



Tratamiento psicoanalítico relacional breve, *enactment* y reparación de las rupturas

Jeremy D. Safran¹ y Medea M. Elvy

New School for Social Research, New York, USA

Este trabajo va dirigido a esbozar en qué consiste y cómo podría llevarse a cabo un tratamiento psicoanalítico relacional breve. Un aspecto fundamental de este modelo es el enfoque en el aquí-y-ahora, enfatizando la exploración en profundidad de la experiencia del paciente y siendo cauteloso a la hora de hacer interpretaciones de la transferencia que especulen sobre patrones relacionales generales. Así mismo, se hace hincapié en el proceso de reparación de los diferentes tipos de rupturas de la alianza que tienen lugar durante este proceso (los autores hablan de rupturas de *retirada* y rupturas de *confrontación*) y en la importancia de la meta-comunicación terapéutica como herramienta útil, describiendo una serie de principios generales subyacentes a un provechoso uso de la misma. Para los autores son también de vital importancia los procesos internos del terapeuta, y reflejan cómo hacer uso de todo esto sirviéndose de una viñeta clínica.

Palabras clave: Tratamiento Psicoanalítico Relacional Breve (TRB), Aquí-y-ahora, Enactment, Reparación de rupturas, Meta-comunicación.

This paper is aimed to outline what is and how could a brief relational psychoanalytic treatment be carried out. The basics of this model is its approach on the here-and-now, emphasizing in-depth exploration of the patients' experience and being cautious about making transference interpretations that speculate about generalized relational patterns. Likewise, it highlights the repair process of the different types of alliance rupture (the authors refer to *withdrawal* and *confrontation* ruptures) that take place during this process and it also highlights the importance of therapeutic metacommunication as an useful tool, describing a number of general principles underlying the skillful use of this sort of metacommunication. According to the authors, it is also of fundamental importance to consider the therapist internal processes and they account for all of this by using a clinical illustration.

Key Words: Brief Relational Psychoanalytic Treatment (BRT), Here-and-now, Enactment, Rupture repair, Metacommunication.

English Title: BRIEF RELATIONAL PSYCHOANALYTIC TREATMENT, ENACTMENT AND RUPTURE REPAIR.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Safran, J.D. y Elvy, M.M. (2010). Tratamiento psicoanalítico relacional breve, *enactment* y reparación de las rupturas. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2): 381-398.
<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen42Junio2010/tabid/728/Default.aspx> [ISSN 1988-2939]

El tratamiento psicoanalítico relacional breve (TRB) se desarrolló a partir de una síntesis del programa de investigación empírica de Safran y colaboradores sobre el tema de las rupturas de la alianza terapéutica (por ejemplo, Safran, 2002, 2003; Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990; Safran & Muran, 1995, 1996, 1998, 2000, 2005; Safran, Muran, & Samstag, 1994; Safran & Ruiz-Cordell, 2006) con desarrollos teóricos y clínicos en el terreno del psicoanálisis relacional (Benjamin, 1990; Mitchell, 1993; Aron, 1996; Mitchell & Aron, 1999; Pizer, 1998; Stern, 1997). Mientras que el TRB queda limitado por las restricciones de cualquier acercamiento breve al tratamiento, se presta bien a ser utilizado en encuadres donde tratamientos más largos no son factibles (por ejemplo, el encuadre en salud pública) o no son deseados por el paciente. También se presta bien a ser utilizado en investigación empírica. Resultados de investigaciones preliminares han demostrado que 1) el TRB es tan eficaz como la terapia cognitiva o una terapia dinámica breve que no incorpore principios relacionales, 2) es menos probable que los pacientes abandonen un TRB que estas otras terapias, y 3) TRB es un tratamiento particularmente efectivo para pacientes reacios a la terapia (Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005; Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002; Safran, Muran, Samstag, & Winston, 2005).

