

RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPEUTICA: UN AMBITO PARA NEGOCIAR UNA AUTENTICA RELACION.

Jeremy D. Safran.

New School for Social Research, New York.

In this article I argue that the clarification of the processes involved in working through breaches or ruptures in the therapeutic alliance, is a vitally important task for psychotherapy theorists and researchers. I suggest that these inevitable problems in the therapeutic alliance provide important opportunities for clarifying factors that may create barriers to authentic relatedness in client everyday lives. Furthermore, working through these problems can provide clients with valuable experience in the important tasks of reconciling the needs for relatedness and agency, and of coming to accept both self and other.

The centrality of these tasks to the human condition has been recognized across the ages and across different cultures. The current paradigm shift in psychotherapy theory and practice toward more relational and constructivist perspectives, however, has established a particularly ripe climate for enhancing our understanding of the client - therapist relationship through a differentiated exploration of these concerns.

“Aproximadamente un año después de la separación de mis padres se deshizo el hogar vienes donde pasé mi infancia... A mí me dejaron en la casa de mis abuelos. Esta tenía un patio interior rectangular rodeado por un balcón de madera que se extendía por el tejado y por el cual se podía andar alrededor de todo el edificio. Aquí estuve una vez, cuando tenía 4 años, con una chica varios años mayor, hija de un vecino, a cuyo cuidado me había dejado mi abuela. Estuvimos apoyados en la barandilla. No puedo recordar lo que le dije a ella sobre mi madre. Pero todavía oigo lo que la chica me dijo “No, ella nunca volverá”. Sé que me quedé callado, abrigando esperanzas de no dudar de dichas palabras. Estas se quedaron grabadas en mi, año tras año se hundían más en mi corazón y después de más de 10 años comencé a percibir las como algo que no sólo me concernía a mi sino a todos los hombres. Posteriormente, inventé la

palabra “*vergegnung*” -desencuentro- para dar nombre al fracaso de un mal encuentro entre seres humanos. Cuando pasados otros 20 años vi de nuevo a mi madre que había venido desde lejos a visitarnos a mi mujer, mis hijos y a mi, no pude mirar fijamente dentro de sus hermosos ojos sin oír procedente de algún lugar la palabra “*vergegnung*” como una palabra dicha hacia mi. Sospecho que todo lo que he sabido acerca de un encuentro auténtico en el curso de mi vida tuvo su primer origen en aquella hora en el balcón.”

Martin Buber.

SALVAR LAS RUPTURAS EN LA ALIANZA TERAPEUTICA

En los últimos años he presenciado un cambio claro en el énfasis de la terapia y práctica psicoterapéutica, en la dirección de una perspectiva interpersonal y hacia el reconocimiento de la importancia de la relación terapéutica como un mecanismo terapéutico de significado fundamental. Greenberg y Mitchell (1983) y Eagle (1984) han realizado excelentes trabajos documentando el cambio, tomando posiciones en la teoría psicoanalítica hacia perspectivas orientadas relacionamente. En la tradición cognitivo-conductual, un número cada vez mayor de autores, ponen énfasis en la necesidad de integrar las perspectivas cognitiva e interpersonal, e incorporar sistemáticamente el uso de la relación terapéutica como un instrumento de cambio (Arnkoff, 1983; Goldfried y Davison, 1976; Jacobson, 1989; Safran, 1984 a;b). El deslustrado concepto de experiencia emocional correctora (Alexander y French, 1946) está siendo rehabilitado y dotado de nueva vida por una serie de teóricos de diversas tradiciones (Arkowitz y Hannah, 1989; Jacobson, 1989; Kohut, 1984; Safran y Segal, 1990; Strupp y Binder, 1984; Weiss, Sampson y el Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1987).

El fracaso consistente en hallar diferencias en la eficacia de distintas formas de psicoterapia y el descubrimiento de que los factores terapéuticos comunes explican una gran cantidad de la varianza, están llevando a un gran número de investigadores en psicoterapia a concentrar su atención en la relación terapéutica (Lambert, 1983). En este contexto, el concepto de alianza terapéutica ha recobrado un significado central. Desde los orígenes de la terapia psicoanalítica (Greenson, 1967; Sterba, 1934; Zetzel, 1956) la alianza ha sido conceptualizada en términos transteoréticos como un prerrequisito para el cambio en todas las formas de terapia (Bordin, 1979) y se ha acumulado una cantidad impresionante de investigación empírica, consistente con esta conceptualización (Alexander y Luborsky, 1986; Horvath y Greenberg, 1989; Orlinsky y Howard, 1986; Suh et al, 1989).

En este artículo sostengo que: 1) La exploración y resolución de las dificultades en el establecimiento y/o mantenimiento de una buena alianza terapéutica pueden desempeñar un papel central en la ayuda al cambio de los pacientes. 2) La

clarificación de las operaciones dentro de una sesión, implicadas en la resolución de los problemas referentes a la alianza terapéutica, es uno de los desafíos prácticos más importantes que enfrenta hoy a psicoterapeutas e investigadores en psicoterapia; y 3) La clarificación de los mecanismos teóricos por los que se resuelven estos problemas y se llega al cambio, es una tarea reveladora y de suma importancia. Comenzaré explorando el valor que supone centrarse en las rupturas de la alianza desde las perspectivas de la eficacia terapéutica y del desarrollo de la teoría. Después, examinaré los procesos dirigidos a subsanar estas infracciones o rupturas y que pueden llevar al cambio.

En esta discusión de los procesos fundamentales, sostendré que la exploración de las rupturas de la alianza es un asunto particularmente importante porque son paradigmáticas de un dilema fundamental de la existencia humana: la necesidad de conciliar nuestro deseo innato de relaciones interpersonales con la realidad de nuestras separaciones. Ilustraré cómo este tema aparece como un asunto central en un gran número de tradiciones psicológicas, filosóficas y espirituales, posteriormente intentaré aclarar cómo el trabajo a través de las rupturas de la alianza puede ayudar a la reconciliación de este dilema.

EFICACIA TERAPEUTICA.

El descubrimiento consistente de que el paciente tipo, tiende a beneficiarse de la psicoterapia sea cual sea la aproximación empleada (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Shapiro, 1985; Smith y Glass, 1983) oscurece el hecho de que en cualquier estudio de un tratamiento, hay pacientes específicos que mejoran, mientras que otros se mantienen igual e incluso empeoran (Bergin, 1970). ¿Quiénes son los pacientes que no se benefician de la psicoterapia?. La evidencia empírica sugiere que la calidad de la alianza terapéutica es el mejor predictor de los resultados terapéuticos. En un nivel práctico, esto podría parecer central para desarrollar formas de ayudar a estos pacientes, que no se benefician de la terapia tan rápidamente como los demás -los pacientes con los que es difícil establecer o mantener una buena alianza terapéutica.

Los hechos están empezando a sugerir que diferentes terapeutas poseen distintas habilidades en este aspecto (Lambert, 1989; Orlinsky y Howard, 1980; Ricks, 1974). Luborsky y colaboradores (1985), por ejemplo, demostraron que mientras los pacientes respondieron igualmente bien a tres condiciones de tratamiento distintas, los terapeutas individuales (a pesar de la condición de tratamiento) mostraron niveles distintos de eficacia con sus pacientes y que la mayor variable mediadora era su habilidad en establecer buenas alianzas terapéuticas. En un seguimiento de este estudio, Luborsky y colaboradores (1986) reanalizaron los datos de cuatro importantes estudios sobre eficacia encontrando que, en todos ellos, la contribución en los resultados de la variable terapeuta había eclipsado los efectos de la modalidad de tratamiento.

En el primer estudio psicoterapéutico de Vanderbilt, Strupp (1980) observó que un factor importante que distinguía los casos con resultados negativos, era la dificultad del terapeuta para establecer una buena alianza terapéutica con sus pacientes, debido a una tendencia de caer atrapado en ciclos de interacción negativa en los que respondían a la hostilidad del paciente con su propia contrahostilidad. Esta observación fue posteriormente apoyada de una manera más sistemática con los datos provenientes del segundo estudio de Vanderbilt, en los que se demostraba que un factor principal que distinguía a los tratamientos fracasados de los exitosos, era la tendencia del terapeuta a encerrarse en ciclos complementarios negativos con sus pacientes (Henry, Schacht y Strupp, 1986; Henry y colaboradores, 1990).

