Percibo que usted baja el tono de voz y se apresura cada vez que habla de esto. ¿Qué sucede en su interior?". Al dirigir la atención del paciente a su conducta no verbal, se le puede ayudar a ser consciente de ella y el terapeuta puede facilitar la conciencia de la experiencia relacional que se disocia. Por ejemplo, el paciente cuya atención se dirige a la mandíbula tensa puede aumentar su conciencia de la correspondiente ira o el paciente cuya atención se dirige al modo en que baja la voz puede llegar a ser consciente de los correspondientes sentimientos de vergüenza.

Principio 4. Aportar feedback relativo a la experiencia o percepción subjetiva del paciente. En este tipo de feedback, el terapeuta transmite su impresión o sensación intuitiva de algún aspecto del actual estado o acciones del paciente. Este tipo de feedback se basa normalmente en alguna combinación de la observación de la conducta no verbal del paciente y de los sentimientos que se evocan en el terapeuta. Aunque en algunos instantes el terapeuta desee articular en qué se basan sus impresiones, para sí mismo o para el paciente, en otros casos es suficiente transmitir una impresión intuitiva. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Siento como si se estuviera alejando en este momento". O podría añadir: "Me hace sentir como si acabara de construirse un muro alrededor". O también podría señalar: "Siento como si me estuviera juzgando en este momento". Como es habitual el tono del terapeuta debería ser exploratorio.

El objetivo de este tipo de feedback es ayudar a los pacientes a ser más conscientes de su experiencia o de sus acciones de las que pueden no ser plenamente conscientes. Así, por ejemplo, un paciente que disocia sus propios sentimientos críticos podría usar este tipo de feedback para comenzar a examinar la experiencia interna que corresponde a las acciones y comunicaciones no verbales sutiles que registra el terapeuta. El feedback de este tipo suele ir seguido de una prueba exploratoria,

por ejemplo. "¿Tiene algún sentido para usted lo que acabo de decirle?". O "¿Se corresponde este feedback con alguna de sus experiencias internas?". O "¿Tiene usted alguna conciencia de levantar un muro a su alrededor?". Si el paciente reconoce alguna conciencia de la experiencia que se examina, el terapeuta puede seguir explorándola adicionalmente con preguntas como: "¿Qué se siente al construir un muro alrededor?" o "¿Cómo se lleva el ser escéptico en este preciso momento?". Alternativamente el terapeuta podría pedir al paciente que exprese con palabras su experiencia: "¿Podría describir con sus propias palabras su escepticismo?".

Principio 5. Comentar lo que podría ser una experiencia compartida. Con esta forma de feedback, el terapeuta comenta una experiencia compartida con el paciente como vínculo que permita explorar cualquier sentimiento, percepción o actitud asociada a la interacción. Por ejemplo, el terapeuta podría hacer comentarios como: "Me parece como si nosotros dos estuviéramos jugando al ajedrez". "Tengo la impresión de que nosotros dos estamos siendo muy corteses en este momento". "Siento como si ambos estuviéramos procediendo con suma cautela". "Me parece que estoy tratando de indagar en usted constantemente y usted trata de mantenerme educadamente al margen". Si la observación resuena en la experiencia del paciente, el terapeuta podría pedirle que elabore con más detalle la experiencia relativa a la interacción. Por el contrario, si no resuena, el terapeuta podría pedir al paciente que exprese en palabras su propia experiencia de la interacción.

Principio 6. Detectar la respuesta del paciente ante una interacción. El terapeuta debería monitorear con suma atención la respuesta del paciente a todas las intervenciones. Es vital permanecer vigilante a las indicaciones de que el paciente experimenta una intervención como crítica o culpabilizadora. Si el terapeuta siente que existe algún indicador de que su comentario no ha sido facilitativo, debería examinar el modo en que ha sido experimentado por el paciente. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "¿Cómo se ha sentido cuando le he dicho eso?". "No estoy muy seguro de saber qué le sucede ahora. Me pregunto cómo se ha sentido cuando he dicho eso".

Conviene recordar que a los pacientes les cuesta reconocer los sentimientos de dolor o crítica causados por el terapeuta así como el sentimiento de ira hacia éste. Hacerlo podría ser amenazador para su autoestima (p.ej., creen que eso implica ser débil) o que pensarlo conlleva ofender o alinear al terapeuta. Cuando el terapeuta sospecha que un paciente particular ha experimentado la metacomunicación como crítica, a pesar de que lo niegue, algunas veces puede ser conveniente proceder de un modo más interpretativo. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Me pregunto si se ha sentido criticado o dolido por lo que he dicho".

Conviene recordar también que la percepción de los pacientes del proceder crítico, invalidante o condescendiente, puede ser correcta en grados variables. No es infrecuente que los esfuerzos de metacomunicación o interpretación de los terapeutas estén en parte acelerados por sentimientos negativos como la ira o la frustración. Esto suele ser así sobre todo cuando los terapeutas tratan de metacomunicar para abrirse camino en medio de un impás. Si el terapeuta percibe haber sido crítico o culpabilizador mientras metacomunicaba, puede ser particularmente útil reconocerlo, incluso aunque el paciente no sea plenamente consciente de ello o no lo haya mencionado. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Tengo la impresión de que mis palabras han sonado un poco airadas o críticas cuando lo he dicho. ¿Las ha percibido así?". "Según escucho mi propia voz me suena como si estuviera enfadado [o frustrado o crítico]. ¿Tiene usted la misma impresión?". El reconocimiento explícito de la propia contribución a la interacción puede ayudar a los pacientes a ser conscientes de su experiencia. Cuando el terapeuta prescinde de atribuir al paciente toda la responsabilidad de la interacción, el paciente, a su vez, tiene menos necesidad de protegerse mediante maniobras defensivas y puede empezar a sentirse suficientemente seguro como para explorar.

El proceso de exploración de la construcción que ha elaborado un paciente sobre una intervención que no haya experimentado como facilitativa puede desempeñar un rol crítico agudizando la comprensión que capta el terapeuta sobre la escenificación que se está produciendo y profundizando en su visión de la matriz relacional del paciente. Esto es así por dos razones. En primer lugar, clarificar la construcción del paciente relativa a una intervención puede ayudar al terapeuta a comprender

mejor sus propias contribuciones a la puesta en escena. Por ejemplo, el paciente que experimenta como crítica una intervención puede estar percibiendo con exactitud la ira y la frustración asociadas del terapeuta. En segundo, el examen de la construcción que hace un paciente sobre una intervención fallida ayuda al terapeuta a clarificar adicionalmente su propia comprensión de los esquemas relacionales del paciente. Por ejemplo, el paciente puede experimentar la intervención del terapeuta como un intento por "reírse de él" y esto puede relacionarse con un temor más generalizado de ser objeto de uso ajeno y con un miedo subyacente a depender de otras personas por su anticipación a sentirse decepcionado y humillado. En este tipo de situaciones, es básico aclarar los matices sutiles de la experiencia idiosincrásica del paciente sobre la intervención fallida en lugar de asimilar su experiencia dentro de un marco preconcebido de lo que se esté produciendo.

Principio 7. Invitar al paciente a examinar la contribución del terapeuta. Otra intervención de gran valor conlleva invitar a los pacientes a que examinen la contribución del terapeuta. Esto consiste en pedirles que sugieran cómo han contribuido las acciones del terapeuta al impás o que especulen sobre lo que puede estar sucediendo en el interior del terapeuta (Aron, 1996). Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar: "¿Qué de lo que yo hago, le provoca esa impresión?". "Me pregunto si tiene algún pensamiento sobre lo que puede estar sucediendo en mi interior en este momento". "¿Tiene alguna idea sobre lo que puedo estar pensando o sintiendo?". Las preguntas de este tipo ayudan a clarificar la construcción que hace el paciente del terapeuta. Esto podría conducir a una articulación adicional de sus esquemas relacionales y también podría aportar un nuevo insight sobre la propia contribución del terapeuta al impás. A este respecto, es crítico que los terapeutas estén dispuestos a aceptar la percepción de sus pacientes y a considerar genuinamente su demanda auténtica

Ilustración clínica

En la siguiente transcripción se ilustra el proceso de la metacomunicación terapéutica. La paciente, Joan, una mujer de 49 años de edad soli-

citó terapia a consecuencia de su aislamiento social y sus problemas laborales derivados de los graves deterioros en su funcionamiento interpersonal.

JOAN (J): Por eso diría que la semana pasada ha sido un poco como el trazado, ¿no cree?

TERAPEUTA (T): ¿En qué sentido?

J: Bueno comenzamos por decir: "Aquí está el punto A y aquí el punto B, ahora vayamos del punto A al B". Eso estuvo bien y todo era maravilloso, y entonces, claro, todo volvió a ir marcha atrás.

T: ¿De qué modo volvió a retroceder?

J: No sé... Realmente no veo la relevancia de lo que estamos haciendo.

T: ¿Tiene usted alguna idea de lo que sería relevante?

J: Bueno... mi terapeuta ocupacional, Sarah... se supone que está trabajando sobre mis habilidades sociales y se supone que usted está trabajando sobre la parte del pensamiento... algo como una lección filosófica. A eso vine aquí.

T: ¿Podría decir algo más sobre cómo ha de ser esa "lección de filosofía"?

J: Yo no lo sé. Usted es el profesional.

T: Entonces, usted está diciendo...

J: La pelota se encuentra en su campo, así es. Ya le he dicho todo lo que puedo... Bueno, ¡icoño!, Usted debería hacer algo.

T: Ya-ya.

J: Si me siento aquí y lo tengo que hacer yo misma, ¿para qué demonios le necesito a usted?

T: Siento que cuando trato de correr con la pelota, pierdo la posición.

J: Bueno, usted comienza a correr realmente... por todo el sitio. Quiero decir que no profundiza suficiente. Cuando capta algo... no profundiza suficiente... no se aferra a ello, por eso va a algún otro lugar. Ya conozco lo de la superficie, y quiero decir, que usted debería ir más allá.

T: ¿No estuvo muy contenta con cómo fueron las cosas la pasada semana?

J: Realmente, ¿qué saqué yo de ello?

T: Ah...

J: Quiero decir, ¿qué hubo ahí que no estuviera antes?

T: Usted lo formula como una pregunta, pero creo que también trata de decir que no salió satisfecha.

J: No sé eso. He tenido la experiencia de Sarah diciéndome que estoy progresando más de lo que creo y después he decidido, "Bueno, quizá tenga razón". Por eso si usted ve algo que yo no veo me gustaría que me lo hiciera saber.

T: Por lo tanto, ¿me está invitando a probar y a mostrarle que la semana pasada ocurrió algo que mereció la pena?

J: Bueno, antes me ha dicho que yo no estaba formulando ninguna pregunta. Bueno... quiero darle la oportunidad de demostrarme que estoy equivocada.

T: ¿Qué posibilidades existen de que yo diga algo que pueda conducirle a usted a modificar su punto de vista sobre la pasada semana?

J: Bueno... pues no muchas... pero quizá vio algo que yo no vi.

T: Sabe... ¿siento que me tienta para tratar de convencerle, pero también tengo la impresión de que no lograría gran cosa con ello... de que se convertiría en una lucha sobre quién tiene razón... usted o yo?

La sesión comienza con evidencias de una clara tensión en la alianza. Joan se queja de que su trabajo en común se ha "salido del trazado" aunque parece costarle articular con precisión cómo ha sido. Su afirmación relativa a que quiere una "lección de filosofía" sugiere que quiere algo más concreto, didáctico o directivo del terapeuta. También parece haber asignado al terapeuta un espacio del que se supone que no puede salir. Esto hubiera podido ser un foco útil para la metacomunicación (p.ej., "Siento que me ha asignado a una casilla muy específica de la que se supone que no he de salir"). Pero el terapeuta avanza y sigue tratando de clarificar lo que Joan entiende como la tarea de la terapia, porque esto podría llevarla a una comprensión más profunda del tema relacional subyacente que se está representando. La respuesta furiosa de Joan (p.ej., "Ya le he dicho todo lo que puedo... Bueno, ¡icoño!, Usted debería hacer algo"). Sugiere que ella percibe que el terapeuta sigue eludiendo sus responsabilidades. En este punto el terapeuta metacomunica su dilema ("Siento que cuando trato de correr con la pelota, pierdo la posición"). Esta admisión conduce a una interacción en la que Joan trata de que el terapeuta la convenza de que la última sesión tuvo algún valor. En lugar de responder a este tirón, el terapeuta metacomunica su dilema una vez más ("Sabe... ¿siento que me tienta para tratar de convencerle, pero

también tengo la impresión de que no lograría gran cosa con ello... de que se convertiría en una lucha sobre quién tiene razón... usted o yo?”). Quizá una descripción más completa del dilema hubiera podido ser algo como: “Me siento partido en dos. Por una parte, tengo la sensación de que le estoy decepcionando por no ser más enérgico. Pero por otra me preocupa que si respondo a la tentación de hacerlo, vamos a luchar sobre quién de los dos tiene razón y quién no”.

J: Bueno, salvo que haya perdido algo. Aunque reconozco cuando menciona la parte de “tener razón”... bueno... ha aparecido un par de veces anteriormente. Ya sé que tiendo siempre a tener razón. Pero volvermos a irnos por los cerros de Úbeda. Creo que esto no nos lleva a ninguna parte.

T: Me gustaría poder seguirla en este momento. ¿En qué dirección le gustaría ir?

J: Sabe... hay algo en mí que sólo me permite ver las cosas en términos de blanco y negro. Como he dicho antes. Ya sé que ése es un problema mío. Y necesito que me enseñe a ver matices grises.

T: ¿Tiene alguna idea de cuál podría ser el camino idóneo para lograrlo?

J: Bueno... una vez me preguntó que pasaría si estuviera equivocada, o algo así. Usted siguió un poco en esa dirección... pero luego lo dejó.

T: De acuerdo, ¿qué sucedería si no tuviera razón?

J: (Pausa) Bien... tendría problemas conmigo misma para vivir. Normalmente no pienso que las apariencias me importen mucho, pero obviamente en algún momento adopté esta idea de que tengo que tener razón y que las cosas han de ser como yo quiera, o que las cosas han de ser como a mí me parece que son correctas, lo que es lo mismo, supongo, que “a mi manera”. Lo que quiero decir es que la gente dice que yo siempre quiero que las cosas sean “a mi manera”. Pero creo que eso no es necesariamente cierto. Creo que está más vinculado con la cuestión de “lo cierto y lo falso”. Por supuesto, ya sé que me cuesta aceptar algunas cosas que no me gustan, y conozco mi tendencia a racionalizar... por eso no siempre puedo estar segura... porque racionalizo tan bien que no siempre estoy segura de lo que estoy racionalizando. Creo en la racionalización. Ése es mi mecanismo de defensa.

T: Ah-ha. Tengo la impresión de que esto está relacionado con el tema de lo “correcto y lo falso”. ¿Estaría dispuesta a aceptar feedback?

J: Muy bien.

T: De acuerdo. Ahora mismo, mientras habla, recibo la impresión de que es como si lo tuviera todo establecido.

J: Bueno... sólo quiero disponer de un nuevo modo de mirar a las cosas, de forma que pueda prescindir de mi viejo estilo. Pero el nuevo ha de ser tan bueno como el viejo.

T: Siento que...

J: Usted no cree que es posible.

T: Bueno, siento como si yo no tuviera espacio para participar..., realmente, en un diálogo con usted porque recibo de usted la impresión de que ya lo ha establecido todo. De que ya lo ha trazado todo.

J: De acuerdo, no lo tengo todo prefijado, porque no sé de dónde procede el viejo modo de ver las cosas.

T: Ah-ha. ¿Y qué me dice de mi experiencia relativa a la inexistencia de espacio para el diálogo?

J: Ya veo, ya. Diría que ésa es una observación razonable.

T: Ah-ha.

J: Y, claro, no me gusta eso porque entonces es el mismo tipo de basura que recibo de todos los demás. “Bueno no quieres cambiar, ya has decidido esto” y todo lo restante. Usted lo ha dicho de un modo levemente diferente, no es tan... ya sabe... no es tan negativo como lo del resto de las personas ... por eso automáticamente las ataco y me defiendo. Quiero decir... lo ha dicho de un modo que no me induce a atacar automáticamente.

T: Pero, ¿sigue sin ser muy agradable, verdad?

J: Bien, no es agradable... pero como he dicho... ciertamente suena razonable.

La metacomunicación del terapeuta relativa a su preocupación de establecer una lucha le ayuda a iniciar una exploración sobre la necesidad de Joan de erigirse con la razón todo el tiempo. Al principio Joan es reacia a examinar más profundamente este aspecto, cuestionando la relevancia de esta tarea terapéutica. El terapeuta acata la opinión de la paciente. Éste podría ser un ejemplo de cómo contemplar indirectamente la tensión en la alianza accediendo a modificar la tarea terapéutica

(Capítulo 1). Joan responde bien a esta táctica y sigue explorando su necesidad de tener razón en todas las circunstancias, aunque en términos intelectualizados. En este punto, el terapeuta dirige la atención de la paciente al modo en que su examen habitual intelectualizado no es sino otra manifestación del mismo tema al que se refiere. Su intervención cuenta con importantes características de una buena metacomunicación. Se centra en lo concreto y en el aquí-y-ahora, subraya la subjetividad de la percepción del terapeuta y articula su experiencia personal ("Bueno, siento como si yo no tuviera espacio para participar..., realmente, en un diálogo con usted"). Parece que Joan siente que está siendo criticada y él procede con suma cautela para ver si éste es el caso. Sin embargo, parece que incluso si la paciente se siente levemente criticada, sigue siendo capaz de hacer uso de los comentarios del terapeuta para facilitar la exploración adicional.

T: De acuerdo, permítame entonces formularle una pregunta que viene al caso. ¿Qué implicaría para usted no tenerlo todo decidido... si usted no lo tuviera ya todo establecido?

J: Supongo que estaría en un caos. No lo sé. No sé, porque siempre he sido muy controlada. Como he dicho, no hay espacio para cosas como las emociones y los sentimientos. Todo está cortado y seco y siempre ha sido así que yo recuerde.

T: Bien permítame preguntarle... es esto... tiene usted la sensación de esto como permanecer "en el camino" (esto de lo que hablamos ahora) o "fuera del camino".

J: No, es razonable. No sé si nos llevará a algún lado, pero por lo menos es razonable.

T: Ah-ha.

J: Si no me pregunta ahora cómo me siento o alguna otra pregunta absurda, inútil. (Pausa) No, creo que es una observación muy válida. Y le hace a uno cuestionarse, ¿verdad?

T: ¿Qué le hace cuestionar?

J: Bueno, como usted dijo, "¿Dónde está el espacio para mí?". Ya sabe... creo que ése es un punto muy válido. Creo que usted ha puesto el dedo sobre lo que otros han estado diciendo... pero, por supuesto, ellos no lo dicen de ese modo... por lo tanto probablemente ni siquiera reconocen que eso es lo que quieren decir, porque no lo ven así. Pero sospecho que espero alguna respuesta mágica que

me haga caer y después coger alguna otra cosa. Quiero decir, que básicamente es lo que busco ahora. ¿No es así?

T: Me parece importante lo que acaba de decir. Para usted no es fácil prescindir del modo en que mira las cosas...

J: Ya... todo el mundo se aburre de mí y dice, "No te aguantamos más si antes no eliminas toda esa basura" y mi respuesta a eso suele ser: "Bien, eso es exactamente lo que sucedió a Fred Demos y a su filosofía del curso de religión".

T: Un momento,... un momento ¿quién es Fred Demos?

J: Es un profesor de filosofía de la religión que tuve en la universidad en la que estudié y que era muy controvertido. Quiso convertirme en agnóstica y lo hizo con muchas otras personas porque él,... él era un buen filósofo. Y, claro, muchos curas y párrocos de la zona tuvieron problemas con él. El comentario de mi madre fue: "Bien, eso está bien, él lo destrozó, pero no recolocó nada y todo lo que hizo fue acabar dejándote con un vacío". Y eso es cierto. Es fácil destrozar...

T: En consecuencia, ¿eliminó sus creencias y no repuso ninguna?

J: Bueno... no muchas. Y sea lo que sea no estoy dispuesta a permitir que las personas se lleven cosas sin sustituirlas por algo.

La exploración de Joan relativa a su necesidad de mantener el control disponiendo de todas las respuestas comienza a adoptar una naturaleza más vulnerable, más basada en la experiencia. Percibiendo la tenue naturaleza de la alianza, el terapeuta persiste para comprobar explícitamente que Joan sigue interesada en la tarea terapéutica específica del momento. Las asociaciones de Joan conducen a un recuerdo doloroso de lo que suena como una crisis existencial durante sus años de estudiante. Su historia relativa al destrozamiento de su "sistema de creencias" causado por el profesor de filosofía constituye lo que Joseph Lichtenberg, Frank Lachmann y James Fosshage (1992) denominan una "escena modelo" que es, un recuerdo que proyecta o condensa afectiva y temáticamente acontecimientos similares en la vida del paciente y que arroja luz sobre un tema relacional nuclear y posiblemente sobre la matriz interactiva paciente-terapeuta (véanse Muran, Samstag, Segal & Winston, 1998; Tomkins, 1987). También arroja cierta luz sobre el sentido de la petición anterior que Joan hacía al terapeuta de una "lección de filosofía".

- T: Ah-ha. ¿Siente usted que trato de quitarle algo?
- J: Bueno... toda la profesión en general.
- T: ¿Cómo así?
- J: Las personas dicen: "Si quieres cambiar, tienes que hacer esto y tienes que hacer lo otro. Tienes que prescindir de unas cosas y eliminarlas". No señalan nada positivo. No me ofrecen nada con lo que pueda trabajar. No me ofrecen una filosofía alternativa de la vida. No me ofrecen nada que sirva tanto como la que yo tengo. Dicen: "Bueno, no funciona, ¿qué tienes que perder si la eliminas?" Eso es una estupidez.
- T: Sabe, cuando habla de otras personas en este momento, en lugar de hablar de lo que sucede entre usted y yo, me cuesta seguirle y aproximarme a usted.
- J: Bien... de acuerdo... usted no lo ha intentado... no ha intentado hacer nada. Quiero decir que usted no pertenece... ya sabe... como digo... usted y Sarah son los más próximos ... usted y Sarah son los dos únicos que han entendido algo, y nunca ha dicho que pensaba que no me esforzaba. Y usted no dice cosas sólo para golpearme en la cabeza y hacerme sentir bien. Y usted me ha dado razones de modo que pueda creerle. Porque yo no creo cualquier cosa que diga alguien sólo porque sí... sólo porque lo diga. Necesitan demostrarme que dicen lo que quieren decir. Siempre puedo racionalizar por qué dicen tales cosas las personas, pero si las defienden eso demuestra que las implican, y entonces las escucho... Y usted no sólo ha dicho cosas para golpearme... porque usted sabe que yo no quiero oír eso... por eso no lo ha dicho. Usted las ha respaldado con razones,... por eso le creo.
- T: Ah-ha.
- J: No acepto bien a las personas que me batean en la cabeza para tratar de calmarme... para que tenga mejor aspecto o me sienta mejor.
- T: Ah-ha.
- J: No aguantaré eso.
- T: ¿Qué está pasando por usted?
- J: Nada... Es mi manera de ser... Tengo que ser diferente, no aguantaré eso. Otras personas sí... pero yo no.
- T: Permítame decirle algo más que, a mi parecer está sucediendo y que creo que está relacionado con el mismo tema. Lo que yo estoy

haciendo es buscar formas para tratar de acercarme un poco más a usted... Algo como buscar huecos que usted permita y por donde yo pueda comenzar a hablar realmente con usted... ya sabe... captar una idea de lo que realmente está sucediendo en su interior. Y, de tiempo en tiempo, tengo la sensación de que usted me permite introducirme un poco.

- J: Entonces tiene que aprovechar la oportunidad cuando se la ofrezco.
- T: ¿Es usted consciente cuando me lo permite y cuando no?
- J: Sí, suelo dar oportunidades a las personas. Y si están interesadas y si están al balón las pillarán. Y si no están interesadas o no están al balón, no las cogerán... así está bien. Sacarlas y prescindir de ellas.

El terapeuta trata de examinar los vínculos entre los sentimientos de Joan relativos a su encuentro con el profesor de filosofía de la religión y a la relación terapéutica, pero mantiene un foco de atención más generalizado. El terapeuta metacomunica su experiencia de sentirse distanciado por esto. A Joan parece costarle reconocer directamente su preocupación porque el terapeuta mine sus creencias. Su respuesta es bastante compleja, reflejando presuntamente emociones conflictivas intensas y sus esfuerzos por manejarlas. Al principio parece seguir criticando al terapeuta por no aportarle algo sustancial ("Usted no ha intentado nada"). A continuación comienza a expresar su aprecio por el terapeuta porque éste no la acusa de resistirse y porque no la trata con condescendencia. Sus asociaciones parecen ahora evocar sentimientos de ira e indignación orgullosa ante la idea de que las personas la traten con condescendencia. Aunque sólo podamos especular sobre lo que sucede en el interior de Joan, en un nivel personal, es visible que se ha vuelto a alejar del terapeuta. Éste metacomunica de un modo general lo que está tratando de hacer (es decir, buscar aperturas y formas de aproximarse a ella). Esto puede entenderse como un modo de reducir la tensión en la alianza ofreciendo una justificación general de lo que hace. Al mismo tiempo, es una metacomunicación sobre la tendencia de la paciente a fluctuar en términos de grado de apertura. Como los comentarios de Joan reconocen implícitamente cierta conciencia de esto, el terapeuta trata de dirigir su atención a este proceso en el mismo momento en el que se produce.

- T: De acuerdo. ¿Estamos ahora "en el tema"?
- J: Me imagino que sí.
- T: Bien. ¿Me indicará usted cuando estemos "fuera del tema"?

J: Bueno, siempre es difícil decir a dónde llegarán las cosas. Pero por lo menos ha dejado de preguntarme cómo me siento sobre algo, cuando me quejaba sobre eso... después de un par de ocasiones. Ahora, finalmente me cree cuando digo que realmente no siento las cosas. (Pausa.) O por lo menos no insiste... lo acepta y prescinde de ello... eso probablemente es más próximo a la verdad.

T: (Risas.)

J: Yo analizo todo. El otro día estaba hablando con alguien y dice: "Dios mío, siempre estás pensando a priori". Porque había anticipado correctamente todo lo que había sucedido en nuestra relación.

T: Es cierto, yo también siento que usted prevé continuamente. Es una capacidad importante... pero imagino que eso también puede llegar a cansar en algunos casos.

J: Sí... mi cabeza nunca descansa. Siempre estoy en guardia.

T: ¿Tiene la impresión de estar en guardia ahora mismo?

J: Sí... algo...

T: ¿Qué se siente al estar en guardia en este momento?

J: Bueno... es como si hubiera un muro.

T: ¿Cuán alto es ese muro en este momento?

J: Bueno, ahora mismo es sólo parcialmente alto. No es ni tan alto ni tan ancho.

Dada la fragilidad y cambio de dirección de la alianza, el terapeuta negocia explícitamente una vez más el acuerdo sobre la nueva tarea terapéutica. Joan expresa con claridad que prefiere esta tarea a la de la exploración de los sentimientos y especula, a continuación, sobre lo que ha llevado al terapeuta a ser menos persistente en sus esfuerzos por examinar sus sentimientos. Sus especulaciones evocan un tipo de gusto narcisista sobre sus habilidades analíticas. Quizá está ilusión es parcialmente defensiva, motivada por el sentimiento de inadecuación en el momento por su incapacidad para explorar sentimientos. El terapeuta se une a ella felicitándola por su habilidad analítica. A continuación le presenta una conjetura empática sobre el lado negativo de esta experiencia. Esto ayuda a Joan a articular su experiencia relativa a mantenerse siempre en estado de alerta. La atención vuelve ahora a una exploración sobre las fluctuaciones que se producen en el grado de apertura de Joan. A fin de facilitar la conciencia, el terapeuta trata de basar el examen en el aquí y ahora (p.ej., "¿Qué se siente al estar en guardia en este momento?". "¿Cuán alto es ese muro en este momento?").

T: Voy a sugerirle un experimento si desea probarlo.

J: Bien...

T: ¿Puede pensar en el muro como si fuera una parte suya y darle voz a esta parte?

J: ¿Cómo dice?

T: Hable realmente como el muro. Por ejemplo, "Yo soy el muro de Joan y esto es lo que hago...".

J: Bien... Soy el muro de Joan... Soy duro por fuera y no permito que las personas me crucen. Tengo pinchos e hilos eléctricos... y si alguien comienza a aproximarse... izas!

T: Bueno... ¿puede hablarme realmente como el muro?

J: Bien... No permitiré que me toque... porque si lo hiciera realmente podría hallar un punto débil.

T: Parece que su muro está sirviendo a una función importante.

J: Sí... me permite vivir. Me permite no convertirme en gelatina. (Larga pausa.)

T: ¿Qué está experimentando?

J: No sé. Me siento un poco rara... como nerviosa. Nunca había pensado en ello en estos términos.

En lugar de conceptualizar el muro que describe Joan como una defensa a superar, el terapeuta se alía a la resistencia conceptualizándola como una parte del self con la que no está plenamente identificada. La atención se dirige a la conciencia y no al cambio. El terapeuta trata de conceder una voz a este aspecto en el diálogo sugiriendo un experimento de conciencia en el que Joan habla como el muro. Este tipo de intervención puede parecer un poco absurdo pero también puede ser un modo poderoso de facilitar una nueva conciencia basada en la experiencia. A pesar de sus celos, Joan acoge el experimento con relativa facilidad. La identificación más plena con la función autoprotectora del muro paradójicamente le permite comenzar a acceder a un aspecto más vulnerable del self (es decir, la experiencia de ser gelatina) que hasta el momento se ocultaba al terapeuta. Éste es un cambio muy pequeño pero muy importante que establecerá las bases de los subsiguientes cambios.

5

Modelos de estado-proceso para la resolución de la ruptura de la alianza

En este capítulo describimos dos modelos de estado-proceso que pueden emplearse para comprender algunos modos característicos de resolver las rupturas de la alianza terapéutica. Los modelos de estado-proceso son esquemas empíricamente desarrollados para destilar los patrones recurrentes de cambio que se producen a lo largo de diferentes casos (Greenberg, 1986; Rice & Greenberg, 1984; Safran, Greenberg & Rice, 1988). Los investigadores del proceso psicoterapéutico han descubierto que el desarrollo de tales esquemas sirve para modelar mecanismos de cambio importantes. El proceso psicoterapéutico puede entenderse como una secuencia de estadios recurrentes que se producen en patrones identificables. Los investigadores, mediante la identificación de estos estadios y el modelado de los patrones de transición entre ellos, han desarrollado mapas que pueden sensibilizar a los profesionales a los patrones secuenciales que tienden a ocurrir. El objetivo no es ofrecer modelos prescriptivos rígidos sino ayudar a los profesionales a desarrollar habilidades de reconocimiento de patrones que puedan facilitar el proceso de intervención. Debemos subrayar que, aunque estos modelos disponen de un valor heurístico, constituyen sobreesimplificaciones de los procesos complejos que tratan de sintetizar.

La elaboración de los modelos que se presentan en este capítulo (véase Safran, Crocker, McMair & Murria, 1990; Safran & Muran, 1996; Safran, Muran & Samstag, 1994) es el producto de más de una década de investigación. Esta investigación ha estado guiada por el paradigma analítico para investigación psicoterapéutica desarrollado por Leslie Greenberg y Laura Rice (Greenberg, 1986; Rice & Greenberg, 1984; Safran, Greenberg & Rice, 1988). Este enfoque combina la rigurosidad en el análisis de casos únicos usando tanto procedimientos cuantitativos como cualitativos, con estudios sobre verificación de modelos que comprueban las hipótesis relativas a los patrones de cambio, utilizando datos adicionales.

Siguiendo a Heather Harper (1989a, 1989b), nos ha resultado útil organizar las rupturas en dos subtipos: *distanciamiento* y *confrontación*. En las rupturas por distanciamiento, el paciente se retira o desengancha parcialmente sus propias emociones o algún aspecto del proceso terapéutico del terapeuta. Las rupturas por distanciamiento pueden manifestarse de formas muy diversas. En algunos casos, es bastante obvio que el paciente encuentre dificultades para expresar sus preocupaciones o necesidades en la relación —por ejemplo, un paciente puede expresar su preocupación de modo indirecto o poco claro. En otros casos, el paciente cumple o se acomoda a los deseos percibidos del terapeuta de una forma tan sutil que al terapeuta puede costarle reconocer la acomodación del paciente. Es frecuente que los terapeutas y los pacientes establezcan un tipo de seudoalianza que se corresponda con el tipo de falsa auto-organización descrito por Winnicott (1960). En tales casos, aunque el proceso terapéutico pueda producirse en cierto nivel, la terapia perpetúa algún aspecto contraproducente del estilo del paciente. En las rupturas por confrontación, el paciente expresa directamente ira, resentimiento o insatisfacción con el terapeuta o con algún aspecto de la terapia. En la Tabla 5.1 (basada en el trabajo de Harper) se presentan algunos ejemplos de rupturas por distanciamiento y por confrontación. Cada ruptura comienza con un señalador específico (Rice & Greenberg, 1984), una afirmación o acción del paciente que anuncia el comienzo de una ruptura.

Las rupturas por distanciamiento y confrontación reflejan diferentes maneras en que los pacientes manejan la tensión entre sus necesidades

dialécticamente opuestas de agencia y de afiliación. En las rupturas por distanciamiento, los pacientes luchan por la afiliación a costa de la necesidad de agencia o auto-definición. En las rupturas por confrontación, los pacientes negocian el conflicto favoreciendo la necesidad de agencia y auto-definición sobre la necesidad de afiliación. Es probable que diferentes pacientes presenten la predominancia de un tipo de ruptura sobre otra; este predominio refleja diferentes estilos característicos de manejo o adaptación. Con el curso del tratamiento, sin embargo, ambos tipos de rupturas podrían aparecer en un paciente determinado o ambas características de distanciamiento y confrontación pueden contribuir a un impás específico. Así pues, es crítico que los terapeutas sean sensibles a la calidad específica de la ruptura que surja en cada momento, sin limitarse a considerar que los pacientes se corresponden exclusivamente con un tipo de distanciamiento o de confrontación. En las siguientes páginas describimos las diferencias en la resolución de las rupturas por distanciamiento y por confrontación.

Tabla 5.1. Ejemplos de señaladores de rupturas

DISTANCIAMIENTO	CONFRONTACIÓN
	Se queja de...
<i>Negación</i> (p.ej., un paciente niega un estado anímico, como la ira, que es manifiestamente evidente).	<i>Terapeuta como persona</i> (p.ej., un paciente critica el modo reservado del terapeuta, porque lo considera excesivamente pasivo).
<i>Respuesta mínima</i> (p.ej., un paciente responde con monosílabos, respuestas clichés o preguntas de final abierto y exploratorias al terapeuta).	<i>Competencia del terapeuta</i> (p.ej., un paciente considera que los comentarios del terapeuta son inútiles y cuestiona su capacidad profesional).
<i>Cambiar de tema</i> (p.ej., un paciente examina una cuestión y repentinamente cambia el foco de atención a algo que nada tiene que ver con lo anterior).	<i>Actividades de la terapia</i> (p.ej., un paciente se irrita ante las preguntas del terapeuta relativas a sus estados anímicos y cuestiona explícitamente su relevancia).
<i>Intelectualización</i> (p.ej., un paciente comenta una experiencia dolorosa de un modo distante e intelectualizado).	<i>Estar en terapia</i> (p.ej., un paciente confronta al terapeuta con sus dudas sobre la continuación de la terapia).
<i>Relato de historias</i> (p.ej., un paciente relata historias o anécdotas excesivamente elaboradas para explicar una experiencia).	<i>Parámetros de la terapia</i> (p.ej., un paciente se queja sobre la inconveniencia del horario de la terapia).
<i>Hablar sobre otras personas</i> (p.ej., un paciente pasa una cantidad considerable de tiempo hablando de otras personas y de sus hechos).	<i>Progreso de la terapia</i> (p.ej., un paciente se queja sobre la falta de logros significativos en el tratamiento).

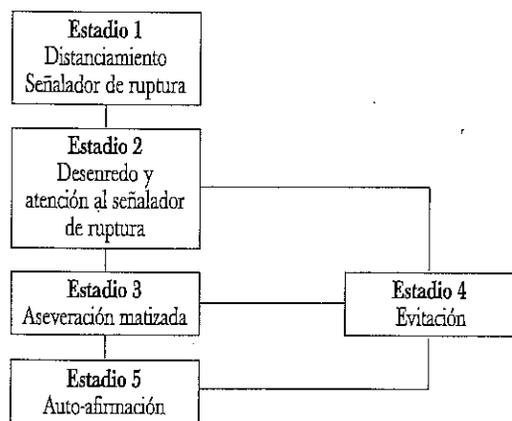
Los diversos estadios de los modelos pueden conceptuarse como las diferentes tareas para que el paciente se implique en diferentes momentos en el proceso de resolución y las distintas intervenciones terapéuticas que puedan ser facilitativas.

Las tareas del paciente no son “quehaceres” en el sentido de acciones intencionadas sino en el sentido de operaciones intrapsíquicas complejas y negociaciones interpersonales. Los dos modelos que describimos son análogos a los prototipos en el sentido de Eleanor Rosch (1988). Ningún estadio es crítico para el proceso de resolución y los estadios no necesariamente se producen en las secuencias previstas. Sin embargo, estos modelos tienden a captar algo esencial sobre la probabilidad del proceso de resolución.