Algunas características claves del TRB son las siguientes:

1. Asume una psicología de dos personas y una epistemología constructivista (o para ser más precisos, a lo que Hoffman, 1998, se refiere como una perspectiva constructivista dialéctica).
2. Pone un intenso foco en el aquí y ahora de la relación terapéutica.
3. Realiza una exploración de colaboración continua de las contribuciones, tanto del paciente como del terapeuta a la interacción.
4. Enfatiza la exploración en profundidad de los matices de la experiencia del paciente en el contexto del despliegue de *enactments* terapéuticos y es cauto a la hora de hacer interpretaciones de la transferencia que especulen sobre patrones relacionales generales.
5. Hace un uso extensivo de la meta-comunicación terapéutica (es decir, intentos de salirse de la interacción actual comentando sobre el significado relacional de la transacción actual) y de las revelaciones contra-transferenciales.
6. Enfatiza la subjetividad de las percepciones del terapeuta.
7. Asume que el significado relacional de las intervenciones es clave.
8. Entiende la finalización como la ruptura definitiva de la alianza, una valiosa oportunidad para enfrentarse con cuestiones críticas relacionadas con la aceptación, el estar sólo, separación, y pérdida.

Un aspecto importante para distinguir el TRB de otros modelos dinámicos breves es que enfatiza los problemas asociados con el desarrollo de la formulación del caso en las fases tempranas del tratamiento ya que la perspectiva relacional asume que el terapeuta no puede mantenerse fuera del terreno relacional para desarrollar una formulación "objetiva". En su lugar, TRB enfatiza el continuo ciclo de *enactment* y *des-atrapamiento*² con una formulación en constante evolución que va emergiendo gradualmente como parte de este proceso. Un aspecto relacionado es que intentamos tomarnos en serio las observaciones de Bion (1967) en relación a la importancia de abordar cada sesión sin memoria ni deseo. Esto implica un intento de dejarse llevar tanto en lo referente a las propias preconcepciones como al propio

deseo para que las cosas sean de una determinada manera, y por lo tanto una aceptación de las cosas tal como son, con actualidad³ y mutualidad. En la medida en que los terapeutas puedan experimentar este estado mental, aumentará la posibilidad de relacionarse con los pacientes como sujetos más que como objetos. Esta prescripción es, por supuesto, en muchos aspectos, un ideal inalcanzable. Es uno, no obstante, que con todo proporciona un correctivo útil a la sensación de esfuerzos cargados de significado que tienden a ser intensificados tanto por los pacientes como los terapeutas cuando el tratamiento es a corto plazo.

En este artículo, presentamos los principios básicos del TRB, así como algunos aspectos de nuestro modelo contrastado empíricamente sobre la resolución de la ruptura de la alianza.

Proceso de Reparación de Ruptura

Nuestro programa de investigación sobre las rupturas de la alianza empezó a finales de los 80 (por ejemplo, Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990). Durante ese periodo, el concepto de alianza terapéutica estaba emergiendo como un importante foco para los investigadores en psicoterapia, y empezaban a aparecer datos en relación a la validez predictiva de la alianza terapéutica en diferentes formas de tratamiento (Gaston, 1990; Hartly, 1985; Horvath & Symonds, 1991). Nuestro programa de investigación se ha centrado en investigar cómo las alianzas tensas o rotas pueden ser restablecidas o reparadas.

Hemos identificado dos formas principales de rupturas: rupturas *de retirada* y *de confrontación* (Safran & Muran, 2000). En una ruptura *de retirada* el paciente responde a la tensión de la relación terapéutica desconectándose o aislándose del terapeuta, y/o de algunos aspectos de su propia experiencia. Varios procesos son utilizados por el paciente, incluyendo: negación, reacción mínima, alternar sin ningún orden los temas presentados, e intelectualización. Por ejemplo, un paciente podría negar sentir enfado habiéndolo expresado indirectamente hacia el terapeuta. O un paciente podría estar de acuerdo o diferir del terapeuta.

En una ruptura *de confrontación*, el enfado se expresa de manera culpabilizadora, agresiva o “creyéndose con derecho a”. Este enfado está dirigido al terapeuta, al proceso terapéutico o a una combinación de ambos. Por ejemplo, el paciente podría quejarse del terapeuta como persona, criticando su estilo de interés como entrometido, o el paciente podría encontrar los comentarios del terapeuta como inútiles y cuestionar la habilidad del terapeuta. Los pacientes que presentan principalmente rupturas de retirada tienden a priorizar las necesidades de relación sobre las necesidades de agencia. Los pacientes que presentan principalmente rupturas de confrontación tienen a menudo dificultades para expresar sus necesidades de relación. En consecuencia, la resolución de una ruptura de la alianza no sólo facilita la ejecución de una particular tarea terapéutica; también proporciona a los pacientes una oportunidad de aprender a negociar de forma constructiva sus necesidades tanto de mediación como de relación.