La importancia de centrar nuestros esfuerzos teóricos e investigadores en depurar el cómo se trabaja con las alianzas terapéuticas problemáticas, cobra gran importancia cuando uno se para a pensar que los terapeutas de estos estudios estaban bien entrenados y eran experimentados. Como Strupp (1980) señaló después del primer estudio de Vanderbilt:

Lo cierto es que cualquier terapeuta -en realidad cualquier ser humano- no puede quedar inmune a las reacciones negativas (enfado), a la rabia reprimida que se encuentra frecuentemente en los pacientes con alteraciones moderadas a severas. Tan pronto como uno entra en el mundo interno de otra persona a través de una relación terapéutica, se enfrenta con la necesidad ineludible de tratar con la reacción propia a la tendencia del paciente a hacer del terapeuta un compañero en sus dificultades a través de la transferencia. En el proyecto de Vanderbilt, los terapeutas -incluso los muy experimentados y los que habían seguido un análisis personal- tendían a responder a estos pacientes con contrahostilidad expresándola mediante frialdad, alejamiento y demás formas de rechazo. (p.953).

Estas observaciones llegan a ser particularmente penetrantes teniendo en cuenta que los terapeutas del segundo estudio de Vanderbilt estaban explícitamente entrenados para trabajar con ciclos interaccionales negativos que habían sido observados en el primer estudio de Vanderbilt. La clarificación de los procesos implicados en el trabajo terapéutico con estos ciclos interaccionales negativos y la resolución de las rupturas de la alianza terapéutica podrían ser una importante línea para el futuro de la investigación en psicoterapia y el desarrollo de la teoría (cf. Foreman & Marmar, 1985; Safran et al 1990; Safran & Segal, 1990). Puesto que he descrito nuestro programa de investigación en este área en otros lugares (Safran, 1993; Safran et al 1990; Safran, Muran & Wallner, 1991), aquí focalizaré exclusivamente en aspectos teóricos.

LA RUPTURA DE LA ALIANZA COMO UNA VENTANA HACIA LOS TEMAS CENTRALES.

Una ruptura en la alianza terapéutica puede ser una seria barrera al progreso terapéutico, pero puede proporcionar al mismo tiempo una información indispen-

sable al terapeuta. El impacto de cualquier acción del terapeuta está siempre mediado por la construcción que de ella hace el paciente. Un problema en la alianza proporciona una importante oportunidad para aclarar los patrones de construcción característicos del paciente (Safran, 1993; Safran et al, 1990; Safran y Segal, 1990). Desde una perspectiva interpersonal, cualquier tensión en la alianza terapéutica refleja las contribuciones tanto del paciente como del terapeuta. La importancia relativa de estas dos contribuciones varían de un caso a otro. En algunos casos, el terapeuta puede intervenir de una manera que el paciente medio experimentará como útil, pero que puede ser experimentada por un paciente particular como crítica, invalidadora o rechazante. En estos casos la exploración de la manera en la que el paciente construye las acciones del terapeuta puede llevar a la clarificación de los principios de organización central que forman el significado de los sucesos interpersonales para el paciente. Por ejemplo, un paciente que vive el silencio del terapeuta como una dificultad, puede tener una tendencia general a percibir a los otros como distanciados o no disponibles emocionalmente. Un paciente que vive las intervenciones más activas del terapeuta como una dificultad, puede tener una tendencia a percibir a los demás como controladores o intrusivos.

Como los teóricos interpersonales enfatizan, es importante para el terapeuta clarificar las contribuciones que ambas partes están poniendo en la interacción (Gill, 1982; Greenberg, 1991; Hofman, 1991; Kiesler, 1986; Stolorow, 1988). En algunos casos, una intervención dificultosa refleja tanto una técnica o una característica del terapeuta que surgirá con la mayoría de los pacientes. Por ejemplo, un terapeuta con una aproximación particularmente confrontativa debido a su orientación terapéutica, a su particular estilo agresivo interpersonal (o a ambos a la vez), puede tener dificultad para establecer la alianza con muchos pacientes. En otros casos el terapeuta contribuye a los problemas en la alianza terapéutica, participando inconscientemente en círculos viciosos, semejantes a los que caracterizan las demás relaciones de los pacientes. Por ejemplo, un terapeuta que responde a la hostilidad del paciente con contrahostilidad, confirma la creencia del paciente de que los otros son hostiles y obstruye el desarrollo de una buena alianza terapéutica. Un terapeuta que responde a la introversión del paciente empujándolo a la autorevelación, confirma el punto de vista del paciente de que los otros son intrusivos, perpetuando un círculo vicioso en el que los demás son vistos como intrusivos y el paciente se aísla para autoprotgerse.

La idea de que pacientes y terapeutas representan los círculos viciosos propios de las otras relaciones del paciente, ha llegado a ser un tema central en las aproximaciones terapéuticas orientadas interpersonal o relacionalmente. Este tema, típicamente discutido bajo el nombre general de la dinámica de la transferencia/contratransferencia, es entendido en términos distintos por las diferentes tradiciones teóricas. Algunos teóricos (e.j. Cashdan, 1988; Ogden, 1986; Racker, 1968; Tansey & Burke, 1989) recurren al concepto de “identificación proyectiva” para explicar el

mecanismo a través del cual estos círculos viciosos llegan a actuarse. Otros hacen la hipótesis que éstos resultan de profecías autocumplidas en las que las expectativas disfuncionales del paciente y las estrategias de afrontamiento desadaptadas, les lleva a actuar de una manera que irónicamente confirma sus creencias (e.j. Carson, 1969; Kiesler, 1986; Safran, 1990a; Strupp y Binder, 1984; Wachtel, 1977).

Sin reparar en la perspectiva teórica de cada uno en este asunto, en cualquier caso, la implicación es que la dinámica interaccional que impide el desarrollo de una buena alianza terapéutica, puede dar información sobre lo que Luborsky (1984) califica como el centro de la relación conflictiva en la vida diaria del paciente, y que la exploración de la manera en que terapeuta y paciente contribuyen a la ruptura de la alianza puede dar al terapeuta una información importante que de otra manera no estaría disponible. Otra implicación es que resolviendo la ruptura en la alianza, sin participar en un ciclo disfuncional habitual, el terapeuta puede dar al paciente una nueva experiencia emocional correctora.

LA EXPERIENCIA EMOCIONAL CORRECTORA.

El concepto de experiencia emocional correctora, popularizada por Alexander y French (1946), puede remontarse al trabajo de Ferenczi en las primeras etapas del pensamiento psicoanalítico (tema que retomaremos más tarde). Especular sobre los factores que condujeron al descrédito de este concepto en el pensamiento psicoanalítico durante algunos años y los factores responsables del resurgir de su interés, están más allá del propósito de este artículo (Ver Haynal, 1988 para una interesante discusión sobre este tema). De todas maneras, la tendencia en esta dirección es claramente evidente (Bollas, 1989; Kohut, 1984; Mitchell, 1988; Safran, 1990b; Strupp y Binder 1984). Es importante hacer notar la gran cantidad de evidencia empírica consistente con la hipótesis de que la habilidad del terapeuta para cambiar las creencias disfuncionales del paciente sobre las relaciones interpersonales a través de la relación terapéutica es un mecanismo de cambio importante (Weiss et al, 1987).

Kohut (1984) ha sido particularmente influyente en la sensibilización de los clínicos hacia el significado terapéutico de la resolución de las rupturas en la alianza, o lo que él llamaba fracasos empáticos, haciendo también un intento importante de articular los mecanismos a través de los cuales, resolviendo las rupturas, se puede conseguir el cambio. Según Kohut (1984), los impasses terapéuticos reflejan fallos empáticos por parte del terapeuta, y el proceso de trabajar a través de estos fallos empáticos otorga una experiencia emocional correctora al paciente. Estos procesos suceden a través de lo que él llama una internalización transmutadora.