Un modelo de resolución para las rupturas por distanciamiento

El modelo de resolución para las rupturas por distanciamiento consiste en cinco estadios (véase Figura 5.1). Cada estadio conlleva una tarea particular del paciente y unas intervenciones terapéuticas específicas que se han demostrado facilitadoras. Las intervenciones específicas que describimos en este capítulo no pretenden ser un listado exhaustivo, sólo se presentan a modo de ejemplo.

Figura 5.1. Modelo de resolución de ruptura por distanciamiento.



Estadio 1: Señalador de distanciamiento

El primer estadio suele ir anunciado por un señalador del distanciamiento del paciente. Por ejemplo, el paciente cumple o se somete al terapeuta accediendo a su interpretación de un modo aquiescente. Este tipo de alejamiento a menudo es parte de una representación continua en la que el terapeuta se sumerge en la matriz relacional del paciente y responde a la conducta pasiva y sumisa de éste pasando por alto cualquier indicación sutil de preocupación o actuando de un modo excesivamente directivo o dominante. Por ejemplo, el paciente responde a una interpretación de forma aquiescente y el terapeuta sigue ampliando su interpretación. En términos del tema relacional conflictivo nuclear, el señalador de distanciamiento del paciente puede conceptuarse como *respuesta del self*, un modo característico de responder en anticipación a la insatisfacción de un deseo subyacente. Las acciones embebidas del terapeuta pueden conceptuarse como *respuesta del otro*.

Estadio 2. Desenredo y atención al señalador de ruptura.

En este estadio, los terapeutas comienzan a prestar atención a la ruptura y al aquí y ahora de la relación terapéutica. En la medida en que se encuentren sumergidos en la matriz relacional del paciente, necesitarán desarrollar cierta conciencia relativa a la naturaleza de su participación en ella. Aunque para fines heurísticos comentamos este proceso de desenmarañamiento como si fuera un paso discreto en un camino lineal, es básico recordar que nunca se completa este proceso. A lo largo del curso del proceso de resolución, el terapeuta y el paciente oscilan entre mayores y menores grados.

En esas situaciones en las que el señalador de alejamiento es particularmente sutil, la conciencia del terapeuta sobre sus propios sentimientos o tendencias de acción puede ser el mejor indicador de que algo se está produciendo que justifique la exploración. Por ejemplo, el terapeuta puede descubrir que se esfuerza más de lo habitual para dar consejo al paciente, prestando menos atención de lo normal a las preocupaciones de éste, ignorando las preocupaciones del paciente o presionándolo para que acepte una interpretación o para que vea las

cosas de un modo. En las situaciones en las que el paciente se distancia disociando los sentimientos de amenaza sobre el terapeuta, el terapeuta puede descubrir que repentinamente pierde interés por el paciente o que su atención va a la deriva.

Una vez que el terapeuta llegue a ser consciente del ciclo que se produce, su tarea consiste en desenredarse de él y comenzar a examinar los sentimientos que están siendo evitados por el paciente. Estos dos procesos son interdependientes. Por ejemplo, una terapeuta consciente de su atención dispersa podría metacomunicar revelando y mostrando esta experiencia al paciente. La terapeuta podría decir: "Soy consciente de que mi atención vaga. No sé qué estaba sucediendo, pero creo que puede estar relacionado con un tipo de sonido distante de su voz. ¿Tiene alguna impresión de lo que sucede en usted en este momento?". En respuesta, el paciente puede reconocer su distanciamiento de la terapeuta porque se ha sentido herido por algo que ella ha manifestado.

Durante este estadio, es básico dirigir la atención del paciente al aquí y ahora de la relación terapéutica. Intervenciones útiles podrían ser afirmaciones o cuestiones como: "¿Qué está experimentando?". "Tengo la sensación de que se está distanciando de mí". "¿Cómo se siente con respecto a lo que sucede entre nosotros dos?".

La postura de curiosidad empática del terapeuta hacia el paciente es básica, así como también lo es su apertura receptiva hacia cualquier sentimiento negativo que pueda surgir. Es común que en este punto los pacientes mencionen sentimientos negativos en términos generales, en lugar de confrontar directamente al terapeuta. Por ejemplo, el paciente podría quejarse sobre la profesión de la salud mental en general. En respuesta puede ser útil para el terapeuta examinar la relevancia de estos sentimientos en la situación presente. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Si estuviera dispuesto a ello, me gustaría pedirle que pruebe personalizando lo que dice. ¿Se refieren a mí también esas preocupaciones que menciona?".

Esta exploración debería dirigirse de un modo no controlador, un modo que respete cualquier decisión por parte del paciente a no comentar los sentimientos negativos hacia el terapeuta en el contexto presente. Esto es particularmente importante con los pacientes que tienden a ser muy cumplidores; presionar a un paciente que no esté dispuesto a explo-

rar conlleva únicamente más cumplimiento por su parte. Los terapeutas deberían tomar conciencia de la posibilidad de contribuir a una nueva variación de la puesta en escena a través de sus esfuerzos por restablecer contacto con los pacientes distanciados. Cualquier intervención podría servir sólo para perpetuar la misma interacción.

Aunque ya hemos subrayado el rol del terapeuta en el proceso de desenmarañamiento, bajo ningún concepto tratamos de describir este proceso como una tarea de sentido único. Invariablemente incluye la disposición del paciente a participar en el proceso de investigación colaboradora relativa a la naturaleza de la matriz interactiva. De algún modo, el paciente debe estar dispuesto y ser capaz de salir de la escenificación a fin de comenzar una exploración de lo que sucede en la relación terapéutica.

Este estadio de desenredo va seguido por dos vías paralelas de exploración. La primera se denomina *vía de experimentación*. Ésta conlleva la exploración de los pensamientos y sentimientos asociados a la ruptura (Estadios 3 y 5). La segunda, denominada *vía de evitación*, conlleva la exploración de los procesos internos y operaciones defensivas que interfieren o interrumpen los sentimientos y pensamientos asociados con la experiencia de la ruptura (Estadio 4). La *vía de la experimentación* se subdivide en dos estadios sucesivos: Estadio 3 (*Aseveración matizada*) y Estadio 5 (*Auto-afirmación*).

Estadio 3: Aseveración matizada

En el estadio de aseveración matizada o calificada el paciente comienza a expresar los pensamientos y sentimientos asociados con la experiencia de la ruptura. Sin embargo, éstos se mezclan con características del señalador inicial de la ruptura. Por ejemplo, el paciente comienza a expresar sentimientos negativos pero posteriormente *matiza* la afirmación negativa o la retira (p.ej., "Me siento algo irritado pero tampoco es gran cosa"). En este estadio, el paciente se aproxima al contacto y expresión de deseos subyacentes que son de naturaleza auto-afirmativa y que, muchas veces, se asocian con sentimientos de ira. Sin embargo ese contenido provoca excesiva ansiedad y el paciente acaba alejándose del reconocimiento y de la experiencia plena de estos sentimientos.

En el contexto de este tipo de afirmación matizada son varias las intervenciones que podrían ser útiles para el terapeuta. Todas ellas se agrupan bajo el encabezamiento de *facilitación de la aseveración*. El principio más importante es el de empatizar y mostrar un interés y curiosidad genuina por los sentimientos negativos que se expresan. Una intervención implica la *diferenciación y exploración de diversos estados del self*. Cuando el paciente matiza sus afirmaciones o señala su incertidumbre o conflictos con respecto a sus sentimientos negativos, el terapeuta puede reconocer ambos lados y centrarse selectivamente en las preocupaciones que al paciente le cuesta reconocer o articular. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Entiendo que dude sobre la importancia de sus preocupaciones. Sin embargo, si desearía ahondar en ellas yo estoy interesado en oírlas". "Parece como si usted tuviera dos puntos de vista sobre esta cuestión. Una parte de usted siente que carece de importancia, pero a la otra le preocupa más. Si desea ampliar algún aspecto un poco más, le sugiero que trate de apartar por un pequeño instante la parte que siente que 'carece de importancia' y me permita acceder más a esa parte que más se preocupa".

Otra intervención útil consiste en *aportar feedback al paciente* sobre el modo en que matiza, califica o suaviza su afirmación a fin de aumentar su conciencia sobre este proceso. Por ejemplo, el terapeuta podría señalar: "Tengo la impresión de que comienza a expresar algunos sentimientos negativos, pero a continuación acaba retirándolos. ¿Tiene alguna conciencia de ello?". Si el paciente es capaz de aumentar su conciencia de esta operación defensiva, el terapeuta comienza a explorar los procesos internos asociados a esta evitación. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar: "¿Tiene alguna impresión de los riesgos que se podrían derivar de expresar estas mismas cosas, pero sin matices?".

Una tercera intervención consiste en sugerir un *experimento de conciencia*. Conlleva animar al paciente a probar con la expresión directa de sentimientos que el terapeuta sospecha se puedan estar evitando y prestar atención, después, a los sentimientos que hayan sido evocados en el experimento. En algunos casos, el experimento evoca ansiedad, lo que puede llevarnos a explorar posteriormente los procesos internos asociados con la evitación. Por ejemplo un paciente dice: "Me siento algo frustrado con el ritmo en que avanzan las cosas, pero ya sé que no existe nin-

guna píldora mágica". El terapeuta responde entonces: "Me pregunto si estaría dispuesto a decir algo a modo de experimento. Pruebe a decir 'Quiero más de usted' y veamos después cómo se siente". El paciente responde: "No puedo decir eso". El terapeuta le pregunta. "¿Por qué no? ¿Qué le sucede cuando piensa en decirlo?". El paciente responde: "Me siento un poco infantil". Esta admisión conduce subsiguientemente a la exploración de la actitud dura y condenadora del paciente hacia sus propias necesidades. En otros casos, el experimento ayuda a profundizar en la conciencia y el reconocimiento del paciente de la experiencia evitada. En la ilustración anterior, por ejemplo, el paciente hubiera podido repetir la frase: "Quiero más de usted" o una variante de la misma; entonces, si el terapeuta pregunta: "¿Qué experimenta mientras dice eso?", el paciente contacta alguno de sus anhelos ignorados.

Estadio 4: Evitación

En un proceso típico de resolución, la exploración de la ruptura mediante la *vía de la experimentación* procede hasta un punto y, a continuación, se bloquea. El bloqueo se pone de manifiesto a través de las estrategias de manejo y de las acciones y verbalizaciones defensivas del paciente que funcionan para evitar o manejar las emociones asociadas con la experiencia de la ruptura. Ejemplos de estrategias de manejo incluyen el cambio de tema, hablar en un tono de voz amortiguado y hablar en términos generales sin referirse a los elementos específicos del aquí y ahora de la relación terapéutica. La *vía de la evitación* conlleva la exploración de las creencias, expectativas y otros procesos internos que inhiben el reconocimiento y la expresión de sentimientos y necesidades asociadas con la experiencia de la ruptura.

A este respecto pueden hallarse dos subtipos. El primero consiste en *creencias y expectativas sobre la respuesta del otro* que interfieren con la exploración de la vía de la Experimentación. En términos del tema relacional conflictivo nuclear, éstas se conceptúan como la *respuesta* que el paciente *espera del otro*. Por ejemplo, al paciente que espera que las expresiones de ira evoquen venganza, le costará reconocer y expresar sentimientos de ira, mientras que al paciente que cree que las expresiones de vulnerabilidad y necesidad provocan abandono le costará expresar

tales sentimientos. Las respuestas del terapeuta que más facilitadoras suelen ser en este contexto son la *exploración y la empatía sostenida*. Supongamos que el paciente critica a los terapeutas de forma general, pero le cuesta ser directamente crítico con su propio terapeuta. El terapeuta podría responder: "Soy consciente de que habla sobre los terapeutas en general, pero no específicamente sobre mí. ¿Tiene alguna idea de los posibles riesgos si se refiriera directamente a mí?". En otro ejemplo, el paciente comienza a pedir al terapeuta que le ofrezca más ayuda y después matiza su solicitud (p.ej. "Bueno no es tanto"). El terapeuta responde: "Soy consciente de que está matizando o suavizando su solicitud. ¿Tiene alguna idea de por qué le cuesta pedir sin matizar?".

Las exploraciones de este tipo son más idóneas cuanto más próximas son al momento en que se haya producido la evitación. Además, deberían ser expresadas de un modo que anime a los pacientes a descubrir su experiencia de ese momento (p.ej., "Temo ofenderle") en lugar de darles carácter de especulación intelectual distante (p.ej., "Se relaciona con mi temor a las figuras de autoridad"). Una postura empática sostenida por parte del terapeuta es fundamental en este punto. El terapeuta no debe desafiar de ningún modo los temores del paciente, porque esto sólo dificultará aún más que el paciente los articule plenamente. Sin tal articulación el paciente perderá la oportunidad de evaluar en detalle sus temores a la luz de las acciones actuales del terapeuta.

El segundo subtipo de evitación consiste en *dudas sobre uno mismo o auto-críticas*, que funcionan bloqueando la exploración de la ruptura de la *vía de Experimentación*. Por ejemplo, el paciente que cree ser infantil por desear ayuda no será capaz de expresar sus necesidades al terapeuta o, a la paciente que cree ser inmadura por estar furiosa, le costará expresar sus sentimientos de ira hacia el terapeuta. Este tipo de auto-crítica puede entenderse evolutivamente como una introyección o respuestas negativas del otro que se han internado. En términos del tema relacional conflictivo nuclear serían conceptuadas como *respuestas internas del self*. Un error común que cometen los terapeutas en este punto consiste en considerar la duda o crítica sobre uno mismo en este contexto como señal de progreso en lugar de cómo señal de evitación. Esto suele suceder particularmente cuando los terapeutas se sienten amenazados por los sentimientos o deseos negativos que evitan sus pacientes.

En general, es útil que el terapeuta ayude al paciente a *diferenciar y examinar los diferentes estados del self* en este contexto. El terapeuta puede dirigir la atención de la paciente al modo en que ésta sintoniza un estado de auto-crítica cada vez que comienza a contactar los sentimientos de auto-afirmación y la ayuda a enmarcar la experiencia como un conflicto entre dos partes diferentes del self. A continuación puede pedir a la paciente que hable directamente desde cada uno de los aspectos del self, alternando entre la parte del self que desea afirmarse y la parte del self que critica tal deseo. De este modo, se puede establecer un diálogo entre los dos aspectos del self que permita a la paciente alcanzar una experiencia tangible sobre el modo en que ella interfiere con su propio deseo de auto-afirmarse.

A medida que los pacientes examinan su evitación logran conciencia de los procesos que interfieren con su experiencia y desarrollan más sentido de propiedad sobre estos procesos y los sentimientos asociados con la experiencia de la ruptura comienzan a aflorar de forma más natural. Los pacientes pueden retroceder espontáneamente a la *vía de la experimentación*, o los terapeutas pueden redirigirlos a ella. Normalmente un proceso de resolución conlleva una alternancia continua entre las *vías de experimentación y evitación*, y la exploración del funcionamiento de cada vía facilita la profundización en la exploración de la otra.

Estadio 5: Auto-afirmación

En el estadio 5, el paciente accede y *expresa deseos subyacentes* al terapeuta. En términos del tema relacional conflictivo nuclear, este acto de auto-afirmación se conceptuaría como la expresión del *deseo* subyacente. Algunas veces a los terapeutas les cuesta distinguir entre este tipo de auto-afirmación y la afirmación preliminar que se produce en el Estadio 3. La auto-afirmación en este contexto conlleva una aceptación de responsabilidad de las propias necesidades y deseos más que la expectativa de que el otro conozca automáticamente las propias necesidades o que esté obligado a cumplirlas. Por ello implica cierto grado de individuación del paciente con respecto al terapeuta. Por contraste, la expresión de deseos y necesidades del Estadio 3 suele tener, muchas veces, un tono de súplica, de disculpa o de demanda. Suele estar mediado por la

auto-crítica del paciente o por la expectativa de que sus necesidades no serán satisfechas. Por ello son más próximas a la expresión de la men- dacidad que de la necesidad (Ghent, 1992, 1993).

Una vez que el paciente ha comenzado a auto-afirmarse y a expresar un deseo subyacente, es importante que el terapeuta responda de un modo empático y no enjuiciador. Este tipo de respuesta desempeña un rol importante en el desafío de expectativas (tanto conscientes como incon- scientes) que dificultan al paciente la auto-afirmación. Un patrón común es que los pacientes se auto-afirmen inicialmente de una manera que está estructurada por su esquema relacional característico –por ejemplo, un paciente cuyo padre fuera tiránico y crítico, pide al terapeuta que le con- fronte con más frecuencia. Cuando un paciente se afirma de esta manera, el terapeuta debería tratar de empatizar con el deseo del paciente sin pro- ceder a interpretarlo directamente como el reflejo de un viejo esquema relacional. La última respuesta conlleva el riesgo de desanimar la auto- afirmación del paciente y puede conducir a que éste se sumerja aún más en sus deseos subyacentes. Por contraste, cuando el terapeuta empatiza con los deseos del paciente, le ayuda a auto-afirmarse de un modo menos estructurado por sus viejos esquemas. Así, el paciente del ejemplo ante- rior podría pedir al terapeuta que le anime más.

Ilustración clínica

A fin de clarificar adicionalmente el modelo de resolución del dis- tanciamiento descrito en la Figura 5.1, lo ilustramos con la siguiente des- cripción de la quinta sesión de un tratamiento:

La paciente, Lisa, una mujer de 32 años de edad solicitó tratamiento por una carencia generalizada de sentido en su vida y por su dificultad específica para hallar y mantener una relación afectiva con un hombre. Contaba con un historial de abandono: su padre había abandonado a la familia cuando ella contaba con 8 años de edad y su madre había muer- to de cáncer durante la adolescencia de Lisa. La paciente y su hermana menor habían crecido, a partir de ese momento, con una tía soltera. Aunque su hermana se casó a los 20 años de edad, Lisa seguía soltera y vivía con su tía. La paciente comienza su quinta sesión anunciando que su horario de trabajo está pendiente de cambio y, en consecuencia, no podrá establecer su siguiente cita.

Estadio 1: Señalador de distanciamiento

LISA (L): Va a ser difícil.

TERAPEUTA (T): ¿Quiere decir que sus horarios estarán en continuo cambio?

L: Pues...así es.

T: Veo que eso puede ser un problema.

L: ¿Tiene algo por correspondencia? (*Risas*)

T: No.

L: ¿Algún buen libro para leer? No sé qué más hacer. Escucharlo y ver- lo cuando pueda... cuando estoy en la zona o algo, si pudiéramos trabajar de ese modo.

T: Entonces está pensando quizá... que si alguna vez estuviera libre, ¿podría pasar por aquí?

L: Sí... ¿puede hacerlo de ese modo?

T: Ah... no. No creo que eso fuera muy útil.

L: Bien. ¿Puede pensar en alguna otra cosa que fuera útil?

T: Realmente no sé qué sugerir. ¿Qué tipo de cosa tiene en mente?

L: No sé. Le estoy preguntando. Pensaba que usted tenía un conoci- miento más amplio de lo que hay afuera. Algo que se adapte a mis necesidades.

T: Hay personas que tienen horas por las tardes. Quizá lo más idóneo sería mirar esta posibilidad. [Lisa estaba siendo atendida en una clí- nica que sólo atendía en horario matutino].

L: ¿Puede sugerirme nombres?

T: Probablemente puedo seleccionar uno o dos.

L: Si no fuera así, ¿tendría que llamar yo misma?

T: Supongo que sí.

L: No sé. Siempre es un dilema. Siempre pasa algo y complica las cosas.

Estadio 2: Desenredo y atención a la ruptura

T: Supongo que, en parte, soy un poco curioso y, en parte, estoy sor- prendido porque cuando comenzamos usted era consciente de que iba a probar un nuevo empleo.

L: Sí, pero no sabía cuál iba a ser mi horario.

- T: ¿Alguna otra cosa que esté sucediendo en su interior?
- L: No, eso es todo. ¿Qué haría usted si estuviera en mi situación?
- T: Para serle franco, no estoy seguro.
- L: Bueno, sólo hago lo que me conviene..., bueno a mí.
- T: Me pregunto qué es lo que sucede en su interior en este momento.
- L: Me estoy preguntando en qué piensa usted.
- T: Sospecho que soy consciente de sentirme como que le oculto algo. ¿Coincide en algo con su experiencia?
- L: Sí, supongo que un poco.
- T: ¿Puede decir algo más?
- L: Bueno, no estoy muy segura de que me esté ofreciendo lo que necesito. Quizá esto también sucedió en la última sesión.

En lugar de reconocer directamente su frustración relativa a la última sesión, Lisa comienza ésta indicando que su horario laboral puede dificultar el establecimiento de citas futuras. No manifiesta directamente que desee concluir el tratamiento pero sí sugiere que podría terminarlo (p.ej., preguntando por terapia por correspondencia o por libros relevantes) y después pregunta al terapeuta si puede adaptarse a su horario errático. Cuando el terapeuta considera esta posibilidad, ella sigue solicitándole ayuda en términos de alguna derivación. El terapeuta parece estar inmerso en una escenificación en la que responde a la ira no manifiesta de Lisa y a sus continuas solicitudes de acomodación y consejo realizadas con irritación y ocultación. Por último el terapeuta articula su sentido de que está ocultando algo, comenzando así el proceso de desenredo. Esto ayuda a Lisa a reconocer más directamente su frustración.

Estadio 4: Evitación

- L: Pero entonces pienso, "Quizá no esté dando una oportunidad a las cosas". Eso me sucede todo el tiempo. Siempre me estoy cuestionando.
- T: En consecuencia empieza a sentirse frustrada, pero entonces parece que comienza a cuestionarse a usted misma.
- L: Sí.
- T: Suena como si tuviera dos lados atrapados en una pequeña lucha. ¿Le encuentra sentido a esto?
- L: Sí.

Estadio 3: Aseveración matizada

- T: ¿Cuál de esos lados está usted sintiendo con más intensidad en este momento?
- L: Un poco frustrada... pero quizá sea un poco exigente.
- T: ¿Está usted dispuesta a explorar su frustración un poco más?

Estadio 4: Evitación

- L: No sé.
- T: ¿Tiene alguna idea sobre sus reservas?
- L: Bueno, no me gustaría decir nada que usted entendiera erróneamente.
- T: ¿Qué sucedería si yo la entendiera mal?
- L: No sé... podría considerarlo como personal.
- T: ¿Y qué sucedería si lo yo tomara de forma personal?
- L: Podría herir sus sentimientos (*Larga pausa y Lisa parece pensativa*).
- T: ¿Tiene alguna idea sobre lo que está experimentando en este mismo momento?

Este segmento oscila entre la exploración de la evitación y la experiencia. Tras comenzar a expresar su frustración, Lisa empieza a dudar de sí misma. El terapeuta interviene mencionando los dos estados del self (experiencia vs. dudas sobre sí misma) y explorando el estado que parece ser el más presente en el momento (frustración). Esto evoca ansiedad y evitación adicional por parte de Lisa, que posteriormente se explora en mayor profundidad. Mediante este proceso, Lisa puede articular su temor a herir al terapeuta si expresa directamente sus sentimientos.

Estadio 5: Auto-afirmación

- L: ... Quizá un poco furiosa.
- T: Ah-ha. ¿Puede expresar en palabras sus sentimientos?
- L: ¿Por qué he de preocuparme de sus sentimientos? No observo ningún progreso. Sospecho que me gustaría saber qué es lo que me permitiría funcionar mejor. Igualmente me gustaría saber qué es lo que

me pasa que me impida ser una persona que funcione. ¿Por qué estoy siempre envuelta en estos predicamentos? Supongo que deseo que usted me diga qué hacer.

T: Bien. Vamos a ver si comprendo lo que dice.

L: De acuerdo.

T: Usted puede decirme si lo he entendido o no. Usted dice, “Quiero saber lo que sucede... qué está impidiendo que haga lo que quiera o que sea más feliz y esté más satisfecha”.

L: Sí.

T: Y algo como: “Quiero que usted me diga o me muestre de algún modo”... algo como esto. ¿Podría usted añadir algo más?

L: Básicamente me gustaría oír qué tiene usted que decirme. Bueno yo ya le he dado los hechos y sospecho que conoce cuáles son mis impresiones... supongo que quiero que los sintetice y me diga qué piensa. *(En este punto Lisa hace un gesto empático con la mano).*

T: *(El terapeuta reproduce el gesto.)* Cuando hace este gesto, ¿qué sentimiento le acompaña?

L: No lo sé. Es como... “Es su turno” o algo así.

T: “¿Es su turno?”

L: Sí... Ya sabe... la pelota está en su campo.

T: De acuerdo... “La pelota está en su campo”. Suena como si sintiera que yo sigo devolviendo siempre el balón a su campo, en lugar de aceptar la responsabilidad de ayudarla.

L: Sí, sospecho que eso es.

T: ¿Qué está experimentando?

Este proceso de articulación explícita de su miedo a herir los sentimientos del terapeuta ayuda espontáneamente a Lisa a contactar con su ira por sacrificar sus propias necesidades. En respuesta a la empatía y pruebas del terapeuta, finalmente es capaz de articular explícitamente la demanda que ha estado implícita hasta el momento en su comunicación. Prestando atención al gesto de la mano de Lisa, el terapeuta la ayuda a articular adicionalmente su demanda (“Es su turno” y “La pelota está en su campo”). El terapeuta empatiza entonces con la experiencia que subyace a esta demanda (“Suena como si sintiera que yo sigo devolviendo siempre el balón a su campo, en lugar de aceptar la responsabilidad de ayudarla”).

Estadio 4: Evitación

L: Siento vergüenza.

T: ¿A qué se debe su vergüenza?

L: Bueno... parece un poco ridícula. Es equivalente a admitir que estoy vencida y pidiendo ayuda.

T: ¿Pidiendo ayuda?

L: Ah-ha... Como en la infancia. Aproximarse a las personas y preguntar por una dirección o por algo. Se duda un poco, se tiene un poco de vergüenza, ya sabe, inseguridad al respecto. ¿Por qué no te van a ayudar?

La afirmación empática del terapeuta parece haber evocado alguna experiencia en Lisa de una necesidad subyacente insatisfecha y la consecuente ansiedad y auto-recriminación. En respuesta a las pruebas del terapeuta Lisa también comienza a articular el miedo al abandono (aunque la exploración detallada de este miedo en relación con el terapeuta necesitará más sesiones). Tras esta sesión Lisa volvió a comprometerse con el tratamiento y nunca reapareció el problema de su horario laboral.

Aunque en muchas rupturas por distanciamiento la expresión de los sentimientos negativos que no han sido reconocidos sobre la terapia o el proceso terapéutico constituye el estadio final del proceso de resolución, este ejemplo concluye con una exploración preliminar de las necesidades de protección que la paciente ha negado. Este tema era particularmente importante para Lisa, cuyas expectativas de abandono influían para perpetuar la vacilación entre el cumplimiento resentido y las demandas indirectas de protección. Aunque sus demandas airadas brotaban como reacción secundaria a un deseo subyacente de protección, la expresión directa de esta demanda fue, a pesar de todo, un acto importante de auto-afirmación en el contexto de este proceso de resolución, porque le permitió empezar a responsabilizarse de sus propias demandas en lugar de expresarlas indirectamente.

Un modelo de resolución para las rupturas por confrontación

Las rupturas por confrontación suelen provocar intensos y molestos sentimientos de ira, impotencia y auto-crítica, incluso la desesperación en los terapeutas. Aunque tales sentimientos constituyan también una respuesta común a las rupturas por distanciamiento, los terapeutas se hallan

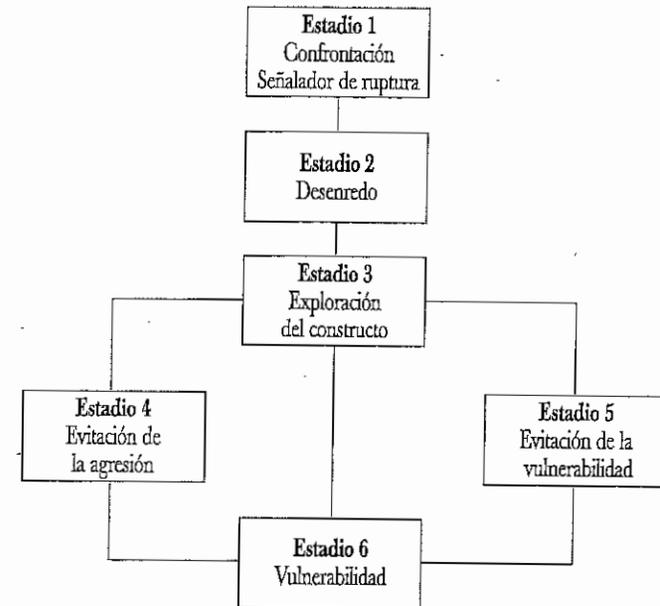
siendo objeto de intensa agresión durante un período de tiempo particularmente difícil de sobrellevar. Ante sentimientos tan intensos y molestos, es crítico recordar que es más importante el proceso completo de sobrevivir que las intervenciones terapéuticas específicas. Como comentábamos en el Capítulo 3, no es fácil tolerar los sentimientos críticos y airados de los pacientes. Es una tarea inevitable que los terapeutas respondan como seres humanos con su propia ira y tendencia a defenderse. Sin embargo los terapeutas deben permanecer en alerta y conscientes de los difíciles sentimientos que brotan en ellos cuando se vivencian como objetos de la agresión de sus pacientes y deben estar dispuestos a reconocer sus continuas contribuciones a la interacción. Su tarea en este contexto no es evitar o pasar por alto los sentimientos de ira o de defensa sino demostrar una voluntad sistemática a permanecer al lado del paciente y a trabajar por comprender lo que sucede entre ellos ante cualquier sentimiento difícil que pueda surgir en cualquiera de ambos.

El modelo de resolución para las rupturas por confrontación recuerda en muchos elementos al modelo de resolución por distanciamiento. Comienza con un señalador de ruptura en el Estadio 1 y continúa con un proceso de desenredo en el Estadio 2. Incluye también dos vías paralelas de exploración: *vía de experimentación* y *vía de evitación*. Sin embargo, difieren en diversos aspectos. El primero de ellos se refiere al grado en que los pacientes presentan una intensa agresión, el proceso de desenredo del paciente y la supervivencia a su agresión durante un período prolongado de tiempo se convierten en las claves más centrales. El segundo, al que en el Estadio 3 se hace más hincapié en elucidar la construcción que tiene el paciente de la situación en lugar de ayudarle a auto-affirmarse o a individuarse. Por ejemplo, el paciente puede comenzar por expresar en palabras el abandono y decepción que siente por parte del terapeuta. El tercero, las voluntades y necesidades que surgen en el estadio final suelen conllevar más el deseo de contacto y protección que el deseo de individuación. El cuarto, distinguimos entre la evitación de agresión del paciente (Estadio 4) y su evitación de los sentimientos vulnerables (Estadio 5).

En términos del tema relacional conflictivo nuclear, un señalador de confrontación puede conceptuarse como una *respuesta agresiva del self* que se perpetúa por un círculo vicioso en el que el paciente cree que su *deseo*

de protección seguirá sin ser satisfecho; que los otros responderán con el abandono, la usurpación o la venganza y que la única esperanza de supervivencia y posible remedio para la situación consiste en auto-protegerse y en esforzarse por obligar al otro a satisfacer sus necesidades. En este sentido, en términos de Ghent (1992), al terapeuta se le presenta con una expresión de pobreza que encubre una necesidad subyacente. Como se ilustra en la Figura 5.2, la progresión común en la resolución de las rupturas por confrontación consiste en avanzar desde los *sentimientos de ira* (Estadio 1), a los *sentimientos subyacentes de daño, decepción o lesión* (Estadio 3) hasta *contactar la vulnerabilidad y los deseos subyacentes de protección* (Estadio 6).

Figura 5.2. Modelo de resolución de ruptura por confrontación.



Estadio 1: Señalador de confrontación

Las rupturas por confrontación suelen comenzar como alguna variante de la *respuesta del self* habitual del paciente. Por ejemplo, un paciente con un deseo frustrado durante mucho tiempo de ser protegido y cuidado y una disposición a percibir al terapeuta como uno más en

una larga relación de personas que le decepcionan. De este modo comienza la relación terapéutica con una reserva de decepción e ira en espera de ser provocada por las dificultades y fallos del terapeuta. Cuando se produce la ruptura por confrontación puede ser difícil, aunque no imposible, que los terapeutas eviten responder defensivamente a las demandas y críticas del paciente, ofreciéndole así la *respuesta esperada del otro*. Como han mostrado Henry, Schacht y Strupp (1986), es excesivamente habitual que las interpretaciones de los terapeutas transmitan sutilmente mensajes de culpabilidad y desprecio a sus pacientes o que consistan en comunicaciones complejas que simultáneamente transmiten mensajes de ayuda y crítica.

Estadio 2. Desenredo

Cuando se produce la ruptura, el proceso de exploración de la matriz interactiva se convierte en la prioridad del terapeuta. El primer paso para elaborar la ruptura por confrontación conlleva el desenredo del círculo vicioso de hostilidad y contrahostilidad que se escenifica mediante la metacomunicación al paciente de la lucha que se produce en ese momento. Como mencionábamos en el contexto de las rupturas por distanciamiento, aunque presentemos el desenredo como un estadio distinto, el proceso completo de resolución implica un ciclo continuo en el que se avanza y retrocede entre mayores y menores grados de inmersión en la matriz interactiva. Durante el proceso de desenredo, a menudo, es crítico que los terapeutas reconozcan la responsabilidad de sus contribuciones a la interacción. Por ejemplo el terapeuta podría decir: "Creo que lo que ha estado sucediendo es que me he sentido criticado por usted y he tratado de culparle por lo que sucede en su interior". También puede ser extremadamente útil en este contexto que los terapeutas comenten la experiencia de los esfuerzos mutuos. Por ejemplo, el terapeuta podría declarar: "Siento como si usted y yo estuviéramos en una lucha por el poder en este momento, yo tratando de responsabilizarle por sus frustraciones con respecto a la terapia y usted tratando de responsabilizarme a mí".

Los terapeutas que se sienten presionados a demostrar al paciente que la terapia puede ser útil podrían hacer mención a su dilema en lugar

de responder a esta presión con esfuerzos persuasivos o con defensiva agresiva que no suelen surtir efecto. Por ejemplo el terapeuta podría remarcar: "Me siento presionado para convencerle de que puedo ayudarle, pero tengo la impresión de que nada de lo que yo pueda decir vaya a tener efecto sobre usted". Los terapeutas que se sienten criticados o atacados pueden comentar su experiencia en lugar de defenderse o contraatacar. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Dudo antes de decirle algo porque me siento criticado cuando trato de responder a sus preguntas o preocupaciones". Este tipo de metacomunicación puede servir a diversas funciones. Por una parte, puede ayudar al terapeuta a restablecer el espacio interno que se ha colapsado. Por otra, puede aportar al paciente feedback que le ayude a reconocer los sentimientos negativos hacia el terapeuta y, aún por otra, puede ayudar al paciente a adoptar la autoría de sus acciones.

1. *Restablecer el espacio interno*. Cuando los terapeutas son objeto de una agresión intensa pueden llegar a paralizarse por efecto de sus conflictos internos relativos a los sentimientos de agresión y esto puede imposibilitarles para reflexionar más plenamente sobre lo que está sucediendo en la interacción. Bajo tales circunstancias, es inevitable que se produzca el colapso del *espacio interno*, o espacio analítico, es decir, el tipo de conciencia doble necesario para ser un observador-participante. El simple proceso de articular aspectos de su experiencia que parecen amenazadores en este contexto –"decir lo indecible"– pueden dar inicio al proceso de liberar a los terapeutas y restablecer el espacio analítico. Tal articulación no conlleva la descarga de sentimientos hostiles hacia los pacientes; en lugar de esto, el terapeuta debería tratar de articular selectivamente aspectos de su experiencia en la situación con el máximo tacto posible. A menudo es útil que los terapeutas transmitan alguna sensación de sus propios sentimientos de conflicto en relación a la situación. Por ejemplo, el terapeuta podría revelar: "Me siento realmente atacado y me encuentro luchando por no responder de forma defensiva". "Soy reactivo a decir cualquier cosa por miedo a provocar otro ataque por su parte". "Me siento atacado y algo enfadado, pero temo mostrar mi ira por temor a que las cosas vayan a peor entre nosotros".

2. *Aportar feedback al paciente.* Aportar a los pacientes agresivos feedback sobre su impacto puede ayudarles a reconocer su contribución a la interacción. Coincidimos con teóricos como Carpy (1989), Epstein (1977) y Gabbard (1996) en que los esfuerzos por interpretar la ira de los pacientes en este contexto como reflejo de una dinámica interna, como una agresión proyectada, pueden ser perjudiciales para el proceso terapéutico. Este tipo de interpretación implica que la ira reside *sólo* en el paciente, *no* en el terapeuta y como tal puede funcionar como modo de expresar los sentimientos de ira no reconocidos de los terapeutas. Sin embargo, al aportar este tipo de feedback ni se culpa a los pacientes por la interacción ni se pretende extraer a los terapeutas de la misma y colocarlos en algún tipo de pedestal terapéutico neutral. Además, cuando los terapeutas luchan con el proceso de articulación de aspectos seleccionados de sus sentimientos dolorosos y conflictivos sobre la interacción agresiva, el esfuerzo mismo transmite a los pacientes el sano mensaje de que los sentimientos agresivos no son demasiado tóxicos para hablar de ellos ni para tratarlos explícitamente. Esto puede ayudarles a sentirse más cómodos para reconocer plenamente sus propios sentimientos de ira.