Con el transcurso de los años hemos utilizado una combinación de métodos de investigación cualitativos y cuantitativos para desarrollar un modelo de reparación de la ruptura de la alianza que marca diferentes fases del proceso de cambio (Safran et al., 1990; Safran & Muran, 1996, 2000; Safran, Muran & Samstag, 1994). Este modelo es una abstracción de la realidad que engloba patrones que ocurren con la regularidad suficiente para permitir algún grado de generalización y verificación empírica. Como tal, el modelo proporciona una hoja de ruta general que puede sensibilizar al clínico en cuanto a

probabilidades, pero no debe aplicarse de forma mecánica. El modelo está compuesto de cuatro fases: (a) *Atendiendo al Marcador de la Ruptura*, (b) *Explorando la Experiencia de Ruptura*, (c) *Explorando la Evitación*, y (d) la *Emergencia del Deseo/Necesidad*. Aunque la resolución empieza con el proceso de *Atendiendo al Marcador de la Ruptura*, y normalmente termina con la *Emergencia del Deseo/Necesidad*, la repetición y ciclicidad entre las fases de forma continua ocurre típicamente todo el tiempo.

Cuando está *Atendiendo al Marcador de la Ruptura*, la primera fase del proceso de resolución, el terapeuta toma conciencia y llama la atención del paciente hacia un *enactment* en el cual ambos están participando. En este punto, tanto terapeuta como paciente están metidos en la configuración relacional, y el terapeuta puede poseer sólo reconocimiento limitado de la naturaleza de su propia contribución al impasse. Los terapeutas empiezan por llamar la atención del paciente sobre la ruptura e iniciando una exploración conjunta de la contribución de ambas partes al impasse. A través de la reflexión y de hacerse cargo explícitamente de su propia contribución, el terapeuta es capaz de iniciar el proceso de *des-atrapamiento* y de iniciar el paso hacia la resolución. En este punto, el uso de la *meta-comunicación* es a menudo útil. La meta-comunicación es un intento de que la concienciación en curso influya en el proceso interactivo a medida que éste se despliega. Facilita el proceso de salirse del ciclo relacional que está siendo representado a través de tratarlo como el foco de una exploración conjunta y la comunicación acerca de la transacción o comunicación implícita que está teniendo lugar. Por ejemplo, un terapeuta que encuentre su atención “a la deriva” podría meta-comunicarse revelando explícitamente su experiencia al paciente y preguntando entonces sobre la experiencia del paciente, por ejemplo, “Soy consciente de haber perdido mi habilidad para concentrarme en lo que está diciendo a medida que habla. No tengo claro por qué, pero me pregunto si estará conectado de alguna manera con la distancia que escucho en su voz, una desconexión. ¿Alguna idea de lo que está pasándole a Usted ahora mismo?”. Como reacción a esta intervención, el paciente es capaz de reconocer esta retirada directamente conectada con sentirse herido por algo que el terapeuta dijo anteriormente. La meta-comunicación puede ser también útil en el contexto de una ruptura de confrontación. En este contexto, el terapeuta podría remarcar: “Me siento muy incómodo diciéndole cualquier cosa, ya que me siento criticado cuando intento dirigirme a sus preguntas y preocupaciones”. Un comentario de este tipo proporciona al paciente con un *feedback* que podría, por ejemplo, ayudarle en última instancia a explorar sentimientos disociados de odio hacia el terapeuta.

La segunda fase, *Explorando la Experiencia de Ruptura*, se desarrolla a medida que el paciente comienza el proceso de autoexploración y la expresión de sentimientos asociada con la ruptura de la alianza. La tarea del terapeuta en este punto es ayudar al paciente a descomponer su experiencia de la interacción a través de trabajar para esclarecer los matices sutiles de la conceptualización del paciente, y ayudar al paciente a que empiece a articular lo que aún no ha sido explicitado del todo. Por ejemplo, en una ruptura de retirada, los pacientes generalmente empiezan a tomar conciencia de y a expresar sentimientos negativos de forma limitada o indirecta; mientras que en una ruptura de confrontación, el modo de expresión del paciente será ante todo de naturaleza crítica o acusatoria. En consecuencia, en el caso de la ruptura de retirada, el terapeuta podrá pedir al paciente que explore la articulación directa de cualesquiera sentimientos inaceptables que el terapeuta crea que podrían haber sido apartados o rechazados, una tarea seguida entonces de pedirle al paciente estar al tanto de cualquier sentimiento que pueda haber surgido durante el ejercicio. Es importante que, al explorar rupturas de confrontación, los pacientes experimenten todo tipo de sentimientos de enfado, dolor o acercamiento que se presentan