Esto, según él, consiste en la creación de nuevas estructuras internas a través de (usando su terminología): 1) el abandono de la catexis narcisista de las imágenes objetales del self y 2) un proceso subsiguiente de internalización en el que el paciente se hace cargo de algunas de las funciones objetales del self que el terapeuta

había estado asumiendo, como la regulación y el mantenimiento de la cohesividad del self y su autoestima. Este modelo, atractivo en un nivel, presenta problemas cuando se trata de operacionalizar ciertos constructos centrales. Para citar a Eagle (1984):

“Generalmente, el concepto de internalización en la literatura psicoanalítica es confuso y confunde y el de Kohut no es una excepción. Cuando se intenta entender lo que Kohut quiere decir especialmente con internalización transmutadora, se lee, por ejemplo que esto implica la creación de estructuras psíquicas internas a través del abandono de la catexis de las imágenes objetales. Pero: ¿Qué son estructuras psíquicas? y ¿qué significa abandonar la catexis de las imágenes objetales?. Las explicaciones a la “internalización transmutadora” son tan vagas como el concepto en sí mismo a no ser que cada respuesta a estas preguntas sea realmente clara y posea un contenido y referencia empírica. Desafortunadamente, creo que tengo que concluir que en este momento el concepto clave empleado por Kohut para describir y explicar el cambio terapéutico, tiene en el mejor de los casos un significado aproximado o quizás aparente.” (p.70).

A continuación, intentaré aclarar algo del significado contenido dentro de este concepto. Mi propósito es desenredar alguna de las ideas y asunciones que están implícitas y explícitas en la formulación de Kohut y algunas ideas relacionadas que no lo están. Comenzaré explorando el significado potencial que puede tener la reconciliación de las rupturas de la alianza en el proceso de crecimiento en términos filosóficos, y luego en una sección posterior del artículo seguiré operacionalizando alguno de los mecanismos que pueden estar implicados.

SOLO CON LOS OTROS

En la vida todos nosotros debemos inevitablemente superar la paradoja de que, por la naturaleza de nuestra existencia, estamos solos y, más aún, inevitablemente en el mundo con otros. Básicamente estamos solos. En las estrictas palabras del filósofo budista del siglo octavo, Shantideva: “Al nacer nací solo y al morir también debo morir solo” (Batchelor, 1979, p.98). Aunque somos capaces de compartir muchas cosas con otras personas, muchas de nuestras más importantes experiencias nunca las compartiremos. Al mismo tiempo, estamos inevitablemente unidos a otros por la naturaleza de nuestra existencia. Hemos nacido en relación con otros (surgimos del seno de nuestra madre) y logramos un sentido del Self sólo en relación a OTROS. Teóricos tan diversos como Mead (1934), Lacan (1964) y Kohut (1984), han usado la metáfora del espejo para expresar el papel que los otros juegan en el desarrollo y el mantenimiento del sentido del Self. Como demuestran los actuales desarrollos de la investigación, los seres humanos están biológicamente programados para buscar las relaciones con otras personas y para desarrollarse en el contexto de las relaciones con otras personas (Bowlby, 1969; Stern, 1985). Además, ya desde la más temprana edad, parecemos tener una notable capacidad para la intersubjetividad -para compartir y empatizar con las experiencias subjetivas de otros (Murphy y

Messer, 1979; Trevarthan y Hubley, 1978).

Aun a pesar de la naturaleza intrínsecamente interpersonal de la existencia humana, estamos finalmente atrapados por nuestra propia piel y quedamos separados de otros en virtud de nuestra existencia como organismos independientes. Independientemente de nuestros esfuerzos, no podemos lograr, de forma permanente, el tipo de unión con otros que nos permita escapar de nuestra soledad. Como seres humanos, pasamos nuestras vidas superando la paradoja de la simultaneidad de la soledad y la compañía.

Balint (1935) se refirió a lo que él llamaba el “defecto básico”, como la esencia de la condición humana. Según él, el defecto básico proviene del hecho de que el entorno falla en estar en perfecta armonía con nuestras necesidades. La primera experiencia de esta clase la tenemos típicamente con la madre, quien inevitablemente estará o bien ausente cuando la necesitemos o bien entrometiéndose cuando necesitemos que nos deje solos. Como resultado de este inevitable desajuste, uno tiene su primera experiencia de que el entorno es inexacto en algún sentido. Empezamos a tener una sensación de estar separados de nuestro entorno. Este defecto básico -la sensación de que hay algo fundamentalmente mal, de haber perdido un estado de gracia- es un tema universal de la mitología, y el intento de conciliar este defecto básico es un interés clave en todas las tradiciones espirituales.

En la tradición judeo-cristiana, este sentimiento de haber perdido un estado de gracia está reflejado en el mito de la expulsión del jardín del Edén. La cultura judía está impregnada de una sensación de vivir en el exilio como principio tanto histórico como cósmico. Las tradiciones cristianas y judías tienen interés en remediar nuestra sensación de separación, a través de alcanzar una unión con lo divino y con otros seres humanos. Esto es particularmente cierto para la tradición Cabalística y Yasídica en el Judaísmo y para las tradiciones Gnósticas en el Cristianismo. La tradición hindú ve el dilema de la experiencia de la separación humana como resultado del fracaso en reconocer que todos somos parte de una esencia universal, Brahma, y el reconocimiento y la experiencia de nuestro ser fundamental como parte de esta esencia universal, como la solución. El budismo examina el dilema humano básico como originado por una concepción equivocada del Self, como teniendo una naturaleza permanente y sustancial y el reconocimiento de la no-dualidad entre el Self y los Otros como la solución. El dolor y el anhelo de la separación y el éxtasis de la unión gnóstica, son expresadas exquisitamente en los poemas del místico Sufi del siglo tercero, Rumi:

Ardiendo con el fuego anhelado
deseando dormir con mi cabeza en tu umbral
mi vida se compone sólo de este intento
de estar en tu presencia.
(Moyné & Barks, 1986, p.64)

Él está en cada uno de mis átomos,
en cada uno de mis nervios desnudos
Soy un arpa aprendiendo contra él.
Esta pena es sólo un juego de sus dedos
(Harvey, 1988, p.68)

Varios teóricos de la Psicología han escrito, en distintos términos, sobre el intento de escapar de nuestro aislamiento a través de la unión con otros y de las diferentes formas en las que este tema es llevado a cabo en la vida diaria y “en el ámbito” de la psicoterapia (p.e. Mahler, 1974; Rank, 1929; Spitz, 1965; Stone, 1961). Es interesante mencionar que, desde los primeros tiempos de la teoría psicoanalítica, hubo dos líneas paralelas de pensamiento respecto a la naturaleza fundamental de la motivación humana. Al mismo tiempo que Freud estaba articulando su Metapsicología pulsional, en la que sostiene que el principio motivacional fundamental consiste en mantener la energía libidinal en un nivel constante, Ferenczi, (1931), enfatizaba la importancia de lo que Balint, (1935), discípulo suyo, vino a llamar más tarde “amor primario”, p.e., el deseo de “ser amado siempre, en todas partes, de todas formas, todo mi cuerpo, todo mi ser” (Balint, 1935:50)

Pensaba que la neurosis se desarrollaba como resultado de la división de una parte del Self para mantener una relación con los padres, y que la terapia puede proporcionar lo que Balint (1935) más tarde calificó de “nuevo comienzo”, en el cual el paciente aprende a relacionarse con el terapeuta sin este tipo de división-separación. De acuerdo con él, se puede utilizar la situación terapéutica para permitir que el paciente se abandone a la fase de “objeto-amado pasivo”, p.e., la fase en la que, como el niño, sus necesidades son perfectamente atendidas por el otro. Cuando el paciente inevitablemente experimenta la realidad de la situación terapéutica y los límites de la responsividad del analista están claros, le sigue un trauma que re-construye el trauma que inicialmente tuvo lugar cuando el niño se desengañó de su propia omnipotencia, durante la infancia.

Rank (1929), estimulado en parte por su colaboración con Ferenczi, vino a enfatizar que el Trauma de nacimiento era la esencia del significado etiológico fundamental de todas las neurosis. Así, de acuerdo con él, el trauma principal implica la separación inicial de la relación biológicamente simbiótica con la madre y toda la vida puede ser entendida como un intento de recobrar este estado simbiótico. De acuerdo con Rank (1945), el problema central para la mayoría de las personas que buscan tratamiento es una inhibición en la capacidad de desear. El deseo provoca ansiedad y culpa para muchos pacientes, porque implica asertividad, la cual a su vez siempre implica una separación del otro. De acuerdo con Rank, evolutivamente una de las primeras expresiones de deseo es en forma negativa. El niño comienza a diferenciar su Self del de sus padres diciendo “no”. Si los padres son capaces de tolerar y dar por válidos estas conductas asertivas, esto facilita el

desarrollo de un deseo saludable y creativo y una sensación de entidad en el niño. Sin embargo, si los padres se sienten amenazados por esta expresión del deseo y le imponen sumisión, el deseo del niño se llega a paralizar y nunca desarrolla la habilidad de desear de un modo saludable y creativo.