3. *Ayudar a los pacientes a reconocer la autoría de sus acciones.* Las rupturas por confrontación se producen de forma continuada tras la expresión directa o indirecta de la confrontación inicial. Cuando la confrontación inicial se produce de un modo directo el terapeuta no necesita facilitar una expresión más directa de la demanda ni los sentimientos negativos subyacentes. Sin embargo, en muchos casos, la confrontación inicial se mezcla con características de un señalador de distanciamiento. Cuando se produce esto, el terapeuta puede acabar inmerso en una presentación que es particularmente difícil de ver porque los pacientes comunican de forma compleja e incongruente. Por ejemplo, un paciente puede quejarse sobre la terapia, pero al mismo tiempo negar que esté insatisfecho por el estado presente de las cosas. Cuando sucede esto, la primera tarea del terapeuta, como parte del proceso de desenredo, consiste en clarificar la naturaleza de la comunicación incongruente que se esté produciendo. Este proceso de clarificación conlleva ayudar a los pacientes a expresar más directamente los sentimientos negativos subyacentes y, en consecuencia, a reconocer la autoría de sus acciones. Por ejemplo, el primer

paso al trabajar con una paciente que exprese sarcásticamente sus sentimientos negativos hacia el terapeuta, pero que al mismo tiempo actúe de un modo conciliador, consiste en ayudarle a reconocer los sentimientos de ira que subyacen al sarcasmo y a expresarlos directamente.

Al trabajar con un paciente que esté *implícitamente* demandando algo al terapeuta conviene ayudarle a hacer las mismas demandas de forma más *explícita*. Una intervención que facilita este proceso consiste en que los terapeutas revelen el impacto que el paciente está teniendo sobre ellos. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: "Me he sentido atacado y protegido al mismo tiempo" o "Siento como si usted, de un modo muy prudente, estuviera tratando de que yo haga más cosas por usted". De modo similar al modelo de distanciamiento, las intervenciones de este tipo pueden conducir o a la exploración de la experiencia asociada con la ruptura o a la evitación de tal experiencia. Y, como también se produce en el modelo de distanciamiento, esta fase del proceso de resolución conlleva la oscilación entre la *vía de experimentación* y la *vía de la evitación*.

La transición hacia la *exploración del constructo* (Estadio 3) se facilita a través de los diversos procesos que se producen en el Estadio del *Desenredo*. Por ejemplo:

1. Mediante la metacomunicación sobre la interacción en lugar de responder del mismo modo o de distanciarse, los terapeutas pueden iniciar el proceso de articulación de lo que se produce en la interacción y de la exploración de cómo lo construye el paciente. Por ejemplo, el terapeuta dice: "Tengo la sensación de que algo que he dicho le choca en una dirección errónea. ¿Coincide esto con su experiencia?". El paciente reconoce que lo hace y, a continuación, el terapeuta le pide que elabore su experiencia relativa a lo que le choca del terapeuta. O un paciente exige una explicación relativa a cómo funciona la terapia y el terapeuta responde: "Aunque siento que es muy importante responder a su pregunta, tengo la impresión de que nada de lo que diga será aceptable para usted. ¿Coincide esto, de alguna manera, con su experiencia?". En respuesta, el paciente reconoce que puede haber algo de cierto en la percepción del terapeuta. Los esfuerzos sostenidos en este sentido ayudan

al paciente a articular la línea de construcción asociada con no hallar nada aceptable (p.ej., sensación de futilidad y desesperanza).

2. Mediante el reconocimiento del impacto que el paciente tiene sobre el terapeuta, incluidos los sentimientos de vulnerabilidad o impotencia, el terapeuta puede suavizar el ataque e iniciar el camino para explorar el constructo que le subyace.

3. Cuando los pacientes confrontan al terapeuta de un modo indirecto, éste debería ayudarles para que lo hagan de un modo más directo. Así, generarán una mayor conciencia de los sentimientos que motivan la confrontación, facilitando así el acceso a los procesos constructivos subyacentes.

4. Algunas veces la capacidad de los terapeutas para expresar sus propios sentimientos de ira a modo de reflejo o para reconocer sus propios conflictos relativos a sus sentimientos puede ayudarles a establecerse frente a los pacientes como sujetos reales y no meros objetos. Además, por contraste con los esfuerzos de los terapeutas por interpretar la ira de los pacientes o por ocultar los sentimientos que para ellos son molestos, este tipo de reconocimiento puede ayudar a los pacientes a experimentar su propia potencia, concediéndoles la seguridad necesaria para el inicio de la exploración de sus constructos subyacentes. Por añadidura, al expresar sus propios sentimientos negativos y agresivos de un modo modulado, los terapeutas desempeñan un rol básico desintoxicando la agresión de los pacientes hacia ellos y ofreciéndoles un modelo de cómo procesar la agresión sin que ésta resulte catastrófica (Carpy, 1991; Weiss et al., 1986; Winnicott, 1965).

5. Cuando los terapeutas reconocen su propia contribución a la interacción, suele reducirse la experiencia de los pacientes de sentirse perseguidos o agredidos. En consecuencia, pueden sentir menor necesidad de protegerse a sí mismos atacando, permitiéndoles así explorar la construcción que han elaborado de la situación de un modo diferenciado.

Estadio 3: Exploración del constructo

La tarea del terapeuta en el Estadio 3 consiste en ayudar a los pacientes a desenvolver la construcción que han elaborado sobre la interacción. Por ejemplo, un paciente experimenta que el terapeuta le trata con con-

descendencia o le culpabiliza porque el tratamiento no progresa a mayor velocidad, o un paciente experimenta que el terapeuta oculta cosas o no aporta la dirección necesaria. En este punto es tarea del terapeuta elucidar los matices de las percepciones del paciente (que, a menudo, se asocian con sentimientos de ira, perjuicio o decepción). Este proceso de desembalaje conlleva una exploración fenomenológica de la experiencia consciente del paciente y la articulación de lo que está en el límite de la conciencia pero no es plenamente consciente. No implica interpretaciones que requieran inferencias sobre las dinámicas inconscientes.

Como hemos comentado previamente, las interpretaciones sobre la ira del paciente en términos de agresión o envidia irreconocida normalmente no suelen ser útiles en este estadio. Igualmente, los esfuerzos por pasar por alto la ira de los pacientes interpretándola como respuesta a una necesidad o vulnerabilidad subyacente no suelen ser productivos. Como sugieren los analistas del ego contemporáneos, como Gray (1994) y Busch (1995), tratar de pasar por alto la experiencia consciente del paciente podría experimentarse por éste como muestra de no empatía y de eliminación de poder. Además, tal intento podría estar parcialmente motivado por los esfuerzos del terapeuta para escapar de la línea de fuego y para restablecer el control. Es importante que los pacientes experimenten como válido, aceptable y tolerable cualquier sentimiento de ira, dolor o decepción que exista para que puedan comenzar a explorar los anhelos primarios que son de naturaleza más vulnerable. El reconocimiento de las necesidades subyacentes de un tipo más vulnerable debe surgir de un modo orgánico fuera de la relación terapéutica en la que el paciente y el terapeuta luchan juntamente por elaborar cualquier ciclo agresivo que se escenifique.

Cuando los terapeutas adquieren la conciencia de su propia contribución a la matriz interactiva, es preciso reconocer abiertamente esta contribución. Si inicialmente no perciben su contribución a la situación, deberían animar a los pacientes a articular su percepción del modo en que el terapeuta también contribuye (Aron, 1996). En este proceso, es crítico que los terapeutas permanezcan abiertos a algo nuevo sobre sí mismos y sus contribuciones a la interacción, en lugar de pensar en este proceso como modo de explorar exclusivamente los procesos constructivos subyacentes del paciente. Esta apertura puede transformar la situa-

ción reduciendo la necesidad del paciente de ser defensivo y facilitando que verbalicen las percepciones sutiles cuya plena articulación puede ser difícil en ausencia de una escucha receptiva.

Por ejemplo, en un caso en el que el paciente sintió que su terapeuta había actuado insensible y cruelmente al modificar su cita, fue fundamental la apertura del terapeuta a reconocer esta posibilidad a fin de facilitar la exploración de la preocupación del paciente relativa a si el terapeuta se interesaba por él. Esto le condujo a explorar la desconfianza general del paciente sobre la atención y el cuidado que le ofrecían las personas. En otro caso en el que la terapeuta acababa de dar a luz, fue crítico que ella escuchara y aprendiera de qué modo habían cambiado sus modales hacia el paciente antes de que éste pudiera contactar y explorar sus temores relativos a la disponibilidad emocional de los demás. A medida que los pacientes articulan los matices de sus percepciones, los terapeutas comienzan a comprenderlos desde un punto de referencia interno. Cuando sucede esto, son menos tendentes a tomarse las cosas de forma personal y menos tendentes a responder defensivamente. Al mismo tiempo, los pacientes empiezan a sentirse entendidos y validados y parte de su furia e ira acumulada comienza a disiparse.

En algunos casos, la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente a desenvolver su construcción y a empatizar con su experiencia significa el final del proceso de resolución. En otros casos, se procede a una exploración más profunda de los deseos subyacentes de naturaleza más vulnerable (Estadio 6), un proceso al que nos referiremos a continuación.

Estadio 4: Evitación de la agresión

Durante los estadios 2 (*Desenredo*) y 3 (*Exploración del constructo*), es fundamental que el terapeuta monitoree de forma continua los cambios sutiles en los estados del self del paciente (véase Capítulo 2). Incluso los pacientes más abiertamente hostiles y agresivos hacia sus terapeutas experimentarán momentos de ansiedad o culpa sobre la expresión de tales sentimientos agresivos y desharán el daño que sienten haber cometido justificándose por sus acciones o tratando de despersonalizar la situación para difuminar la sensación de peligro.

Si los terapeutas se sienten excesivamente sobrecargados por su respuesta emocional a la agresión del paciente, pueden encontrar dificultades para detectar estos cambios. En consecuencia, perderán una oportunidad importante para explorar un modo de funcionamiento habitual del paciente. Por ejemplo, los pacientes pueden oscilar entre un estado de ira dirigida hacia el terapeuta, culpabilidad por su expresión de agresión y un estado de ira provocado por los sentimientos de culpabilidad que han experimentado como intolerable (Horowitz, 1987). En este tipo de situación, puede ser muy útil para los terapeutas detectar estos cambios sutiles en los estados del self y ayudar a los pacientes a ampliar su conciencia sobre los procesos internos que conducen a estos cambios.

Estadio 5: Evitación de la vulnerabilidad

Un segundo tipo de evitación que algunas veces surge durante la resolución de las rupturas por confrontación consiste en el distanciamiento defensivo de los sentimientos vulnerables. En algunas situaciones, los pacientes comenzarán a contactar los sentimientos vulnerables y retrocederán a un estado de agresión más familiar y seguro. Cuando suceda esto, puede ser útil que el terapeuta detecte el cambio y dirija a él, en la medida de lo posible, la atención del paciente. Por ejemplo, el terapeuta podría señalar: "Tengo la impresión de que ahí ha entrado en contacto con cierta tristeza y en ese momento ha cambiado repentinamente a una postura más dura y agresiva. ¿Ha sido consciente de este cambio?". Si el paciente puede reconocer el cambio, el terapeuta podría seguir examinando los procesos internos. Por ejemplo podría preguntar: "¿Tiene alguna idea de qué pasó por su interior justo antes de producirse el cambio?". Al comienzo, a los pacientes les costará ser conscientes de este tipo de cambio. Incluso cuando llegan a ser más conscientes les costará aún identificar los propulsores internos relevantes. Con el paso del tiempo, sin embargo, pueden desarrollar cierta facilidad para detectar sus propios cambios en los estados del self y explorar los procesos internos que los provocan (p.ej., miedo al abandono o a la auto-crítica por ser vulnerable).

Estadio 6: Vulnerabilidad

Puede transcurrir mucho tiempo (meses o años) antes de que surjan las necesidades y los deseos primarios que subyacen a la agresión del paciente; en algunos casos extremos, incluso pueden no surgir nunca. Cuando el terapeuta ha demostrado sistemáticamente durante un período prolongado de tiempo su voluntad para interesarse por las preocupaciones que subyacen a la agresión del paciente, el intento por comprenderlas desde el punto de vista interno del paciente, la voluntad para examinar y reconocer su propia contribución a la interacción y la capacidad para sobrevivir a la agresión del paciente, se facilita el camino para que broten los sentimientos y deseos vulnerables contra los que se ha estado defendiendo. Cuando afloran, inicialmente suelen hacerlo en forma de un reconocimiento de la desesperación.

Por contraste con los primeros estadios del proceso de resolución, sin embargo, en los que la desesperación aflora de una forma airada y cínica que aleja a los otros, en este momento la relación ha evolucionado hasta el punto de que existe algo diferente sobre el paciente y el terapeuta. Con el paso del tiempo el paciente confía en el terapeuta hasta el punto de que puede hacerle partícipe de su dolor y tristeza por su desesperación y el terapeuta ha evolucionado hasta el punto en que aprecia más profundamente al paciente como persona completa y es más capaz de empatizar con su desesperación.

Como comentábamos en el Capítulo 2, la experiencia de que el terapeuta se interese por su dolor y desesperación puede constituir una vivencia nueva de gran valor para el paciente —una que le permita por primera vez alejarse del sentimiento de aislamiento y comenzar a tener más compasión de sí mismo. Esto, a su vez, facilita la aparición de las necesidades subyacentes de protección que se han repudiado previamente. Es crítico que los terapeutas respondan a todos los estados de sentimientos primarios y más vulnerables que afloran en este contexto de una manera que muestre empatía y validación. Es importante no considerar estos sentimientos como necesidades arcaicas e infantiles que deben comprenderse y renombrarse, ni siquiera como anhelos evolutivos removilizados sino como anhelos humanos normales de protección y apoyo.

En algunos casos, puede ser importante que los terapeutas gratifiquen el deseo del paciente. Por ejemplo, un paciente al que tradicionalmente le había costado mucho reconocer y expresar necesidades subyacentes, había llegado a este punto de la terapia en el que contactó con algunas de estas necesidades. Durante una sesión, directamente pidió consejo a su terapeuta sobre el modo en que debía manejar un conflicto con un amigo; esto era algo que nunca antes había hecho. El terapeuta respondió dándole consejo y, a continuación, le preguntó cómo se sentía. El paciente respondió llorando, mientras contactaba con el alivio y la gratitud hacia el terapeuta por mostrar voluntad para actuar a su favor en ese contexto y en el anhelo subyacente de protección que había motivado su petición.

En las situaciones en las que los terapeutas sean incapaces u opten por no gratificar el deseo subyacente, es conveniente que empaticen y comprendan, al mismo tiempo que clarifiquen cuáles son sus límites o fronteras. Por ejemplo, puede ser necesario que la paciente reconozca su deseo de que el terapeuta la transforme mágicamente y que el terapeuta empatice con este deseo en lugar de invalidarlo. O un terapeuta puede no acceder a prolongar la sesión a solicitud del paciente, pero aún así empatizar con el deseo. En otro caso el terapeuta podría entender el deseo de contacto personal entre sesiones sin aceptarlo y sin criticarlo como algo meramente transferencial. En tales casos es conveniente empatizar con el anhelo subyacente y con el dolor y frustración que se derivan inevitablemente de un deseo insatisfecho. A través de este proceso, los pacientes experimentan gradualmente que su terapeuta está ahí para ellos.

Ilustración clínica

Las rupturas por confrontación se resuelven, muchas veces con el curso de un número de sesiones a medida que el paciente y el terapeuta gradual y repetidamente elaboran los primeros estadios del proceso de resolución, estableciendo así la confianza necesaria para superar los estadios posteriores. Sin embargo, en algunos casos este proceso puede requerir meses e incluso años. En los siguientes extractos se ilustra un proceso de resolución de una ruptura tal y como se desarrolla en el curso de varias sesiones con la paciente identificada como Joan en el Capítulo 4.

Primer episodio

SEÑALADOR DE CONFRONTACIÓN

JOAN (J): La semana pasada me preguntó cómo creía yo que funcionaba la terapia. Y usted no dijo mucho a cambio. Ahora es mi turno. Me gustaría saber cómo funciona la terapia que usted practica y cómo me puede ayudar con mis problemas.

DESENREDO

TERAPEUTA (T): Me siento en el ojo de mira.

J: Tuvo su oportunidad la pasada semana. Esta semana es mi turno. ¡No vamos a perder tiempo esta semana!

T: Bien, trataré de dar una respuesta breve a su pregunta. Básicamente, mi forma de trabajo implica trabajar con usted para ayudarle a ser más consciente de los patrones contraproducentes en sus relaciones con las demás personas. Normalmente esto suele conllevar el examen de sus sentimientos y pensamientos en situaciones problemáticas y, a menudo, una cantidad considerable de tiempo suele destinarse a examinar las cosas que suceden en nuestra relación para arrojar luz sobre las cosas que podrían estar sucediendo en sus relaciones con las demás personas.

J: ¿Pero cómo va a ayudarme eso?

T: Bueno...es difícil de responder de este modo abstracto.

J: No estoy interesada en una respuesta abstracta. Quiero una respuesta directa y concreta.

T: Me gustaría responder a su solicitud, pero tengo la impresión de que me siento tan presionado que me cuesta pensar con claridad.

J: Bien, entonces dígame algo que me enseñe cómo vamos a trabajar para que vea qué está sucediendo.

T: Veamos... mientras decía eso... he sentido el mismo tipo de presión a hacer algo.

J: De acuerdo, entonces diga algo que merezca la pena.

T: Me gustaría, pero siento como si lo intentara y nada de lo que yo diga le satisfaga, por eso me siento perdido.

J: Bueno, no quiero dejarlo.

En lugar de responder directamente al contenido de la pregunta de Joan, el terapeuta metacomunica sus sentimientos de "estar en el punto de mira". Esto sirve a dos funciones. La primera, el proceso de reconocer un sentimiento incómodo ayuda a reabrir el espacio interno y a liberar al terapeuta para observar con más claridad lo que pueda estar sucediendo en la interacción, en vez de responder inconscientemente a su sentimiento de presión. La segunda, comenzar a esclarecer finalmente las implicaciones relacionales de la petición de Joan, tal y como se evidencia en su respuesta, "Tuvo su oportunidad la pasada semana. Esta semana es mi turno. ¡No vamos a perder tiempo esta semana!". Esto sugiere que la solicitud de Joan no está genuinamente derivada desde la apertura y la curiosidad sino desde la demanda airada de una prueba demostrando que el terapeuta puede ayudarla. Aún así el terapeuta acepta su pregunta tal cual es porque podría estar equivocado es su sospecha de que ninguna respuesta pueda satisfacerla. Además, no responder al contenido manifiesto de la pregunta podría experimentarse por la paciente como una falta de respeto. Las respuestas de Joan ("¿Pero cómo va a ayudarme eso?" y "De acuerdo, entonces diga algo que merezca la pena"), sin embargo, permiten al terapeuta comprender con mayor certeza que nada de lo que diga la satisface. Revelar esta experiencia de bloqueo conduce a un cambio. Joan se retracta y comienza a expresar su temor a no recibir ayuda. Quizá, también, existe un elemento de acomodación o cumplimiento en su retractación.

EXPLORACIÓN DEL CONSTRUCTO

T: Me parece que acabamos de compartir un dilema. Tengo la impresión de que ambos nos esforzamos todo lo que podemos, pero estamos bloqueados de alguna forma.

J: Bueno, ¿no cree que la semana pasada fue una pérdida de tiempo?

T: Entiendo con claridad el hecho de que usted no salió satisfecha la pasada semana y que esto influye.

J: Sí...

T: ¿Le gustaría decirme algo más sobre cómo se perdió el tiempo?

J: Nada funciona. Cuando me relajo, como lo hice la semana pasada, no funciona y cuando golpeo a la persona en la cabeza, tampoco funciona.

T: De acuerdo... ¿cuál está usted haciendo ahora mismo?

J: Bueno... sospecho que me estoy relajando un poco.

T: ¿Qué es lo que implica eso para usted?

- J: Bueno... supongo que comienzo a sentirme comprometida. Es como si tuviera que permitir que me laven el cerebro a fin de ser ayudada.
- T: Eso no suena muy bien.
- J: No.
- T: Bien... bajo riesgo de simplificar excesivamente, parece como si dispusiera de dos estrategias básicas para obtener lo que quiere de las personas y que ninguna de ellas funciona realmente. Una consiste en algo equivalente a dejarse lavar el cerebro, comprometerse usted misma y, de alguna manera, permitir que le quiten algo. La otra es salir como un toro...
- J: Ambas pistolas fogueando. (*Risas*)
- T: Ambas pistolas fogueando.
- J: La primera estrategia es peor, porque acabo masticándome a mí misma y me siento peor.
- T: ¿Por lo tanto, salir con las dos pistolas fogueando es el menor de los dos males?
- J: Sí.
- T: Bien... No sé cuál es su alternativa a estas dos estrategias, pero quiero trabajar con usted para hallar una. ¿Le parece que merece la pena?
- J: Sí.

El terapeuta comienza este apartado enmarcando la situación en términos mutuos a fin de facilitar el desarrollo de la alianza ("Me parece que acabamos de compartir un dilema"). En respuesta a sus pruebas, Joan logra articular su dilema que consiste en escoger entre dos estrategias para obtener ayuda: o se compromete ella misma y permite sentir que le lavan el cerebro o es agresiva. Aunque sólo sea el comienzo, observamos aquí algo sobre el esquema relacional de la paciente. Comprobando la experiencia de Joan en el momento, el terapeuta clarifica que incluso esta salida momentánea de su postura agresiva es experimentada por ella como una forma de compromiso, pero empatizando con su dilema ("Eso no suena muy bien") reduce el obstáculo que este esquema presenta potencialmente para la sensación de colaboración que comienza a desarrollarse. A continuación trata de facilitar el desarrollo de una alianza sugiriendo un objetivo terapéutico que tenga sentido para Joan en este contexto: trabajar en colaboración para descubrir una alternativa a sus estrategias habituales que consisten en comprometerse a sí misma o aproximarse a otra persona con las "pistolas cargadas".

Una semana después.

- J: No he tenido oportunidad de hacer lo que imaginé que iba a hacer porque he estado demasiado ocupada.
- T: No la comprendo muy bien.
- J: Bueno, mis diferentes tácticas. Recuerde... uua táctica no funcionaba, la segunda no funcionaba, ¡pues prueba una tercera!
- T: Ya veo, me está diciendo que no ha logrado una nueva estrategia a lo largo de la semana.

Señalador de confrontación

- J: ¡Claro que sí la tengo! Pero no he tenido oportunidad de ponerla en práctica porque he estado muy ocupada, pero definitivamente dispongo de una para la siguiente vez (*sonrisa burlona*).
- T: Soy consciente de la sonrisa que tiene en este momento. ¿Es usted consciente de ella?
- J: Sí.
- T: ¿Sí? ¿Qué experimenta detrás de la sonrisa?
- J: Le estoy diciendo dónde está y al mismo tiempo le estoy degradando. No voy a permitir que usted obtenga lo mejor de mí.

Esta sesión comienza con un señalador de confrontación combinado con características de un señalador de distanciamiento. El terapeuta facilita una expresión más directa de su agresión dirigiendo la atención de Joan a un señalador interpersonal —su sonrisa incongruente— y explora su experiencia. En respuesta, ella expresa sus sentimientos agresivos y auto-protectores de una manera directa: "Le estoy diciendo dónde está y al mismo tiempo le estoy degradando. No voy a permitir que usted obtenga lo mejor de mí".

DESENREDO

- T: Ah-ha... ¿Es esto...?
- J: Del mismo modo que no hay razón para que usted no haya arreglado el grifo. [Joan se refiere a un grifo de agua potable que existe en el pasillo y que lleva estropeado cierto tiempo. La semana anterior ella había preguntado al terapeuta, de forma casual al comienzo

- de la sesión, si sabía que estaba estropeado y él había respondido que sí y que llevaba tiempo así]. Usted sabía que estaba estropeado pero no ha hecho nada con ello. No dijo que había tratado de arreglarlo. Usted es como los demás. ¡Estoy harta y cansada de que las personas me traten como si fuera basura!
- T: Espere un segundo. En este momento me siento amontonado con todas las restantes personas.
- J: Bien, ¿y por qué no? Usted es una persona. Usted es parte de la humanidad. ¿Por qué no va a estar usted amontonado con el resto?
- T: Pero no siento que esté siendo tratado como una persona. Siento como que me amontona con todos los demás.
- J: Bueno, imírese! Usted es como todos los demás. Usted sabía que esa cosa no funciona desde hace siglos, ¿y qué demonios ha hecho al respecto? Lo mismo que hacen todos los demás. Usted merece ser amontonado con el resto. ¡Haga algo para que no merezca ser amontonado con los demás!
- T: Me siento reacio a abrir la boca.
- J: Ya... bueno... acaba de ganarse una de mis diatribas (*con expresión un poco bobalicona*).

En respuesta a la diatriba de Joan el terapeuta revela su experiencia de "ser amontonado con los demás". En el ataque de Joan hay algo impersonal, como si el terapeuta fuera simplemente otro ejemplar de objeto penetrante y no un individuo específico contra quien ella está furiosa por sus acciones. Sin embargo, los comentarios del terapeuta en lugar de ayudarles en el proceso de desenmarañamiento de la interacción, logran enfierecerla aún más. Sin embargo, cuando el terapeuta comenta "ser reacio a abrir la boca" por temor a provocar otra de sus reacciones, algo cambia.

EVITACIÓN DE LA AGRESIÓN

- T: ¿Qué le sucede ahora?
- J: Me siento nerviosa.
- T: ¿A qué se debe su nerviosismo?
- J: Bueno le he contado todo lo que soy por dentro y ya sé que a las personas no les gustan las barreras de este tipo. Pero una vez más, no me importa, porque se las merecen.
- T: ¿Siente usted que yo me merezco una barrera en este momento?

- J: Soy prudente cuando lo hago y sólo lo hago con personas con quienes puedo resolverlo.
- T: Pero no está respondiendo a mi pregunta.
- J: Nunca contesto a las preguntas (*riendo*). Siempre las esquivo.
- T: ¿Tiene algún motivo para no responder a ésta?
- J: Porque lo que realmente siento es inaceptable para las personas.
- T: Si fuera posible, me gustaría personalizar esto. ¿Considera que lo que siente será inaceptable para mí?
- J: Sí. El mundo me saca de quicio, y tengo mis fantasías de lo que me gustaría hacer a las personas.
- T: ¿Qué le gustaría hacerme a mí?
- J: No sé. No son las personas específicas del mundo. Bueno, por supuesto, si pudiera hacer lo que quisiera con usted, le daría un cachete en la cabeza y haría que me presente las cosas tal y como yo quiero que lo haga (*mirando en otra dirección mientras lo dice*).
- T: ¿Tiene usted voluntad real para establecer contacto conmigo mientras lo está diciendo?
- J: (*Descansando*) ¿En lugar de alejar la mira hacia lo seguro y lo impersonal?
- T: ¿Tiene alguna idea de lo que está evitando al no mirarme?
- J: Sospecho que me cuesta expresar mi ira hacia usted y decirle lo que quiero, si me relaciono con usted como persona. Para mí es más fácil pensar en usted como en una entidad -como una de las masas de la humanidad que hay ahí fuera.
- T: ¿Podría decir algo más sobre su dificultad de este momento para relacionarse conmigo como persona?
- J: No sé, pero tiene que ver con saber que usted es como los demás. No puedo depender de nadie.

En respuesta al último esfuerzo de metacomunicación del terapeuta, Joan empieza a ser consciente y a sentir ansiedad sobre el impacto que ha producido su ataque sobre el terapeuta. Al esfuerzo del terapeuta por explorar la naturaleza de su evitación responde de un modo general (p.ej., "ya sé que a las personas no les gustan las barreras de este tipo" y "Lo que siento suele ser inaceptable para las personas"). El terapeuta tratar de seguir con la exploración del aquí y ahora de la interacción a fin de reducir la posibilidad de la intelectualización y promover el descubrimiento expe-

riencial (p.ej., "¿Considera que lo que siente será inaceptable para mí?"). En respuesta a la insinuación global de Joan sobre sus fantasías en contra del mundo, el terapeuta redirige su atención hacia el aquí y ahora de la relación terapéutica ("¿Qué le gustaría hacerme a mí?").

Cuando Joan aleja su mirada mientras expresa con furia su deseo de que el terapeuta le presente las cosas tal y como ella quiere, éste presta atención a su distanciamiento y examina su evitación. Esta es una ilustración del tipo de cambio rápido en los estados del self previamente descritos. En respuesta Joan puede articular más plenamente la naturaleza de su evitación. Su afirmación de que es más fácil relacionarse con él como "una de esas masas de humanidad" que como persona, confirma las intuiciones iniciales del terapeuta sobre "ser amontonado con todos los demás". Joan también insinúa el miedo subyacente al abandono que le impide ser más vulnerable con el terapeuta.

Dos meses más tarde

Joan llega a la sesión con 10 minutos de retraso y durante un intervalo de tiempo no dice nada.

SEÑALADOR DE RUPTURA (Confrontación combinada con características de distanciamiento)

J: Copié lo que decía el libro de la semana pasada, pero ha caído de mi bolso y no puedo encontrarlo.

T: ¿A qué se refiere cuando dice que copió lo que decía el libro?

J: Ya le comenté lo del libro. [La paciente se refiere a un libro al que ha recurrido previamente y que ofrece una descripción sencilla de en qué consiste una psicoterapia satisfactoria, aunque el terapeuta no ha llegado a captar esto]. ¿Qué hay en el libro?

DESENREDO

T: Estoy experimentando esta situación como si estuviera algo enigmática ahora mismo.

J: Usted está continuamente formulándome preguntas estúpidas. Eso es exactamente lo que quiero decir. ¿Qué hay en el libro?

T: Le diré qué es lo que supongo. ¿De acuerdo? Supongo que usted está...

J: He dicho que copié lo que había en el libro. Es un libro sobre psicoterapia.

T: Le diré qué es lo que está ocurriendo a mi parecer. Le estoy experimentando como si me estuviera ocultando algo y yo he...

J: ¿Dónde está la dificultad? ¿En el significado de "libro"? ¿En el significado de "psicoterapia"? ¿En el significado de "copiar"? No entiendo qué es lo que le cuesta tanto entender. No empleo palabras de cinco euros. Las desconozco. Si las conociera no podría pronunciarlas, y definitivamente no sabría deletrearlas. ¿Entonces, por qué le cuesta tanto a la gente entenderme? ¡Quiero decir exactamente lo que digo! Y cuando me explico, las personas dicen que me voy por las ramas y que les aburro y no me escuchan. Y cuando elimino las palabras innecesarias no entienden lo que digo. ¿Qué es un libro? ¿Qué dice el libro?

Joan comienza la sesión de forma enigmática. El terapeuta, aunque supone que la paciente está insinuando algo negativo, se muestra genuinamente sorprendido y trata de clarificarlo. Joan continúa siendo enigmática y sus comentarios empiezan a adoptar un tono condescendiente ("¿Qué dice el libro?"). En un esfuerzo por metacomunicar, el terapeuta refleja la calidad enigmática de su comunicación, pero nada dice sobre el tono condescendiente y furioso de la paciente ni sobre su respuesta afectiva ante esto. ¿Quizá se sienta demasiado sobrecargado y ansioso sobre su propia respuesta interna como para comentarla? En respuesta Joan intensifica su ataque.

DESENREDO

T: No me gusta el sentimiento que percibo por ser tratado de este modo.

J: Bueno entonces no me trate así! Y no me pregunte qué es lo que quiero decir. ¡Cómo no va a entender lo que quiero decir! Trato de descubrir qué es lo que usted no comprende. ¿La palabra "libro" o la palabra "copiar"? ¿Qué es lo que no entiende?

T: Estoy experimentando que en este momento usted me está tratando con mucha condescendencia, y no me gusta.

J: A mí tampoco me gusta que usted sea condescendiente conmigo. ¿Y qué es lo que quería decir con "No la comprendo"?

T: Dudo sobre decir algo o no ahora mismo, porque estoy...

- J: ¿Qué hay ahí que le haga dudar? ¿Por qué no puede explicar a qué se refería con "No la comprendo", salvo que sólo fuera un juego al que estaba jugando?
- T: Lo ve... percibo que cualquier cosa que diga la volverá a provocar otra vez, por eso dudo. (*Silencio de 1 minuto aproximadamente*)
Durante este silencio he pensado en qué cosas decir, pero continuamente me recomiendo prudencia y me preocupa que cualquier cosa que le diga le choque de un modo erróneo.
- J: ¿Y, en todo caso, dónde está la diferencia? Continuamente se me dice que no grite a las personas y no les trate como si fueran idiotas. Y cuando comienzo a tratarlas como si supieran de qué se trata, me dicen que estoy jugando.

El terapeuta, por fin, contempla el aspecto hostil de la comunicación de Joan y su propia respuesta a ella ("No me gusta el sentimiento que percibo por ser tratado de este modo" y "Estoy experimentando que en este momento usted me está tratando con mucha condescendencia, y no me gusta"). Al comenzar a reconocer explícitamente algunos de sus sentimientos negativos, al afirmarse él mismo y al comentar la hostilidad de la paciente, el terapeuta comienza a restablecer su propio espacio interno dentro del cual puede procesar su experiencia más plenamente y puede estar más presente en la interacción con la paciente. Esto puede entenderse como un "acto de libertad" en el sentido de Symington (1983). Además, al empezar a transmitir a Joan algunos de sus sentimientos negativos de una forma prudente, el terapeuta se restablece como sujeto para ella dejando así de ser objeto. En este mismo orden, la capacidad para expresarle de forma moderada sus propios sentimientos negativos ayuda a desintoxicar los sentimientos negativos de Joan. La respuesta inmediata de ésta trata de compensarlo ("A mí tampoco me gusta que usted sea condescendiente conmigo") y continúa la provocación ("¿Y qué es lo quería decir con "No la comprendo"?"). El terapeuta, percibiendo que cualquier respuesta seguirá manteniendo o aumentando el ciclo existente, metacomunica este dilema ("Lo ve... percibo que cualquier cosa que diga la volverá a provocar otra vez, por eso dudo").

A continuación, el terapeuta rompe el silencio que sobreviene, metacomunicando su dilema ("Durante este silencio he pensado en qué cosas decir, pero continuamente me recomiendo prudencia y me preocupa que cualquier cosa que le diga le choque de un modo erróneo"). Esto impide que el silencio se convierta en una lucha de poder relativa a quién rompe el silencio y también muestra a Joan que él no la ha aban-

donado completamente. Su respuesta ("¿Y, en todo caso, dónde está la diferencia?") sugiere que ella puede experimentar su comentario como un esfuerzo para tranquilizarla, y su tono comienza a cambiar de la ira a la desesperanza.

EXPLORACIÓN DEL CONSTRUCTO

- T: ¿Parece como si nada de lo que hiciera, le sirviera?
- J: En lo que a mí respecta, no es un sentimiento. Es un hecho.
- T: Malo si lo hace y malo si no lo hace.
- J: Así es. ¿Por lo tanto, dónde está la diferencia?
- T: ¿Por lo tanto está pensando en abandonar?
- J: Seguro que sí. Me he golpeado contra la pared toda mi vida. Ayer leí en el periódico sobre un clarividente que en el pasado había predicho todo tipo de desastres y ahora predice una caída económica y cantidad de desastres globales. Y sabe, creo que tiene razón.
- T: ¿Qué predicciones hace sobre usted misma?
- J: Ni siquiera me interesan. Voy a seguir siendo la misma basura vieja (*voz muy baja*).
- T: ¿Se está sintiendo algo así como desesperada?
- J: Supongo.
- T: ¿Y sospecho que usted siente también poca esperanza sobre las cosas entre nosotros?
- J: Ya lo creo. Abandoné eso la pasada semana. Tras aquella ruptura que logró manejar hace dos semanas, y después lo mando todo a paseo. Seguro, por eso no me he preocupado por llegar a la hora.
- T: ¿Entonces, usted no tenía esperanza al acudir hoy aquí?
- J: Bueno, estaba desafiante. ¿En qué medida influye que llegue o no a la hora? Diez minutos más o menos aquí no conlleva ninguna diferencia.
- T: Ah-ha. ¿Entonces no siente esperanza y está un poco desafiante?
- J: Sí.

La exploración de los sentimientos de indefensión de Joan relativos a la interacción que se produce en ese momento conduce a un sentimiento de indefensión más general sobre el futuro. A medida que contacta con sus sentimientos de indefensión, Joan comienza a externalizar los sentimientos en términos de un artículo de prensa que ha leído. El terapeuta la redirige al foco interno y posteriormente a la relación

terapéutica. En respuesta ella comienza a hablar sobre sus sentimientos de decepción por no sentir que ellos mantienen el progreso que había logrado dos sesiones antes y espontáneamente reconoce que su retraso en la sesión era un reflejo de la desesperanza y del desafío.

Un mes más tarde

Durante la primera parte de la sesión, surge un tema característico en Joan: su experiencia de estar en una situación de "no poder ganar" con el terapeuta (es decir, si ella expresa su ira directamente, el terapeuta no responde de un modo que a ella le parece útil, y si trata de ocultar su ira y sigue al terapeuta, siente que se compromete a sí misma y siente resentimiento). En el curso de la exploración de este dilema la paciente vuelve a sentir impaciencia y manifiesta:

SEÑALADOR DE CONFRONTACIÓN

J: Hemos pasado antes por esto y no nos lleva a ningún lado.