como reales, admisibles y tolerables, incluso si son anteriores al proceso de exploración de los anhelos existentes que son más vulnerables por naturaleza. El reconocimiento de estas necesidades subyacentes debe emerger de manera armónica de la relación terapéutica a través de la negociación y de trabajar hasta el fin esa concreta interacción hostil. Este proceso es facilitado por el sostenimiento empático por parte del terapeuta.

En la tercera fase, *Explorando la Evitación*, terapeuta y paciente exploran los mecanismos defensivos que bloquean la aceptación y articulación de sentimientos sobre el terapeuta o los deseos subyacentes que están siendo evitados. La evitación queda indicada al engancharse el paciente en estrategias defensivas como cambiar de tema, un discurso monótono, y presentar demasiados temas generales en vez de permanecer en el aquí-y-ahora. Estos mecanismos funcionan para evitar o manejar las emociones asociadas con la experiencia de ruptura. Frecuentemente hay una alternación entre *Explorando la Evitación* y *Explorando la Experiencia de Ruptura*. *Explorando la Evitación* actúa para liberar y facilitar *Explorando de la Experiencia* en profundidad cuando ésta se bloquea, y *Explorando de la Experiencia* crea un estado de ansiedad aumentado y un proceso defensivo, requiriendo por lo tanto un *Explorando la Evitación* más extensivo. Hay dos procesos defensivos frecuentes en este contexto. El primero consiste en las expectativas, esperanzas, y miedos que el paciente tiene con respecto a la reacción potencial del terapeuta hacia sus sentimientos o necesidades subyacentes. El segundo proceso defensivo común en este contexto es el criticismo internalizado del paciente de sus propias necesidades o deseos. Estos criticismos introyectados impiden la exploración de sentimientos que el paciente tiene acerca del impasse terapéutico. En resumen, es ventajoso para el terapeuta ayudar al paciente a distinguir y explorar estos diferentes estados emocionales en el contexto. Los terapeutas pueden ayudar a reorientar la conciencia del paciente a las formas en las que ella o él pasa a una postura autocrítica cuando los sentimientos asertivos se desencadenan y por lo tanto facilitar un entendimiento de esta experiencia como un conflicto entre dos aspectos variantes del self. El terapeuta puede entonces pedirle al paciente que empiece un diálogo entre estas partes conflictivas del self, diciéndolo y alternando explícitamente entre el self que desea afirmarse directamente y la parte que critica ese deseo (Safran & Murran, 2000). Este proceso facilita al paciente desarrollar una apreciación experiencialmente arraigada de la forma en que sentimientos asociados con la ruptura quedan bloqueados por el conflicto intrapsíquico.

En la cuarta fase, *Emergencia del Deseo/Necesidad*, el paciente articula los deseos o necesidades que se desarrollan en el contexto de la relación terapéutica y que están bloqueados por los procesos defensivos. En las rupturas de retirada, esto ocurre normalmente en forma de asertividad y a menudo ocasiona la apertura de sentimientos negativos (por ejemplo, resentimiento expresado hacia el terapeuta debido a fracasos percibidos). En las rupturas de confrontación, la expresión de deseos o necesidades subyacentes está típicamente vinculada a una experiencia de vulnerabilidad (por ejemplo, el deseo de sostén o crianza por parte del terapeuta).

Una vez que el terapeuta ha empezado a aceptar y después a expresar un deseo subyacente, es importante que el terapeuta responda de manera empática y no juiciosa. Este tipo de respuesta juega un papel importante a la hora de confrontar las expectativas (tanto conscientes como inconscientes) que han hecho difícil que el paciente se autoafirme o exprese un deseo en primer lugar. Un patrón común es que los pacientes se autoafirmen inicialmente de un modo que está estructurado por su esquema relacional característico – por ejemplo, un paciente cuyo padre fuera tiránico y crítico, le pide al terapeuta que sea más confrontativo. Cuando el paciente se reafirma de esta manera, el terapeuta debería intentar

empatizar con el deseo del paciente, más que interpretarlo inmediatamente como un reflejo de un esquema relacional antiguo. Esta última respuesta conlleva el peligro de que los pacientes desalentadores puedan autoafirmarse más y puede llevarles a sumergirse más profundamente en sus deseos subyacentes. A diferencia de esto, cuando el terapeuta empatiza con los deseos del paciente, ayuda a que éstos se reafirmen de una forma que es menos probable que esté estructurada por su esquema antiguo. Así, el paciente en el ejemplo de arriba podrá finalmente ser capaz de pedirle al terapeuta que le preste más apoyo.