DESENGAÑO Y MADURACION.

Cuando el bebé es un recién nacido, depende completamente de la madre y ella a cambio, está predispuesta a estar físicamente y psíquicamente en armonía con el niño. Winnicott (1965), se refirió a esto como un estado de preocupación maternal primaria. A causa de esta preocupación, el niño, en cierto modo, empieza con una total demanda de su madre. Teóricos tales como Winnicott y Kohut creen que una fase en la cual la madre se permite ser un objeto de las necesidades del niño, juega un papel importante en ayudar al niño a adquirir un sentido fundamental de creatividad. Como Winnicott sugiere, ella participa en la creación de una ilusión con el niño. A través de este tipo de actividad juguetona, la madre y el niño crean entre los dos la ilusión de que el niño puede, en cierto sentido, crear su propio mundo y esto sirve para ayudarle a desarrollar un sentido fundamental de entidad, espontaneidad y creatividad.

Poco a poco, sin embargo, a medida que la madre sale de su estado primario de preocupación materna, y llega a estar más en armonía con sus propias necesidades y menos responsiva hacia las necesidades del niño, éste empieza a desengañarse. Si los cuidados maternos tienen lugar de un modo óptimo (a lo que Winnicott se refirió como *maternidad suficientemente-buena* y Kohut como *frustración óptima*) este proceso de desengaño se encuentra siempre dentro del rango de la tolerancia del niño y, así, no se experimenta como traumática. En un proceso de desarrollo saludable, el individuo viene a aceptar, hasta cierto punto, la existencia de la independencia del otro. Uno llega a aceptar el status del otro como sujeto más bien que como objeto de sus necesidades, sin tener que suprimir su propia creatividad y necesidades corporales para mantener el contacto con el otro. Sin embargo, si el grado de desengaño es traumático, entonces el niño experimenta un impacto en su propio desarrollo y se le exige adaptarse a las necesidades de la madre, más que aprender gradualmente a desarrollar un sentimiento del Self, que sintetiza sus propias necesidades corporales.

Mientras que en algunos casos este proceso de desengaño -de llegar a un acuerdo con la existencia separada del otro- es menos traumático que en otros, esto nunca tiene lugar de forma completamente tranquila. Así, en cierto modo, los individuos pasan sus vidas luchando con esta cuestión de la soledad vs. la unidad -manteniendo un sentido del Self como esencial, vivo y real; y al mismo tiempo manteniendo un sentido de los otros como sujetos reales e independientes.

En distinta medida, las personas continúan relacionándose con los otros como objetos -como personajes de sus propios dramas más bien que como sujetos

independientes. Las personas intentan controlar y poseer a los demás, tratando de estrujarlos en formas que son apropiadas a sus fantasías y necesidades. En palabras de Martin Buber, la gente se relaciona con los demás como “sus” más que como “tus”.

El problema aquí es doble. Primero, el mundo y las personas, se oponen tenazmente a adaptarse a las formas que intentamos asignarles. Hay, así, una constante experiencia de frustración. Segundo, en la medida en que tratamos a la gente como objetos y fallamos en reconocer su status como sujetos, les privamos de la existencia independiente necesaria para que sean capaces de proporcionar alivio a nuestra experiencia de aislamiento, (la dialéctica amo-siervo de Hegel). Así se da una suprema ironía aquí, en la que en la medida en que tenemos éxito en nuestra meta de poseer o controlar a los demás (o por lo menos nos engañamos nosotros mismos creyendo que lo hacemos) aumentamos nuestro sentimiento de soledad.

Además de intentar manipular a los otros en un intento de encontrar sus propias necesidades, las personas se automanipulan en un intento de ser de alguna manera lo que les ayudará a mantener relaciones a través del encuentro de las necesidades de los otros. Por más que tratemos de someternos a nosotros mismos de una forma particular, sin embargo, finalmente queda lo que realmente somos, y cualquiera puede verlo. Esto, por supuesto, fue uno de los brillantes insights que Wilhelm Reich tuvo cuando señaló el hecho de que las propias defensas son una parte integral del carácter y que se manifiestan en cada molécula del ser. La fotógrafa Diane Arbus (1972) dijo una vez que sus retratos fueron diseñados para captar la discrepancia entre intención y efecto, p.e. la forma paradójica en la que, para cualquiera que lo vea, estamos ahí con todos nuestros defectos, incluidos nuestros intentos de esconderlos, a pesar de nuestras ilusiones sobre nosotros mismos.

La naturaleza patológica de este tipo de automanipulación ha sido siempre un tema central en las psicoterapias humanistas (p.e. Perls, Hefferline y Goodman, Rogers, 1951). De alguna manera ha sido reconocida en las formulaciones psicoanalíticas clásicas, las cuales enfatizaban el papel de la represión sexual en psicopatología y veían la relajación de la severidad del superyo como una parte importante del proceso curativo. Y, como sucede siempre, una rama de la teoría psicoanalítica corre paralela a la corriente principal, que enfatiza la importancia del deseo de unirse en la experiencia humana, y de la experiencia emocional correctora en la terapia, siempre ha habido una rama que enfatiza la importancia de liberar el Self (basado orgánicamente) de las cadenas de la sobreconformidad (Ferenczi, 1931; Rank, 1945; Reich, 1942). Sin embargo, cada vez más, con el desarrollo de teorías psicoanalíticas más relacionalmente orientadas (p.e. Balint, 1935; Guntrip, 1969; Horney, 1945; Sullivan, 1953; Winnicott, 1965), la noción del abandono del Self a la sociedad a través de la sobreconformidad, ha llegado a ser un tema destacado.

Winnicott (1965) mostró un interés particular hacia los problemas causados

por la paralización espontánea del Self, organísticamente basado, a través de la sobreconformidad. Esto aparece con elegante sencillez en su distinción entre el verdadero Self y el falso Self. De acuerdo con él, la madre, aportando lo que calificó de “entorno contenedor apropiado”, ayuda al niño a desarrollar un sentido de sí mismo como real. Reconociendo los gestos espontáneos del niño, le ayuda a comenzar a sintetizar su experiencia espontánea como una parte del Self, y ésta es la base fundamental de la experiencia de ser real.

SEPARACION/INDIVIDUACION Y LA REPRESENTACION DE LAS INTERACCIONES SELF-OTRO.

De acuerdo con Mahler (1974) el proceso de separación/individuación es la tarea evolutiva de mayor importancia a la que se enfrenta el individuo. Teoriza que el niño tiene un deseo de unirse simbióticamente a la madre y una tendencia natural a individualizarse. La curiosidad natural del niño hacia el mundo le lleva a explorarlo, facilitando por lo tanto la individuación. Se requiere la presencia de la madre y su disponibilidad emocional para facilitar esta exploración y movimiento en el mundo. Mahler (1974) se refiere a esto como “anclaje seguro”. En un proceso de desarrollo saludable, la madre proporciona el balance óptimo entre disponibilidad emocional y el estímulo de la autonomía. De acuerdo con la autora, el desarrollo de la constancia emocional del objeto, p.e. la habilidad de mantener una representación simbólica de la madre en su ausencia, juega un papel crucial en consolidación del proceso de individuación y permitir al niño emplear una conducta exploratoria sin su presencia física real.

Bowlby (1969) también enfatiza el papel tan importante que la disposición emocional de la madre juega en proporcionar al bebé lo que él llama una base segura desde la cual explorar. Sin embargo, él entiende el significado de la unión madre-hijo en términos etológicos. Desde esta perspectiva, la conducta de apego, p.e., mantener la proximidad a la figura de apego, es un sistema conductual biológicamente activado que juega un papel adaptativo en la supervivencia de las especies. El concepto de Bowlby (1969) de modelo de trabajo, proporciona una manera particularmente útil de entender la manera en la que la representación cognitivo-afectiva del niño con figuras de apego, media el desarrollo y posterior interacción con los otros.