EXPLORACIÓN DEL CONSTRUCTO

T: Ah-ha, por lo tanto le resulta un poco fútil.

J: Sí. No puedo permitir seguir de esta forma, sin hacer nada.

T: Me parece oír desesperación en lo que está diciendo.

J: Sí, supongo que sí. Llevo un año y medio de baja y la gente ha empezado a preguntarse qué demonios me pasa. Y hemos tenido algunas sesiones importantes, pero sigo sintiendo que las cosas no han cambiado.

T: ¿Le gustaría decirme algo más sobre sus sentimientos de desesperación?

EVITACIÓN DE LA VULNERABILIDAD

J: No lo sé. Trato de no pensar en ello.

T: ¿Qué sucedería si lo examinara más profundamente conmigo aquí y ahora?

J: Creo que comenzaría a sentirme más inútil y después sería débil y patética.

T: Ah-ha. ¿Por lo tanto, hay algo muy incómodo en relación a profundizar en sus sentimientos de desesperación conmigo?

J: Sí, no estoy segura de confiar en que usted está aquí por mí (*su voz empieza a quebrarse*).

VULNERABILIDAD

T: ¿Qué está experimentando?

J: Me siento triste.

T: ¿Puede añadir algo sobre su tristeza?

J: Me siento dolida y sola, y no sé hacia dónde dirigirme (*comienza a llorar*).

Este segmento comienza con un impás habitual para Joan y el terapeuta y, a continuación, procede la exploración del constructo de Joan sobre la futilidad de la situación. Como el camino ya estaba abierto en sesiones anteriores, no se requiere un proceso prolongado de desenredo de la representación y la exploración avanza relativamente rápido a los sentimientos de desesperanza. Cuando Joan toca sus sentimientos de desesperación, inicialmente se retracta de los mismos. Sin embargo, en respuesta a las pruebas del terapeuta, comienza a contactar su miedo al abandono y esto facilita su capacidad para acceder a los sentimientos subyacentes de vulnerabilidad y de necesidad de protección.

6

Terapia Relacional Breve

Durante los últimos 15 años hemos estado desarrollando un enfoque de tratamiento de tiempo limitado basado en los principios descritos en este manual y coherente con muchas de las características básicas de la tradición relacional. Denominamos a nuestro modelo Terapia Relacional Breve (TRB) y sus características fundamentales son las siguientes:

1. Contempla una psicología bipersonal y una epistemología constructivista (o para ser más precisos, lo que Hoffman, 1998, denominaba como perspectiva “dialéctica constructivista”).
2. Conlleva la atención intensiva al aquí y ahora de la relación terapéutica.
3. Incluye una exploración colaboradora continua de las contribuciones del paciente y del terapeuta a la interacción.
4. Subraya la exploración profunda de los matices de la experiencia del paciente en el contexto del despliegue de las interacciones terapéuticas y es prudente en la interpretación de las transferencias que especulan sobre los patrones relacionales generalizados.
5. Hace un uso intensivo de la metacomunicación terapéutica y de la revelación de la contratransferencia.

6. Subraya la subjetividad de las percepciones del terapeuta.
7. Asume que el sentido relacional de las intervenciones es crítico (véanse Aron, 1996; Mitchell, 1988).

Nuestro ímpetu primario para el desarrollo de la TRB ha sido el interés por consolidar, afinar y probar empíricamente los principios relevantes para la resolución de las rupturas en la alianza terapéutica y las representaciones potencialmente perniciosas de transferencia-contratransferencia (p.ej., Safran & Muran, 1994, 1996; véase Capítulo 5). Primero en el Instituto Clarke de Psiquiatría en Toronto y, posteriormente, en el Centro Médico Beth Israel de Nueva York, hemos dirigido investigaciones para evaluar la efectividad del tratamiento y para analizar el proceso a través del cual se produce el cambio. Esta investigación de los mecanismos de cambio, a su vez, nos ha permitido afinar el modelo de tratamiento. En este punto, disponemos de pruebas de que la TRB constituye un formato efectivo de psicoterapia para pacientes que presentan múltiples diagnósticos psiquiátricos, fundamentalmente en las áreas de depresión y ansiedad, con trastornos concomitantes de personalidad. También disponemos de pruebas preliminares de que la TRB es más efectiva que otros dos enfoques tradicionales (un modelo cognitivo-conductual y uno ego-psicológico) para pacientes con quienes el establecimiento de la alianza terapéutica ha sido demostradamente difícil. Estos hallazgos aportan un apoyo empírico preliminar relativo a que los principios presentados en este libro, e implementados en forma de TRB, son particularmente útiles para negociar problemas en la alianza terapéutica y superar los impases del tratamiento.

Los orígenes de la psicoterapia breve se remontan a los esfuerzos pioneros de Sandor Ferenczi y Otto Rank (1925) por contrarrestar la tendencia propia de la época de análisis más prolongados. También reflejaba su interés por subrayar los aspectos experienciales y relacionales del tratamiento. Con el paso de los años, se han desarrollado diferentes modelos de terapia psicodinámica breve (p.ej., Balint, Orstein & Balint, 1972; Malan, 1963; Mann, 1973; Sifneos, 1972). Sin embargo, estos avances han sido considerados como tangenciales a la principal corriente del psicoanálisis; evidentemente, en algunos aspectos fueron devaluados del mismo modo que los aspectos favorables al tratamiento fue-

ron considerados como inferiores al "oro puro" del psicoanálisis durante la época de esplendor de la teoría clásica. En la actualidad, con todo, el escenario psicoanalítico está sometido a un cambio profundo y se están cuestionando los presupuestos teóricos y técnicos previos (véase Aron, 1996; Hoffman, 19998; Mitchell, 1997). Al mismo tiempo existen en juego poderosas presiones económicas y sociales que hacen recomendable formular cuestiones importantes sobre las alternativas que ofrecen los enfoques de tiempo limitado así como sobre su influencia dentro del pensamiento relacional contemporáneo.

En su conocida obra sobre terapia psicodinámica breve, Stanley Mecer y Seth Warren (1995) categorizan los enfoques existentes sobre la base de la distinción de Greenberg y Mitchell (1983) entre enfoques de impulso/estructurales y relacionales. Según ellos, los enfoques de impulso/estructurales incluyen los de Aviv Davanloo (1980), David Malan (1963) y Peter Sifneos (1972). Todos estos enfoques constituyen variantes de la perspectiva de la psicología del ego y subrayan la interpretación de los conflictos deseo/defensa como ingrediente central del cambio. Tienden a ser de naturaleza bastante confrontativa y, en general, adoptan una perspectiva de la psicología unipersonal, prestando escasa atención a la contribución del terapeuta en las escenificaciones que se producen. Mecer y Warren (1995) categorizan los enfoques de Lester Luborsky (1984), Mardi Horowitz (1991), Joseph Weiss et al. (1986) y Hans Strupp y Jeffrey Binder (1984) como enfoques relacionales. A su parecer estos cuatro enfoques pueden categorizarse como relacionales porque todos ellos conceptúan la psicopatología en términos de patrones maladaptativos recurrentes en la conducta interpersonal. En estos modelos, los problemas se conceptúan como derivados de los trastornos en las relaciones con los cuidadores iniciales que generan relaciones objetales internas, y que sirven de patrón de las siguientes relaciones interpersonales.

Aunque no existen dudas de que estos cuatro enfoques son más coherentes con la perspectiva relacional que los designados por Messer y Warren (1995) como de impulso/estructurales, en algunos aspectos todos ellos quedan cortos en lo que respecta al modelo relacional de conciencia plena. Supera al alcance de este capítulo ofrecer una crítica completa de estos enfoques desde una perspectiva relacional. Sin embargo,

de forma sintética podemos señalar que ninguno de ellos sigue de manera fehaciente las implicaciones de una perspectiva psicológica bipersonal o una epistemología constructivista y que ninguno de ellos hace un empleo extensivo de la contratransferencia del terapeuta como fuente de información (y un foco potencial de auto-revelación) que es característica de los enfoques relacionales. Strupp y Binder (1984), en mayor medida que los otros, subrayan la idea de que el terapeuta es un observador participante y que sus sentimientos constituyen una importante fuente de información. En cualquier caso, incluso en su enfoque existe la tendencia a considerar al terapeuta como alguien que puede trascender al campo interpersonal a fin de generar una formulación más o menos precisa de los temas nucleares del paciente. Este tipo de postura está en directo contraste con una perspectiva más radical de los teóricos interpersonales y relacionales contemporáneos quienes defienden que el terapeuta participa continua e inconsciente en una puesta en escena que, como mucho, sólo puede entender parcialmente (Aron, 1996; Levenson, 1983; Mitchell, 1988; Renik, 1996; Stern, 1997).

El foco dinámico

Todos los enfoques previamente mencionados recurren a la formulación de un foco dinámico al comienzo del tratamiento (normalmente durante las tres primeras sesiones). Este énfasis en el desarrollo de una formulación temprana del caso se considera crítica dada la brevedad del tratamiento. Se entiende que un centro de atención de este tipo posibilita la reducción de la duración del tratamiento aportando al terapeuta una teoría heurística que oriente su intervención de un modo sistemático. Por tanto, el foco de atención se convierte así en la guía que vincula experiencias aparentemente desvinculadas tanto para el terapeuta como para el paciente y permite al paciente adquirir insight y dominio de un tema central subyacente en un período breve de tiempo. El establecimiento de un foco dinámico y la interpretación sistemática de tal foco a lo largo del tiempo, a medida que aflora en diferentes contextos, es lo que facilita la elaboración del proceso y permite al paciente integrar los cambios del tratamiento en su vida cotidiana.

Aunque los terapeutas que practican terapia de tiempo limitado reconocen que cualquier foco dinámico es provisional y que está sujeto a la revisión, existe una tensión inherente entre la práctica de uso de un foco que guíe las propias intervenciones y ciertos dogmas de una perspectiva más constructivista/relacional. La formulación de un foco dinámico en las primeras sesiones del tratamiento se basa en la presunción de la capacidad del terapeuta para mantenerse suficientemente fuera de la interacción como para llegar a una evaluación del tema característico del paciente que no esté modelado por la participación inconsciente del terapeuta en la interacción. Esto es imposible desde la perspectiva de la psicología de dos personas.

Para ser plenamente consciente de las implicaciones de una perspectiva psicológica bipersonal, es importante para la formulación de cualquier caso que se desarrolle gradualmente a medida que aflora a través del proceso de desenredo de cualquier matriz que se presente entre el terapeuta y el paciente. En este proceso, la comprensión que logra el terapeuta sobre el paciente se deriva sólo a partir de su conciencia sobre la naturaleza de su propia participación en la escenificación, y la actuación precede siempre a esta conciencia (Aron, 1996; Levenson, 1983; Mitchell, 1997; Renik, 1996). En consecuencia, la terapia consiste en un ciclo continuo de actuación, desenredo y comprensión —y esta comprensión es siempre parcial, en el mejor de los casos.

Conciencia y atención en el momento presente

La comprensión del proceso terapéutico es un apartado importante de la filosofía sobre la que se asienta la TRB. Hemos reflexionado sobre el problema relativo al modo de reconciliar este principio con las limitaciones de tiempo de un tratamiento breve. Esta cuestión cuenta con dos dimensiones. La primera se refiere al modo de maximizar la probabilidad de que los pacientes puedan llevarse algo a casa, dado que no existe un foco de atención tangible y claro que puedan usar para organizar su experiencia y para ayudarlos a adquirir la sensación de dominio sobre sus dilemas. La segunda se refiere a las ansiedades del terapeuta sobre la necesidad de ofrecer algo sustancial a los pacientes dentro de una cantidad limitada de tiempo.

En términos de la primera dimensión, sustituimos el foco de atención del *contenido* de una formulación dinámica por el foco de conciencia continua y plena en el *proceso*. Evidentemente, repetidas veces surgen variantes de temas característicos para los pacientes y el proceso de mutuo reconocimiento de su importancia ayuda a construir la alianza. Sin embargo, lo que tratamos de subrayar es el proceso mismo de descubrimiento en lugar de aportar a los pacientes un tipo de formulación explícita al comienzo del tratamiento. Además, concedemos menos énfasis que muchos defensores de los enfoques de terapia breve a interpretar repetidas veces el mismo tema a lo largo del curso del tratamiento.

Como esta ambigüedad puede provocar ansiedad a algunos pacientes, tratamos de fomentar la creación de una alianza terapéutica sólida desde el comienzo aportando a los pacientes una justificación racional clara que subraye cuán importante es la capacidad de observar sus procesos internos y sus acciones en relación con otras personas en el momento en el que se producen. Esta capacidad puede considerarse como un tipo de conciencia plena que es similar en muchos elementos a lo que Peter Fonagy y Mary Target (1998) denominan la capacidad para mentalizar. Nuestro énfasis en lograr la colaboración de los pacientes en la tarea de la auto-observación recuerda también al enfoque del proceso de monitoreo próximo de Gray (1994), pero cuenta también con una diferencia importante. Aunque Gray hace hincapié fundamentalmente en la tarea de la auto-observación intrapsíquica, nosotros subrayamos la importancia de aprender a observar las propias acciones en interacción con los demás. Al comienzo del tratamiento explicamos a los pacientes que la relación terapéutica es un importante crisol para desarrollar estas capacidades. Además, explicamos a nuestros pacientes que la terapia conlleva un proceso en el que tanto los pacientes como los terapeutas colaboran para explorar lo que se está presentando inconscientemente en la relación terapéutica y acoplar su ayuda al proceso de exploración colaboradora.

Nos gustaría resaltar que *el énfasis en la TRB reside en desarrollar una capacidad generalizable de conciencia plena en vez del logro de insight y del dominio de un tema nuclear particular*. Esto aporta a los pacientes la sensación de algo tangible que pueden extraer del tratamiento, incluso aunque sea más abstracto y nebuloso que una sensación de dominio sobre un tema

particular. Esto es crítico para los fines de facilitar el acuerdo relativo a las dimensiones de la tarea y del objetivo de la alianza terapéutica.

Nuestra insistencia en el desarrollo de la conciencia plena también nos ayuda a negociar una cuestión conceptual espinosa. Si uno contempla con seriedad las implicaciones de la psicología bipersonal, uno queda sin garantía de que la puesta en escena que se produce en la terapia sea paralela a otras relaciones de la vida del paciente. Además, en la medida en que exista un paralelismo será sólo parcial, en el mejor de los casos. Así, en lugar de incidir en los vínculos extratransferenciales, animamos a nuestros pacientes a monitorear el grado en que los patrones relacionales (intrapésíquicos e interpersonales) que descubren mediante la exploración de las escenificaciones terapéuticas se producen en otras relaciones, y a afinar su comprensión de los matices de sus propios patrones relacionales y procesos internos asociados mediante este tipo de conciencia continua. Esto constituye una forma importante de trabajo.

Además, a menudo los pacientes establecen vínculos espontáneamente con otras relaciones cuando, en el contexto de la relación con el terapeuta, se produce un hallazgo emocionalmente inmediato. Esto no implica que nunca establezcamos vínculos con la vida real del paciente o con interpretaciones genéticas. Sin embargo, lo hacemos con suma cautela y tratamos de anticipar el sentido relacional del acto para el paciente. También conviene explorar nuestras propias motivaciones (p.ej., ¿Es un modo de eliminar las ascuas de la relación terapéutica o de culpar sutilmente al paciente?).

Con respecto a la segunda dimensión (es decir las ansiedades del terapeuta sobre la falta de un foco de atención concreto), nos esforzamos por el ideal de Bion (1967) de contemplar cada sesión "sin memoria ni deseo". Esto conlleva un esfuerzo por ser consciente de las propias preconcepciones así como de los propios deseos por que las cosas sean de una determinada manera, y con ello la aceptación de las cosas tal cual son, el presente y la mutualidad. Por ello a los terapeutas que formamos les recomendamos que contemplen su trabajo con el tipo de *mente de principiante* previamente descrito. En la medida en que los terapeutas puedan experimentar este estado mental, aumentan su capacidad para relacionarse con los pacientes como sujetos y no como objetos (Buber, 1923).

Esta prescripción es, evidentemente, un ideal inalcanzable en cierta medida. Inevitablemente los terapeutas disponen de formulaciones implícitas que influyen sobre sus intervenciones. Así la tarea consiste en tratar de ser consciente de estas formulaciones, para usarlas en la medida en que sean útiles y prescindir de ellas en la medida en que no lo sean. El esfuerzo por contemplar las cosas con una *mente de principiante* constituye un correctivo útil para la percepción del esfuerzo voluntario que aflora naturalmente de los terapeutas y que tiende a intensificarse en la terapia breve. En la TRB la tarea del terapeuta no es permitir que se reduzca la gama de posibilidades sino tratar de aprovechar el potencial de cada momento de la interacción implicándose plenamente en él. El tiempo limitado no es algo que deba ser ignorado a fin de permitir este tipo de implicación en el momento; por el contrario, la conciencia continua del tiempo limitado puede servir para intensificar esta implicación.

También se incide en que los terapeutas ayuden a sus pacientes a generar un aumento de la conciencia en el momento presente. Del mismo modo que en la teoría clásica se entiende que los pacientes desarrollan un ego observador mediante su identificación con el ego observador del analista (Sterba, 1934), los pacientes de la TRB desarrollan un mayor nivel de conciencia sobre el momento presente mediante la identificación con la postura del terapeuta a este respecto. Esperamos que, como dice William Blake, el paciente sea más capaz de "ver el mundo en un grano de arena... la eternidad en una hora".

Terminación y desilusión óptima

La finalización de la terapia es una realidad siempre presente que colorea la experiencia de pacientes y de terapeutas tanto a niveles conscientes como inconscientes. Al igual que en otras formas de terapia breve, en la TRB el terapeuta y el paciente establecen un límite temporal al comienzo del tratamiento (p.ej., 30 sesiones) y que el límite temporal se convierte en una parte crítica del marco terapéutico. Todos los enfoques de terapia dinámica breve inciden en la importancia de ayudar a los pacientes a elaborar el significado de la terminación. Sin embargo, nuestro enfoque se asemeja al de Mann (1973) en el grado de énfasis que

coloca en la terminación como una de las cuestiones centrales del tratamiento. Coincidimos con Mann en que el proceso de manejo de la separación-individuación y la pérdida es una lucha central y continua en la vida y que las constricciones temporales de la terapia de tiempo limitado constituyen un alivio para esta lucha. Como se ha descrito previamente, nos parece útil extender esta conceptualización hasta pensar que la existencia humana conlleva una tensión dialéctica continua entre la necesidad de agencia y la necesidad de afiliación (Aron, 1996; Bakan, 1966; Blatt & Blass, 1992; Safran & Muran, 1996; Winnicott, 1965). Esta tensión se potencia cada vez que surgen los problemas en la relación terapéutica y se alivia de un modo particularmente acentuado en el contexto de la terminación. Puede pensarse en la terminación en términos de *la ruptura final de la alianza terapéutica*. Así el proceso de finalización constituye una valiosa oportunidad para que los pacientes aprendan a negociar las necesidades conflictivas de agencia y de afinidad de un modo constructivo sin ignorar ninguna de ambas necesidades.

Es básico en la TRB recordar la terminación a los pacientes periódicamente durante el tratamiento y explorar sus sentimientos sobre ella. La finalidad de esto no es presionarles para acelerar su cambio sino potenciar cuestiones que están ahí en forma latente y externalizar los conflictos y las dinámicas de transferencia-contratransferencia que en condiciones de tratamientos prolongados necesitarían considerablemente más tiempo para aflorar. Cuando se recuerda a los pacientes los límites temporales del tratamiento, en respuesta suelen ser más conscientes y comienzan a explorar cualquier frustración, decepción e ira que puedan tener por no lograr lo que esperaban de la terapia. La exploración de los sentimientos sobre la terminación puede dirigirse en varias direcciones. Cuando los pacientes comienzan el tratamiento desde una postura más agresiva o contradependiente, el trabajo del terapeuta conlleva sobrevivir a la agresión y fomentar la exploración de la dependencia y vulnerabilidad de la que se están defendiendo (Winnicott, 1965). Esto se asemeja a la resolución del proceso de las *rupturas por confrontación* que se ha descrito en el Capítulo 5. Cuando los pacientes comienzan el tratamiento desde una postura más dependiente y deferente, es más probable que la labor del terapeuta conlleve la ayuda a acceder a los sentimientos de ira contra los que se defiende el paciente, concediéndole así

la oportunidad de aprender que la relación terapéutica puede sobrevivir a su agresión (el proceso de resolución de las *rupturas por distanciamiento*). Esto, por supuesto, es una sobresimplificación, porque los pacientes, a menudo, presentan características de ambos estilos.

El segundo tema común conlleva la exploración de las dificultades que presenta el paciente para confiar y abrirse al terapeuta, dados los límites de tiempo. Por una parte, todas las relaciones son transitorias y nunca sabemos cuando desaparecerá una relación íntima de nuestras vidas por muerte, accidente o alguna otra circunstancia ajena a nuestro control. La exploración de los miedos al abandono de los pacientes en este contexto puede abrir la puerta de una comprensión experiencialmente real de actitudes duraderas (a menudo de naturaleza inconsciente) que les impide abrirse y hallar intimidad en las situaciones cotidianas. Este tipo de exploración puede ayudar a los pacientes a arriesgarse a investigar en la relación con el terapeuta a pesar de sus limitaciones (y a pesar del dolor de la pérdida que conllevará tal inversión).

Al mismo tiempo el terapeuta también debe reconocer la legitimidad de las preocupaciones de los pacientes sobre los límites temporales. Del mismo modo que la postura de abstinencia y neutralidad tendrá un impacto inevitable sobre la experiencia del paciente, un límite de tiempo predeterminado es más que un recordatorio simbólico de la naturaleza transitoria de todas las cosas. Inevitablemente es una forma de abandono. Como tal, es importante que los terapeutas acepten las reticencias de los pacientes a implicarse en la relación terapéutica a consecuencia de los límites de tiempo, así como que validen y empaticen con cualquier dolor y tristeza que aflore durante la exploración de los sentimientos relativos a la terminación. Por eso, también es fundamental que los terapeutas empaticen y validen los sentimientos de ira que surgen en el paciente por anticipación del abandono del terapeuta, así como los sentimientos de decepción y resentimiento que experimenta éste por no haber obtenido del tratamiento todo lo que esperaba.

El manejo de los sentimientos de los pacientes relativos a la terminación puede constituir un elemento clave del tratamiento. Como hemos comentado previamente, es habitual evolutivamente que las personas aprendan a disociar aspectos de sus necesidades básicas o la misma

experiencia orgánica a consecuencia de que los demás no se han adaptado óptimamente a sus necesidades (véanse Balint, 1968; Ferenczi, 1931; Winnicott, 1965). En consecuencia, aprenden a relacionarse con los otros a través de una organización falsa del self. Tal y como ha subrayado Winnicott (1965) en particular, es el fracaso del terapeuta el que permite la representación del tipo de experiencia traumática, producto colateral del fracaso inevitable de los cuidadores del paciente para responder óptimamente. Y esto, a su vez, permite volver a trabajar las relaciones del paciente con las necesidades de los demás y con las propias de un modo nuevo y constructivo. En la TRB, el recuerdo continuo de los límites temporales suele aumentar la conciencia del paciente sobre su decepción con el tratamiento y con el terapeuta. Incluso aunque los pacientes a un nivel consciente y racional, puedan limitar sus expectativas y esperanzas de lo que pueda lograrse en 30 sesiones de tratamiento, inconscientemente suelen acumular fantasías relativas a que el tratamiento cambiará sus vidas de un modo fundamental. Estas fantasías adoptarán diferentes formas en diferentes pacientes, pero en cierto nivel todas ellas reflejan un estado ideal de unidad y perfección que en realidad nunca puede obtenerse.

Si los terapeutas pueden responder a la decepción o resentimiento de sus pacientes como respuesta legítima a las limitaciones tanto del tratamiento como de sí mismos, pueden ayudarles a acceder a los deseos y necesidades disociadas. El proceso de empatización con estas necesidades, incluso aunque no puedan ser satisfechas, es fundamental porque ayuda a los pacientes a aceptarlas como válidas y legítimas. Al mismo tiempo, este proceso de reconocimiento de las limitaciones del tratamiento y de la propia capacidad para ser útil, en combinación con la empatización de la decepción de los pacientes, les ayuda a aceptar las limitaciones de los demás y a renunciar al logro de un objetivo inalcanzable e idealizado. Para que los terapeutas puedan tolerar las necesidades y decepciones de los pacientes en este contexto, deben manejar sus propias fantasías de omnipotencia y renunciar a algunos de sus esfuerzos narcisistas. Esto, por supuesto, es válido para cualquier tipo de tratamiento, pero los conflictos de este tipo se hacen más sobresalientes para los terapeutas de terapia breve del mismo modo que para los pacientes.

Caso ilustrativo

En este apartado presentamos un caso para ilustrar tanto la TRB como los principios básicos que hemos descrito en este libro.

La paciente, Ruth, aceptó recibir 30 sesiones de TRB. Era una mujer atractiva de 52 años de edad y con aspecto joven, que llevaba 16 años divorciada y tenía una hija de 22. Trabajaba como profesora en un instituto. Había dado por finalizado su matrimonio de 12 años a los 36 años de edad porque sentía que su marido era controlador, emocionalmente abusivo y, en general, incapaz o sin voluntad de responder a sus necesidades emocionales. Desde el momento de su divorcio había tenido diversas relaciones breves con hombres, relaciones que ella había roto por su insatisfacción hacia ellos. Tenía la tendencia a relacionarse con personas a quienes acostumbraba a mirar por encima del hombro y manifestaba que temía relacionarse con los hombres que le interesaban por miedo a ser rechazada. Afirmaba que en el pasado le había costado reconocer que realmente quería una relación íntima duradera y que había dependido del atractivo físico a fin de seducir a los hombres para mantener relaciones esporádicas con ellos, que solían ser sexualmente satisfactorias e inflaban su auto-estima. A medida que envejecía, sin embargo, comenzó a preocuparse cada vez más porque su aspecto físico se deterioraba, porque tendría dificultad para seguir atrayendo a los hombres y porque posiblemente pasaría sola el resto de su vida. Al comienzo del tratamiento, reconoció que desesperadamente quería estar en una "relación real", pero se sentía indefensa sobre esta posibilidad. Un segundo problema que presentaba se vinculaba con sus sentimientos de "carencia de poder" y de no ser tratada respetablemente por sus colegas de trabajo.

Aunque el terapeuta inicialmente sintió mucha simpatía hacia ella, con bastante rapidez se generó un patrón mediante el cual al terapeuta le costaba mantener una sensación de vínculo emocional con ella y se descubrió a sí mismo observando la hora para que acabaran las sesiones. Ruth acostumbraba a relatar historias con detalles casi obsesivos, de un modo monótono y sin emoción alguna, lo que hacía que el terapeuta se sintiera distante y desvinculado. Además, rara vez hacía pausas para agradecer cualquier input o feedback del terapeuta y esto daba

lugar a lo que parecía un monólogo interminable, en el que la presencia del terapeuta casi no se reconocía. Aunque éste normalmente iniciaba las sesiones con una intención renovada de interesarse por ella, sistemáticamente acababa aburrido y vagamente irritado.

En un esfuerzo por comprender lo que sucedía entre ellos, comenzó a metacomunicar sobre su desvinculación emocional a fin de clarificar los potenciales vínculos entre su experiencia, el estilo de presentación característico de la paciente y los procesos intrapsíquicos vinculados a ello. Ella parecía responder a su feedback, indicando que en varias ocasiones había recibido de las demás personas en su vida un tipo similar de feedback y que deseaba comprender el modo en que sus luchas internas y forma característica de manejarlas podría estar contribuyendo a esta dinámica. Con el paso del tiempo, se logró una comprensión mutua del ciclo que se reproducía entre ellos. Pudo articular un miedo subyacente al abandono que le conducía a defenderse de los sentimientos vulnerables, controlando su estilo de presentación. También fue capaz de articular una percepción semiconsiente de la desvinculación del terapeuta y una tendencia a intensificar su monólogo interminable como modo de manejar los sentimientos evocados por esta percepción.

Aunque por una parte el terapeuta, dada la apertura de la paciente, se sentía animado a explorar lo que sucedía entre ellos, por otra intuía que algo no encajaba muy bien —quizá un elemento de sumisión en la respuesta de la paciente y una vaga sensación en sí mismo de interpretar el rol sádico en una representación sadomasoquista. En puntos diferentes él compartía con ella la sensación de que ella parecía demasiado dispuesta a trabajar en cualquier cosa que el terapeuta le presentara. Por ejemplo, el terapeuta reveló: "Tengo una reacción compleja a su respuesta. Veamos si soy capaz de expresarla con palabras. Hago un comentario de este tipo y existe un modo en que usted lo acepta y trabaja muy duro para aprovecharlo y para observarse a sí misma. Por una parte, me agrada que usted lo halle útil... pero por otra, tengo una vaga sensación de incomodidad... como si usted accediera de forma demasiado inmediata... como si estuviera siendo demasiado coercitivo o autoritario". En un nivel el terapeuta sentía que ella aceptaba sus comentarios y trabajaba sobre ellos, en otro sentía como si esta respuesta tuviera un elemento de sumisión.

A pesar de lo anterior, a medida que progresaban las sesiones, el terapeuta sentía que se estaba generando un grado de confianza y que Ruth se estaba abriendo cada vez más. La sesión decimoquinta fue particularmente importante. Ruth llegó al despacho sintiéndose bloqueada y abatida y relleno la sesión con una letanía de sus problemas somáticos (molestias, dolores, etc.). Durante esta sesión, el terapeuta luchó contra su propia sensación de indefensión e impotencia ante la inercia de Ruth. Sin embargo, recordando sus propios sentimientos de indefensión ante varios problemas somáticos que él mismo había experimentado con los años, pudo identificarse con Ruth. Esto le ayudó a aceptar sus sentimientos de impotencia con respecto a la paciente y a escuchar sus quejas de un modo razonablemente aceptante y empático, sin ceder a la urgencia de resolver sus problemas o de presionarla para que los condujera a un lugar diferente del que se encontraba. Como veremos, posteriormente se descubrió que esto había sido muy importante para Ruth.

Ruth comenzó la siguiente sesión con una historia bastante compleja y difícil de seguir sobre un perro extraviado que optó por recoger en su casa. Como le había parecido que conllevaría demasiado trabajo cuidar del perro ella sola, pidió a algunos vecinos que la ayudaran cuidando del perro en sus casas en algunas situaciones. El arreglo había funcionado razonablemente bien durante un período de tiempo breve, pero ahora los vecinos decían que era emocionalmente doloroso para el perro andar de una casa a otra y deseaban la posesión exclusiva de éste.

Tras escuchar un monólogo extenso e ininterrumpido sobre el problema, el terapeuta finalmente la interrumpió y le metacomunicó:

TERAPEUTA (T): Me siento dispuesto a comenzar a hablar con usted sobre ello... pero me veo esperando a disponer de una alternativa para participar.

RUTH (R): Ah... bien...

T: También me encuentro cuestionando un poco el grado en que usted realmente desea o fomenta mi intervención.

R: Lo deseo realmente.

T: ¿De verdad?

R: Bueno... Lo deseo en la medida en que usted se sienta cómodo implicándose.

T: ¿Sí?

R: Quiero decir que... sospecho... que por eso existe la duda... Sospecho que por mi parte asumo... que usted no quiere implicarse... que me lo está devolviendo.

T: Parece como si usted fuera reacia a pedirme ayuda directamente, porque asume que yo no voy a responder.

R: Sí.

T: ¿Tiene idea de lo que podría considerar útil... o de lo que le gustaría obtener de mí?

R: Bueno... ¿Qué debería hacer? ¿Debería pelear por el perro o debería dejarlo marchar?

T: Antes de responder... me pregunto si podría decir algo sobre lo que siente por decir algo como esto.

R: Umm... (*voz inestable*) Creo que realmente es... me cuesta mucho decir... lo que quiero... y aún me cuesta más... y creo que me cuesta tanto porque... porque creo que no voy a lograrlo. Usted sabe que... y realmente acabo de darme cuenta de este tipo de ... sensación de decepción para lograr lo que yo quiero.

T: Ah-ha.

R: Por eso, creo que ése es, ya sabe, un tipo de defensa muy grande que tengo; como una forma de encubrir lo que quiero. Creo que algo que sucedió la pasada semana, mientras hablaba de estar deprimida y no sentirme bien... cuando usted parecía comprender y no minimizar mi angustia, ni física ni psicológicamente... y sé que tuvo un gran efecto sobre mí. Por eso supongo que siento mucha más confianza. De algún modo, es curioso porque es como si una causa dolorosa... ya... como si abriera esta puerta. ¿Sabe?

Como sugiere este fragmento la capacidad del terapeuta para ofrecer a Ruth una función de contención durante la sesión previa parece haberla ayudado a confiar más y haberle provocado el deseo de protección. Inicialmente, su miedo al abandono había dado origen a un señalador interpersonal característico para ella, es decir, un monólogo circunstancial. Sin embargo la metacomunicación del terapeuta sobre su impacto en él (es decir, su sentimiento de falta de certeza sobre si ella deseaba su participación) parece haber ayudado a Ruth a expresar más abiertamente el deseo de ayuda.

Tras una exploración más profunda de los sentimientos de Ruth sobre pedir y recibir ayuda, el terapeuta ofreció su opinión sobre el modo de manejar la situación relativa al perro. Ruth parecía valorar positivamente la voluntad del terapeuta por hacerlo. A pesar de la aparente importancia de estas dos últimas sesiones para Ruth, las siguientes dos sesiones parecieron carecer de contenido. Pero, en la decimonovena sesión se produjo otro cambio significativo. La paciente comenzó esta sesión relatando al terapeuta cómo había experimentado ella un comentario menor de éste al final de la sesión previa como particularmente validante. Durante la sesión previa, ella había estado hablando de una situación laboral en la que se había sentido castigada e infantilizada por el director y había sentido impotencia para cambiar la situación. Como estaban a punto de concluir la sesión, el terapeuta había señalado, "Parece que esto es algo importante sobre lo que hablar. Hay algunos elementos importantes aquí".

Cuando él le preguntó a Ruth qué es lo que le había resultado útil sobre este comentario, ella señaló que le había dado ánimos y le había aliviado que él no pensara que ella era insignificante o que era su responsabilidad arreglar una situación problemática de su trabajo. Al mismo tiempo, se preguntaba en voz alta sobre el hecho de su falta de confianza de que este pequeño comentario al final de una sesión fuera tan importante para ella. Cuando el terapeuta respondió que él se había estado preguntando lo mismo, ella lo vinculó espontáneamente con los momentos del pasado en los que él le había metacomunicado sus sentimientos de desvinculación con respecto a ella y ella había respondido tratando de trabajar sobre sus observaciones. En este punto, la paciente había comenzado a cambiar de tema. El terapeuta la animó a explorar lo que ocurría en su interior en el momento inmediatamente anterior al cambio. Ella respondió: "Lo que ha pasado por mi mente es 'Bien, eso seguramente es bueno porque soy una buena paciente' y después pensé en decir, 'Bueno, quiero ser una mala paciente. Como ahora que no quiero ser agradable'". Esto condujo a una historia sobre su amiga, quién había estado en terapia y, en una ocasión, en un arranque de ira, había arrojado los libros del terapeuta. Durante el resto de la sesión, paciente y terapeuta comenzaron a explorar el modo en que su tendencia a la sumisión era un esfuerzo por ser una "buena chica", un tema que se repetía en muchas situaciones.

Durante la siguiente sesión Ruth comenzó por primera vez a quejarse más directamente sobre lo que sentía que no obtenía del terapeuta en el tratamiento. Aunque al terapeuta ya le había parecido que la sesión previa podía equivaler a un juego preliminar con la posibilidad de reconocer su insatisfacción, durante esta sesión su frustración, ira y decepción eran más tangibles. La paciente comenzó la sesión señalando ser consciente de que ya había transcurrido más de la mitad del tratamiento y pidiendo que se realizara una evaluación de los progresos hasta ese momento y un plan para las restantes sesiones.

R: ¿Cuántas sesiones nos quedan aún?

T: Diez más, incluida la de hoy.

R: Bien... bien... entonces diez más. Señor mío...

T: ¿Qué significa "Señor mío"?

R: Bueno... ciertamente no siento que todo esté resuelto... ya sabe... (*tase*). Mm... ¿cómo podemos acelerarlo (*risa*)?

T: Suena como si se sintiera frustrada. ¿Podría decir algo más al respecto?

R: Bueno... sospecho que me gustaría pedirle una evaluación... o cómo deberíamos proceder.

T: No me gustaría parecerle evasivo... pero no estoy seguro de cómo responder a su petición en este momento. Quizá podamos volver a ella un poco más tarde y seré capaz de responderla de un modo que sea útil. Pero me pregunto cómo se siente en relación a lo que sucede entre nosotros en este momento.

R: Bueno... pues ... No me apetece culparle de nada. Creo que yo tengo facilidad para desviarme de los asuntos... y puede que necesite ayuda para restablecer el hilo conductor. Siento que necesito cierta dirección concreta... no sé... siento que necesito ayuda para volver al hilo. Y, como hemos comentado, cuando no sé qué está pensando la otra persona tiendo a seguir y a seguir tirando balones fuera en un esfuerzo por obtener una respuesta.

T: ¿Entonces, en parte me está pidiendo que le ayude a mantener el centro de interés... Y también está diciendo que se sentiría más cómoda si yo fuera más claro sobre lo que pienso?