La capacidad del terapeuta de empatizar genuinamente con el dolor y desesperación del paciente puede representar una importante experiencia nueva para el paciente – una que ayuda al paciente a empezar a salir de sus sentimientos de aislamiento y alienación, y a desarrollar más autocompasión. Al responder a la desesperación del paciente de forma compasiva y comprensiva, el terapeuta proporciona al paciente la experiencia de ser cuidado y conectado con otro en su dolor.

Meta-comunicación Terapéutica:

Una parte importante de la tarea del terapeuta cuando está utilizando este tipo de exploración con el paciente es descubrir y reflexionar sobre sus propios sentimientos y utilizarlos como un punto de partida para la exploración conjunta. Existen diferentes formas de exploración y descubrimiento. El terapeuta puede dar al paciente *feedback* con respecto a las formas en las que él o ella impactan en los otros. Por ejemplo: “Me siento cauteloso con Usted... como si estuviera andando sobre cáscaras de huevo”. O, “Siento como que es difícil contactar con Usted realmente. Por un lado, las cosas de las que está hablando parecen verdaderamente importantes. Pero por el otro, hay un nivel en el cual me resulta difícil realmente sentirle”. O, “Me siento juzgado por Usted”. Comentarios como estos proporcionan una apertura para la exploración de las acciones y estados del self disociados del paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede añadir, “¿Tiene este *feedback* algún sentido para Usted? ¿Tiene Usted alguna conciencia de juzgarme?”. Es con frecuencia útil para los terapeutas señalar con precisión ejemplos específicos de acciones provocadoras del paciente. Por ejemplo, “Me siento rechazado o no admitido por Usted, y creo que esto está conectado con su tendencia a no pararse y reflexionar de manera que sugiera que está considerando realmente lo que estoy diciendo”.

A continuación están descritos una serie de principios generales subyacentes al habilidoso uso de la meta-comunicación terapéutica:

1. *Explorar con cuidadosa provisionalidad y enfatizar la propia subjetividad.*

Los terapeutas deberían comunicar sus observaciones de forma experimental y exploratoria. El mensaje tanto a nivel explícito como implícito debería ser uno que invitara a los pacientes a participar en un esfuerzo conjunto para comprender lo que está ocurriendo, más que uno que comunicara información de forma objetiva. Es también esencial subrayar la subjetividad de las propias percepciones ya que esto anima al paciente a utilizar las observaciones del terapeuta como un estímulo para la autoexploración más que reaccionar a cualquiera de ellas como afirmaciones autoritativas de forma positiva o negativa.

2. *No asumir un paralelismo con otras relaciones.*

Los terapeutas deberían ser cautos al intentar establecer una conexión antes de tiempo entre el ciclo interpersonal que está siendo actuado en la relación terapéutica y otras relaciones en la vida del paciente. Intentos de hacer paralelismos de este tipo (aunque útiles en algunos contextos) pueden ser experimentados por el paciente como culpabilizadores (especialmente en el contexto de una ruptura de la alianza) y pueden desempeñar una función defensiva para los terapeutas. En cambio, el foco debe ser uno que explore la experiencia y acciones internas del paciente de forma ajustada, tal y como se presentan en el aquí-y-ahora.

3. *Basar todas las formulaciones en la percepción de los propios sentimientos y aceptar la responsabilidad de las propias contribuciones.*

Todas las observaciones y formulaciones deberían estar basadas en los sentimientos del terapeuta. El fracaso al hacer esto aumenta el riesgo de que aparezca comprensión distorsionada influida por factores inconscientes. Es crucial aceptar la responsabilidad de las propias contribuciones a la interacción. Siempre estamos contribuyendo a la interacción sin darnos cuenta y un aspecto central en esta empresa consiste en explorar la naturaleza de esta contribución de forma continua. En algunas situaciones, el proceso de aceptar explícitamente la responsabilidad de las contribuciones propias ante el paciente puede ser una intervención particularmente potente. En primer lugar, este proceso puede ayudar a los pacientes a darse cuenta de sentimientos inconscientes y semi-inconscientes que tienen dificultades en expresar. Por ejemplo, aceptar que uno ha sido crítico permite a los pacientes a expresar sus sentimientos de dolor y resentimiento. En segundo lugar, al validar las percepciones del paciente sobre las acciones del terapeuta, el terapeuta puede reducir su propia necesidad de adoptar una actitud defensiva.