Según él, la representación interna del niño de las interacciones con figuras de apego, juega un papel importante en el mantenimiento de la proximidad, dejándole predecir las contingencias de las interacciones Self-Otros. Por ejemplo, el niño que aprende que la expresión de los sentimientos de tristeza o enfado, tendrá como consecuencia su abandono, puede ocultar tales sentimientos para mantener la relación. Como he sostenido en otra parte, el modelo de trabajo puede ser concebido como un tipo de esquema interpersonal que funciona como un programa para mantener relaciones interpersonales (Safran, 1990a, Safran y Segal 1990). Este

concepto es similar en ciertos aspectos a otros modelos de internalización, p.e. Fairbairn, 1952; Ogden, 1986; Sandler y Sandler, 1978). Una distinción crítica, sin embargo, es que claramente especifica la forma en que los acontecimientos interpersonales se representan internamente en términos coherentes con la teoría de la memoria contemporánea (ver Stern, 1985; Safran, 1990 para elaboraciones sobre este punto). Así, esto tiene la ventaja del tipo de claridad conceptual que se presta bien a la investigación empírica, p.e. Hill y Safran, 1993; Main, Kaplan y Cassidy, 1985) y que un número creciente de teóricos han ido adaptándolo y elaborándolo (Beebe, 1985; Nelson y Greundel, 1981; Safran, 1990; Stern, 1985).

DESCOORDINACION AFECTIVA Y REPARACION.

La investigación reciente en comunicación empática entre la interacción madre-niño ofrece algunas sugerencias interesantes relativas al papel que la armonía emocional y su ausencia pueden desempeñar en el desarrollo de esquemas interpersonales disfuncionales y adaptativos. Tal y como indican la teoría y la investigación en las áreas de la emoción y el desarrollo infantil, las experiencias emocionales juegan un papel central en proporcionar al individuo información sobre su disposición a la acción (Greenberg y Safran, 1977; Lang, 1982; Leventhal, 1984). De esta forma, la medida en que una persona interioriza y exterioriza información afectiva de distintos tipos, determina la medida en que finalmente se desarrolla en esta persona un sentido de sí misma, que se basa en su experiencia enraizada biológica y organísmicamente (Safran y Greenberg, 1991, Safran y Segal, 1990). De esta manera como Stern (1985) indica, el proceso de armonización afectiva juega un papel central en ayudar al niño a articular su experiencia emocional. A través de este proceso, el niño desarrolla un sentido de sí mismo que se basa en su propia experiencia, percibida corporalmente y que es comunicable al otro.

Una serie de estudios han demostrado que existen unas diferencias consistentes, entre la forma en que las diadas madre-niño sanas y disfuncionales afrontan los momentos de armonía y desarmonía afectiva (Tronick, 1989). En las diadas, tanto las sanas como las disfuncionales, se produce una oscilación continua entre períodos en los que la madre e hijo están armonizados o coordinados afectivamente y períodos en los que no lo están. En las diadas madre-niño sanas, a los momentos de falta de coordinación afectiva les sigue una reparación de la interacción. Por ejemplo, un niño empieza a experimentar tristeza o alegría y la madre no armoniza con esta emoción como respuesta. Esta falta de armonía el niño la experimenta como una emoción secundaria (por ejemplo, enojo). La madre entonces armoniza con la emoción secundaria y la diada vuelve a estar coordinada afectivamente.

En cambio las diadas madre-niño disfuncionales, la madre no sólo no armoniza con la emoción primaria sino que no lo hace con la secundaria. Tronick (1989), utilizando el modelo de interiorización de Bowlby, sugiere que en las diadas madre-

niño sanas la oscilación continua entre los períodos de falta de coordinación y de reparación en última instancia resultan ser útiles al ayudar al niño a desarrollar un esquema interpersonal adaptativo, en el que se representa la otra parte, como potencialmente disponible y el yo como capaz de negociar, incluso ante una ruptura interaccional.

En cambio, el niño en la diada disfuncional nunca desarrolla este tipo de representación y como resultado es probable que renuncie a la posibilidad de establecer un contacto emocional verdadero. El niño no desarrolla fe en su capacidad para mantener un contacto auténtico frente a algún tipo de relación interpersonal, desarrollará estrategias de manipulación propia o de la otra parte para mantener algún tipo de contacto interpersonal. Como Ferenczi (1931) y Winnicott (1965) han propuesto, el individuo se relaciona con otros por medio de un falso yo, para ganar tiempo, hasta que surge la situación en la que existe la posibilidad de un auténtico y verdadero contacto interpersonal.

Debido a la privación emocional que el individuo ha experimentado y a la experiencia continua de no poder establecer un contacto real, busca soluciones desesperadamente con el fin de mantener o establecer una apariencia de contacto o para evitar la posibilidad de otros rechazos. Sin embargo, la propia solución que el individuo intenta aplicar es lo que en última instancia imposibilita una relación real (Safran y Segal, 1993; Wachtel, 1977).

El individuo que por ejemplo, a causa de una desarmonía constante cuando era niño, tiene dificultad para experimentar y expresar completamente la tristeza, seguirá experimentando la falta de armonía ante este sentimiento por parte de los demás. Esto creará una barrera frente a las relaciones por lo que quizás se sienta privado y enfadado. Otras personas a su vez quizás se sientan enajenadas por este enfado y sean incapaces de empatizar con él. La situación puede complicarse aún más si el individuo, por miedo a enajenar a los demás, expresa sentimientos de enfado de una manera indirecta o de forma pasivo-agresiva. Esto puede crear otra barrera, que puede dificultar el establecimiento de relaciones valiosas en la vida diaria, y establecer y mantener una alianza en la terapia. En el tratamiento, la capacidad que el terapeuta demuestra para armonizar con cualquier sentimiento secundario de enfado o disgusto que exista, será un prerrequisito importante para que emerjan los sentimientos primarios que son objeto de supresión y desarmonía (Safran y Segal, 1990). Esto por supuesto es sólo un ejemplo de la infinita variedad de formas en que un esquema disfuncional de un paciente, puede influir en el desarrollo de una alianza terapéutica y ser influido por la misma.

RESOLUCION DE LA RUPTURA Y CAMBIO DE ESQUEMA.

De la misma forma en que se ha propuesto la hipótesis de que el proceso de oscilación entre estados de falta de coordinación afectiva y de reparación, juega un papel importante en la ayuda al niño a desarrollar un esquema interpersonal

adaptativo, el análisis de las rupturas de la alianza puede suponerlo para el paciente en la psicoterapia. Esto puede proporcionar una experiencia de aprendizaje a través de la cual, el paciente desarrolla un esquema interpersonal que representa al otro como potencialmente disponible, y al self como capaz de negociar la relación incluso en el contexto de rupturas que se dan en dicha interacción (Safran, 1990b; Safran y Segal, 1990).

¿Qué significa para el paciente (como diría Kohut) el cambiar la estructura del propio self al internalizar al terapeuta y tomar posesión de algunas de las funciones del self objetal del terapeuta?. Otra vez Eagle (1984), sugiere, que hay una tendencia en la teoría psicológica del self, a reificar los constructos como el self y escribir sobre conceptos como “ausencia de cohesividad del self”, “self fragmentado”, “defectos del self” como si se estuviesen refiriendo a grietas reales en una entidad sustancial estructural. Desde una perspectiva interpersonal, el self está siempre definido en interacción con los demás, tanto si el otro es una persona particular o un otro generalizado (para utilizar el concepto de Mead). Creo que Kohut al reconocer la importancia de los objetos del self a lo largo de toda la vida del sujeto, está implícitamente suscribiendo un tipo de perspectiva interpersonal. Desde este punto de vista, como Bacal y Newman (1990) señalan, la aproximación psicológica del self podría ser descrita de una manera más exacta denominándola como psicología del self y de los objetos del self.

Como he sugerido en otra parte (Safran, 1990a; Safran y Segal, 1990), en la teoría interpersonal de Sullivan (1953) está implícita la noción de que la autoestima de una persona en cualquier período de su vida, es una función del sentido subjetivo de su potencial para las relaciones. En la medida en que uno puede tener una expectativa generalizada respecto a la posibilidad de alcanzar una relación interpersonal, la autoestima personal dependerá menos de cualquier persona en particular. De este modo uno puede tener menos necesidades de un objeto del self para regular su autoestima.