R: Bueno, supongo que sí. Algunas veces siento como si hubiera una conexión real y otras me parece que estoy dando vueltas... y usted esperando a que vuelva o algo.

T: Parece como si fluctuara su sensación relativa a nuestra conexión,... mi implicación y al grado en qué estoy ahí para usted.

R: Ah-ha. Realmente quiero decir que... no creo que a usted no le guste, pero creo que éste ha sido un trabajo duro. Y también ha sido duro para usted. Y yo sé que trabajar con personas... nos gustan más cuando te hacen sentir bien sobre lo que estás haciendo. Y no sé si yo he sido una historia satisfactoria.

T: Ah-ha.

R: Ya sabe... cuando alguien... cuando me siento abrazada... ya sabe... totalmente aceptada... incondicionalmente... entonces me suelo sentir más relajada.

T: De acuerdo... y no siempre ha obtenido esa sensación de mí.

R: Así es. Sí.

T: Que en algún nivel fundamental... que estoy ahí para usted y que me siento bien con usted.

R: Eso es. Existe una reserva. Y creo que siempre trato de imaginar dónde está la otra persona... como si estuviera sintiendo su pulso de algún modo.

Esta sesión contiene muchas características del proceso de resolución para las rupturas por distanciamiento. Ruth comienza señalando su preocupación relativa a la falta de tiempo. Cuando el terapeuta intenta explorar sus sentimientos, ella responde con una serie de afirmaciones matizadas en las que simultáneamente expresa sus sentimientos negativos y demandas asociadas (p.ej., "Bueno... ciertamente no siento que todo esté resuelto... ya sabe... (tose) Mm... ¿cómo podemos acelerarlo (risas)?") y las matiza o trata de suavizar su impacto ("Bueno... pues... No me apetece culparle de nada"). En lugar de culpar directamente al terapeuta por la falta de progreso, la paciente tiene un estilo característico de culparse abiertamente, mientras que implícitamente culpa al terapeuta y le solicita más ayuda. Conceptúa el problema como derivado fundamentalmente de su falta de dirección, pero implícitamente culpa al terapeuta por no ayudarla a centrarse más. El terapeuta reconoce su petición relativa al foco de atención, pero la paciente subraya entonces sus preocupaciones sobre la opacidad del terapeuta. Mientras Ruth expresa sus preocupaciones de un modo difuso o auto-culpabilizador ("Algunas veces siento como si hubiera una conexión real y otras

me parece que estoy dando vueltas... y usted esperando a que vuelva o algo"), el terapeuta subraya su contribución ("Parece como si fluctuara su sensación relativa a nuestra conexión,... mi implicación y al grado en qué estoy ahí para usted"). Esto conduce a la aparición de preocupaciones más profundas en Ruth sobre el interés real del terapeuta hacia ella.

T: Entonces... ¿Lo estoy haciendo bien ahora?

R: Creo que es usted receptivo... pero también quisiera saber sobre mis percepciones. Me gustaría que me dijera si estoy en lo cierto o no. ¿Son mis percepciones correctas o distorsionadas?

T: Bueno... Creo que tiene razón cuando dice que mis sentimientos de implicación fluctúan... Hemos hablado antes de esto con más detalle. Pero también siento que durante las últimas sesiones vengo sintiéndome mucho más vinculado.

R: ¿Y su sentimiento de desvinculación se relaciona con mi pérdida del foco de atención?

T: No estoy completamente seguro... pero creo que sí...

R: Bueno, entonces el tiempo que nos queda me gustaría que me ayudara a mantenerme centrada. Y también me gustaría saber por qué me dejo llevar por la corriente. ¿De acuerdo? ¿Entonces, a qué nos lleva esto?

T: No estoy muy seguro... pero me pregunto si podría decirme algo sobre cómo se ha sentido con mi feedback... y también qué siente cuando dice "¿Entonces, a qué nos lleva esto?"

Quando el terapeuta responde de forma afirmativa a la pregunta directa de Ruth relativa a si sus sentimientos de vinculación fluctúan, ella responde una vez más sugiriendo que quiere ayuda para mantener el foco de atención. Después de esto sigue devolviendo el balón al campo contrario y preguntándole "¿Entonces, a qué nos lleva esto?". El terapeuta, percibiendo los sentimientos de ira que subyacen a sus palabras, trata de explorar su reacción al feedback.

R: Es como... como si no fuera a tomar toda la responsabilidad.

T: Entonces... ¿Es como si..., siente como si le estuviera culpando?

R: Sí... creo que sí. Es como si me hubiera esforzado sinceramente por lograr las cosas importantes... y como si... imagino que le estoy pidiendo ayuda.

- T: Bien... eso suena importante.
 R: Sí...
 T: Es como si estuviera diciendo "Realmente hago todo lo que puedo".
 R: Así es. No es que usted me tenga que sacar con sacacorchos cada uno de mis sentimientos. En cierto modo usted... pero creo que he sido bastante directa sobre mis sentimientos en el grado en que los conozco.
 T: De acuerdo. Y básicamente está diciendo "Necesito ayuda. Quiero que me ayude más".
 R: Sí señor.
 T: ¿Cómo se siente al decir "Quiero que me ayude más"?
 R: Bueno, inmediatamente me gustaría matizarlo. Quiero decir... Necesito más ayuda de usted porque nos quedan sólo 10 sesiones... por lo tanto tenemos que trabajar más rápido.

En este fragmento el terapeuta facilita la auto-afirmación empatizando con los sentimientos y deseos que están implícitos en las cosas que dice Ruth. Bajo la solicitud explícita de Ruth de más ayuda para mantener el foco de atención y sus esfuerzos por arrojar el balón al campo contrario se halla un deseo más profundo de que el terapeuta esté ahí para ella de una manera más fundamental. Ruth acepta la interpretación o articulación empática del terapeuta sobre su deseo subyacente. Cuando él explora los sentimientos asociados con el reconocimiento de este deseo, sin embargo, ella comienza a contactar con la evitación.

- T: Suena como si le resultara incómodo pedirme ayuda.
 R: Sí.
 T: ¿Podría añadir algo más sobre esa incomodidad?
 R: Bueno... Parece que soy poco razonable y que espero demasiado... pero aún... Tengo tendencia a culparme cuando las cosas no van bien en una relación. Y no quiero hacer eso aquí.
 T: Entiendo. No es justo que usted cargue con toda la culpa cuando las cosas no salen bien aquí...
 R: Si no es responsabilidad mía. Le estoy pidiendo que sea realmente honesto y me diga si comienzo a hablar y me voy más allá de los cerros de Úbeda. A propósito, mientras digo esto me siento más fuerte.

- T: Ah-ha... y la esencia de lo que está diciendo sobre sentirse más fuerte... es que quiere que yo adopte más responsabilidad por lo que sucede... y usted no quiere sentirse culpable por algo que no es error suyo...
 R: Sí... Y acabo de tener un pensamiento, "Quiero que esta vez sea por mí".
 T: Ah-ha.
 R: No quiero que esto sea un tipo de observación académica... y le estoy pidiendo que se implique en cualquier problema que yo pueda tener... por muy trivial que sea, por muy repetitivo que sea.
 T: Esto parece importante. ¿Cómo se siente al decirlo?
 R: Bueno... siento como si estuviera pisando fuerte. Ya sabe... como "¡Al demonio!" (Risas). Ya sabe... como "¡Démelo!".
 T: Entendido.
 R: Pero ya sabe... se siente bien al decirlo... y realmente no sé si lo pensé conscientemente...
 T: Ah-ha.
 R: Pero sospecho que se está produciendo un ímpetu y cada vez estoy más centrada en él, como si quisiera que éste fuera por mí y debería serlo.
 T: De acuerdo.
 R: Y entonces mi parte defensiva piensa, "Tiene que ser por mí... la persona que soy... no puedo tratar de ser una persona más interesante para que usted se interese más por mí".
 T: No veo por qué eso ha de ser defensivo. Básicamente está diciendo "Quiero ser aceptada en mis propios términos... por lo que soy".
 R: Sí... así es.
 T: Y eso es importante. Sabe,... creo que parte de lo que dice es que cuando yo le digo que mi atención vaga, usted siente, "¡Váyase al infierno! Quiero que me acepte por lo que soy".
 R: Exactamente, eso es.

La exploración de la evitación de Ruth le permite articular y reconocer la auto-crítica que bloquea la expresión directa de su deseo subyacente. Esto la ayuda a esquivar la auto-crítica y a avanzar una vez más hacia la expresión de sentimientos y deseos que han sido evitados. Al principio Ruth continúa enmarcando las cosas en

terminos de la ayuda del terapeuta para mantener su foco de atención. Quizá esta presentación puede entenderse como un compromiso continuado entre el deseo subyacente de ser ayudada y su forma auto-crítica de evitación. En otras palabras, el problema para ella sigue siendo su falta de foco de atención, pero quiere que el terapeuta la ayude con este problema. El terapeuta empatiza con el aspecto de su comunicación que subraya su deseo de que él adopte la responsabilidad de lo que sucede en su relación. Esto ayuda a Ruth a contactar y afirmar su deseo subyacente de que él se implique y la acepte por lo que es. Su afirmación, "No quiero que esto sea un tipo de observación académica... y estoy pidiendo que se implique en cualquier problema que yo pueda tener... por muy trivial que sea, por muy repetitivo que sea" sugiere que ha estado experimentando al terapeuta como distante y separado sin implicación personal. Dadas las dificultades que ha tenido el terapeuta para sentirse emocionalmente vinculado (aunque esto haya ido cambiando con el tiempo), no es de sorprender.

Por contraste con la sesión anterior, en ésta hubo instantes en los que el terapeuta se sintió fuertemente castigado, presionado y momentáneamente perdido sobre cómo debía responder ante la presión de la paciente. Al mismo tiempo, la capacidad de Ruth para expresar su necesidad de mayor implicación personal ayudó al terapeuta a empatizar más plenamente con la experiencia de no sentirse aceptada y validada por él. En ésta y en las sesiones que le siguieron, la paciente pudo contactar con sentimientos de tristeza y dolor relativos a que el terapeuta no la aceptaba y la premiaba del modo que ella desearía que lo hiciera. Esto condujo a un cambio sutil pero irrevocable en su percepción de ella. En los períodos en los que se reprodujo el estilo monótono de hablar de la paciente, el terapeuta se encontró más implicado de lo que había estado en el pasado. Era como si ahora fuera incapaz de experimentar este aspecto de ella sin verla simultáneamente como una persona en su conjunto con esperanzas, sueños y anhelos frustrados.

Como hemos comentado en el Capítulo 3 y 4, inevitablemente existirán niveles sutiles y no sutiles en los que nosotros, como terapeutas, no lograremos aceptar a nuestros pacientes. Sólo reconociendo y siendo plenamente conscientes de los modos en que no les aceptamos plenamente podemos llegar a hacerlo. Este proceso de mayor aceptación conlleva una implicación activa en el diálogo continuo con la paciente, en el que el terapeuta comparte aspectos de su experiencia subjetiva en un intento por facilitar la exploración de lo que se escenifica en la relación entre ambos. Así, con Ruth, el proceso de metacomunicar la dificultad del terapeuta para mantener su interés ayudó al terapeuta a explicitar lo que era una realidad implícita, su dificultad de estar pre-

sente e interesado por ella de forma sistemática. Reconociendo para sí mismo y para Ruth un aspecto de su experiencia que dificultaba su grado de aceptación, se inició un aspecto que le permitió estar más presente y emocionalmente disponible.

Sin embargo, al mismo tiempo, la metacomunicación del terapeuta sobre su dificultad para mantenerse implicado no constituía un desenmarñamiento completo del círculo vicioso que se estaba representando; de hecho fue un paso adicional en la danza que ya se estaba produciendo. Animando a Ruth para que le contara el impacto de su metacomunicación en ella y siendo receptivo al feedback, el terapeuta pudo apreciar de modo más empático el dilema de la paciente, en parte, como resultado del mayor reconocimiento de su propia participación en la relación. La experiencia de desafiar al terapeuta y de comprobar que su relación podía sobrevivir a este desafío permitió a Ruth plantear más plenamente sus sentimientos de desesperación, así como su vulnerabilidad y dependencia, en la relación.

Ruth comenzó la siguiente sesión diciendo que aunque había concluido la sesión anterior con mucha energía y dispuesta a hacer cambios en su vida, se hallaba de nuevo sumergiéndose en una inercia apática. Mientras mencionaba la experiencia de la inercia y de los sentimientos de desesperanza, su voz parecía quebrarse.

R: Lucho con la pregunta "¿Qué puedo hacer para mantenerme en el camino?"

T: También siento que, por lo menos implícitamente, me está pidiendo ayuda. ¿Está usted de acuerdo?

R: Sí...

T: Doy vueltas a su pregunta porque no quiero que se sienta abandonada aquí. Pero yo también me siento un poco bloqueado.

A pesar del progreso de Ruth en la sesión anterior para afirmar su deseo de que el terapeuta la acepte y esté ahí para ella, aquí retrocede a una sensación de desconexión interpersonal, de desesperanza y de sin sentido. El terapeuta metacomunica su intuición de que las quejas de Ruth y su descripción de su lucha son, al menos en parte, una solicitud implícita de ayuda. El terapeuta se encuentra así ante un dilema. Sabe cuán difícil es para Ruth pedir ayuda y le preocupa que si no hace un esfuerzo por responder a su petición ella se sentirá abandonada. Al mismo tiempo, no tiene certeza de cómo responder para que lo experimente como útil. Por ello metacomunica su dilema.

- R: Entonces... (*comienza a llorar y deja de hablar*).
- T: ¿Qué está pasando?
- R: Bueno, sospecho... supongo que vuelve a ser este tipo de... nuestra incapacidad para mantenernos vinculados de forma natural. De algún modo creo que es trabajo suyo impedir que me sienta peor tras 30 semanas o algo y... Sí, y creo que usted siente que ha fracasado...
- T: Hace un momento, había tristeza y lágrimas reales y me pregunto si tiene la impresión de lo que estaba sucediendo. (*Pausa*) Parecía tener que ver con lo que he dicho "No quiero que se sienta abandonada".
- R: Umm... (*pausa*). Supongo que si esa era la razón, entonces estoy abandonada de todos modos (*llora*).
- T: ¿Cómo así?
- R: (*Pausa*) Supongo que era, ya sabe, algún tipo de consuelo superficial... artificial... Acabo de tener la sensación de que era un tipo de "Ahora tenemos que trabajar sobre esta clausura" y ciertamente no estoy... quedan muchos cabos sueltos. (*Se esfuerza por controlar su llanto durante un período de unos 10 segundos.*)

La metacomunicación del terapeuta sobre su dilema produce una ruptura aún mayor de la alianza. La exploración adicional revela que Ruth experimenta su respuesta como una confirmación de que él no está interesado en ella de un modo personal y que su deseo de ayudarla está motivado por el sentido de la responsabilidad profesional.

- T: Es como si en este momento estuviera librando una batalla interna.
- R: (*Llorando de un modo controlado y mirando en dirección al suelo*). Sí, supongo. Ya sabe. Yo creo que... por alguna razón esta situación ha provocado tanto mi tristeza y pérdida como mi decepción, y en lugar de sentir que avanzo, siento que sigo desarrollando cosas de las que ni siquiera soy consciente. Quiero decir que ya sé que estoy aquí, pero... no sé.
- T: Acabo de pensar en un par de cosas, pero una es... ya sabe... Soy muy consciente de que en este momento usted está mirando hacia el suelo... alejando su mirada de mí. ¿Tiene conciencia de eso?
- R: Bueno, sí...
- T: ¿Sí?

- R: Quiero decir que lo hago... porque yo sólo... yo quiero avanzar y, me parece que ... quiero decir, siento que no logro nada. Parece que esta forma de auto-compasión...
- T: ¿Qué sucedería si no tratara de avanzar en su experiencia?
- R: No podría aguantarlo. Sólo (*breve pausa*) estaría borboteando y ni siquiera sería capaz de hablar. Ya sabe, es tan vergonzoso. No es..., ya sabe, ya sé que no estoy mirando y es como si quisiera alejarme de usted... como ser yo misma de algún modo.
- T: Bien, creo que parte de lo que está sucediendo es que usted, en su dolor y tristeza de este momento, está tratando de alejarse de mí... se está aislando de mí.
- R: Ah-ha.
- T: Eso me parece importante.
- R: ¿Parece eso, o es...?
- T: Sí, yo lo siento de ese modo.
- R: ¿De verdad?
- T: Sí. Usted está... a usted le cuesta... le cuesta, de algún modo, dejar que yo esté aquí para usted con su dolor del momento... y tengo la impresión de que no me deja participar. (*Larga pausa*).

De un modo muy simple el terapeuta metacomunica que ha observado a Ruth mirando al suelo mientras lloraba. Esto la ayuda a articular los procesos internos conducentes a la evitación de su tristeza. Ella se condena por sus lágrimas, considerándolas como una forma de auto-compasión. En términos del modelo de resolución de rupturas, esto sería considerado como la exploración de una forma de auto-crítica de la evitación. Evolutivamente, esta auto-crítica puede entenderse como la internalización de las actitudes negativas de los otros significativos. La exploración adicional ayuda a Ruth a articular el aspecto de su evitación que conlleva las expectativas de los otros. A la paciente le avergüenza llorar frente al terapeuta. En este punto, en lugar de seguir explorando el aspecto interno de su evitación, el terapeuta dirige su atención a la función interpersonal de lo que ella hace: está distanciando al terapeuta. En términos de la terapia relacional, esto puede entenderse como una respuesta del self, es decir, ella se aísla porque anticipa el abandono. Éste es un punto crítico del proceso. Ruth experimenta al terapeuta como dispuesto a abandonarla sin reconocer que es ella misma quien se aísla de él. La intervención del terapeuta, sin embargo, ha sido a nivel interpretativo, es decir, él se refiere a cómo entiende lo que ella hace y no a

cómo lo experimenta él. Quizá esto es particularmente crítico para ella por su sensación generalizada de que el terapeuta se vincula con ella de un modo exclusivamente profesional y distante y no como un ser humano que se preocupa de otro. Al comienzo, parece que al terapeuta le cuesta responder a un nivel personal ("Usted está... a usted le cuesta... le cuesta, de algún modo, dejar que yo esté aquí para usted con su dolor del momento..."). Después, sin embargo, hace una revelación más personal: "Tengo la impresión de que no se me deja participar".

R: No sé si sé cómo compartir eso o probablemente muchas otras cosas. No sé. Quiero decir que en la medida en que no quiero hacerlo todo mal, me da tanta vergüenza... ya sabe... sentir que deo que alguien se dé cuenta de que dependo tanto. Y, en parte, porque (breve pausa) eso en parte le obliga a estar ahí, ya sabe (breve pausa) y me hace sentir incómoda, supongo. Creo que... es como si alguien tiene que querer estar ahí, tiene que quererlo.

T: De acuerdo...

R: No porque... espere algo o sea dependiente de ellos.

T: Ya, y está diciendo que en parte es reacia a compartir su dolor conmigo porque no quiere que me sienta presionado de ningún modo.

R: Eso es, y teniendo que darme algo que no quiera, o que, usted sienta que debe hacerlo... ya sabe.

La revelación por parte del terapeuta del sentimiento de ser mantenido a distancia parece provocar un proceso exploratorio importante. De un modo experiencial, Ruth articula su incomodidad relativa a depender de los demás y su miedo a que los otros (en este caso el terapeuta) estén ahí por una sensación de presión u obligación más que por interés espontáneo.

T: Bien... ¿Tiene alguna sensación relativa a cómo respondo ante su dolor?

R: Bueno... Creo que usted trabaja más duro.

T: ¿Y qué le parece eso?

R: Ya... Bueno, supongo que me resulta un poco incómodo.

T: ¿Podría añadir algo más?

R: Bueno... quiero decir... me resulta tan poco familiar de alguna manera. Usted puede imaginar lo que quiere... ya sabe... pero después experimentarlo, incluso aunque sea lo que quiera, no siempre es fácil.

T: ¿Qué está experimentando usted?

R: Pues, supongo que es... (pausa con lágrimas) cuánto quiero realmente sentirme implicada o, ya sabe... próxima a alguien... y al mismo tiempo cuán doloroso me resulta. (Pausa)

T: ¿Podría añadir algo más sobre el dolor que siente? El dolor...

R: (Llorando) No sé muy bien por qué,... (pausa de 15 segundos). Creo que en parte... ya sabe, es como cuando está aguantando para que todo esté unido, es como... ¡Oh Dios!, cuál es la palabra, ya sabe... agarrándolo fuertemente y defendiéndolo y después, repentinamente cuando no lo hace... siente alivio en la mano. Pero después llega toda la otra parte de eso, ya sabe. Todo se deshace y cae en pedazos. Por eso creo, no sé lo que creo... Estoy... estoy perdida. (Pausa de unos 20 segundos). Aunque creo que me hace sentir... (sigue llorando levemente)... como la pérdida de lo que he estado añorando, o lo que añoro, una ausencia de eso, y ... y eso me hace sentir tristeza.

T: Si puede, mantenga eso que está sintiendo ahora. ¿Qué experimenta?

R: (Profundo suspiro) Bueno... (pausa de unos 15 segundos y vuelve a llorar)... es como si sintiera que he pasado mucho tiempo jugando a este juego que no tiene nada... es tan distante de este lugar. Que lo que tenga... como si, de algún modo, nunca me hubiera tocado. He pasado mucho tiempo actuando como que no me importaran las cosas y no me importaran las personas o no fuera serio y lo que obtenía entonces... ya sabe... no lo estaba obteniendo porque no era lo que realmente necesitaba. Nunca lo expresaba.

T: Muy bien.

R: ... y la pérdida de todo ese tiempo, me... me entristece.

T: Por lo tanto, al tocar parte de su tristeza en este momento... y percibiendo que yo estoy ahí, aunque sea en parte, con su tristeza... provoca aún mayor tristeza, una sensación de pérdida, una sensación de haber estado tanto tiempo sin eso.

R: Sí.

Como el terapeuta muestra un interés genuino hacia Ruth, existe el potencial de una experiencia relacional nueva. Dada la disponibilidad de Ruth a percibir que el otro la abandona o que responde sólo por presión, sin embargo parece importante explorar su experiencia relativa a la calidad de la responsabilidad del terapeuta. Su respuesta sugiere que ella experimenta al terapeuta (por lo menos en algún grado)

como genuinamente interesado en el momento. Esto evoca sus propios sentimientos de incomodidad con el grado de intimidad, y esto, a su vez evoca una serie de sentimientos y asociaciones complejas. Lo que sobresale como particularmente importante es que Ruth parece contar con una conciencia experiencialmente poderosa del modo en que su propia falta de aceptación del deseo de protección y cuidado le ha dificultado el establecimiento de relaciones íntimas y satisfactorias. Su tristeza y dolor final pueden entenderse de forma diferente. En un nivel, puede entenderse como una respuesta natural a la experiencia de pérdida asociada con el reconocimiento de que su matriz relacional contraproducente le ha impedido ser protegida y cuidada. En otro nivel, puede entenderse como la aparición de sentimientos dolorosos en respuesta a que el terapeuta ha superado la prueba de la transferencia (Weiss et al., 1986).

En las siguientes sesiones, Ruth examinó sus miedos y tristeza relativos al abandono inminente del terapeuta, así como también su ira. Comenzó la sesión vigésimo tercera refiriéndose, en general, a los miedos al abandono.

R: Tengo este miedo general a que me abandonen y me decepcionen.

Y por ello supongo que me cierro y alejo a las personas de mi vida.

T: En el fondo de mi cabeza, estoy pensando que sólo nos quedan seis o siete sesiones más, y por ello me pregunto si toda esta cuestión de abrirse a los demás y de ser abandonada se relaciona con este contexto.

R: Bueno, realmente me asusta cuando pienso en el final. Y supongo que es verdad. Imagino que soy reacia a implicarme profundamente en las relaciones, pero el deseo sigue estando ahí.

T: Ah-ha... Tengo la impresión de un anhelo real en su interior.

R: (Comienza a llorar y después se detiene).

T: ¿Qué le está pasando?

R: Bueno, duele, y entonces pienso, intelectualmente es inapropiado que me entristezca porque concluye la terapia.

T: A mí no me parece inapropiado. Hemos trabajado juntos durante un período importante y realmente hemos iniciado una relación, y tengo la sensación de que usted ha comenzado a abrirse y a confiar en mí. Y vamos a acabar pronto, y eso tiene que ser doloroso.

R: Ya, supongo que en parte es su naturaleza finita. Yo me voy con los sentimientos que tenga, y para usted, es como "Dios mío. Ésa ha sido difícil. Ya ha acabado". Y después sigue con algún otro.

Este último comentario condujo a hablar sobre la inequidad de la situación y su ira hacia el terapeuta. La paciente espontáneamente estableció un paralelismo entre su experiencia de la falta de inversión similar del terapeuta en su relación y una tendencia general que había observado en los hombres de no reciprocidad con sus sentimientos profundos.

En la siguiente sesión, el tema de la inequidad volvió a surgir. Ruth retrocedió a su preocupación relativa a que el terapeuta se alegraría cuando las cosas acabaran, porque para él el trabajo con ella era frustrante y difícil. Aunque era verdad que el terapeuta se había sentido frustrado, aburrido y desvinculado de Ruth, especialmente en la parte inicial del tratamiento, ahora experimentaba las sesiones con interés e implicación vivas. El terapeuta empatizaba con el dilema de la paciente, se sentía conmovido por su dolor y entendía mucho mejor sus sentimientos de ira hacia él. En su fuero interno se preguntaba si debería decirle algo sobre el cambio de sus sentimientos hacia ella. Optó por no decir nada, confiando en que ella sería capaz de experimentar afectivamente el cambio a través de sus sentimientos y temiendo que ella creyera que las palabras de aliento fueran falsas. Entonces, la paciente espontáneamente le dijo que no quería que le dijera si tenía razón o no sobre sus sentimientos, porque si los negaba, podría no creerle y que si no lo hacía, se sentiría triste.

La exploración adicional le ayudó a concretar sus preocupaciones sobre los sentimientos del terapeuta hacia ella y a articular su deseo de que él se preocupara genuinamente por ella. El proceso de verbalizar esto condujo a más tristeza, pero también a un sentimiento de satisfacción por su capacidad para arriesgarse a decirlo. La sesión concluyó volviendo a sus sentimientos de dolor e ira porque el terapeuta no había accedido a encontrarse con ella después de la última sesión predeterminada. Él empatizó con los sentimientos de la paciente y le contestó que creía que era legítimo que se sintiera herida y furiosa con él.

Ruth comenzó la vigésimo octava sesión refiriéndose a su habitual dificultad para confiar en que los hombres se interesaban por ella o se preocupaban de ella, salvo que quisieran cortejarla. Cuando lo hacían, sin embargo, ella manifestaba que se perdía en el proceso. Mantenía que, dado esto, se sentía bien por el hecho de estar sintiéndose satisfecha con

respecto a su relación con el terapeuta, a pesar de que él no la hubiera alentado activamente. Relató una historia relativa a un encuentro reciente con un amigo, encuentro en el que le costó confiar en que él estuviera ahí por ella, a pesar de las pruebas contrarias.

T: Parece como si habitualmente hubiera una falta de fe en que funcionen las relaciones.

R: Sí (*parece influida por esto*). Eso sintetiza algo importante. Normalmente, tiendo a devaluar las relaciones cuando no obtengo un aliento muy activo de las personas. Y sospecho que existe el riesgo de que lo haga incluso con nuestra relación, porque usted no propone que prolonguemos nuestros encuentros.

T: Lo que pienso es que usted necesita realmente a alguien que esté ahí para usted de forma continua, y me pregunto si aún puede hallar algún valor en nuestra relación a pesar del hecho de que yo no vaya a estar ahí en el futuro del modo que usted se lo merece.

R: (*Comenzando a llorar levemente*). Estoy pensando en ello y creo que está bien. No me siento abandonada por usted. Estoy triste, creo, porque soy tan consciente en este momento del modo en que mi falta de fe en las personas y mi miedo al abandono han funcionado como obstáculos impidiéndome establecer buenas relaciones. Y también pienso en mi hija... cómo su falta de fe en las relaciones se interpone en su camino. Ya sé que esto es una digresión, pero sospecho que me identifico con ella... Es importante venir aquí. Y yo creía que hoy no iba a llorar (*en tono ligeramente humoroso seguido de un período corto de silencio*). Me siento agradecida con usted y después diciéndole adiós (*con mucha rapidez y con tono de humor*).

T: ¿Le parece un momento extraño?

R: Sí. Me parece como si fuera difícil permanecer con el sentimiento de contacto hacia usted.

T: Parte de lo que sucede es que juntamente con el dolor usted siente cierto vínculo y cierta gratitud hacia mí. ¿Es eso lo incómodo?

R: Sí. Algún tipo de cercanía. Es como si tuviera que eliminar ese sentimiento. Creo que una vez comentamos que suelo sofocarme en las situaciones íntimas.

T: ¿Podría decir algo más sobre este sentimiento de sofoco?

R: Supongo que es algo relacionado con la afloración de todas estas emociones. Hay una parte de mí que siempre quiere eliminarla. No sé que pasaría si no lo hiciera. No sé si tiene que ver con que se exponga o con que se controle. No sé. Pero yo quiero contenerlo. Es mayor que nosotros dos (*riendo... pausa*). Realmente no sé qué es el amor. Creo que lo tuve con mi hija, pero incluso eso... no es directo. Es muy difícil la expresión directa de los sentimientos.

T: Ah-ha. Me preguntaba qué quería decir con "es mayor que nosotros dos". Ya sé que se estaba riendo, pero sonaba interesante.

R: Bueno, cuando me pregunta a qué tengo miedo... Temo que los sentimientos... absorban mucho... ¡Creo que he estado en un entorno en el que los sentimientos se medían tanto...! Me viene a la cabeza una imagen casi de familia... donde las cosas no se detienen, donde no se reprimen. Donde las personas son liberales. Creo que mi exuberancia natural infantil fue prohibida. Pero es que permitir que las cosas salgan de uno en desorden y de un modo no restrictivo y dejarse llevar no implica que vayan a salirte cosas horribles.

T: Pero suena como si el miedo residiera en que es muy absorbente y en que usted no sabe muy bien a dónde le va a llevar.

R: Eso es.

T: Y quizá a eso se refiere cuando dice que "es mayor que nosotros dos".

R: Sí.

T: Porque, de algún modo es como un territorio inexplorado.

R: Ya.

T: Para mí también. Percibo una sensación de vínculo con usted ahora mismo... una sensación de conexión e intimidad, y tengo la sensación de que los sentimientos no son algo que deba controlar.

R: Sí. Creo que eso es. Tiene que mantener las riendas. Pero la idea misma es una imagen tan fantástica para mí.

T: Bien, me han sorprendido sus palabras anteriores, "Una imagen familiar... liberal". Hay una sensación real de riqueza ahí.

R: Sí.

Las dos últimas sesiones fueron destinadas a la síntesis y a la consolidación. Ruth presentía que la semilla de una nueva forma de relación había comenzado a crecer en ella. Podía reconocer su tristeza por sepa-

rarse del terapeuta y su ansiedad por el futuro, y podía expresar también un optimismo creciente y la confianza en que las cosas podrían ser diferentes en su vida. Las cosas no habían cambiado radicalmente en el trabajo, ni había iniciado una nueva relación afectiva. Pero percibía una sutil sensación de disponer de más fuerza en general y más esperanza en la posibilidad de que las cosas fueran diferentes para ella en las relaciones íntimas. Algunos cabos que habían brotado durante el tratamiento nunca se ataron completamente y otros aspectos fueron mencionados pero no explorados en profundidad. Por ejemplo, Ruth y el terapeuta nunca obtuvieron una comprensión plena sobre el origen de sus sentimientos de sofoco en los momentos de intimidad, y algunos de sus sentimientos hacia el terapeuta (p.ej., sentimientos sexuales) fueron aludidos pero no explorados. Esta carencia de cierre es típica en la TRB; aprender a vivir con este tipo de ambigüedad es una de las lecciones más importantes tanto para los pacientes como para los terapeutas. Esto es así en cualquier terapia, pero al trabajar desde una perspectiva de tiempo limitado aumenta y fuerza a los terapeutas a luchar contra sus ambiciones grandiosas y a enfrentarse a su propia falta de comprensión y control.

En síntesis, parece que el primer estadio en el proceso de tratamiento conllevó la inmersión del terapeuta en una configuración relacional de Ruth en la que su modo particular de manejar los sentimientos vulnerables y de mantener una distancia segura en las relaciones contribuyó a los sentimientos de aburrimiento, desvinculación y frustración del terapeuta. Sus esfuerzos por desenredarse de esta configuración mediante la metacomunicación activaron un nuevo ciclo de interacción en el que se hizo más sobresaliente la tendencia a la sumisión de la paciente. Los intentos del terapeuta por metacomunicar esta sumisión generaron una mayor sumisión, aunque también pudo ayudarla a salir de tal postura en las siguientes sesiones. Aunque siguió existiendo la sumisión en cierto nivel, en otro se hacían progresos significativos porque Ruth comenzó a sentir más confianza en el terapeuta y sentía más voluntad y más capacidad para plantear en la relación sus necesidades y deseos.

Cuando finalmente comenzó a afirmarse en relación al terapeuta, la capacidad de éste para sobrevivir a la agresión de la paciente sin responder del mismo modo fue básica para ayudarla a articular más plenamente su resentimiento e insatisfacción en la relación. Fue en este momento cuando la conciencia de Ruth sobre los límites temporales de la terapia desempeñaron un rol clave para acelerar su capacidad para reco-

nocer y expresar sus sentimientos de insatisfacción con el tratamiento y su ira y dolor porque el terapeuta no se interesaba por ella tal y como a ella le hubiera gustado. Este fracaso del terapeuta se expresaba en sus sentimientos de irritación, frustración y aburrimiento hacia ella y en su falta de voluntad para prolongar el tratamiento.

¿Hubiera sido más terapéutico si el terapeuta hubiera contenido silenciosamente sus sentimientos negativos hacia la paciente en lugar de metacomunicarlos? Esta pregunta parece relevante dado que para la paciente la revelación de esta contratransferencia resultó bastante dolorosa. Por una parte, Ruth era particularmente sensible a las señales sutiles de rechazo y hubiera podido ser difícil que el terapeuta le aportara el tipo de interés auténtico que necesitaba sin reconocer antes lo que sin duda alguna, ella percibía implícitamente en su actitud (véase Bass, 1996). Al hacerlo, el terapeuta le dio la oportunidad de responder con sus sentimientos legítimos de ira y de dolor, y esto a su vez ayudó al terapeuta a apreciar más el dilema de la paciente y a progresar en sus propios sentimientos de contratransferencia y a salir de su postura egocéntrica.

Una segunda cuestión es la relativa a si hubiera sido mejor prolongar el tratamiento una vez que comenzó a comprender cuán importante y significativo era para ella como acto tangible de su interés genuino por ella. Parece razonable asumir que la prolongación del tratamiento hubiera podido ayudarla y que potencialmente hubiera podido aprender una lección que no pudo aprender desde la terapia breve: que es posible depender de otra persona durante un período de tiempo, persona que puede y quiere permanecer ahí para ella dentro de sus capacidades y en los buenos y en los malos momentos. En otras palabras, el tratamiento de larga duración hubiera podido producir el tipo de cambio en sus esquemas relacionales que sería imposible de lograr en la terapia breve. Por otra parte, la naturaleza de tiempo limitado del tratamiento ayudó a Ruth a experimentar la legitimidad de sus necesidades, ante un mundo imperfecto y en una relación con un terapeuta a quien ella experimentaba como "suficientemente bueno" a pesar de su falta de voluntad para permanecer ahí durante más tiempo.

Una duda adicional es si la falta de voluntad por parte del terapeuta para prolongar el tratamiento produjo una retraumatización en Ruth. ¿Es posible que el hecho de finalizar la terapia en el momento en que ella comenzaba a abrirse y a confiar fuera experimentado por la paciente como otro abandono de su vida? Aunque no pueda eliminarse esta posibilidad, Ruth sí manifestó haberse beneficiado del tratamiento, a pesar de la intensidad de las emociones conflictivas que experimentaba. Creemos que en el análisis final, un factor crítico que determina si la finalización en la terapia breve se experimenta como un catalizador del cambio o como un acontecimiento traumá-

tico es la capacidad del terapeuta para procesar una gama amplia de emociones (tanto las del paciente como las propias) de un modo no defensivo. El terapeuta debe ser capaz de atender y aceptar la ira, la decepción, el dolor y el resentimiento del paciente así como sus sentimientos positivos y de gratitud. Y el terapeuta debe permitirse experimentar sus sentimientos de tristeza, decepción, pérdida, remordimiento y culpa, como también sus sentimientos de proximidad, interés, gratificación y orgullo. En otras palabras, es crítico que los terapeutas no se oculten tras justificaciones teóricas, sino que se esfuercen por encontrarse con sus pacientes de un modo auténtico hasta el final. Esto implica esforzarse por comprender el sentido único que tiene para ellos la finalización con cada paciente, del mismo modo que ayudarán a sus pacientes a explorar el sentido de la finalización para éstos. De este modo, los límites temporales pueden convertirse en catalizadores y no barreras del encuentro auténtico.