4. *Empezar por donde estés.*

La exploración conjunta de la relación terapéutica debería integrar sentimientos, intuiciones y observaciones que están emergiendo del terapeuta en el momento. Lo que fue verdad en una sesión puede no ser verdad en la próxima y lo que fue real en un momento puede cambiar en el siguiente. Dos terapeutas reaccionarán de forma diferente ante el mismo paciente, y cada terapeuta debe empezar por hacer uso de su propia y singular experiencia. Así que, por ejemplo, aunque un tercer observador fuera capaz de adoptar una respuesta empática hacia un paciente agresivo, los terapeutas no pueden manipularse conceptualmente a sí mismos para dar una respuesta empática que no sienten. Deben empezar por aceptar plenamente y trabajar con sus propios sentimientos y reacciones subjetivas.

5. *Centrarse en lo concreto, específico y en el aquí-y-ahora de la relación terapéutica.*

Siempre que sea posible, las preguntas, observaciones y comentarios deberían centrarse en momentos concretos en el aquí y ahora antes que en generalizaciones. Esto fomenta conciencia experimental más que especulación abstracta e intelectualizada.

6. *La exploración cooperativa de la relación terapéutica y el des-atrapamiento tienen lugar al mismo tiempo.*

No es necesario para los terapeutas tener una formulación clara antes de meta-comunicar. De hecho, el proceso de pensar en voz alta acerca de la interacción a menudo ayuda al terapeuta a desengancharse del ciclo que está siendo actuado al poner en palabras las percepciones sutiles que de otra forma quedarían implícitas. Lo que es más, el proceso de contar a los pacientes algún aspecto de la propia experiencia por el que uno está en conflicto, puede hacerle posible al terapeuta ver la situación de manera más clara.

7. *Recordar que los intentos de explorar lo que está ocurriendo en la relación terapéutica pueden funcionar como nuevas versiones de un ciclo continuo interpersonal inconsciente.*

Por ejemplo, el terapeuta expresa una creciente intuición de que el paciente se está retrayendo y dice: "Parece como si hubiera que sacarle las palabras con sacacorchos". Como respuesta, el paciente se retrae más y sobreviene una intensificación del ciclo interpersonal en el cual el terapeuta aumenta sus intentos de abrirse paso y el paciente se pone más defensivo. Es crítico examinar la calidad del grado de reacción de los pacientes a todas las intervenciones y explorar su experiencia de las intervenciones que no han sido facilitadoras. ¿Intensifica la intervención en la autoexploración del paciente o lleva a una actitud defensiva o sumisión? El proceso de explorar las formas en las que los pacientes viven las intervenciones que no son facilitadoras ayuda a clarificar la comprensión del ciclo inconsciente interpersonal que está teniendo lugar.

Los Procesos Internos del Terapeuta:

En los últimos años nos hemos ido interesando más en investigar el tipo de procesos internos que ayudan al terapeuta a negociar las rupturas de alianza (Safran, 2003; Safran & Reading, 2008). Ya que los impasses terapéuticos a menudo evocan sentimientos difíciles, dolorosos y conflictivos en los terapeutas, es importante para ellos que desarrollen la capacidad de reflexionar sobre estos sentimientos (por ejemplo, rabia, impotencia, auto-aborrecimiento y desesperación) sin definirse a sí mismos por estas reacciones y sin disociarlas. Esto supone meterse en un proceso de "dejarse llevar" y rendirse ante la experiencia propia, mientras que al mismo tiempo se mantiene y reflexiona sobre ello de una forma no juiciosa. De hecho, una importante función de la meta-comunicación es facilitar el desarrollo de este estado mental, a través de expresar sentimientos, los cuales parecen inaceptables o impronunciados (Safran, 2003; Safran & Murrin, 2000).