Y en la medida en que uno no crea que la capacidad de relacionarse deba entenderse en forma rígida, será más capaz de integrar una amplia gama de experiencias internas diferentes (como por ejemplo angustia, tristeza, pérdida) sin experimentar una amenaza para su sentido subjetivo de cohesividad del self. En otras palabras, tendrá menos posibilidades de experimentar diferentes emociones y disposiciones asociadas para la acción, como alienantes y amenazantes para el self. Tal persona será menos dependiente de las evaluaciones que reflejan los otros, con vistas a mantener una experiencia subjetiva del self como cohesivo, y de hecho tendrá menos necesidad de agarrarse a un concepto fijo del self. Como Sullivan (1953) reconocía, la autoestima, en último extremo, sirve como una función defensiva para protegerse uno mismo de la ansiedad resultante de la desintegración anticipada de las situaciones interpersonales.

LAS RUPTURAS EN LA ALIANZA COMO AMBITO PARA LA NEGOCIACION DE LA RELACION.

Las rupturas en las alianzas terapéuticas son brechas en la relación, a las que Buber (1973) se refirió como “encuentros fallidos”; por ejemplo: las grietas que impiden que se produzca un verdadero encuentro. De este modo, las rupturas en la alianza, proporcionan una oportunidad para explorar las barreras a la relación que puede encontrar el paciente en cualquier día de su vida. También proporcionan oportunidades muy valiosas para trabajar en su separación o conexión.

Las roturas en la alianza terapéutica son inevitables. Primero, como Kohut (1984) ha mostrado, es inevitable que el terapeuta a veces falle en su empatía hacia el paciente.

Como hemos visto, esta situación se ve exacerbada cuando el paciente no se hace cargo de aspectos importantes de su experiencia interior o tiene una presión interpersonal muy fuerte, que pone al otro en círculos viciosos muy perniciosos desde el punto de vista de la relación. Segundo, el terapeuta inevitablemente dejará cumplir cualquier fantasía que el paciente tenga, sobre la eliminación del sentido fundamental de separación e incompletud con el que todos vivimos. Una ruptura en la alianza pone de manifiesto la realidad de la separación del paciente. Si el terapeuta es capaz de empatizar con el malestar del paciente lo suficientemente bien, con el fin de establecer un sentido mutuo de relación en el contexto de esta separación, tendrá lugar un proceso importante de aprendizaje.

Mientras que en algunos casos los paciente tomarán conciencia directamente de su angustia e insatisfacción cuando se ha producido una ruptura en la alianza terapéutica, en muchos casos habrá bastante dificultad en hacer esto o se hará de manera indirecta (Safran et al 1990). Como Rank (1945) sugirió hace mucho tiempo, la hostilidad, y los sentimientos asertivos son probablemente los más difíciles de aprender a expresar porque llevan inherentemente a provocar la separación. Y aún así, es la expresión de estos sentimientos los que permiten al individuo el desarrollo de un sentimiento de participación. El proceso de expresar su insatisfacción con el terapeuta cuando se ha producido una ruptura en la alianza terapéutica, juega así un papel muy importante a la hora de ayudar a los pacientes a desarrollar un sentimiento de que ellos mismos son los responsables y los participantes activos que pueden influenciar sus propios destinos.

Aprender a desear, y aprender a expresar el deseo de uno mismo, es de cualquier forma, sólo la mitad de la batalla. La otra mitad consiste en aprender a aceptar que el mundo y la gente existen en él independientemente de los deseos que tengamos; que los sucesos en el mundo suceden de acuerdo con sus propios planes, y que los otros tienen deseos por sí mismos. Como Winnicott (1965), señaló, una parte muy importante del proceso de maduración consiste en ver que el otro no es destruido por nuestra hostilidad (o, y a mi me gustaría añadir, controlado por la expresión del deseo de uno mismo), puesto que esto supone aceptar al otro como

real, con una existencia independiente como sujeto, más que como un objeto. Mientras que este tipo de aprendizaje es una parte importante y difícil del proceso de desilusión, finalmente ayuda a establecer que el otro es capaz de confirmarse a sí mismo como real. En este sentido, la matriz sobre la que se desarrollan las relaciones son de tal forma en que se pueda realizar una confirmación recíproca a través de la relación.

El proceso de conseguir aceptar a ambos, al self y al otro, son mutuamente dependientes y pueden verse facilitados por el trabajo en las rupturas que se producen en la alianza terapéutica. El terapeuta, al empatizar con la experiencia del paciente y su forma de reaccionar a la ruptura en la alianza, demuestra que estos sentimientos potencialmente generadores de ruptura (como por ejemplo, hostilidad, enfado) son aceptables, y que la relación no es contingente con no reconocer partes de uno mismo. Así demuestra que la relación es posible a pesar de confrontarse con la separación.

Al mismo tiempo, no obstante, el proceso de translaboración de la ruptura de la alianza no resta importancia a la contribución inicial que el terapeuta pudo hacer, ni significa que no pueda contribuir a problemas en la relación en el futuro. Si el terapeuta es, de cualquiera de las maneras, y por tomar prestado la descripción de Winnicott, suficientemente bueno, el paciente gradualmente terminará por aceptarle con todas sus imperfecciones. La exploración y translaboración de la ruptura de la alianza terapéutica incluye de manera paradójica una exploración y afirmación de ambas instancias, la separación y la potencial cercanía entre el self y el otro.

A medida que el paciente comienza a aceptar de manera progresiva su capacidad para separarse y su separación del terapeuta, tendrá una menor necesidad desesperada de mantener algo que se parezca a una relación a toda costa. Esto, por el contrario, le permite tener momentos de relación más auténticos en los cuales se relaciona con el terapeuta de una forma más espontánea y se aproxima a aceptar que el terapeuta es como es, más que aceptarle como un personaje de su propio drama. Esto ayuda a desarrollar una apreciación a la que se refieren en la tradición Zen como “mismidad”, por ej: una aceptación y apreciación de las cosas tal y como éstas son. Esto no significa una aceptación pasiva de todo lo que se produzca, sino más bien un intentar evitar los intentos que uno hace de manipular el self y a los otros en la búsqueda de la perfección.

A medida que la aceptación del paciente de su propia soledad fundamental se va incrementando, aumenta también su confianza en que son posibles momentos de contacto y encuentro con los demás. Así es como el paciente empieza a ser menos implacable en la búsqueda de la relación y esto le permite el ser receptivo a momentos auténticos en los que la relación emerge. Por citar a Buber (1958): “El otro me encontró con delicadeza; no le encontré por buscarle. Pero cuando le hablé y le dije a él la primera palabra, fue un acto de mi propio ser, es de hecho el acto de mi propio ser” (Pag. 11).

CONCLUSION

Como hemos podido ver, la conceptualización de la psicoterapia como un volver a empezar y el reconocimiento de que este nuevo comienzo con frecuencia se inicia con un tipo de ruptura en la relación paciente-terapeuta tiene una larga historia en la teoría de la psicoterapia. Sin embargo, creo que el desplazamiento del *zeitgeist* terapéutico en una dirección más orientada interpersonal y relacionalmente nos proporciona un marco en el que se están produciendo cambios significativos tanto técnicos como teóricos.

El enfoque que Kohut (1984) da a la importancia del trabajo a través de los fracasos de empatía en la terapia, es como hemos visto, similar en aspectos importantes a las ideas originales de Ferenczi (1931), relativas a la importancia de trabajar a través de la respuesta traumática del paciente ante su desilusión con el terapeuta. Sin embargo, la perspectiva de la psicológica del self parece hacer más hincapié en la comprensión y la empatía con la experiencia por parte del paciente de los fracasos empáticos del terapeuta a medida que éstos ocurren. El énfasis que pone sobre la importancia de detectar continuamente las rupturas en las relaciones y sobre la evaluación de las contribuciones de ambas partes a dichas rupturas se demuestra particularmente en los escritos de Stolow (1988). En este sentido desde una perspectiva técnica, parece que el foco terapéutico se está alejando de la exploración y el trabajo a través de los sucesos traumáticos con el terapeuta, lo cual se considera una reactivación de un trauma histórico, hacia una exploración continua de lo que frecuentemente son oscilaciones sutiles en la calidad de las relaciones paciente-terapeuta junto con el esclarecimiento de los factores que lo dificultan (ej. Safran y Segal, 1990).