7

Un enfoque relacional para el entrenamiento y la supervisión

La supervisión es básica para la formación de los psicoterapeutas. Tal y como señala Martin Rock (1997), "A pesar de su importancia, se ha destinado visiblemente poca atención a comentar la naturaleza del proceso y los factores que contribuyen a su efectividad o ineffectividad" (p. 3). Este abandono relativo al tema de la formación es habitual en la mayoría de los manuales de tratamiento (p.ej., Strupp & Binder, 1984; Luborsky, 1984; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Klerman, Weisman, Rounsaville & Chevron, 1984). Esta omisión puede no constituir un problema crítico cuando el foco de atención se dirige a la adquisición de destrezas técnicas concretas y definidas para el tratamiento de problemas circunscritos. Sin embargo, si algo nos ha enseñado la experiencia es cuán formidable es la tarea de formación de terapeutas para trabajar diestramente ante los impases terapéuticos.

Los hallazgos del estudio Vanderbilt II, previamente mencionado, dirigido por Hans Strupp y sus colaboradores (véase Strupp, 1993), subrayan la magnitud de este desafío. Uno de sus objetivos básicos era evaluar la efectividad de un programa de formación de terapeutas para trabajar con cuestiones difíciles y potencialmente perniciosas de transferencia-contratransferencia. Recordemos que en este estudio psicólogos y

psiquiatras experimentados trataron a una cohorte de pacientes y después completaron un programa de formación manualizado de un año de duración que hacía un énfasis particular en el manejo de los patrones interpersonales maladaptativos presentados en la relación terapéutica. Después de esto trataron a otra cohorte de pacientes. En contra de lo esperado, los terapeutas no mejoraron su capacidad para manejar los procesos negativos como resultado del programa de tratamiento; evidentemente en algunos aspectos incluso se produjo un deterioro. Tras la formación, existía una tendencia entre los terapeutas a intervenir de un modo forzado y mecánico y a actuar de un modo más hostil hacia sus pacientes (Henry, Strupp, et al., 1993).

¿Cómo procederemos entonces para formar a terapeutas en el manejo de procesos terapéuticos negativos y de impases terapéuticos? La respuesta reside en la naturaleza de las capacidades que tratamos de enseñar. En primer lugar, como se ha subrayado a lo largo de todo el libro, las destrezas relevantes no son destrezas técnicas específicamente definidas: son destrezas internas e interpersonales complejas y multifacéticas. A fin de desenredarse de las escenificaciones, los terapeutas requieren una capacidad básica de auto-aceptación (o por lo menos la capacidad para trabajar en esta dirección), así como la voluntad y el coraje para afrontar sus propios demonios y para implicarse en un proceso continuo de auto-exploración y crecimiento personal. Requieren también ciertas destrezas básicas, incluidas la sensibilidad interpersonal, la perceptividad y el tacto, así como la capacidad para la intersubjetividad (en el sentido de ser capaz de aprehender la perspectiva del paciente y de ser capaz de experimentar al paciente como sujeto y no como objeto). Con este aspecto se relaciona también la capacidad para participar en un diálogo genuino con el paciente, a través del cual los terapeutas muestran su voluntad para desafiar sus propias preconcepciones.

Un segundo aspecto básico de la destreza terapéutica es que, al igual que la maestría en cualquier campo, incluye una calidad intuitiva o tácita. Como muestra la investigación de Dreyfus y Dreyfus (1986) sobre la maestría en diversos campos, a diferencia de los principiantes los expertos no siguen reglas ni persiguen objetivos aislados y explícitos. En lugar de esto, acogen la situación de una forma rápida, holística y parcial-

mente automática. Los aspectos importantes de esta destreza son tácitos y personificados. De hecho, el seguimiento de reglas explícitas y aisladas o de objetivos específicos puede interferir con la ejecución diestra.

Las ciencias cognitivas distinguen entre el conocimiento declarativo y el procedimental que también puede ayudarnos a arrojar luz sobre este particular (véase Binder, 1999). El conocimiento declarativo es de naturaleza explícita y puede enseñarse de forma didáctica. Por contraste, el conocimiento procedimental es de naturaleza tácita y sólo puede adquirirse en un contexto práctico y reflexionar sobre las consecuencias. Esto les permite modificar su conocimiento declarativo en respuesta al feedback contextual y desarrollar modelos de trabajo implícitos y complejos que puedan dirigir sus acciones en situaciones ambiguas. Este tipo de experiencia de la vida real permite a los terapeutas hábiles desarrollar capacidades de reconocimiento de patrones complejos y de integración de información de múltiples fuentes (p.ej., teoría, reacciones afectivas personales, respuestas verbales y no verbales del paciente) de un modo inconsciente.

Además, los psicoterapeutas que disponen de estas capacidades, al igual que los expertos en diferentes dominios (p.ej., músicos, arquitectos, ingenieros, directores) desarrollan la capacidad para *reflexionar-en-acción* (Schon, 1983). Esta reflexión no necesariamente conlleva el procesamiento mental consciente. A menudo se experimenta a nivel de sentimiento o de intuición. Con todo, conlleva una conversación reflexiva con la situación relevante que les permite modificar su comprensión y sus acciones en respuesta al feedback continuo. Es este tipo de conocimiento procedimental, en combinación con la capacidad para reflexionar en acción, el que permite a los expertos improvisar de un modo responsivo a las particularidades del momento. Esto es igualmente válido para un caso que implique a un músico de jazz que necesita introducir unos acordes innovadores al interpretar junto con otros músicos, como para un terapeuta que responde de una manera única a la configuración relacional que aflora en el momento con el paciente (véase Binder, 1999; Safran & Segal, 1990).

¿De qué forma influyen estos factores en la formación de los terapeutas? Como concluyen Hans Strupp y Timothy Anderson (1997) en el Estudio Vanderbilt II, aunque los manuales puedan ser útiles en este

proceso, nunca pueden ser más que un “comienzo o referencia útil” (p. 80). Aprender a hacer terapia es similar a aprender cualquier destreza compleja (y similar al crecimiento personal en psicoterapia): es un proceso multidimensional complejo que incluye componentes como el seguimiento de un mentor, la internalización, la identificación, el modelado de roles, la guía y la socialización.

La formación necesita ir más allá de la presentación didáctica del conocimiento declarativo para que los terapeutas desarrollen la combinación de las destrezas de conocimiento procedimental, auto-conciencia y reflexión-en-acción necesarias para responder a los pacientes de un modo flexible y creativo. Es importante que la formación de terapeutas incluya un componente experiencial significativo y que subraye el proceso de crecimiento personal. Tal y como manifiesta Edgard Levenson (1998):

¿Cómo “calan” las instrucciones y las reglas? La captación, la “obtención” es un proceso extremadamente oscuro. Requiere convertir una serie formal de reglas en una captación experiencial. Todos nosotros hemos tenido esa experiencia, el fenómeno del “¡Ah-ha!”. “Así es como se siente” tiene una relación muy indirecta con “así es como debe hacerse”. Pero una vez que uno lo ha sentido, repentinamente las instrucciones parecen haber adquirido una nueva claridad... tengo la impresión distintiva de que lo que necesitan los aprendices no es un catecismo que enseñe la relación de los cánones de tratamiento tan apreciados por la institución, sino una vía para experimentar el proceso analítico no tan diferente del aprendizaje de cualquier otra destreza. Existe un denominador común del aprendizaje que es el prelenguaje, casi propioceptivo; quizá en vez de enseñar deberíamos establecer las precondiciones del aprendizaje. (pp. 247-248)

A continuación comentamos algunas formas para establecer estas precondiciones que consisten en (1) establecer explícitamente un foco de atención que privilegie lo experiencial y lo no conceptual, (2) emplear ejercicios estructurados de conciencia plena para ayudar a los terapeutas a desarrollar la capacidad para ser observadores de su propia experiencia, (3) subrayar la auto-exploración y el crecimiento personal en el proceso de formación, (4) explorar colaboradoramente la relación entre aprendiz y supervisor a fin de elaborar los impases del proceso de

aprendizaje, (5) utilizar grabaciones de audio y video del tratamiento, (6) recurrir a los rol plays para la adquisición de conciencia y (7) modelar las destrezas terapéuticas para los aprendices ofreciéndoles la oportunidad de observar al supervisor mientras éste hace terapia (p.ej., mediante grabaciones de sus sesiones con pacientes o en su proceso de ayuda a otros aprendices para explorar su propia experiencia en el grupo de formación).

Establecimiento explícito de un foco experiencial

Para muchos aprendices, el establecimiento de un foco experiencial conlleva un desaprendizaje parcial de las cosas que ya han aprendido sobre cómo hacer terapia. A menudo la formación de terapeutas subraya lo conceptual a expensas de lo experiencial. Los aprendices estudian los enfoques de diferentes teóricos de psicoterapia y aprenden a aplicar estas ideas a su experiencia clínica. Aprenden a desarrollar formulaciones de caso de diferentes perspectivas teóricas y a realizar interpretaciones que están guiadas por su comprensión teórica de lo que está sucediendo. Aunque este tipo de conocimiento es esencial, también puede servir a una función defensiva. Les puede ayudar a manejar la ansiedad que inevitablemente aflora como resultado de afrontar la ambigüedad inherente y el caos de la experiencia vivida y les conduce a formulaciones prematuras que clausuran la experiencia. También puede ayudarles a evitar el manejo de sentimientos dolorosos, amenazadores y conflictivos que inevitablemente surgen tanto de los pacientes como de los terapeutas. Por una parte, este conocimiento conceptual puede ser útil para manejar las propias ansiedades y para superar los impases terapéuticos. Por otra, puede impedir que los terapeutas perciban la experiencia inmediata del momento.

Es útil iniciar la supervisión justificando y subrayando el valor de la formación experiencial. Normalmente iniciamos la formación comentando los peligros de la cosificación y subrayando el valor de generar la mente del principiante. Animamos a nuestros aprendices a que traten de seguir las grabaciones de las sesiones terapéuticas de otros aprendices desde un nivel experiencial (y no exclusivamente conceptual) y a dar

feedback desde esa experiencia. Por ejemplo, en lugar de pedir a nuestros aprendices que especulen sobre la motivación del paciente, les animamos a referirse a cómo se sentirían ellos si fueran el terapeuta o el paciente, o a prestar atención a lo que sienten mientras ven la grabación o a comentar sobre lo observable (p.ej., "Pareces furioso ahí" o "Me parece que el paciente está triste").

Al comienzo este enfoque puede ser difícil para los principiantes. Frecuentemente responden a preguntas como "¿Qué estabas sintiendo?" con afirmaciones del tipo a "El paciente trataba de obtener una respuesta mía" o "El paciente trata de comunicarme sus sentimientos enajenados". Los miembros del grupo pueden sentirse tensos por focalizarse en el nivel experiencial y podrían quejarse de que el proceso es artificial y limitador. En respuesta, los supervisores pueden reconocer que, efectivamente, es artificial y que limita el foco de atención al nivel experiencial a expensas del nivel conceptual, pero esto es sólo un estadio hasta que a los miembros del grupo les resulte más natural centrarse en el nivel experiencial. Con el tiempo se genera una cultura grupal de naturaleza más experiencial. Después emerge un ir y venir más natural entre los niveles experiencial y conceptual. Sin embargo, al comienzo el foco disciplinado e intensivo en lo experiencial puede parecer constreñido del mismo modo que tratar de corregir un golpe de tenis que se ha practicado mucho puede experimentarse como poco natural o artificial.

Un ejercicio útil para ayudar a los aprendices a distinguir entre lo experiencial y lo conceptual (cogido de la terapia Gestalt) consiste en hacerles trabajar por parejas y donde cada uno de ellos, por turnos, hace saber al otro todo lo que le llega a la conciencia. El otro miembro de la pareja se encarga de clasificar cada una de las afirmaciones del primero como pertenecientes a la "zona interna", que incluye los sentimientos y las sensaciones físicas, a la "zona externa", que consiste en las percepciones inmediatas del mundo externo o a la "zona intermedia", que incluye pensamientos, inferencias, fantasías y similares. Por ejemplo, un aprendiz podría decir: "Ahora soy consciente de sentir ansiedad [interna]. Ahora soy consciente de la expresión de tu cara [externa]. Ahora soy consciente de que este ejercicio no sirve para nada [intermedia]". Aunque la distinción entre estos tres reinos no siempre es tan clara son útiles los procesos que permiten articular sistemáticamente la propia

experiencia en el aquí y ahora y diferenciar esos tres reinos les ayuda a prestar atención a su experiencia inmediata y a distinguir entre los niveles conceptual y experiencial.

Entrenamiento en la conciencia plena

También puede ser beneficioso destinar cierto tiempo a comentar el concepto de la plenitud consciente y el rol que desempeña en el proceso terapéutico. Al inicio, a los aprendices les cuesta diferenciar entre su experiencia y sus ideas sobre la experiencia. Por ello puede ser conveniente, en un primer momento recurrir al uso de ejercicios estructurados de conciencia plena para ayudarles a captar esta distinción y para generar la apertura de su experiencia. Tales ejercicios ayudan a los aprendices a afilar sus capacidades para convertirse en observadores participantes.

Un ejercicio sencillo, tomado de John Kabat-Zinn (1991) consiste en instruir a los aprendices a que coman la primera pasa de un modo normal y después que coman una segunda pasa lenta y deliberadamente mientras prestan atención a la experiencia completa: el sabor de la pasa, la sensación de la pasa sobre la lengua, etc. Esto les ayuda a percibir la diferencia entre enfocar una experiencia tal y como lo hacemos normalmente (es decir, sin conciencia plena) y a enfocarla de forma plenamente consciente.

Un segundo ejercicio consiste en instruir a los aprendices a que presten atención a sus cuerpos durante unos pocos momentos para llegar a ser conscientes de las sensaciones físicas que les afloran (p.ej., picores, tensión, inquietud, etc.) Durante este ejercicio, también se les puede instruir para que observen cuándo vaga su mente y se aleja de sus sensaciones físicas, en forma de pensamientos o fantasías, y después que redirijan suavemente la atención a sus cuerpos. La primera parte del ejercicio les ayuda a dirigir su atención y a investigar conscientemente un aspecto específico de su experiencia (es decir, las sensaciones físicas). La segunda parte les ayuda a aprender a advertir cuándo se dispersa su propia atención.

Un tercer ejercicio consiste en un entrenamiento más estándar. Se instruye a los aprendices para que presten atención a sus respiraciones

y a focalizarse en sus inhalaciones y exhalaciones. Cuando advierten que ya no prestan atención a sus respiraciones (como inevitablemente les sucederá), se les pide que lo reconozcan y después de esto redirijan suavemente su atención a la respiración. El hecho de advertir que uno ha dejado de focalizarse en su respiración sirve como clave para reconocer el actual foco de atención, haciendo así consciente lo que era parcial o totalmente inconsciente.

Por ejemplo, advierto que ya no presto atención a mi respiración y observo que he estado pensando en una cita que tengo dentro de un par de horas. Entonces redirijo mi atención a mi respiración. Un momento más tarde observo que mi atención se ha dispersado de nuevo y advierto que he estado absorto en el recuerdo de una discusión que he tenido esa mañana con mi esposa y que mi cuerpo se tensa por efecto de la ira. Redirijo suavemente mi atención a la respiración, donde se mantiene durante otro momento. Después observo que he vuelto a olvidar la respiración y me critico por dejarme distraer con tanta facilidad. Si la auto-crítica me absorbe de un modo no consciente puedo necesitar un poco de tiempo hasta llegar a ser plenamente consciente de lo que estoy haciendo conmigo mismo. Sin embargo, cuando observo directamente la auto-crítica, mi experiencia sobre ella comienza a cambiar; puede aligerar su intensidad o puedo estar esforzándome por eliminarla. Si éste fuera el caso, la lucha se convierte en el foco de la observación y de la investigación. Y, como siempre, volveré a dirigir mi atención a la respiración como punto de anclaje.

Se instruye a los aprendices a observar el contenido de su conciencia sin juzgarla y sin que sean atrapados ni se identifiquen con un contenido particular. Esto conlleva un esfuerzo consciente por "prescindir" de cualquier cosa que haya captado momentáneamente nuestra atención. Este prescindir no equivale a suprimir o ignorar sino que consiste en la disolución espontánea del foco de atención momentáneo como un producto colateral de la conciencia. Se les enseña que el objetivo no es eliminar los pensamientos o sentimientos sino llegar a ser plenamente conscientes de ellos tan pronto como afloran y de forma continua sin juzgarlos ni tratar de eliminarlos. Con el tiempo, este tipo de trabajo les ayuda a ser más conscientes de sus sentimientos, pensamientos y fantasías sutiles que afloran desde el límite de la conciencia al trabajar con sus

pacientes, lo que puede convertirse en una importante fuente de información para ellos sobre lo que ocurre en la relación. Uno de los productos colaterales más valiosos de este tipo de trabajo es el desarrollo gradual de una postura más tolerante y aceptante hacia la gama completa de experiencias internas.

Auto-exploración

En algunas ocasiones las sugerencias específicas sobre el modo de conceputar un caso o de intervenir pueden ser útiles para los aprendices. De todos modos, en nuestro enfoque tratamos de subrayar cuán importante es que los aprendices de terapeuta hallen sus propias soluciones únicas a los problemas. La interacción terapéutica particular que constituye el foco de la supervisión es única para una díada terapeuta-paciente particular. Cada terapeuta tendrá, en consecuencia, sentimientos únicos en respuesta a un paciente particular, y la solución particular que formule para su dilema terapéutico debe surgir en el contexto de sus reacciones únicas. Un terapeuta puede responder ante una paciente particular con un deseo de protección y otro puede responder ante el mismo paciente con resentimiento. El terapeuta que siente resentimiento tendrá que hallar un modo de elaborar estos sentimientos inevitablemente, como también tendrá que hacerlo el terapeuta que sienta deseos de proteger al paciente. Al fin ambos terapeutas tendrán que aprovechar cualquier sentimiento para usarlo como parte del proceso terapéutico.

Por lo tanto, una parte importante del entrenamiento se destina a ayudar a los terapeutas a desarrollar algunos medios para dialogar con sus pacientes sobre lo que está sucediendo en el momento de un modo que es único para dicho momento y para esa experiencia. Las sugerencias que ofrecen los supervisores o los compañeros del grupo sobre qué decir pueden parecer idóneos en el contexto de una grabación en video, pero pueden no ser las correctas en el contexto de la siguiente sesión. Es tarea del supervisor ayudar a los aprendices de terapeuta a desarrollar la capacidad para prestar atención a su propia experiencia del momento y para usarla como base de la intervención. La auto-exploración desempeña, consecuentemente, un papel central en la supervisión.

Siempre ha existido tensión entre el énfasis en los elementos didácticos del entrenamiento, por una parte, y los aspectos de auto-exploración y crecimiento personal, por otro. Rock (1997) se refiere a esto como al "dilema de enseñar o tratar". Uno de los problemas que se derivan de subrayar los aspectos terapéuticos del entrenamiento es que coloca al supervisor en una relación dual con el aprendiz. Por una parte, el supervisor debe aportar las condiciones necesarias de seguridad para facilitar su auto-exploración. Por otra parte, se halla en una posición de autoridad y dispone de un rol evaluador. Con todo, dada la importancia que tiene la capacidad del terapeuta para trabajar a partir de su propia experiencia interna en el proceso terapéutico, es difícil discernir sobre el rol de la auto-exploración en la formación.

La naturaleza potencialmente amenazadora de la auto-exploración para los terapeutas y la complejidad de la relación dual entre los aprendices y los supervisores hace recomendable que se preste la atención conveniente al establecimiento de una *alianza supervisora* apropiada. El primer paso en este proceso consiste en comentar explícitamente el rol que desempeña la auto-exploración desde el comienzo del entrenamiento. Del mismo modo que el establecimiento de la alianza terapéutica implica tanto la negociación implícita como explícita de las tareas y objetivos del tratamiento, el desarrollo de una alianza supervisora conlleva la negociación de las tareas y objetivos relevantes. Es básico que el supervisor sea tan claro como pueda en sus justificaciones del foco experiencial de la supervisión y en el énfasis que concede al rol que desempeñará la auto-exploración.

Cuando formamos a terapeutas en un contexto grupal, normalmente comenzamos por mencionar la importancia de la auto-exploración en la supervisión y también señalamos que se prevé que algunos terapeutas se sientan menos cómodos que otros con este énfasis. También establecemos un período de prueba para que los terapeutas tengan la oportunidad de determinar si están o no cómodos con el enfoque de tratamiento. A aquellos que no se sienten cómodos tras el período de prueba, les animamos a que abandonen el entrenamiento. Al describir los detalles de este período de ensayo, subrayamos que no es inusual que los individuos descubran que incluso aunque en teoría estén de acuerdo con la importancia de la auto-exploración y el trabajo a nivel experien-

cial, hallen que la realidad de este modo de formación difiera de sus expectativas. Por eso es básico disponer de cierta experiencia en el proceso de entrenamiento antes de comprometerse al mismo.

Reconocemos también la naturaleza dual de la relación supervisora al comienzo y destinamos tiempo a explorar las preocupaciones de los aprendices relativas al modo en que esta relación dual puede dificultar la sensación de la seguridad necesaria para explorar sentimientos, vulnerabilidades y conflictos cuando surgen en el proceso de entrenamiento. Tratamos de establecer un acuerdo previo según el cual tanto el aprendiz como el supervisor comentará explícitamente cualquier preocupación que surja en relación a la naturaleza dual de su relación a medida que avanza el entrenamiento. Es básico que los supervisores comprendan y reconozcan la dimensión realista de tales preocupaciones y que respeten las necesidades de los aprendices de limitar las auto-revelaciones a un grado que les resulte cómodo en cualquier punto del tiempo.

Al comienzo, explicamos que la auto-exploración desempeña un rol central en el proceso de entrenamiento pero que también lo es que los terapeutas respeten sus propias necesidades de privacidad y sus propias evaluaciones fluctuantes de lo que parece seguro de explorar en frente de los supervisores y de los compañeros de formación. De este modo subrayamos que es conveniente que los aprendices monitoreen su propio grado de comodidad con la auto-exploración de una forma continuada y que se responsabilicen de detener el proceso exploratorio cuando sientan que el avance les produce incomodidad. Tratamos de transmitir a los terapeutas que en la supervisión, al igual que en terapia, generar confianza en el derecho propio a decir "No" y en la capacidad que tiene uno para establecer límites personales (individuándose así del otro) es una experiencia crucial de aprendizaje que supera con mucho a la importancia de explorar un tema específico en un momento determinado. También garantizamos que como supervisores trataremos de ser respetuosos con tales necesidades y no trataremos de presionarlos más allá del punto que para ellos sea el idóneo en un contexto determinado. A medida que avanza el entrenamiento, nos esforzamos por actuar de un modo que sea coherente con esta actitud de respeto y que sea responsiva al feedback de los aprendices. Con el tiempo, a medida que los terapeutas comienzan a sentir confianza en nosotros y sienten que somos respetuosos con sus nece-

sidades de privacidad y que también reconocen nuestra disposición, les cuesta menos arriesgarse y explorar áreas vulnerables. También les cuesta menos decir "No" y proteger sus necesidades de privacidad.

El contexto relacional de supervisión

En el entrenamiento, el contexto relacional es de crucial importancia: es imposible que el supervisor transmita al aprendiz información que tenga un sentido independiente del contexto relacional en el que sea transmitido. Una serie de estudios (Rock, 1997) han hallado que los buenos supervisores son experimentados por los aprendices como armónicos con sus necesidades emocionales y de aprendizaje. Invitan a sus aprendices a identificarse con ellos, a adoptarlos como mentores y, sin embargo al mismo tiempo les motivan a funcionar con autonomía. Cuando las cosas marchan bien, los supervisados experimentan la relación supervisora como recíproca, mutua y de confianza. Cuando no existe confianza en la relación supervisora, los aprendices tratan de encubrir sus dificultades y los aspectos contratransferenciales y a presentar una imagen competente ante los supervisores. La supervisión puede convertirse en un obrar por puro formulismo de modo que los aprendices luchen por manejar lo que experimentan como una agresión sobre su auto-estima y a parecer no defensivos en lugar de ser un auténtico aprendizaje.

Es importante que los supervisores reconozcan y apoyen las necesidades de los supervisados para mantener su auto-estima y para calibrar el grado en que éstos necesitan más apoyo que exploración, más información nueva o más confrontación en un momento determinado. También es importante que el supervisor adecue el feedback a las necesidades únicas de cada aprendiz. Dependiendo de en qué momento de su trayectoria evolutiva se halle un aprendiz particular puede necesitar una u otra lección. Por ejemplo, para un terapeuta que se sienta incómodo al utilizar la revelación de la contratransferencia, experimentar con ella puede serle útil, independientemente de la finura con que se haga. Para un terapeuta que sea excesivamente intrusivo, el proceso de relajación, escucha tranquila del paciente y monitoreo de sus propios procesos internos puede constituir una experiencia válida.

A menudo puede ser conveniente que los aprendices articulen las cuestiones o temas particulares en los que quieran ahondar. En cualquier sesión, existen infinidad de temas sobre los que pueden centrarse. Animar a los aprendices a que identifiquen un tema de supervisión facilita el desarrollo de la alianza supervisora aumentando la posibilidad de acuerdo relativo a los objetivos de la supervisión. Aunque el tema pueda variar en el curso de la sesión de supervisión, comenzar con el problema identificado por el aprendiz siempre proporciona un punto de referencia útil. Por ejemplo, una aprendiz que comience una sesión de supervisión diciendo que se siente indefensa al trabajar con su paciente puede necesitar más explorar, aceptar y comprender sus sentimientos de indefensión que sugerencias sobre una intervención particular. Igualmente, un aprendiz que busque en la supervisión la confirmación de estar haciendo un buen trabajo puede considerar inapropiadas las sugerencias relativas a intervenciones particulares.

Cuando a un terapeuta le preocupa una cuestión particular y el supervisor y los demás compañeros del grupo le aportan feedback irrelevante para esta cuestión, él puede experimentarlo como algo extraordinario o confuso y no como constructivo.

Es crítico que los supervisores monitoreen la calidad de la relación supervisora de un modo continuo que equivale al monitoreo de la calidad de la alianza terapéutica. Cuando la alianza es la adecuada, la relación supervisora pasa a ser el fondo y no necesita ser explícitamente contemplada. Sin embargo, cuando en la relación surgen tensiones la exploración de la relación supervisora debería asumir prioridad a todas las restantes formas de supervisión.

Uno de los marcos de trabajo más frecuentemente utilizados para pensar en la relación supervisora es el modelo de proceso paralelo, originalmente propuesto por Harold Searles (1955) y Ekstein y Wallerstein (1958). En este modelo, los conflictos y las defensas del paciente son representadas inconscientemente por el terapeuta en supervisión, convirtiéndolos así en disponibles para la exploración experiencial de un modo real. El valor de este marco reside en que sensibiliza a los supervisores y a los terapeutas sobre los paralelismos potenciales entre los escenarios que se representan tanto en las relaciones de supervisión como en la tera-

péutica, y ofrece un modo de aprovechar las dificultades que surgen en la relación supervisora para comprender la relación terapéutica.

La desventaja del marco del proceso paralelo es que puede funcionar a modo de cosificación que ofrece tanto al supervisor como al terapeuta la manera de distanciarse de la experiencia inmediata de las dificultades de su propia relación. Al conceptualizar un impás en la supervisión como la transformación de un impás en la relación terapéutica, se reduce la posibilidad de que tanto el terapeuta como el supervisor exploren sus propias contribuciones al impás. De este modo aumenta la posibilidad de que ambos no reconozcan la responsabilidad de sus contribuciones a la interacción. Como en supervisión normalmente es el supervisor quien identifica la presencia de procesos paralelos, el empleo de este marco puede ser particularmente arriesgado porque puede ofrecer a los supervisores una vía defensiva para alejarse de la ecuación relacional.

Por todas estas razones, nosotros sólo tendemos a aplicar algunas veces el marco de proceso paralelo para la supervisión. En su lugar preferimos explorar los impases supervisores en sus propios términos. Al igual que en la terapia, esto conlleva una exploración colaboradora de los dos contribuyentes en el impás. Algunas veces existen paralelismos entre los tiempos muertos que se producen en las relaciones supervisoras y en las relaciones terapéuticas, pero otras veces no existen tales paralelismos. Independientemente de si el proceso de resolución del impás supervisor arroja luz o no sobre el caso que se supervisa, el proceso mismo de elaboración del impás aporta al terapeuta un aprendizaje experiencial de gran valor sobre el modo de elaborar los impases relacionales.

Otro aspecto importante a considerar es que cuando surge una relación, bien sea supervisora o terapéutica, la dirección de la influencia puede ser tanto descendente como ascendente (véase Rock, 1997). En el marco convencional de proceso paralelo, se presupone que el terapeuta provoca una representación en la relación supervisora mediante la identificación con los conflictos del paciente; en otras palabras, se asume que la dirección de influencia es ascendente. Sin embargo, es igualmente frecuente que los impases en las relaciones supervisoras se conviertan en impases en la relación terapéutica. Un terapeuta que se sienta juzgado por su supervisor es más propenso a sentirse auto-crítico con

sus pacientes; como ha demostrado el Estudio Vanderbilt II (Henry et al., 1990), este tipo de auto-crítica produce una influencia bidireccional. Un terapeuta que se sienta bloqueado con un paciente puede llegar a ser particularmente auto-crítico y defensivo en la supervisión y esto puede provocar en el supervisor una respuesta acusadora o crítica inconsciente. Lo que, a su vez, influye en la relación terapéutica de un modo negativo, y que intensificará la auto-crítica y la actitud defensiva del terapeuta en la supervisión. Algunas de las sesiones de supervisión más significativas son aquellas en las que el supervisor logra ayudar a los terapeutas a aceptarse más en los momentos en los que se sienten particularmente bloqueados y auto-críticos.

Grabaciones en audio y vídeo

Cuando la supervisión se basa exclusivamente en las descripciones del caso que hace el terapeuta, pierde inevitablemente matices sutiles sobre lo que sucede en cada momento entre los pacientes y los terapeutas. Este problema puede reducirse en cierta medida si los terapeutas anotan los detalles del proceso, pero incluso las notas más detalladas son ineludiblemente construcciones y representaciones parciales basadas en una atención selectiva.

El empleo de grabaciones en audio y vídeo de las sesiones durante las supervisiones es un modo sencillo pero muy útil de ofrecer a los supervisores una perspectiva más completa del tratamiento que no esté filtrada por las reconstrucciones del terapeuta. A los terapeutas les ofrece también la oportunidad de distanciarse de la participación inmediata y ver sus propias sesiones como si fueran observadores terceros. Este mismo proceso puede ayudarles a desenredarse de cualquier representación en la que puedan estar participando.

Un recurso para el empleo de grabaciones de las sesiones terapéuticas en la supervisión consiste en detener la grabación en los momentos en los que el terapeuta parece estar participando inconscientemente en una representación y pedirle que reconstruya sus sentimientos de ese instante. Este recurso puede ayudarle a hacer conscientes sentimientos

que habían sido disociados en el momento. Por ejemplo, el supervisor puede captar irritación o frustración en la voz del terapeuta en el material grabado a pesar de que en la descripción general que éste hace de la sesión no se mencionen tales sentimientos negativos. El supervisor detiene la grabación en un punto en el que la irritación sea particularmente evidente y comenta al terapeuta, "¿Tienes alguna impresión de lo que estabas sintiendo en ese momento?"

Durante este tipo de exploración, suele ser particularmente importante que el supervisor adopte una postura empática y exploradora que facilite la articulación de la experiencia semi-incoada. En este orden, se debería animar a los terapeutas a ir más allá de las respuestas simples y monosilábicas y a explorar los límites sutiles de su experiencia. La tarea de los supervisores es ayudar a los aprendices a alcanzar esas experiencias no formuladas (Stern, 1997), conocimiento impensado (Bollas, 1987) o sensaciones percibidas (Gendlin, 1981). Por eso es crítico que los supervisores ofrezcan un contexto seguro o un tipo de espacio transicional que anime a los terapeutas a jugar con los límites sutiles de su experiencia.

Cuando la supervisión es grupal, se requiere una atmósfera de confianza que valore la auto-exploración. Los formatos de supervisión grupal y conferencias relativas a casos suelen ser susceptibles de generar esfuerzos competitivos para alcanzar las formulaciones más inteligentes de los casos. Si el objetivo es facilitar el tipo de exploración delicada necesaria para llegar hasta las experiencias sutiles y frecuentemente amenazadoras, es importante que los supervisores creen un contexto en los que el "no saber" se valore tanto como el saber. Una de las formas más válidas de lograrlo es mediante el modelado. Por ello conviene que los supervisores sean capaces de prescindir de sus propias necesidades de ser inteligentes y de disponer de todas las respuestas y, en lugar de esto, valoren el proceso de ayudar a sus aprendices a explorar sus propias experiencias y producir sus propias respuestas.

Un segundo modo para hacer uso del material grabado consiste en que los supervisores o los miembros del grupo aporten feedback al terapeuta relativo al impacto que ha producido el paciente en ellos. Esto puede ayudar al terapeuta a ser más consciente de los sentimientos disociados que se presentan en la relación con el paciente. Por ejemplo, los

miembros de un grupo de formación podrían decir al terapeuta que si fueran ellos quienes trataran al paciente se sentirían sutilmente devaluados. Este feedback puede ayudar al terapeuta a hacer conscientes sus sentimientos similares y, a su vez, ayudarlo a comprender que estaba actuando de modo pedante con el paciente en un intento por convenirse de su propio valor y competencia como terapeuta.

Un tercer enfoque consiste en ofrecer al terapeuta feedback relativo a lo que los demás (el supervisor y los restantes miembros del grupo) observan que se produce en la interacción entre terapeuta y supervisor. Por ejemplo, el supervisor puede observar que el paciente actúa de forma hostil y que el terapeuta responde de modo excesivamente dulce y sacarinado. Recordemos que aunque este tipo de feedback pueda ser útil, también puede ser particularmente amenazador para el terapeuta y debería realizarse de forma cautelosa o cuando la alianza supervisora y la cohesión grupal son sólidas.

Una cuarta alternativa consiste en que los supervisores imaginen hallarse en la situación terapéutica y después "piensen en voz alta" en un esfuerzo por modelar el tipo de procesos internos que podrían experimentar en una situación similar. En este enfoque, el supervisor no modela lo que debería decir al paciente sino que describe sus propios procesos internos que no son observables. Entre ellos se hallan los sentimientos, los pensamientos, las intuiciones, las luchas internas y las observaciones relativas a lo que sobresale en la situación (p.ej., el aspecto de la cara del paciente o un cambio en su tono de voz). Este enfoque aporta a los terapeutas menos experimentados una idea de los procesos encubiertos de otros colegas más experimentados.

Una alternativa adicional conlleva la identificación de intervenciones que no parecen haber sido facilitadoras y la sugerencia al terapeuta de formas alternativas de intervención. Aunque este enfoque suele ser habitual en supervisión, consideramos que sólo conviene usarlo en determinadas circunstancias porque podría debilitar la sensación de competencia del terapeuta y obstruir sus esfuerzos por hallar sus propias respuestas únicas y creativas. En este sentido se puede pedir al terapeuta que identifique las intervenciones no facilitadoras y que él mismo produzca intervenciones alternativas.

Rol Plays orientados a la toma de conciencia

El empleo de rol plays orientados a la toma de conciencia puede ser un recurso particularmente útil para establecer las bases del proceso de formación a nivel experiencial y para promover la auto-conciencia de los aprendices. Esto consiste en hacer que los terapeutas interpreten un segmento de la sesión que haya sido problemático, bien con ayuda de un miembro del grupo que interprete el rol del paciente o del terapeuta o interpretando él mismo ambos roles (alternativamente uno y otro). Estas interpretaciones pueden ser de gran ayuda cuando no exista material grabado de las sesiones, pero también pueden ser elementos suplementarios a la supervisión. El objetivo de este tipo de ejercicio o experimento no es tanto la práctica de diferentes formas de intervención sino el de facilitar la exploración de sentimientos, pensamientos y fantasías relevantes al caso que se tiene entre manos. Sea como sea, también puede constituir una oportunidad para experimentar con diferentes modos de intervención y explorar los sentimientos que bloquean la capacidad para intervenir.

Cuando los aprendices interpretan ambos roles puede ser conveniente que dispongan de dos sillas y cambien de una a otra (ejercicio de las dos sillas propio de la terapia Gestalt) a fin de diferenciar los roles y fomentar su propia sensación de inmersión en cualquier rol que interpreten en el momento. Se anima a los terapeutas a que hagan uso de todo lo que recuerden de la sesión como punto de partida, pero que no se preocupen de reproducir todo de un modo fehaciente. El objetivo es facilitar la conciencia y no reconstruir. En distintos momentos del experimento, el supervisor puede animar al terapeuta a responder "según el rol" (como terapeuta o como paciente) de un modo que se perciba como emocionalmente plausible en ese momento o a tratar de articular lo que siente en un momento determinado. Al dirigir hacia su interior la atención del terapeuta en circunstancias oportunas durante el experimento de conciencia, el supervisor puede ayudarle a hacer conscientes los sentimientos que influían de modo inconsciente en sus interacciones con el paciente. Algunas veces esta conciencia misma le ayudará a dar el paso inicial para salir del impás.