Este estado mental puede fomentarse a través del uso de un entrenamiento con plena atención. La plena atención supone la observación continua de la experiencia tal y como surge en el aquí-y-ahora. Está formada por tres elementos o niveles esenciales: (a) la dirección de la atención, (b) recordar o reconstruir, y (c) conciencia no juiciosa (Safran & Murrin, 2000). Un importante subproducto de esta práctica de prestar plena atención es el descubrimiento del espacio interno (Safran & Murrin, 2000). Esto consiste en "soltar las ataduras" de los propios procesos cognitivo-afectivos, con el objetivo de verlos como construcciones de la mente. Esto a su vez reduce la experiencia de constricción resultante de una sobre-identificación con estos procesos y permite que uno reflexione sobre ellos y los use terapéuticamente. La plena atención implica la auto-aceptación radical de pensamientos, sentimientos y comportamientos. Es esencial en esta práctica que los

terapeutas trabajen para desarrollar verdadera aceptación a través de tomar conciencia de aspectos sutiles y no tan sutiles de lo que ellos consideran inaceptable en sus actitudes o acciones. La verdadera compasión se desarrolla a través del esfuerzo y de aceptar finalmente el propio dolor, limitaciones, fracasos y conflictos internos (Safran, 1999). Por supuesto, la terapia personal puede contribuir a desarrollar este tipo de auto-aceptación, pero la práctica de la plena atención constituye una valiosa herramienta adicional. Durante los momentos de conflicto, es sólo a través de la aceptación radical de sus propios sentimientos rechazados e indeseados que los terapeutas pueden empezar a ser más tolerantes con sus pacientes. Igual que los pacientes no pueden cambiar forzándose a sí mismos a ser de una forma más que de otra, los terapeutas no pueden desear tener una postura más empática. La auto-aceptación juega un papel crítico al permitir a los terapeutas a liberarse a sí mismos para reconocer sus propias contribuciones al impasse y ver nuevas posibilidades de resolver el impasse.

Viñeta Clínica

Examinaremos ahora una breve viñeta clínica del proceso de la meta-comunicación. Debido a que nuestro énfasis aquí está en el proceso clínico más que en la conceptualización del caso, no se proporciona información sobre los antecedentes o detalles del caso. La transcripción está tomada de una de las primeras sesiones con una paciente desesperada y exasperadamente exigente a la que llamaremos Silvia. Los comentarios sobre el material clínico aparecen en cursiva.

Terapeuta: Esta es nuestra segunda sesión juntos, y me estaba preguntando cuáles son sus sensaciones, y si tiene algunas reflexiones o preguntas después de nuestra última sesión.

Silvia: No estoy muy contenta. En realidad, estoy muy frustrada con Usted. La última vez, entré aquí, simplemente me senté y hablé y hablé y hablé. Y nada, absolutamente nada. Usted se sentaba ahí, tal y como se sienta ahora, y no dijo apenas nada, y yo - - me estoy enfadando porque si se supone que tengo que venir – si voy a terapia, si vengo aquí y estoy haciendo esto, quiero una respuesta. No puedo simplemente hablar y hablar y hablar y tenerle a Usted diciendo cosas que me dirigen de manera abstracta. ¿Cómo va a funcionar esto? Necesito saber de Usted cómo va a funcionar esto. Necesito una respuesta concreta. ¿Cómo voy de donde estoy ahora a cualquier otro sitio? Necesito una forma de salir. Yo... no sé cómo salir. He estado en terapia dos años y nada parece estar ayudando. Y Usted tampoco está ayudando. Así que, es como, ¿qué hago?

Terapeuta: De acuerdo, sabe, estoy oyendo que Usted no está contenta con nuestra última sesión y que se siente frustrada y también, si entiendo correctamente, que le gustaría oír más de mí en lo que se refiere, sobre cómo funciona la terapia...

Silvia: ¿Cómo trabaja Usted? ¿Cómo hace lo que hace? ¿Cómo se supone que esto va a ayudarme? ¿Cómo arreglo lo que está pasando?

Terapeuta: De acuerdo, intentaré responder a eso... Pero antes de que diga nada, quiero decir que tengo cierta preocupación sobre si lo que voy a decir es lo que Usted realmente quiere. Pero intentaré hacerlo lo mejor que pueda, de acuerdo... tiene una expresión extraña en su cara...