En un nivel teórico, se ha producido una tendencia en la que los psicoanalistas que hacen hincapié en la experiencia emocional correctiva, suelen usar la metáfora del “niño” para comprender al paciente en la terapia. Eagle (1984), se refiere a esto como infantilización metapsicológica y Mitchel (1988) como “tendencia evolutiva”. La asunción es que el análisis inicia un proceso regresivo, a través del cual los deseos infantiles existen pero estando ocultos se reactivan y que la relación terapéutica facilita la reanudación de un proceso evolutivo interrumpido. Uno de los problemas de este tipo de metáfora, es que se suele suponer que estos deseos existen sólo en los pacientes (y no en los terapeutas) o en determinados tipos de pacientes. Como he dicho sin embargo, el deseo de una unión con otras personas y las dificultades implicadas en aceptar nuestra separación y negociar la relación, son apartados en los que todos nosotros tenemos dificultades a lo largo de nuestra vida. Para la mayoría de nosotros los verdaderos momentos de relación tu-yo, en las que dejamos al otro revelarse con nosotros como realmente es en ese momento, y estos momentos ocurren con muy poca frecuencia y con distancia entre ellos.

Segundo, como Eagle (1984) nos muestra, la superposición que se produce en el proceso de desarrollo asume que un adulto puede pasar por el mismo tipo de

proceso de desarrollo que un niño. De este modo, no se tiene en cuenta que el paciente es un adulto con habilidades y capacidades de un adulto y que atravesará su propio y único tipo de proceso de maduración si las condiciones son propicias. De este modo este tipo de conceptualización da lugar a un tipo de infantilización, que falla al reconocer que la relación terapéutica es un encuentro entre dos adultos. Como Menaker (1989) propone aunque ciertas prácticas terapéuticas (por ejemplo: falta de autorevelación, el uso del diván) pueden establecer una interrelación de roles capaz de inducir de forma artificial la aparición de sentimientos y comportamientos infantiles, es un error considerar a estos, como sentimientos del pasado, los cuales son transferidos de forma inapropiada al terapeuta.

Hoffman (1991) ha sugerido recientemente que se está produciendo un cambio de paradigma en la teoría psicoanalítica, hacia lo que el llama una perspectiva social-constructivista. Esta perspectiva reconoce que la terapia, la construcción continua de realidad a través de la interacción paciente-terapeuta (a través de diálogo y acción), más bien que el descubrimiento de una verdad objetiva. Este cambio hacia una perspectiva constructivista es además coherente con las tendencias actuales en la terapia cognitiva (ejemplo: Guidano, 1991; Mahoney, 1991) y los enfoques experienciales (Gendlin, 1991).

Un número cada vez mayor de teóricos, consideran la terapia como un encuentro entre dos seres humanos que inevitablemente se ven atrapados en una rutina fija, no creativa, de relaciones interpersonales y que con buena voluntad y fortuna son capaces de lograr salir de esta rutina, para meterse en una nueva forma, más progresiva de relaciones (Cashdan, 1988; Leenson, 1983; Mitchell, 1988; Strupp y Binder, 1984). De acuerdo con esta visión de las cosas, sugiero que se ponga mayor énfasis en la utilización de las rupturas continuas e inevitables en la alianza terapéutica, como oportunidades para negociar aspectos fundamentales relacionados con la separación y el acercamiento de una manera activa y creativa durante la sesión. Estas rupturas inevitables en la alianza terapéutica (encuentros fallidos) representan una oportunidad ideal, para explorar y elaborar formas auténticas de conseguir un contacto humano, cuando nos vemos confrontados con la separación.

Las rupturas en la alianza terapéutica ofrecen la oportunidad de trabajar en la tarea de desarrollar la capacidad de sentirse a la vez separado y unido. Ofrecen la oportunidad de aprender que existe la posibilidad de relacionarse aunque el yo y el otro tiene sus necesidades y voluntades y existencias separadas e independientes, y que la auténtica relación solamente se produce con el encuentro de dos seres humanos independientes.

Como dijo Rilke (1986):

El que un ser humano quiera a otro es quizás la tarea más difícil que se nos ha encomendado, la última tarea, la prueba y demostración definitiva, el trabajo para el que cualquier otro trabajo simplemente sirve de preparación; por eso los jóvenes

que son principiantes en todo, aún no son capaces de amar; es algo que deben aprender con todo su ser, con todas sus fuerzas reunidas alrededor de sus solitarios, ansiosos e impetuosos corazones; deben aprender a amar, pero el tiempo de aprendizaje es siempre un largo período de soledad y por tanto amar, durante mucho tiempo y quizás buena parte de la vida, es soledad, un aislamiento elevado y profundo para la persona que ama. El amar no significa en primer lugar confundirse, someterse o unirse a otra persona (porque ¿qué sería una unión entre dos personas que son aún indefinidas, inacabadas e incoherentes?); sino, tal vez, un gran aliciente para que el individuo madure, que se convierta en algo para sí mismo, llegue a tener un mundo y a ser un mundo en sí mismo en relación a otra persona.

En este artículo sostengo que la clarificación de los procesos involucrados en el trabajo con las rupturas en la alianza terapéutica, es una tarea de vital importancia para los teóricos e investigadores en psicoterapia. Propongo que estos problemas inevitables en la alianza terapéutica, proporcionan oportunidades importantes para clarificar los factores que pueden crear verdaderas barreras en las relaciones cotidianas de los pacientes. Además, el trabajar sobre estos problemas puede proporcionar a los pacientes una experiencia en la importante tarea de conciliar las necesidades de relación y participación, para terminar aceptando ambas, el self y el otro.

La importancia central de estas tareas en el ser humano ha sido reconocida a lo largo de los años y en todas las culturas. El paradigma actual cambia la teoría y práctica psicoterapéutica hacia perspectivas más relacionales y constructivistas, estableciendo un ambiente particularmente apropiado para aumentar nuestro conocimiento de la relación terapeuta-paciente a través de una exploración diferenciada de estos aspectos.

Traducción: Carlos Mirapeix.

Nota Editorial:

Este artículo fue publicado en la Revista Psychotherapy (1993), Vol. 30, N°1, pp. 11-24, y ha sido traducido con permiso del autor.

Referencias bibliográficas:

- ALEXANDER, F. & FRENCH, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald.
- ARBUS, D. (1972). *Diane Arbus*. Millerton, New York: an Aperture Monograph.
- ARKOWITZ, H. & HANNAH, M.T. (1989). Cognitive, behavioral and psychodynamic therapies: Converging or diverging pathways to change?. In A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler, and Arkowitz (Eds.) *Comprehensive handbook of Cognitive Therapy* (pp.143-167). New York:Plenum