Otras veces, esta conciencia puede aportar al terapeuta la información que necesita para metacomunicarse. Por ejemplo, una terapeuta que trabajaba con una paciente rica y de mucho éxito proveniente de un ambiente familiar aristocrático se sentía bloqueada y confusa sobre lo que sucedía en el tratamiento. Mientras visionaban la grabación de la sesión, el supervisor observó en la terapeuta la tendencia a hacer más interpretaciones de lo habitual y en la paciente la tendencia a responder de un modo algo sumiso. El supervisor animó a la terapeuta a interpretar un segmento de la interacción entre ella y su paciente en la sesión de supervisión, alternando los roles de sí misma y de la paciente. En diferentes momentos del ejercicio, la terapeuta mientras interpretaba el papel de la paciente, actuaba de forma sutilmente competitiva y devaluadora. Repetidamente se dirigió a la terapeuta por su nombre de pila en un tono excesivamente familiar y se refirió a lo tremendamente útil que había sido la ayuda de un terapeuta al que había acudido previamente y cuyas cuotas eran muy superiores.

Tras esos momentos, el supervisor pidió a la terapeuta que volviera a la silla del terapeuta y que respondiera a la paciente de un modo que a ella le pareciera plausible o que tratara de expresar con palabras lo que sentía. La terapeuta gradualmente comenzó a contactar con la experiencia de ser devaluada y de ser competitiva con la paciente. El supervisor la animó después a interpretar el proceso de revelación de estos sentimientos a la paciente (a quien la terapeuta imaginaba sentada frente a ella en la silla vacía). Cuando la terapeuta trató de hacerlo, a juicio del supervisor parecía tensa e incómoda. El supervisor le preguntó qué sentía en relación a la experiencia, lo que condujo a la exploración de su incomodidad con el reconocimiento ante sí misma y ante los demás de los sentimientos de competitividad. La exploración adicional condujo a una comprensión más profunda y de base experiencial del modo en que esta incomodidad influía en la perpetuación del impás, dificultando a la terapeuta apreciar su propia contribución al mismo.

Una variante útil de este tipo de experimento de conciencia conlleva hacer uso de un impás terapéutico particular que el terapeuta haya presentado haciendo que diferentes miembros del grupo de supervisión interpreten por turnos el rol de terapeuta y de paciente. Este formato presenta diversas ventajas. En primer lugar implica activamente a todos

los miembros del grupo de supervisión (no sólo al terapeuta que lo presenta) en un aprendizaje experiencial. En segundo lugar, reduce la naturaleza individual que se produce, muchas veces cuando uno presenta el caso y los demás miembros le aportan feedback o sugerencias sobre el mismo. Al animar a todos los miembros a esforzarse experiencialmente con el dilema del terapeuta que lo presenta, el supervisor fomenta su empatía por el problema del miembro que lo presenta y reduce el tipo de feedback conceptual que habitualmente se ofrece con las presentaciones individuales. Esto aumenta el sentido de la mutualidad en el grupo así como el grado de confianza y facilita el tipo de auto-exploración genuina que tan útil es cuando los terapeutas se ven atrapados en un impás terapéutico difícil. Aumenta también la posibilidad de que todas las sugerencias o feedbacks tengan una base experiencial y, por lo tanto, útil para el terapeuta. Además, el proceso de observar a los colegas interpretando el dilema que él ha presentado le ofrece muchas veces una perspectiva diferente del impás.

Por último, al interpretar el rol de sus propios pacientes, los terapeutas alcanzan muchas veces una comprensión empática de la experiencia de sus pacientes, experiencia de la que previamente han carecido. Alternativamente, pueden ganar conciencia de las comunicaciones implícitas del paciente a las que previamente, por alguna razón, no se les ha prestado atención; por ejemplo, un terapeuta puede no haber sido consciente de la hostilidad que le mostraba un paciente, u otro terapeuta podría haber pasado por alto las maneras sumisas de su paciente.

Supervisores como modelos

Una de las oportunidades de aprendizaje más válida para los aprendices consiste en ver a los supervisores en acción. En la tradición de la terapia familiar es común que los aprendices observen a sus supervisores tras un cristal unidireccional. Pero las oportunidades de este tipo son menos frecuentes en la supervisión de la terapia individual. Del mismo modo que los cirujanos aprenden observando cómo opera un cirujano experimentado y los bailarines aprenden viendo a un bailarín diestro, los aprendices de terapeuta pueden beneficiarse observando cómo diri-

gen la terapia sus supervisores. En los programas de formación típicos, la mayoría de las oportunidades de aprendizaje experiencial se derivan de las experiencias propias que tienen los aprendices con sus pacientes. La posibilidad de experimentar en qué consiste estar en el pellejo de los pacientes añade una nueva dimensión experiencial al proceso de aprendizaje. El hecho de observar al supervisor mientras está en acción no sustituye a esta experiencia. Sin embargo, observar a un terapeuta experimentado en acción desde la perspectiva de un observador tercero permite analizar y dar sentido a lo que hace el supervisor de un modo que la perspectiva del paciente, inmerso en la interacción, dificulta.

Además, el supervisor que modela su trabajo terapéutico puede detenerse en diversos puntos y responder a las cuestiones relativas a sus procesos internos en los momentos críticos. Los aprendices pueden pedirle que reconstruya lo que estaba pensando o sintiendo en los instantes relevantes, ofreciéndole así la oportunidad de articular procesos tácitos a los que de otro modo sería difícil de acceder. Los medios audiovisuales son los más idóneos para ver a los supervisores en acción con sus propios pacientes. Esto, inevitablemente, coloca a los supervisores en una posición algo vulnerable, pero las ventajas que conlleva justifican, con mucho, los riesgos.

Una ventaja adicional de este formato es que ofrece a los aprendices la posibilidad de ver realmente en qué consiste el trabajo del supervisor, sin necesidad de imaginar una versión idealizada del mismo. Que los aprendices puedan observar a sus supervisores luchando por ayudar a sus pacientes, alternando los momentos de habilidad, claridad y lucidez con los de confusión y aturdimiento, les ayuda a desarrollar una postura de mayor auto-aceptación hacia sí mismos en sus propias luchas como terapeutas. También les permite reconocer los sentimientos de dolor y conflicto que inevitablemente emergen al trabajar como terapeutas y esto, a su vez les ayuda a desenmarañarse de las representaciones que inevitablemente interpretarán con sus propios pacientes al elaborar impases difíciles. Esta actitud de aceptación se filtra también en sus sentimientos hacia sus pacientes y les ayuda a ser más tolerantes con sus limitaciones y a aceptar los bloqueos de éstos.

Otra alternativa para observar el trabajo clínico de sus supervisores se produce cuando éstos ayudan a los aprendices a implicarse en el pro-

ceso de auto-exploración tanto en la supervisión individual como en la grupal. Por ejemplo, un aprendiz se bloquea con un paciente pasivo-agresivo y un supervisor le ayuda a examinar el modo en que sus propios conflictos relativos a la agresión le impiden ver su propia contribución a la interacción cuando se desquita inconscientemente mediante interpretaciones agresivas. Dada la naturaleza dual de la relación supervisora, el trabajo exploratorio de este tipo suele ser más limitado que el de la terapia misma. Por otra parte, la naturaleza de la relación dual permite a los supervisores detenerse en diferentes puntos para hacer aportaciones didácticas o para preguntar a los aprendices si tienen dudas u observaciones. La combinación del trabajo exploratorio y el didáctico puede conllevar una experiencia de aprendizaje particularmente significativa.

El examen de las tensiones en la alianza supervisora puede constituir otra alternativa para observar a los supervisores en acción. Tal exploración puede ser, en su forma más simple, "comprobar" qué es lo que experimenta un aprendiz ante el comentario del supervisor (p.ej., cuando el supervisor intuye que el aprendiz se ha sentido criticado) o incluir una exploración más profunda de todas las tensiones o rupturas que se produzcan en la alianza. Por ejemplo, el supervisor podría experimentar que un aprendiz está respondiendo de un modo sumiso o cumplidor ante sus comentarios y podría optar por iniciar una exploración profunda de lo que sucede en su relación. O podría intuir que nada de lo que él dice es experimentado como útil por el aprendiz y decide explorar lo que sucede de un modo exhaustivo.

En las situaciones de este tipo también son útiles todos los principios aplicables a las rupturas de la alianza terapéutica y los supervisores deberán estar dispuestos a tolerar los sentimientos negativos expresados por los aprendices en tales momentos y a explorar sus propias contribuciones a la interacción. Una vez más, dadas las complejidades de la relación supervisora, éstos pueden valorar la intensidad de la exploración y en determinados momentos detener periódicamente la exploración a fin de ofrecer algunas explicaciones didácticas o introducir cuestiones de los miembros del grupo. Lo que podría introducir cierto grado de distancia intelectual cuando sea apropiada y podría permitir tanto al supervisor como al terapeuta distanciarse de la interacción.

Entrenamiento ilustrativo

El siguiente ejemplo corresponde a una de las primeras sesiones de supervisión grupal con terapeutas que participaban en un grupo de formación sobre el enfoque de Tratamiento Relacional Breve.

El terapeuta, Simon, presentó un caso que le hacía sentirse "bloqueado". Manifestaba que su paciente cuestionaba las premisas fundamentales de la terapia y que él no estaba seguro de cómo tenía que manejarlo. La paciente era una mujer soltera de 40 años de edad que en ese momento vivía sola y que tenía dificultades para establecer y mantener una relación afectiva. La paciente tendía a ignorar sus propias necesidades y se sentía incómoda al mostrar sentimientos vulnerables. Uno de sus amigos más recientes había sido diagnosticado con SIDA y ella había tenido que cuidar de su gato. Poco después el gato murió. Mientras hablaba de la muerte del gato, comenzó a llorar y a continuación comenzó a defenderse de su tristeza.

SIMON (al supervisor y a los miembros del grupo): Comenzó a llorar y después trató de librarse rápidamente de su dolor. Cambió a una parte de la historia afectivamente más neutra y comenzó a hablar de un modo más coloquial sobre las explicaciones que daba a sus amigas relativas a la muerte del gato. Cuando traté de explorar qué le llevaba a evitar los sentimientos de tristeza comenzó a cuestionar el método de lo que hacemos y eso es precisamente lo que me bloquea. Creo que me toca en algunos puntos.

SUPERVISOR: ¿Por qué no vemos en el video ese segmento para que los miembros del grupo puedan captar mejor todos los matices?

Segmento grabado en video

SIMON: Hablemos de cómo se distancia usted de la tristeza. ¿Es un modo de insensibilizarse? ¿Es ésta una forma de entumecerse y después seguir con la historia? No quiero decir que sea una historia. Es algo que le reanima, pero creo que ambos estamos aquí y nos preguntamos por qué ha sucedido. ¿A qué lo atribuye usted? ¿Por qué opta por relatar esta parte de la historia?

PACIENTE: Creo que es un modo de alejarme del dolor.

SIMON: ¿Es un modo de insensibilizarse?

PACIENTE: Bueno, ya sabe, vengo aquí casi todas las semanas y lloro.

Me pregunto si alguna vez se arreglarán las cosas.

SIMON: Es decir que usted no está segura de que su tristeza...

PACIENTE: Siento que la mayor parte de mi vida he estado deprimida y he llorado mucho. ¿Qué quiere decir eso? ¿Qué arregla eso? ¿Qué consigue salvo hacerme sentir un poquito mejor porque es una descarga física? Sabe... parte de mis expectativas de esta terapia... vuelvo a eso.

SIMON: ¿A qué se refiere?

PACIENTE: No sé... Necesito que me dé más respuestas... No sé si coincidimos en lo importante.

SIMON: ¿Qué echa de menos?

PACIENTE: Respuestas.

SIMON: ¿Sobre qué en particular?

PACIENTE: ¿Qué es lo que usted ve? ¿Qué piensa de todo esto? No sé... usted es el psicólogo. [Final del fragmento]

SUPERVISOR: Bien, Simon. ¿Por qué no detienes aquí la grabación? (Pausa) ¿Tienes idea de lo que estabas sintiendo en ese momento?

SIMON: No sé. Estaba confuso.

SUSAN: ¿No hubiera podido ser útil en este contexto comentar el modo en que ella procede atacando para defenderse de la vulnerabilidad?

SUPERVISOR: Quizá. Pero creo que es importante recordar en estas situaciones que desde la retrospectiva es fácil ver cómo se hubiera podido manejar la situación. Pero la dificultad reside cuando uno se encuentra en la situación, embebido en ella. Yo sé que cuando soy el terapeuta y me bloqueo, me bloqueo. Y, a menudo, sólo a posteriori logro comprender qué estaba sucediendo. Esto es lo que voy a sugerir ahora; en lugar de centrarnos en Simon, me gustaría ofrecer al resto del grupo la oportunidad de hacer algo... en forma de rol play. Me pregunto si habría dos voluntarios uno para interpretar al paciente y otro a Simon.

GEENA: Yo seré la paciente.

HOWARD: Yo interpretaré al terapeuta.

El supervisor instruye a Simón a que detenga la grabación en un punto en el que, a su entender, existe la posibilidad de que Simon se haya sentido presionado y disponga de pruebas experienciales. Sin embargo, Simon no puede expresar sus sentimientos. Entonces una compañera del grupo (Susan) trata de aportar alguna sugerencia sobre una estrategia técnica particular (es decir, interpretar la función defensiva del ataque de la paciente). Sin embargo, el supervisor es reacio a adoptar esta vía porque aleja el centro de atención del nivel experiencial y pasa por alto la fase crítica de ayudar a Simon a ser plenamente consciente del modo en que sus propios sentimientos pueden estar contribuyendo al impás. Una posibilidad podría ser seguir explorando los sentimientos de Simon. Percebido que éste se halla algo paralizado, sin embargo, y que el grupo está algo impaciente el supervisor opta por animar al grupo a implicarse a nivel experiencial proponiendo un ejercicio de rol play.

SUPERVISOR: Pues bien, aquí nos encontramos ante un impás. La paciente está presionando al terapeuta y diciéndole de algún modo, "No estoy obteniendo lo que quiero". Y es tarea del terapeuta tratar de comentar la interacción de un modo que facilite la comunicación relativa a lo que sucede sin que movilice aún más la tendencia defensiva de la paciente. Tú eres el terapeuta (señalando a Howard), y tú eres la paciente, (señalando a Geena). ¿Podrías representar parte de lo que hemos podido ver en la grabación? Howard me gustaría que tú, como terapeuta, con la ventaja de la retrospectiva, trataras de usar tu experiencia para metacomunicar a tu paciente lo que está sucediendo. Y Geena, creo que sería importante que tú, en el rol de la paciente, trataras de captar qué se siente al recibir este tipo de feedback de Howard y de responder de un modo concordante con tus verdaderos sentimientos. Quiero decir que si lo sientes como una crítica o como un insulto o lo que sea trates de responder a eso.

GEENA: No sé si voy a ser capaz de interpretar con precisión a la paciente.

SUPERVISOR: No te preocupes por hacerlo correctamente. Tómame un tiempo para introducirte en su papel. Tomaremos el episodio que hemos visto como punto de partida, pero las cosas cobrarán vida propia.

GEENA [en el rol del paciente, a Howard]: Bien. Siento que me ha preguntado muchas cosas, pero no entiendo con claridad la finalidad de todas estas preguntas. Siento que quiero algunas respuestas y no entiendo a qué nos conduce todo este proceso.

HOWARD [en el rol del terapeuta]: ¿Hay algo que usted quiere de mí y que no está obteniendo?

GEENA [como paciente]: Sí. Bueno... ¿Cuál es el objetivo? ¿Qué finalidad tiene esto? Hay ciertas cosas sobre las que necesito trabajar y siento que no nos estamos refiriendo a ellas.

HOWARD [como terapeuta]: Le he oído decir que quiere respuestas... y también que no ve cómo lo que hacemos vaya a proporcionárselas. Me parece sentir que trato de ofrecerle las respuestas que quiere pero trato de ayudarle a ampliar su conciencia sobre lo que está experimentando en este momento y trato de captar lo que está sucediendo entre nosotros y parece que no coincidimos.

GEENA [como paciente]: Bueno. ¿Y cómo me ayudará eso? No veo que hablar sobre lo que sucede entre nosotros pueda ayudarme. Quiero decir que, bueno, es agradable. Usted me gusta... es fantástico, ya sabe, pero yo tengo otras relaciones en la vida y no veo el vínculo.

HOWARD [como terapeuta]: Usted no entiende que al ampliar... al desarrollar una mayor conciencia de...

GEENA [como paciente]: No entiendo de qué modo ser más consciente puede ayudarme. A usted le corresponde decírmelo. Por eso estoy aquí.

HOWARD (*al grupo*): No sé qué haría en esta situación.

SUPERVISOR: ¿Qué estás sintiendo en este momento?

HOWARD: Me siento clavado a la pared, pero temo que si se lo dijera a ella, eso la alienaría.

SIMON: Sí. Conozco esa sensación.

SUPERVISOR: ¿Entonces, por qué no tratas de metacomunicar tu dilema a la paciente?

A través de este rol play, Geena y Howard han reconstruido la situación suficientemente bien para que Howard se sienta bloqueado. Cuando Howard solicita ayuda al grupo, en lugar de permitir que la gente haga sugerencias, el supervisor aprovecha el ruego de Howard como oportunidad para examinar los sentimientos que afloran. Howard articula su experiencia como sentirse "clavado a la pared" y esta frase permite a Simón agudizar su propia conciencia sobre su experiencia como terapeuta. El supervisor anima a Howard a hacer uso de esta experiencia como punto de partida de una metacomunicación.

HOWARD [como terapeuta]: Me siento, un poco como si estuviera clavado a la pared. Siento que no sé cómo responder a su petición. Quiero estar a su lado en esto, pero no estoy muy seguro de saber qué decir.

GEENA [como paciente]: Bueno, me interesaría escuchar su punto de vista, qué cree que es importante en la terapia y qué es lo que espera lograr (*Larga pausa... Howard parece estar frustrado*).

SUPERVISOR (*a Howard*): ¿Qué es lo que le está sucediendo ahora?

HOWARD: Me siento completamente bloqueado. He tratado de negociar una forma para que yo pueda permanecer en el recinto, pero siento como si me estuviera disparando con sus preguntas rápidas, y vuelvo a estar bloqueado. Y no quiero participar en una situación en la que oscilamos de este modo.

SUPERVISOR: Es un auténtico apuro. Has tratado de hablar con ella sobre lo que sucedía entre vosotros y ella ha vuelto a presionarte. ¿Entonces a dónde irás ahora? ¿De acuerdo?

HOWARD: Muy bien.

SIMON: Yo no metacomuniqué tanto como lo ha hecho Howard, pero me dice el sentido común que si lo hubiera hecho también se hubiera producido la misma interacción y hubiera vuelto a ser clavado de nuevo.

SUPERVISOR: Sugiero que en este tipo de situación, sigas comentando el proceso.

HOWARD: ¿Comentar el proceso?

SUPERVISOR: Por ejemplo, imaginemos que sigue avanzando y retrocediendo durante un tiempo. Podría imaginarme diciendo algo como "Trato de colocar el balón en su terreno y usted sigue devolviéndolo a mi campo".

El supervisor usa este rol play para ayudar a los aprendices a comprender cuán importante es seguir interpretando el papel del observador participante advirtiendo y comentando todo lo que aflora en el momento sin limitarse a la comprensión inicial de la situación.

ANDREU: Entonces cuando dices, "Me siento clavado a la pared", quizá haya algo de culpabilización en esa expresión que le haga actuar de forma defensiva. Algunas veces, cuando metacomunicamos, creemos que hemos roto el ciclo, pero realmente seguimos atrapados en él.

SUPERVISOR: El comentario de Andrew es muy importante, pero conviene recordar que a pesar de ello podemos seguir bloqueados. La cuestión es que estaremos bloqueados y que esto es siempre parte del proceso.

HOWARD: De acuerdo.

SUPERVISOR: ¿Estás de acuerdo?

HOWARD: Sí.

SUPERVISOR: Bien. Preparemos otro rol play con participantes distintos.

NICOLE: Me gustaría ser la paciente.

SUPERVISOR: Muy bien. ¿A quién le gustaría interpretar el rol de terapeuta? *(Silencio prolongado y luego risas entre los miembros del grupo)*.

SUPERVISOR: De acuerdo. ¿No hay participantes? ¿Cómo así?

JENNIFER: Demasiado duro.

DAVID: Lo mismo que me sucede en la sesión. Se me congela el cerebro. Se congela sin más. No tengo la más mínima idea de lo que podría decir para salir de esa situación.

SUSAN: De acuerdo. Congelado bajo el foco de luz.

SUPERVISOR: De acuerdo. En cierto modo esto es quizá más difícil que una sesión real porque existe el factor adicional del temor a la escena. Pero existe otra analogía entre la presión que experimentáis aquí y la que experimentáis como terapeutas en el proyecto de tratamiento. Vamos a trabajar con pacientes difíciles y se van a producir multitud de impases difíciles y todos nosotros sentimos y sentiremos cierta presión al actuar. Por ello me gustaría animaros a salir aquí, a arriesgaros y a reflexionar. Creo que es realmente importante que experimentéis aquí en supervisión la presión y después también en la terapia.

HOWARD: Quiero decir algo sobre mí mismo. Creo que esto también es una buena experiencia para mí, pero también es validante ver que las personas no se apresuran a sentarse en la silla del terapeuta. Mi peor fantasía es ver que todos vosotros os sentáis en esa silla y sabéis exactamente qué decir.

SUSAN: De ningún modo.

SUPERVISOR: Siempre es más fácil repantigarse en la silla y decir, "Yo hubiera dicho esto" o "Yo hubiera dicho lo otro".

VOCES DEL GRUPO: De acuerdo. ¡Vale!

Ésta es una de las sesiones iniciales de un grupo de formación y aún están en el proceso de establecimiento de una alianza supervisora sólida y del sentido de la cohesión grupal. Es habitual que los aprendices, al comienzo, se avergüencen al adoptar los riesgos necesarios para el rol play y para la auto-exploración. El supervisor trata de establecer los cimientos para el desarrollo de una cultura grupal que valore positivamente la apertura y la voluntad de experimentar y arriesgarse en lugar de la "respuesta correcta".

SUPERVISOR: Muy bien. Volvamos al rol play. ¿A quién le gustaría interpretar el papel de terapeuta?

SIMON: Bien... Me gustaría intentarlo.

SUPERVISOR: Muy bien. Volvamos al papel.

SIMON: ¿Seguimos en el mismo punto en que lo hemos dejado antes? No sé si lo recordaré bien. Siento como si tuviera que empezar por un nuevo punto.

SUPERVISOR: Eso está bien.

SIMON [como terapeuta]: Bien, dígame lo que estaba comentando previamente sobre las preguntas. Me gustaría comprender mejor sus sentimientos en términos de formulación de preguntas y deseo de respuestas.

NICOLE [como paciente]: Sólo quiero respuestas de usted. Quiero un tipo de feedback que cambie el modo en que he estado arruinando mi vida.

SIMON [como terapeuta]: De acuerdo... ¿Qué es lo que siente en este mismo momento?

NICOLE [como paciente]: Otra pregunta sobre sentimientos. Siento como si esto no me llevara a ninguna parte.

(Simon hace gestos al grupo como diciendo "Estoy bloqueado". Silencio durante un momento y, después, todos se ríen).

JENNIFER: Ahora ya sabes por qué no queríamos interpretar el papel del terapeuta.

SUPERVISOR (a Simon): ¿Qué estás experimentando?

SIMON: No sé. Realmente no tengo salida.

SUPERVISOR: De acuerdo. Estás perdido.

SIMON: Sí.

SUPERVISOR: Muy bien. ¿Podrías trabajar desde ese punto? “Estoy perdido”... o algo equivalente... en otras palabras, tratar de verbalizar el sentimiento del gesto que has hecho al grupo.

SIMON: De acuerdo. No quiero decir “Estoy perdido”. Pero veamos...

SUPERVISOR: ¿Por qué no?

SIMON: Bien... de acuerdo. Lo intentaré.

SUPERVISOR: No tienes por qué intentarlo... pero tengo curiosidad por descubrir a qué se deben tus reservas.

SIMON: Bueno... Pienso en decir, “No sé” y mi corazón comienza a latir más fuerte.

SUPERVISOR: ¿Podrías decir algo más?

SIMON: Bueno... es como si mi competencia estuviera en tela de juicio. Creo que me siento de ese modo muchas veces con ella.

SUPERVISOR: ¿Entonces no te parece bien no disponer de todas las respuestas en el momento?

SIMON: Supongo que no.

A través del rol play Simon accede a la experiencia de “estar perdido”. Cuando el supervisor le anima a usar su experiencia como punto de partida para la metacomunicación, Simon contacta con la ansiedad. Está a punto de abrirse camino a través de la ansiedad en un esfuerzo por cumplir, pero el supervisor, en lugar de eso, aprovecha la circunstancia para explorar un conflicto interno que puede estar contribuyendo en el impás terapéutico.

SUPERVISOR: Bueno... Voy a sugerir un experimento. Suena como si hubiera una división interna. No es sólo que tú te sientas perdido sino también que existe una parte de ti a la que eso le resulta inaceptable. ¿Coincide con lo que tú sientes?

SIMON: Sí.

SUPERVISOR: Muy bien. ¿Puedes sentarte en esta silla e interpretar esa parte de ti mismo que le parece inaceptable? (Simon se adelanta)... En otras palabras, di a la parte de ti mismo que se siente perdido que no es aceptable.

SIMON (hablando a la silla vacía): Deberías disponer de todas las respuestas. ¿Qué es lo que te pasa? (Pausa).

SUPERVISOR: ¿Puedes cambiarte a la otra silla y responder?

SIMON (cambiándose de silla): No sé. Sospecho que me estoy bloqueando.

SUPERVISOR: ¿Puedes cambiar de silla y hablar a la otra parte?

SIMON (cambiando de silla): Eso no es suficiente. Deberías tener las respuestas.

SUPERVISOR: Cambia, por favor.

SIMON (cambiando de silla): Bueno, no sé y eso es todo (gesticulando con la mano).

SUPERVISOR: ¿Cuál es el sentimiento que acompaña a ese gesto?

SIMON: Es como “Retrate. No puedo estar donde no estoy”.

SUPERVISOR: Cambia de silla, por favor.

SIMON: (Cambia de silla y mira pensativo a la silla vacía).

SUPERVISOR: ¿Qué está pasando en tu interior?

SIMON: Bueno... esto tiene sentido. Tengo la sensación de que está bien que así sea.

SUPERVISOR: Muy bien. Voy a sugerir, a modo de experimento, que trates de verbalizar tus sentimientos de bloqueo a tu paciente y veas cómo te sientes entre tanto. Imagina que ella está sentada en la silla vacía (mostrándola con la mano) y que tratas de comentarle tu experiencia.

SIMON (a la silla vacía): Ya sabe... Me siento como un poco paralizado ahora mismo. Me gustaría decir algo que la ayudara, pero parece que no hallo la idea apropiada (larga pausa).

SUPERVISOR: ¿Cómo te sientes?

SIMON: Realmente bien. Me siento como aliviado.

SUPERVISOR: Muy bien. Ya sabes, no hay garantía sobre cómo respondería la paciente si tú dices esto... pero parece que internamente es importante llegar a ese punto.

SIMON: Sí, estoy de acuerdo.

El supervisor utiliza el ejercicio de las dos sillas para ayudar a Simon a examinar el modo en que su intolerancia hacia con sus propios sentimientos de indefensión contribuye al impás. A consecuencia de esta intolerancia él es más propenso a las dificultades con la paciente en un esfuerzo por manejar sus propios sentimientos de incomodidad. Escindiendo las dos partes del self (es decir la parte que siente indefensión y la parte que critica a la otra), Simon logra ser más consciente de su conflicto interno y desarrolla una conciencia experiencial del impacto de ser el objeto de su propia auto-crítica. Esto inicia un proceso de auto-aceptación. El proceso comienza con la

parte del self que ha sido objeto de la auto-crítica, se auto-afirma y se defiende contra la auto-crítica ("Retrate. No puedo estar donde no estoy"). Continúa con el ablandamiento de la parte del self que está siendo criticada ("Bueno... esto tiene sentido. Tengo la sensación de que está bien que así sea") (Greenberg et al., 1993; Greenberg & Safran, 1987). Aunque aquí hemos abreviado el fragmento a fin de que su lectura sea más sencilla, sigue captando la esencia del proceso a través del cual se produce el cambio. Este tipo de cambio interno no será permanente pero aporta a Simon la impresión o sensación momentánea de lo que conlleva adoptar una postura de mayor auto-aceptación.

NICOLE: Puedo imaginar que si yo fuera la paciente me sentiría algo cambiada.

JENNIFER: Yo creo que temería que si digo algo así la paciente pueda sentir que la abandono.

SUPERVISOR: Muy bien... eso significa que para ti es importante ser consciente del miedo. Del mismo modo que para Simon es importante reconocer que la necesidad de ser competente le dificulta tolerar sus sentimientos de indefensión. Que digas o no algo a la paciente sobre tus sentimientos es otra cuestión. Pero el primer paso consiste en ser capaz de aceptar el hecho de que todos nos sentimos indefensos como terapeutas. Y esto es parte del proceso. Y de algún modo luchamos por mantener cierto tipo de fe en que si lo aceptamos seremos capaces de resolver cosas. Y creo que si tratamos de mantener esa imagen más global, parte de ello se transmitirá a nuestros pacientes.

SUSAN: Pero, lo más importante es que la paciente vea cómo se defiende contra sus sentimientos y cómo se cierra. ¿No?

SUPERVISOR: Quizá... pero recuerda que tus esfuerzos por ayudarlo a ver eso pueden constituir, al menos en parte, otro avance en la lucha en la que ambas estáis atrapadas.

SUSAN: Pero creo que explorar su necesidad de defenderse de sí misma también podría ser otro modo de alejarse del juego.

SUPERVISOR: Quizá. Tenéis que intentarlo y verlo. Creo que en el análisis final el único modo de saberlo es sobre la base de lo que suceda. Se va a resumir en la experiencia de la paciente. Si ella experimenta cualquier cosa que haga como un esfuerzo por tu parte de ganar el

juego, entonces seguiréis bloqueados. Si ella lo experimenta como algo diferente, entonces cambiarán las cosas. En definitiva, vosotros hacéis que eso funcione o no funcione. Podéis hacer algo que a vuestro parecer sea una intervención brillante y si no funciona, tenéis que aceptarlo y seguir probando hasta hallar algo que sirva. Y recordad que no hay una única solución y que a distintos terapeutas les funcionarán diferentes estrategias.

Epílogo

Con el paso de los años se han formulado diversas cuestiones con respecto al enfoque que hemos presentado en este libro. En este epílogo nos referiremos a las cuestiones más comunes que se nos han planteado. A menudo se nos pregunta si el enfoque es útil sobre todo para manejar los impases terapéuticos o si es un enfoque psicoterapéutico más general. A nuestro parecer, aunque los principios que hemos descrito son particularmente útiles para manejar las rupturas de la alianza terapéutica, también constituyen una orientación idónea hacia la psicoterapia en general. Algunas de las ideas básicas, como la importancia de la comprensión de las cosas desde la perspectiva de la psicología bipersonal, el reconocimiento de que nosotros, como terapeutas, estaremos inevitablemente embebidos en la matriz interaccional, el constructivismo dialéctico, la plenitud mental, la aceptación y el reconocimiento de que todas las intervenciones son actos relacionales, son, a nuestro parecer, principios válidos a recordar tanto si existe tensión en la alianza como si no.

El terapeuta, por supuesto, dedica menos tiempo a contemplar explícitamente la relación terapéutica cuando las cosas fluyen sin sobresaltos. En tales momentos, son otras las tareas predominantes (estas tareas variarán dependiendo de la orientación del terapeuta), pero sigue

siendo importante el principio subyacente de tratar de comprender de forma continua qué es lo que está sucediendo relacionamente entre el terapeuta y el paciente, incluso aunque no se mencione explícitamente y aunque asuma una posición secundaria. Además, es recomendable recordar que las rupturas en la alianza terapéutica se producen con más frecuencia de la supuesta por muchos terapeutas. Nuestro programa de investigación indica que rara vez transcurren una o dos sesiones sin alguna tensión, por pequeña que sea, en la alianza, y que los terapeutas a menudo no reconocen las rupturas experimentadas por los pacientes. Aunque no es imprescindible que los terapeutas contemplen explícitamente cada tensión que se produzca, su apertura y atención a las fluctuaciones en la calidad de la relación, pueden abrir oportunidades muy valiosas de exploración que de otro modo no aflorarían.

Una cuestión vinculada a lo anterior que se nos formula a menudo es la utilidad del enfoque para tratar a todos los pacientes o si es apropiado para su uso con los pacientes que dispongan de suficientes recursos y fortaleza del ego como para comprender la metacomunicación terapéutica. Desearíamos subrayar que no consideramos la metacomunicación como lo esencial del enfoque que hemos descrito. La metacomunicación es un modo particular de trabajar que aflora de forma natural a partir de los principios más fundamentales del enfoque. Algunas veces con algunos pacientes, la metacomunicación puede ser particularmente útil para el proceso de desenredo de la configuración relacional que se produce de forma inconsciente, pero en otras circunstancias el proceso de clarificación explícita de lo que se produce en la relación terapéutica podría experimentarse como excesivamente amenazante. Aunque la metacomunicación puede no ser útil con todos los pacientes ni en todos los contextos con un paciente particular, creemos que los principios básicos que hemos descrito son generalizables a una amplia gama de pacientes. Habiendo dicho esto, también quisiéramos subrayar que a juzgar por nuestra experiencia, muchos terapeutas tienden a subestimar la capacidad del paciente para hacer un uso constructivo de la metacomunicación. Es importante diferenciar entre los terapeutas que evitan explorar lo que aflora en el aquí y ahora de la relación terapéutica a consecuencia de la sensibilidad y limitaciones del paciente y los tera-

peutas que lo hacen por sus propias ansiedades, conflictos e incomodidad con ciertos aspectos de su experiencia.

También conviene reconocer que diferentes terapeutas disponen de distintos estilos o sensibilidades personales que los predisponen a gravitar hacia un tipo de postura terapéutica y a sentirse menos cómodos con otras posturas (Aron, 1999; Greenberg, 1995). Todos nosotros tenemos sentimientos conflictivos relativos a cuestiones como la auto-revelación, la intimidad y el poder, y estos sentimientos necesariamente influirán sobre nuestras relaciones con la postura terapéutica que conlleve metacomunicación, revelación de la contratransferencia o cualquier otro tipo de foco intensivo en el aquí y ahora de la relación terapéutica. Influirán también sobre el modo en que los pacientes perciben nuestra postura. Como señala Aron (1999), la relación entre nuestros estilos personales y las posturas terapéuticas que preferimos no siempre es simple. Un terapeuta puede sentirse menos cómodo con la metacomunicación a consecuencia de una incomodidad más generalizada con todas las formas de auto-revelación. Otro puede gravitar en dirección a un mayor interés en el aquí y ahora de la relación terapéutica en compensación parcial de un estilo interpersonal más privado y distante en la vida cotidiana. Otro terapeuta podría sentirse incómodo con el énfasis en la mutualidad de la relación terapéutica a consecuencia de una necesidad más generalizada de control. Otro podría inclinarse hacia una postura más mutua y simétrica derivada de ansiedades relativas a la adopción del rol de la autoridad. Algunos terapeutas son reacios a prestar atención al aquí y ahora de la relación terapéutica por sus propias preocupaciones relativas al intrusismo. Otros presentan la necesidad compulsiva de metacomunicar a consecuencia de su dificultad para tolerar la ansiedad derivada de la incertidumbre que se transpira en las relaciones. A nuestro entender, es difícil responder inequívocamente a si la metacomunicación terapéutica será útil para un paciente particular sin considerar previamente la relación del terapeuta con la intervención.

Sin olvidar este matiz, merece la pena considerar la cuestión de si el tipo de foco intensivo en el aquí y ahora de la relación terapéutica que se subraya en este libro conlleva riesgos asociados. Cualquier intervención o postura relacional presenta riesgos inherentes. Del mismo modo

que las interpretaciones categóricas o los desafíos racionales a las expectativas catastróficas de los pacientes son más tendentes a ser experimentados como posturas de condescendencia que las reflexiones empáticas, la metacomunicación terapéutica presenta ciertas propiedades inherentes que conducen a ciertos tipos de problemas. Estos, evidentemente, estarán mediados por las cualidades personales del terapeuta, el modo en que se expresa la metacomunicación y la sensibilidad única del paciente. Un paciente puede experimentar un esfuerzo de metacomunicación como una forma de persecución. Otro puede experimentar la auto-revelación del terapeuta como una forma de auto-absorción narcisista; otro como intrusa. Todas estas experiencias pueden ser reacciones comprensibles a la contribución del terapeuta. Sin embargo, en muchos casos, la exploración colaboradora y continua puede clarificar al paciente el sentido de la intervención del terapeuta. Esto facilita el desenredo de la configuración relacional que se produce, genera una mayor conciencia del modo en que el terapeuta contribuye a ella y aporta una comprensión más profunda de las sensibilidades idiosincrásicas del paciente.

Sin embargo, en algunos casos no se produce este desenredo y cualquier intento adicional de explorar la interacción conlleva la intensificación del ciclo tóxico que se está produciendo. En tales situaciones, el terapeuta podría retroceder y recurrir a enfoques más indirectos de resolución de impases que se han descrito en la taxonomía del Capítulo 1. Por ejemplo, el terapeuta podría centrarse en sucesos que se producen fuera de la sesión y limitarse él a responder de un modo empático. Otros pacientes pueden responder mejor a un enfoque más interpretativo o necesitan que el terapeuta les ofrezca orientaciones más directas o que asuma una postura más activa de resolución de problemas. Si el terapeuta puede mostrar este tipo de flexibilidad, el paciente, en algún momento, sentirá la confianza necesaria para explorar lo que sucede en la relación terapéutica. Este tipo de cambio en la tarea terapéutica ayuda al paciente a percibir una *nueva experiencia relacional*.