- ARNKOFF, D.G. (1983). Common and specific factors in Cognitive Therapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Psychotherapy and patient relationship*. Homewood, IL: Dorsey.
- BACAL, H.A. & NEWMAN, K.M. (1990). *Theories of object relations: Bridges to self psychology*. New York: Columbia University Press.
- BALINT, M. (1935). Pregenital organization of the libido. In *Primary love and the psychoanalytic techniques*. New York: Liveright, 1965.
- BATCHELOR, (1979). *A guide to the Bodhisattva's way of live*. English translation of Shantideva's Bodhisattvacharyavatara. New Delhi: Indraprastha Press.
- BEEBE, B. (1985). Mother-infant mutual influence and precursors of self and object representations. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*, Vol. II Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- BERGIN, A.E. (1970). The deterioration effect: A reply to Braucht. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 300-302.
- BOLLAS, C (1989). *Forces of destiny: Psychoanalysis and human idiom*. London: Free Association Books.
- BORDIN, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1, *Attachment*. New York: Basic.
- BUBER, M. (1973). *Meetings*. La Salle, Illinois: Open Court Publishing. M. Friedman (Trans.)
- BUBER, M. (1958). *I and thou* (Second Edition). New York: Scribner. (R. Gregor Smith, Trans.).
- CARSON, R.C. (1969). *Interaction concepts of personality*. Chicago: Aldine.
- CASHDAN, S. (1988). *Object relations therapy*. New York: W.W. Norton.
- EAGLE, M.N. (1984). *Recent developments in psychoanalysis*. New York: McGraw-Hill.
- FAIRBAIRN, W.R.D. (1952). *Psychoanalysis studies of the personality*. London: Tavistock Publications & Routledge & Kegan Paul.
- FERENCZI, S. (1931). Child analysis in the analysis of adults. In *Final contributions to the theory and technique of psychoanalysis*. (pp.126-42)
- FOREMAN, S.A. & MARMAR, C.R. (1985). Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 922-926
- GENDLIN, E.T. (1991). In J.D. Safran and L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford.
- GILL, M. (1982). *Analysis of transference* (Vol.I). New York: International Universities Press.
- GOLDFRIED, M.R. & DAVISON, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- GREENBERG, J.R. & MITCHELL, S.A.(1984). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- GREENBERG, L.S. & SAFRAN, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford.
- GREENBERG, J.R. (1991). Countertransference and reality. *Psychoanalytic dialogues*, 1 (1), 52-73.
- GREENSON, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*, Vol.1. New York: International University Press.
- GUIDANO, V.F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J.D. Safran and L.S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change* (pp.50-78). New York: Guilford.
- GUNTRIP, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations and the self*. New York: International Universities Press.
- HARVEY, A. (1988). *Love's fire: Re-creations of Rumi*. Ithaca, N.Y.: Meeramma.
- HAYNAL, A. (1988). *Controversies in psychoanalytic method*. New York: New York University Press.
- HENRY, W.P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (6), 768-774.
- HENRY, W. P., SCHACHT, T.E. & STRUPP, H.H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- HILL, C. & SAFRAN, J.D. (1993). *Assessing interpersonal schemas: Anticipated responses of significant others*. Manuscript submitted for publication.
- HOFFMAN, I.Z. (1991). Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues*, 1 (1), 74-105.
- HORNEY, K. (1945). *Our inner conflicts*. New York: W.W. Norton.
- HOROWITZ, M.J. & MARMAR, C. (1985). The therapeutic alliance with difficult patients. In A.J. Frances and R.E. Hales (Eds.), *Review of psychiatry*, Vol.4 (pp.573-585). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

- HORVATH, A.O. & GREENBERG, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- 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.
- JACOBSON, N.S. (1989). The therapist-client relationship in cognitive behavior therapy: Implications for treating depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3, 85-96.
- KIESLER, D.J. (1986). Interpersonal methods of diagnosis and treatment. In J.D. Cavenar (Ed.), *Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott.
- KOUTH, H. (1984). In A. Goldberg and P. Stephansky (Eds.), *How does analysis cure?* Chicago University of Chicago Press.
- LACAN, J. (1964). *The four fundamental concepts of psychoanalysis*. New York: Norton, 1978. (J.A. Miller, Ed., A. Sheridan, Trans.).
- LAMBERT, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- LAMBERT, M.J. (Ed.). (1983). *Psychotherapy and patient relationships*. Homewood, IL: Dorsey.
- LANG, P.J. (1983). Cognition in emotion: Concept and action. In C. Izard, J.Kagen and R. Zajonc (Eds.), *Emotion cognition and behavior*. New York: Cambridge University Press.
- LEVENSON, E. (1983). *The ambiguity of change*. New York: Basic.
- LEVENTHAL, H. (1984). A perceptual-motor theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual of supportive-expressive treatment*. New York: Basic.
- LUBORSKY, L., McLELLAN, A.T., WOODY, G.E., O'BRIAN, C.P. & AUERBACH, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., McLELLAN, A.T., WOODY, G., PIPER, W., LIBERMAN, B.S. & RILKONIS, P. (1986). Do therapists very much in their success. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (pp.501-512).
- MAHLER, M. (1974). Symbiosis and individuation: The psychological birth of the human infant. In *The selected papers of Margaret S. Mahler* (Vol.2). New York: Jason Aronson.
- MAHONEY, M.J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic.
- MAIN, M., KAPLAN, N. & CASSIDY, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in child Development*, 209, Vol.50, nos.1-2. Chicago: University of Chicago Press.
- MARMAR, C.R., WEIS, D.S. & GASTON, L. (1989). Towards the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 46-52.
- MEAD, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MENAKER, E. (1989). *Appointment in Vienna*. New York: St. Martin's Press.
- MITCHELL, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MOYNE, J. & BARKS, C. (1986). *Unseen rain: Quatrains of Rumi*. Putney, VT: Threshold.
- MURPHY, C.M. & MESSER, D.J. (1977). Mothers, infants and pointing: A study of gesture. In H.R. Schaffer (Ed.), *Studies in mother-infant interaction*. London: Academic.
- NELSON, K. & GERUNDEL, J.M. (1981). Generalized event representations: Basic building blocks of cognitive development. In M.E. Lamb and A.L. Brown (Eds.), *Advances in Developmental Psychology*, -vol.1. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- OGDEN, T.H. (1986). *The matrix of the mind*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- ORLANSKY, D.E. & HOWARD, R.I. (1986). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S.L. Gardfield and A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, (3rd ed). New York: John Wiley.
- PERLS, F.S., HEFFERLIN, R. & GOODMAN, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Dell.
- RACKER, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- RANK, O. (1929). *The trauma of birth*. New York: Harper and Row.
- RANK (1945). *Will therapy and truth and reality*. New York: Knopf.
- REICH, W. (1949). *Character analysis*. New York: Noonday.

- REICH, W. (1942). *The function of the orgasm*. New York: Orgone Institute.
- RICKS, D.F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D.F. Ricks, M. Roff, and A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- RILKE (1903). *Letters to a young poet*. New York: Vintage Books, 1986. (S. Mitchell, Ed. and Trans.)
- ROGERS, C.R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- SAFRAN, J.D. (1993). The therapeutic alliance rupture as a transtheoretical phenomenon: Definitional and conceptual issues. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 33-49
- SAFRAN, J.D. (1984a). Assessing the cognitive interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 87, 333-348
- SAFRAN, J.D. (1984b). Some implications of Sullivan's interpersonal theory for cognitive therapy. In M.A. Reda and 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., CROKER, P., McMAIN, S. & MURRAY, P. (1990). The therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27 (2), 154-165.
- SAFRAN, J.D. & GREENBERG, L.S. (Eds.) (1991). *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guildford.
- SAFRAN, J.D., MURAN, C. & WALLNER, L. (1991b). Research on therapeutic alliance ruptures. Symposium presented at the Society of Psychotherapy Research Conference. Lyon, July.
- SAFRAN, J.D., MURAN, C. & WALLNER, L. (in press). Modelling the processes involved in the resolution of therapeutic alliance ruptures. In A.O. Horvath and L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley.
- SAFRAN, J.D. & SEGAL, L.S. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic.
- SANDLER, J. & SANDLER, A.M. (1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 285-296.
- SHAPIRO, D.A. (1985). Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychology Review*, 5 (1), 13-34.
- SMITH, M.J. & GLASS, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- SPITZ, R. (1965). *The first year of life*. New York: International Universities Press.
- STERBA, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126
- STERN, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic.
- STOLOROW, R. (1988). Intersubjectivity, psychoanalytic knowing and reality. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 331-338.
- STONE, L. (1961). *The psychoanalytic situation*. New York: International Universities Press.
- STRUPP, H.H. (1980). Success and failure in time limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.
- STRUPP, H.H. & BINDER, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time limited dynamic therapy*. New York: Basic.
- SUCH, C.S. O'MALLEY, S.S., STRUPP, H.H. & JOHNSON, M.E. (1989). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VOOS). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly*, 3 (2), 123-154.
- SULLIVAN, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- TANSEY, M.J. & BURKE, W.F. (1989). *Understanding countertransference*. Hillsdale, NJ: Analytic.
- TREVARTHAN, C. & HUBLEY, P. (1978). Secondary intersubjectivity. Confidence, confiders and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Ed.), *Action, gesture and symbol*. New York: Academic.
- TRONICK, E.Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119
- WACHTEL, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy*. New York: Basic.
- WEISS, J., SAMPSON, H. & THE MOUNT ZION PSYCHOTHERAPY RESEARCH GROUP (1987). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guildford.
- WINNICOTT, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth.
- ZETZEL, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376