Cuando no es posible la metacomunicación terapéutica, es crucial que los terapeutas se enfrenten y procesen sus propios sentimientos conflictivos de un modo no defensivo al tiempo que se abstienen de compartir ciertos aspectos de sus experiencias subjetivas con el pacien-

te. Aunque en diversos puntos de este libro hemos mencionado cuán importante es ser capaz de ofrecer ambientes de contención a los pacientes, hemos destinado relativamente menos atención a la cuestión de cómo hacerlo que a la descripción de las intervenciones que exploran directa y explícitamente la relación terapéutica. Del mismo modo que no se puede ver simultáneamente la base y los perfiles en la vieja ilustración del fondo-forma de la Gestalt, es inevitable que el énfasis en un aspecto del proceso terapéutico relegue otros aspectos igualmente importantes al fondo.

En un artículo reciente, Greenberg (1999) critica lo que considera un exceso de pensamiento relacional contemporáneo que hace excesivo énfasis en la confrontación intersubjetiva, la auto-revelación del terapeuta y la espontaneidad. Defiende que muchos de los ejemplos clínicos publicados comparten un estilo narrativo en el que el terapeuta responde ante el impás terapéutico "arrojando el libro" y respondiendo de un modo espontáneo, auto-revelador o personalmente expresivo. Mientras reconoce el valor de este tipo de énfasis, señala los peligros que podrían derivarse si se olvida la importancia de una postura más disciplinada y auto-restrictiva del terapeuta que pueda aportar a los pacientes el espacio necesario para iniciar su propia auto-exploración.

Nuestra respuesta a esta crítica es mixta. Por una parte, consideramos que es fundamental manifestar que muchos de nuestros pensadores relacionales (p.ej., Aron, 1996; Hoffman, 1998; Mitchell, 1988) se esfuerzan por dar respuesta a toda la cuestión de la relación terapéutica entre el ritual y la espontaneidad (por emplear una expresión de Irwin Hoffman) de un modo cuidadoso y sofisticado y que es injusto acusarlos de subrayar la responsabilidad y espontaneidad personal a expensas de la abstención teóricamente pautada o de enfatizar el encuentro interpersonal a expensas de un proceso reflexivo atento y privado. Por otra parte, es auténtica la relativamente escasa atención que se destina en la literatura a explicar e ilustrar los procesos a través de los cuales los terapeutas pueden trabajar constructivamente con sus sentimientos desagradables, dolorosos o interpersonalmente disyuntivos durante los períodos en los que los pacientes los valorarían como intrusión. Slochower (1997) ha hecho una valiosa aportación al discurso relacional subrayando la potencial importancia de la contención en este tipo de contexto.

Sin embargo, conviene señalar que, aunque ella defienda la importancia de que el terapeuta se esfuerce por experimentar plenamente y contener tales sentimientos, realmente no profundiza en la naturaleza de los procesos internos que ayudarían al terapeuta a hacerlo.

¿Cuál es exactamente la naturaleza del estado mental que nos permite relacionarnos con una experiencia interna difícil, dolorosa o potencialmente disyuntiva sin que nos defina y sin tratar de alejarla mediante un proceso disociativo o modulándola mediante la acción (bien descargando los sentimientos a través de la acción inconsciente o tratando de metacomunicarnos de un modo más reflexivo)? ¿Cómo podemos empezar a hablar de ello y cómo le hincamos el diente? Bromberg (1996, 1998), por ejemplo, se refiere a esta experiencia como a la "permanencia en los espacios", con lo cual se refiere a que uno es capaz de "hacer sitio, en un momento determinado, para la realidad subjetiva que no es inmediatamente contenible por el self que él experimenta como 'yo' en el momento" (Bromberg, 1996, p. 516). Invoca a una metáfora del "juego" en un intento por captar un aspecto de esta experiencia. La idea es que el juego parece captar algo importante sobre la experiencia, por lo menos, en dos vertientes. En primer lugar, connota cierta levedad, frente a la pesadez de sentirse completamente definido por un estado particular del self, o del esfuerzo por no estarlo. En segundo lugar, el juego tiene la cualidad de ser espontáneo o no buscado. Esto también parece crítico. El estado mental al que tratamos de referirnos conlleva cierta cualidad de rendición. No nos podemos obligar a aceptarlo. Todos sabemos en qué consiste la experiencia del "dejar ser". Por ejemplo, pasea por una calle atado completamente por nudos emocionales y físicos mientras piensa en una experiencia dolorosa, quizá una pérdida o decepción significativa. Repentinamente, escucha los compases de una melodía familiar —una canción triste que resuena con sus sentimientos. Comienza a experimentar que los nudos se desatan, algo fluye más libremente en su interior y su relación con su dolor comienza a cambiar. La lucha interna no desaparece por completo, pero se hace más llevadera o su intensidad aumenta y se reduce y usted también es capaz de observar esta oscilación. Todos sabemos en qué consiste esta experiencia, ¿pero cómo puede cultivarse si el mismo acto de esforzarnos para lograrlo se interpone en el camino?

Uno de los problemas al referirnos a este tipo de proceso es la dificultad intrínseca para escribir sobre nuestros procesos internos, tanto en términos de disposición para revelar el material privado como en términos de nuestra capacidad para reconstruir los procesos internos sutiles y fugaces.

Escritores como Ogden (1994) y Jacobs (1991) presentan modelos interesantes de este tipo de escritura. Cada uno de ellos tiene su propio foco característico y único de auto-exploración y estilo de escritura. Ogden tiende a reconstruir sus asociaciones efímeras momento a momento con relación al material del paciente. En muchos casos estas asociaciones parecen insignificantes o irrelevantes inicialmente para la cuestión clínica que se trate, pero posteriormente les atribuye el sentido y usa este proceso para guiar su actividad interpretativa. Por contraste, Jacobs se centra en los recuerdos personales (muchas veces de un pasado distante), emociones y estados del self que, de algún modo, resuenan con aspectos de las dinámicas del paciente, y usa este tipo de reflexión para profundizar en su comprensión de estas dinámicas. Su estilo de auto-reflexión está menos vinculado a lo inmediato, pero en algunos momentos es más personal y auto-revelador. Conjuntamente, su trabajo nos aporta claves de un nuevo género narrativo potencialmente fructífero que podría seguir desarrollándose.

Otra alternativa potencialmente productiva implica integrar la práctica de la conciencia plena o alguna variante en el proceso de formación psicoterapéutica de un modo más sistemático y disciplinado. En la tradición Zen existe una expresión que dice "leer sobre Zen es como contar las vacas de otro hombre". Uno puede beneficiarse familiarizándose con la filosofía y los principios de la conciencia plena y tratando de integrarlos en la propia práctica psicoterapéutica, pero esto no equivale a destinar un tiempo regular a sentarse y a mirar a la propia mente de un modo disciplinado.

La tradición psicoanalítica asume que el desarrollo de la capacidad de auto-observación es crítica para el terapeuta diestro. Sin embargo, salvo el requisito de que el terapeuta se someta al análisis personal, en el modelo de formación no se incluye ningún otro elemento para promover la posibilidad de que los terapeutas mantengan y refinen su capacidad de auto-observación que han desarrollado a través de la experien-

cia. Evidentemente, se podría decir que la práctica continuada de la psicoterapia de un modo auto-reflexivo, combinada con la supervisión o comentarios de los colegas es una forma de practicar esta misma conciencia plena. ¿Pero equivale esto a cultivar una práctica formal de conciencia plena? Aquí concluye nuestro libro, pero, esperamos, que no nuestra conversación.

Bibliografía

- Alexander, F. (1948). *Fundamentals of psychoanalysis*. New York: Norton.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-366). New York: Guilford Press.
- Amkoff, D. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 33-46.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Aron, L. (1998). Clinical choices and the theory of psychoanalytic technique: Commentary on Mitchell's and Davies' papers. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 207-216.
- Aron, L. (1999). Clinical choices and the relational matrix. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 1-29.
- Aron, L., & Harris, A., eds. (1991). *The legacy of Sándor Ferenczi*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Atwood, G., & Stolorow, R. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bacal, H. A., & Newman, K. M., eds. (1990). *Theories of object relations: Bridges to self psychology*. New York: Columbia University Press.
- Bach, S. (1985). *Narcissistic states and the therapeutic process*. New York: Aronson.

- Bach, S. (1994). *The language of perversion and the language of love*. Northvale, NJ: Aronson.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Boston: Beacon Press.
- Baldwin, M. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
- Blint, M. (1968). *The basic fault*. London: Tavistock.
- Balint, M., Ornstein, P., & Balint, E. (1972). *Focal psychotherapy*. London: Tavistock.
- Barlow, D. (1996). The effectiveness of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 236-240.
- Bass, A. (1996). Holding, holding back, and holding on. *Psychoanalytic Dialogues*, 6, 361-378.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beebe, B., & Lachmann, F. (1992). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. En N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (eds.), *Relational perspectives in psychoanalysis* (pp. 83-118). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love*. New York: Pantheon Books.
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33-46.
- Bernstein, R. (1983). *Beyond objectivism and relativism*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bibring, E. (1937). The results of psychoanalysis. *International journal of psycho-analysis*, 18, 170-189.
- Binder, J. L. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 19, 705-719.
- Binder, J. L., & Strupp, H. H. (1997). "Negative process": A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 121-139.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International journal of Psycho-Analysis*, 40, 308-315.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. En E. B. Spillius (ed.), *Melanie Klein today* (Vol. 2, pp. 17-21). London: Routledge.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation*. London: Heinemann.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. En J. Barron, M. Eagle, & D. Wolitsky (eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 399-428). Washington, DC: American Psychological Association Books.

- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. (1994). Theory and research in the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety, and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-158.
- Breuer, J., & Freud, S. (1893-1895/1955). Studies on hysteria. En J. Strachey (ed. and trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-31). London: Hogarth Press.
- Briggs, J. (1988). *Fire in the crucible: The alchemy of creative process*. New York: St. Martin's Press.
- Bromberg, P. M. (1993). Shadow and substance: A relational perspective on clinical process. *Psychoanalytic Psychology*, 10, 147-168.
- Bromberg, P. M. (1995). Resistance, object-usage, and human relatedness. *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 173-191.
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the spaces: The multiplicity of self in the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 506-535.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Buber, M. (1923/1958). *I and thou* (2^a ed., trans. R. G. Smith). New York: Scribner.
- Buber, M. (1936/1947). *Between man and man* (trans. R. G. Smith). London: Routledge & Kegan Paul.
- Busch, F. (1995). *The ego at the center of clinical technique*. Northvale, NJ: Aronson.
- Carpy, D. V. (1989). Tolerating the countertransference: A mutative process. *International journal of Psycho-Analysis*, 70, 287-294.
- Chused, J. (1991). The evocative power of enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615-640.
- Coady, N. (1991). The association between client and therapist interpersonal processes and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research on Social Work Practice*, 1, 122-138.

- Coyne, J., & Pepper, C. (1998). The therapeutic alliance in briefstrategic therapy. En J. D. Safran & J. C. Muran (eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 147-169). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Curtis, H. (1979). The concept of the therapeutic alliance: Implications for the "Widening scope". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 159-192.
- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes's error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset/Putman.
- Davanloo, H., cd. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson.
- Davies, J. M. (1996). Linking the "pre-analytic" with the post-classical: Integration, dissociation, and the multiplicity of unconscious processes. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 553-576.
- Dickes, R. (1975). Technical considerations of the therapeutic and working alliances. *International journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 14, 1-24.
- Dinnerstein, D. (1976). *The mermaid and the minotaur*. New York: Harper & Row.
- Dreyfus, H. E., & Dreyfus, S. L. (1986). *Mind over machine*. New York: Free Press.
- Eagle, M. (1984). *Recent developments in psychoanalysis*. New York: McGraw-Hill.
- Ehrenberg, D. (1992). *The intimate edge*. New York: Norton.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P., & Davidson, R. J., eds. (1994). *The nature of emotions: Fundamental questions*. New York: Oxford University Press.
- Ekstein, R., & Wallerstein, R. (1958). *The teaching and learning of psychotherapy*. New York: International Universities Press.
- Eliot, T. S. (1963). *Collected poems, 1909-1962*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Epstein, L. (1977). The therapeutic function of hate in the countertransference. *Contemporary Psychoanalysis*, 13, 442-468.
- Epstein, L. (1979). The therapeutic use of countertransference data with borderline patients. *Contemporary Psychoanalysis*, 15, 248-275.
- Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker*. New York: Basic Books.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock/Routledge & Kegan Paul.
- Farber, L. H. (1966). *The ways of the will. Essays toward a psychology and psychopathology of will*. New York: Basic Books.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. New York: Psychoanalytic Quarterly.
- Ferenczi, S. (1915/1980). Psychogenic anomalies of voice production. En J. Richman (ed.), *Further contributions to the problems and methods of psychoanalysis* (pp. 105-109, trans. E. Mosbacher). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1931/1980). Child analysis in the analysis of adults. En M. Balint (ed.), *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis* (pp. 126-142, trans. E. Mosbacher). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S. (1932/1988). *The clinical diary of Sandor Ferenczi* (ed. J. Dupont, trans. M. Balint & N. Z. Jackson). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ferenczi, S. (1933/1980). Confusion of tongues between adults and the child. En M. Balint (ed.), *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis* (pp. 156-167, trans. E. Mosbacher). London: Karnac Books.
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1925/1956). *The development of psychoanalysis*. New York: Dover.
- Fiscalini, J. (1988). Curative experience in the analytic experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 105-142.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87-114.
- Foreman, S. A., & Marmar, C. R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American journal of psychiatry*, 142, 922-926.
- Freud, A. (1936). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1910/1957). The future prospects of psycho-analytic therapy. En *Standard edition* (Vol. 11, pp. 139-151). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. En *Standard edition* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917/1963). Mourning and melancholia. En *Standard edition* (Vol. 14, pp. 237-260). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1923/1961). The ego and the id. En *Standard edition* (Vol. 19, pp. 1-66). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1937/1964). Analysis terminable and interminable. *Standard edition* (Vol. 23, pp. 209-253). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1940/1964). An outline of psycho-analysis. En *Standard edition* (Vol. 23, pp. 139-207). London: Hogarth Press.
- Friedman, L. (1969). The therapeutic alliance. *International journal of Psychoanalysis*, 50, 139-153.
- Friedman, L. (1988). *The anatomy of psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Fromm, E. (1947). *A man for himself*. New York: Rinehart.
- Fromm, E. (1964). *The heart of man*. New York: Harper & Row.

- Gabbard, G. C. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International journal of Psycho-Analysis*, 76, 475-486.
- Gabbard, G. O. (1996). *Love and hate in the analytic setting*. Northvale, NJ: Aronson.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gadamer, H.-G. (1960/1975). *Truth and method* (trans. and ed. G. Barden & J. Cumming). New York: Seabury Press.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 27, 143-153.
- Gendlin, E. (1968). Client-centered: The experiential response. En E. F. Hammer (ed.), *The use of interpretation in treatment: Technique and art* (pp. 208-227). New York: Grune & Stratton.
- Gendlin, E. T. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. (1991). On emotion in therapy. En J. D. Safran & L. S. Greenberg (eds.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 255-279). New York: Guilford Press.
- Gendlin, E. (1994). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford Press.
- Ghent, E. (1989). Credo: The dialectics of one-person and two-person psychologies. *Contemporary Psychoanalysis*, 25, 169-211.
- Ghent, E. (1992). Paradox and process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 135-160.
- Ghent, E. (1993). Wish, need, and neediness: Commentary on Shabad's "Resentment, indignation, and entitlement". *Psychoanalytic Dialogues*, 3, 495-508.
- Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin.
- Gill, M. M. (1982). *Analysis of transference: Vol. 1. Theory and technique*. New York: International Universities Press.
- Goldfried, M., & Davison, G. (1974). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Goldfried, M., & Davison, G. (1994). *Clinical behavior therapy* (expanded ed.). New York: Wiley.
- Gray, P. (1994). *The ego and analysis of defense*. Northvale, NJ: Aronson.
- Greenacre, P. (1968). The psychoanalytic process, transference, and acting out. *International journal of Psycho-Analysis*, 49, 211-218.
- Greenberg, J. (1986). Theoretical models and the analysis neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 22, 87-106.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and beyond*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 1-22.
- Greenberg, J. (1999). *The analysis participation: A fresh look*. The Bernard Kalinkowitz lecture, New York University postdoctoral program in psychotherapy and psychoanalysis.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-11.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson, R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. En M. Kanzer (ed.), *The unconscious today* (pp. 213-232). New York: International Universities Press.
- Greenson, R. (1974). Transference: Freud or Klein? *International journal of Psycho-Analysis*, 55, 37-48.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Guntrip, H. I. (1969). *Schizoid phenomena, object relations, and the self*. New York: International Universities Press.
- Guthell, T. G., & Havens, L. L. (1979). The therapeutic alliance: Contemporary meanings and confusions. *Review of psychoanalysis*, 6, 467-481.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and human interests* (trans. J. Shapiro). Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1987). *The theory of communicative action* (trans. T. McCarthy). Boston: Beacon Press.
- Hanly, C. (1992). Reflections on the place of the therapeutic alliance in psychoanalysis. *International journal of Psycho-Analysis*, 75, 457-467.
- Harper, H. (1989a). *Coding Guide I- Identification of confrontation challenges in exploratory therapy*. University of Sheffield, Sheffield, England.
- Harper, H. (1989b). *Coding Guide II. Identification of withdrawal challenges in exploratory therapy*. University of Sheffield, Sheffield, England.
- Hartley, D. E. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales & A. Frances (eds.), *Psychiatry update* (pp. 532-549). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.

- Haynal, A. (1989). *Controversies in psychoanalytic method*. New York: New York University Press.
- Hegel, G. W. F. (1807/1977). *Phenomenology of spirit* (trans. A. V. Miller). London: Oxford University Press.
- Heimann, P. (1950). On transference. *International journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Heimberg, R. (1998). Manual-based treatment: An essential ingredient of clinical practice in the 21st century. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 387-390.
- Henry, W. P. (1998). Science, politics, and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8, 126-140.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introjects, interpersonal process and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: Wiley.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Hidas, G. (1993). Flowing over-transference, countertransference, telepathy: Subjective dimensions of the psychoanalytic relationship in Ferenczi's thinking. En L. Aron & A. Harris (eds.), *The legacy of Sándor Ferenczi* (pp. 207-216). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Hirsch, I. (1996). Observing participation, mutual enactment, and the new classical models. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 359-383.
- Hoffman, I. Z. (1994). Dialectic thinking and therapeutic action in the psychoanalytic process. *Psychoanalytic Quarterly*, 63, 187-218.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: A dialectical-constructivist view*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Holton, G. (1971). On trying to understand scientific genius. *American Scholar*, 41, 98-99.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth*. New York: Norton.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind* (2d ed.). New York: Plenum Press.
- Horowitz, M. J. (1991). Short-term dynamic therapy of stress response syndromes. En P. Crits-Christoph & J. P. Barber (eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 166-198). New York: Basic Books.
- Horvath, A. O. (1995). The therapeutic relationship: From transference to alliance. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 7-18.
- Horvath, A. O., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. En N. Miller, L. Luborsky, J. Barber, & J. Docherty (eds.), *Handbook of psychodynamic psychotherapy: Theory and research* (pp. 247-273). New York: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S., eds. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jacobs, T. (1986). On countertransference enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 289-307.
- Jacobs, T. (1991). *The use of the self: Countertransference and communication in the analytic setting*. Madison, CT: International Universities Press.
- James, W. (1890/1981). *The principles of psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jones, J. M. (1995). *Affects as process: An inquiry in to the centrality of affect in psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change* (ed. M. Feldman & E. B. Spillius). London and New York: Tavistock and Routledge.
- Kabat-Zinn, J. (1991). *Full catastrophe living*. New York: Delta.
- Kaiser, H. (1965). *The problem of responsibility in psychotherapy* (ed. L. B. Fierman). New York: Free Press.
- Kanzer, M. (1975). The therapeutic and working alliances: An assessment. *International journal of psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 48-68.
- Kennedy, R. (1997). On subjective organizations: Toward a theory of subject relations. *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 553-581.
- Kernberg, O. F. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy*. New York: Wiley.

- Kiesler, D. J., & Watkins, K. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 183-194.
- Klein, M. (1975). *Envy and gratitude" and other works, 1946-1963*. New York: Delacorte.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York: Basic Books.
- Kohlenberg, R., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Korzybski, A. (1933). *Science and sanity*. San Francisco: International Society of General Semantics.
- Kris, E. (1951). Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 15-30.
- Lacan, J. (1953/1977). *Écrits: A selection* (trans. A. Sheridan). New York: Norton.
- Lacan, J. (1973a/1988). *The seminar of Jacques Lacan: Book 1. Freud's papers on technique, 1953-1954* (trans. A. Sheridan). New York: Norton.
- Lacan, J. (1973b/1988). *The seminar of Jacques Lacan: Book 2. The ego in Freud's theory and in the technique of psychoanalysis, 1954-1955* (trans. A. Sheridan). New York: Norton.
- Laing, R. D. (1969). *Self and others*. New York: Pantheon Books.
- Lambert, M. (1998). Manual-based treatment and clinical practice: Hangman of life or promising development? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 391-395.
- Lang, P. J. (1983). Cognition and emotion: Concept and action. En C. Izard, J. Kagan, & R. Zajonc (eds.), *Emotion, cognition, and behavior* (pp. 192-226). New York: Cambridge University Press.
- Langs, R. (1976). *The therapeutic interaction* (2 vols.). Northvale, NJ: Aronson.
- Levenson, E. (1972). *The fallacy of understanding*. New York: Basic Books.
- Levenson, E. (1983). *The ambiguity of change*. New York: Basic Books.
- Levenson, E. (1992). *The parloined self: Interpersonal perspectives in psychoanalysis*. New York: Contemporary Psychoanalysis Books.
- Levenson, E. (1998). Awareness, insight, and learning. *Contemporary Psychoanalysis*, 34, 239-250.
- Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. New York: Basic Books.
- Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. En L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 117-182). New York: Academic Press.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psychoanalysis and motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lichtenberg, J., Lachmann, F., & Fosshage, J. (1992). *Self and motivational systems: Toward a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Linehan, M. (1992). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lionells, M., Fiscalini, J., Mann, C. H., & Stern, D. B., eds. (1995). *The handbook of interpersonal psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Liotti, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 87-104.
- Little, M. (1951). Countertransference and the patient's response to it. *International journal of Psycho-Analysis*, 32, 32-40.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Claghorn (ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-65.
- MacKenzie, K. R. (1998). The alliance in time-limited group psychotherapy. En J. D. Safran & J. C. Muran (eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 193-216). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Maroda, K. J. (1991/1995). *The Power of countertransference: Innovations in analytic technique*. New York: Wiley. (2^a ed. Northvale, NJ: Aronson)
- McLaughlin, J. T. (1991). Clinical and theoretical aspects of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 595-614.
- Meissner, W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1992). True selves, false selves, and the ambiguity of authenticity. En N. J. Skolnick & S. C. Warshaw (eds.), *Relational perspectives in psychoanalysis* (pp. 1-20). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and autonomy in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Modell, A. H. (1991). A confusion of tongues or whose reality is it? *Psychoanalytic Quarterly*, 60, 227-244.
- Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review* 11, 247-266.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 360-366.
- Muran, J. C. (1993). The self in cognitive behavioral research: An interpersonal perspective. *Behavior Therapist*, 16, 69-73.
- Muran, J. C. (1997). Multiple selves and depression. *In session: Psychotherapy in Practice*, 3, 53-64.
- Muran, J. C. (in press). Meditations on "both/and". En J. C. Muran (ed.), *Self-relations in the psychotherapy process*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Muran, J. C., Gorman, B., Safran, J. D., Twining, L., Samstag, L. W., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 651-657.
- Muran, J. C., Samstag, L. W., Segal, Z. V., & Winston, A. (1998). Interpersonal scenarios: An idiographic measure of self-schemas. *Psychotherapy Research*, 8, 321-333.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 185-190.
- Muran, J. C., & Ventur, E. (1995). The operant self. *The Behavior Therapist*, 18, 91-94.
- Natterson, J. (1991). *Beyond countertransference*. Northvale, NJ: Aronson.
- Newirth, J. (1995). Impasses in the psychoanalytic relationship. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 73-80.
- Newman, C. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. En J. D. Safran & J. C. Muran (eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Ogden, T. (1979). On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 357-373.
- Ogden, T. (1982). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Aronson.
- Ogden, T. (1986). *The matrix of the mind*. Northvale, NJ: Aronson.
- Ogden T. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Aronson.
- Orlinsky, D. A., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.
- Parkinson, B. (1995). *Ideas and realities of emotion*. London: Routledge.
- Perls, F. (1973). *The gestalt approach and eyewitness therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Pinsof, W., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 215-240.
- Pizer, S. A. (1996). The distributed self. Introduction to symposium on "The Multiplicity of Self and Analytic Technique". *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 499-507.
- Pizer, S. A. (1998). *Building bridges: The negotiation of paradox in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Plutchik, R., & Conte, H., eds. (1997). *Circumplex models of personality and emotion*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. New York: Doubleday.
- Racker, H. (1953). A contribution to the problem of countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 313-324.
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- Rait, D. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couple and family therapy. En J. D. Safran & J. C. Muran (eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 171-191). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Rank, O. (1929). *The trauma of birth*. New York: Harcourt, Brace.
- Rank, O. (1945). *Will therapy and truth and reality*. New York: Knopf.
- Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: Orgone Institute Press.
- Reik, T. (1948). *Listening with the third ear. The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Farrar, Straus & Giroux.

- Renik, O. (1993). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly*, 62, 553-571.
- Renik, O. (1995). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly*, 64, 466-495.
- Renik, O. (1996). The perils of neutrality. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 495-517.
- Renik, O. (1998). The role of countertransference enactment in a successful clinical psychoanalysis. En S. J. Ellman & M. Moskowitz (eds.), *Enactment: Toward a new approach to the therapeutic relationship* (pp. 111-128). Northvale, NJ: Aronson.
- Rhodes, R., Hill, C., Thompson, B., & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- Rock, M., ed. (1997). *Psychodynamic supervision*. Northvale, NJ: Aronson.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosch, E. (1988). Principles of categorization. En A. M. Collins & E. E. Smith (eds.), *Readings in cognitive science: A perspective from psychology and artificial intelligence* (pp. 312-322). San Matteo, CA: Kaufmann.
- Rubin, J. R. (1996). *Psychotherapy and Buddhism: Towards an integration*. New York: Plenum Press.
- Safran, J. D. (1984a). Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 333-348.
- Safran, J. D. (1984b). Some implications of Sullivan's interpersonal theory for cognitive therapy. In M. A. Reda & M. J. Mahoney (eds.), *Cognitive psychotherapies: Recent developments in theory, research and practice*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Safran, J. D. (1990a). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105.
- Safran, J. D. (1990b). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II. Practice. *Clinical Psychology Review*, 10, 107-121.
- Safran, J. D. (1993a). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 30, 11-24.
- Safran, J. D. (1993b). The therapeutic alliance as a trans-theoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 33-49.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Safran, J. D. (1999). Faith, despair, will, and the paradox of acceptance. *Contemporary Psychoanalysis*, 35, 5-24.

- Safran, J. D. (in press). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 27, 154-165.
- Safran, J. D., & Greenberg, L. S., eds. (1991). *Emotion, psychotherapy, and change*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Greenberg, L. S., & Rice, L. N. (1988). Integrating psychotherapy research and practice: Modeling the change process. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 25, 1-17.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1994). Toward a working alliance between research and practice. En P. F. Talley, H. H. Strupp, & S. F. Butler (eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp. 206-226). New York: Basic Books.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 81-82.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C., eds. (1998). *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). New York: Wiley.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990/1996). *Interpersonal Process in cognitive therapy*. New York: Basic Books. (2d ed. Northvale, NJ: Aronson)
- Safran, J. D., & Wallner, L. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 188-195.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Journal of Psycho-Analysis*, 3, 43-47.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1992). *The patient and the analyst: The basis of the psychoanalytic process* (2^a ed.). Madison, CT: International Universities Press.
- Sandler, J., Holder, A., Kawenoka, M., Kennedy, H., & Neurath, L. (1969). Notes on some theoretical and clinical aspects of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 633-645.
- Sartre, J.-P. (1943/1956). *Being and nothingness* (trans. H. E. Barnes). New York: Washington Square Press.
- Schachtel, E. (1959). *Metamorphosis*. New York: Basic Books.
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.

- Schafer, R. (1992). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Schon, D. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Searles, H. (1955). The informational value of the supervisor's emotional experience. *Psychiatry*, 18, 135-146.
- Searles, H. (1979). *Countertransference and relates subjects*. New York: International Universities Press.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian theory and intersubjective infant research: Observing projective identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 129-160.
- Shabad, P. (1993). Resentment, indignation, entitlement: The transformation of unconscious wish into need. *Psychoanalytic Quarterly*, 3, 481-494.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Shapiro, D. (1989). *Psychotherapy of neurotic character*. New York: Basic Books.
- Shaw, R., & Bransford, J., eds. (1977). *Perceiving acting and knowing: Toward an ecological psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Singer, E. (1977). *Key concepts in psychotherapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Slochower, J. (1996). Holding and the fate of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues*, 6, 323-354.
- Slochower, J. (1997). *Holding and psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, M. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Spezzano, C. (1993). *Affect in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Spezzano, C. (1998). The triangle of clinical judgment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 365-388.
- Stanton, M. (1990). *Sandor Ferenczi: Reconsidering active intervention*. London: Free Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117-126.
- Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly*, 9, 363-379.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R., & Atwood, G. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1994). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation*. New York: International Universities Press.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127-159.
- Strupp, H. H. (1993). The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 431-433.
- Strupp, H. H., & Anderson, T. (1997). On the limitations of treatment manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 76-82.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H., Butler, S. F., & Rosser, C. L. (1988). Training in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 669-689.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- Sullivan, H. S. (1965). *The fusion of psychiatry and the social sciences*. New York: Norton.
- Suzuki, S. (1970). *Zen mind, beginners mind*. New York: Weatherhill.
- Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as an agent of therapeutic change. *International Review of Psycho-Analysis*, 10, 783-792.
- Tansey, M., & Burke, W. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Tasca, G. A., & McMullen, L. M. (1992). Interpersonal complementarity and antitheses within a stage model of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 29, 515-523.
- Thompson, C. (1944). Ferenczi's contribution to psychoanalysis. *Psychiatry*, 7, 245-252.
- Thompson, C. (1950). *Psychoanalysis: Evolution and development*. New York: Grove Atlantic Monthly Press.
- Thompson, C. (1964). *Interpersonal psychoanalysis* (ed. M. Green). New York: Basic Books.
- Tomkins, S. S. (1987). Script theory. En V. Aronoff, A. Rabin, & R. Zucker (eds.), *The emergence of personality* (pp. 147-216). New York: Springer-Verlag.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communications in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication*. New York: Guilford Press.

- Wachtel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Wallerstein, R. S. (1995). *The talking cures*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Watson, J., & Greenberg, L. S. (1995). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, 19-32.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. En R. Shaw & J. Bransford (eds.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology* (pp. 267-311). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Westen, D. (1997). Towards a clinically and empirically sound theory of motivation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 521-548.
- Williams, P. (1989). *Mahayana Buddhism: The doctrinal foundations*. London: Routledge.
- Wilner, W. (1975). The nature of intimacy. *Contemporary Psychoanalysis*, 11, 206-226.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Practice: Science and Practice*, 5, 363-375.
- Winnicott, D. W. (1947/1958). Hate in the countertransference. En *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 194-203). New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1956/1958). Primary maternal preoccupation. En *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 300-305). New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1958a). *Through paediatrics to psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D. W. (1958b/1965). The capacity to be alone. En *The maturational process and the facilitating environment* (pp. 29-36). New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1960/1965). Ego distortion in terms of true and false self. En *The maturational process and the facilitating environment* (pp. 140-152). New York: International Universities Press.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

- Winnicott, D. W. (1969). The use of an object. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 711-716.
- Winnicott, D. W. (1986). *Holding and interpretation*. London: Hogarth Press.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wolstein, B. (1959). *Countertransference*. New York: Grune & Stratton.
- Wolstein, B. (1975). Countertransference: The psychoanalyst's shared experience and inquiry with his patient. *Journal of the American Academy of psychoanalysis*, 3, 77-89.
- Wolstein, B. (1988). Introduction. En B. Wolstein (ed.), *Essential papers on countertransference* (pp. 1-15). New York: New York University Press.
- Wolstein, B. (1994). The evolving newness of interpersonal psychoanalysis: From the vantage point of immediate experience. *Contemporary Psychoanalysis*, 30, 473-499.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.
- Zetzel, E. (1966). The analytic situation. En R. E. Litman (ed.), *Psychoanalysis in America* (pp. 86-106). New York: International Universities Press.

Índice de materias

- Acción interpretativa, 58
- Acción refleja, 78
- Aceptación, 110
- Afinidad relacional, 170
- Agencia versus afiliación, 62
- Alianza terapéutica, 25, 39, 242
- Análisis de la transferencia, 32
- Aseveración matizada, 201
- Atención, 169
- Auto-exploración, 279
- Auto-reflexión retrospectiva, 45
- Auto-revelaciones, 142
- Círculos viciosos, 93, 152
- Clarificación, 175
- Comunicación, 79, 177
- Comunicación afectiva, 79, 136
- Conciencia, 83, 167, 174
- Conciencia en acción, 157
- Conciencia plena, 94
- Conciencia retrospectiva, 175
- Concreción, 169
- Conducta humana interpersonal, 63
- Confianza, 34
- Configuración relacional, 71, 157
- Conflicto, 65
- Conflicto intrapsíquico, 63
- Confrontación, 196, 211
- Conocimiento impensado, 286
- Constructivismo, 66
- Constructivismo dialéctico, 67
- Contexto relacional, 282
- Contratransferencia, 72, 100
- Conversación genuina, 67
- Cosificación, 70
- Creatividad terapéutica, 28
- Crecimiento personal, 29, 30
- Creencias patogénicas, 133
- Curiosidad terapéutica, 104
- Deseos subyacentes, 205
- Desesperación, 114, 174
- Desilusión óptima, 144, 146
- Destreza terapéutica, 29
- Disposiciones de personalidad
preexistentes, 29

Distanciamiento, 196
 Doble conciencia, 96
 Efectancia, 63
 Emoción, 62, 64, 76
 Encuentro existencial, 36
 Entorno de contención, 138
 Escepticismo del paciente, 47
 Espacio analítico, 96
 Espacio interno, 96, 215
 Espacio transicional, 141
 Esquemas relacionales, 129, 132
 Estudio Vanderbilt II, 30, 271, 285
 Evitación, 203
 Expectativa, 171
 Experiencia emocional, 79, 133
 Experiencia emocional correctiva, 33, 78
 Falso self, 138
 Falta básica, 145
 Foco dinámico, 240
 Focusing, 45
 Identificación proyectiva, 80, 102
 Impás terapéutico, 129, 157
 Indefensión, 115
 Información afectiva, 78
 Insight, 83
 Intersubjetividad, 88, 89
 Manuales de tratamiento, 28
 Matriz interactiva, 72, 75, 214
 Matriz relacional, 95, 199
 Mente del principiante, 68
 Modelo de proceso paralelo, 283
 Múltiples estados del self, 139
 Mutualidad, 90
 Necesidad de afiliación, 63
 Necesidad de control, 63
 Negociación, 42
 Negociación intersubjetiva, 66
 Neurosis, 124
 Neutralidad terapéutica, 41
 Objetivos de la terapia, 38
 Observador participante, 87
 Orientación, 165
 Pacto analítico, 32
 Parálisis de la voluntad, 64
 Participación, 165
 Pensamiento existencial, 27
 Pensamiento feminista, 27
 Pensamiento relacional, 39
 Perspectiva existencial, 125
 Perspectiva hermenéutica, 67
 Preconcepciones, 67
 Prueba de transferencia, 134
 Psicología bipersonal, 61, 72, 237
 Psicología del self, 27
 Psicología unipersonal, 239
 Puesta en escena, 88
 Realidad objetiva, 140
 Reflexión-en-acción, 29
 Relación real, 35, 248
 Relación terapéutica, 32, 66, 87
 Relaciones de sujeto, 88
 Relaciones objetales, 33
 Reparación afectiva, 136
 Resistencia, 119
 Responsabilidad, 168
 Responsabilidad personal, 125
 Respuesta del otro, 199
 Respuesta del self, 199
 Ruptura de la alianza, 31, 113, 195
 Self auténtico, 138
 Señalador de confrontación, 213
 Señalador del distanciamiento, 199
 Señalador interpersonal, 175, 179
 Sí mismos múltiples, 107
 Subjetividad, 166
 Supervisión, 271, 290
 Tareas de la terapia, 38

Tendencias de acción, 175
 Teoría británica de las relaciones de objeto, 27
 Teoría del impulso, 77
 Teoría interpersonal americana, 27
 Teoría motivacional, 77
 Teoría relacional, 27, 63
 Terapia de familia, 37
 Terapia de grupo, 37
 Terapia estratégica, 37
 Terapia psicodinámica breve, 239
 Terapia Relacional Breve, 237
 Tercer analítico, 94
 Tradición interpersonal, 36, 71
 Transferencia, 32, 34, 55
 Vínculo, 39, 97
 Vulnerabilidad, 222
 Zen, 174