Silvia: No estoy segura de porqué se preocupa por eso. ¿No es ese su trabajo? Decirme

cómo se supone que deben de ir las cosas... Ahora sí que estoy confundida.

Silvia empieza la sesión expresando su enfado y frustración con la forma en que las cosas han estado yendo y presionando al terapeuta para que le dé una explicación sobre cómo va a ayudarla la terapia. El terapeuta meta-comunica su preocupación de que va a ser difícil contentarla, y reparando entonces en su apariencia exasperada, empieza a explorar su reacción ante su meta-comunicación. Aunque este primer intento de meta-comunicación no ha llevado todavía a un cambio evidente en la cualidad de la relación terapéutica, ha iniciado el proceso de ayudar al terapeuta a entrar en un estado mental más terapéutico. Sirviéndose de su experiencia más que respondiendo a la presión e incomodidad que siente sin ser consciente, y poniendo sus intuiciones en palabras, el terapeuta empieza a desvincularse de la interacción y es capaz de evitar responder de una manera demasiado defensiva.

Terapeuta: Sí, quiero decir que es mi trabajo hacerlo lo mejor que pueda para ayudarla e intentar y responder a sus preguntas, sí, pero hay algo acerca de... me resulta algo difícil de poner en palabras... pero algo acerca de la intensidad con la cual Usted me está preguntando por cosas que me pone un poco... lo que me lleva a cuestionar mi habilidad de darle la respuesta que está buscando. Pero lo intentaré, ¿de acuerdo? Básicamente, por cómo yo lo veo, la forma en la que funciona la terapia es que nosotros dos trabajaremos juntos para explorar cosas de las que Usted podría no ser plenamente consciente... maneras de ver las cosas que son contraproducentes o maneras en las que Usted se está enfrentando a sus sentimientos que son contraproducentes, o maneras en las cuales... está negando con la cabeza.

Silvia: No estoy siendo contraproducente conmigo misma. No me anulo a mí misma. No entiendo cómo venir aquí y trabajar en esos juntos va a ayudar. ¿No se supone que yo - no se supone que debe ser que yo digo lo que está pasando y Usted me dice una respuesta – me da una respuesta? ¿No es así la forma en la que funciona normalmente? Haces una pregunta y obtienes una respuesta. No entiendo cómo lo que Usted está intentado hacer podría ayudar. No creo que esté siendo contraproducente conmigo misma.

Terapeuta: Um-hm.

Silvia: No creo que esté siendo contraproducente conmigo misma en absoluto.

Terapeuta: Um-hm.

Silvia: Creo que vengo aquí a por respuestas y Usted no me las está dando.

Terapeuta: Um-hm. Indudablemente le daré respuestas hasta el punto en que las tenga. Pero también algo de eso deberá salir de que nosotros dos exploremos realmente cosas de forma conjunta.

Silvia: Vale, eso es demasiado abstracto para mí. Necesito algo concreto. Necesito saber cómo llegar del punto A al punto B.

Terapeuta: Um-hm.

Silvia: Y si simplemente me voy a sentar aquí y obtener esto tan abstracto... es un poco como perder mi tiempo, ¿no cree? Es un poco como perder mi tiempo. Eso es lo que los últimos dos años han sido con otra gente. Es simplemente una pérdida de tiempo si sólo me siento aquí y consigo estas cosas abstractas.

Terapeuta: Um-hm, ya, sabe, estoy intentando pensar si hay alguna forma en la que pueda ser más concreto de lo que lo estoy siendo ahora mismo. Um, déjeme... déjeme darle un

ejemplo, ¿de acuerdo?

Silvia: Vale, eso es concreto.

Terapeuta: Incluso ahora mismo, vamos a intentar echar un vistazo a lo que está pasando entre nosotros dos. Usted obviamente, Usted quiere una respuesta, y yo entiendo que Usted quiere una respuesta, y yo quiero darle lo que Usted necesita. Pero creo que hay algo acerca de – sólo estoy intentando entender lo que está pasando para mí – hay algo acerca de la intensidad con la que me está preguntando... la presión en la que se supone que yo debo de producir algo, que me hace difícil...

Silvia: ¿No es ese su trabajo? ¿Producir algo... darme una respuesta? ¿No es ese su trabajo?

Terapeuta: Bueno, mi trabajo es ayudarla. Pero hay algo acerca de lo que está pasando entre nosotros dos ahora mismo que me está haciendo difícil que realmente pueda darle lo que está buscando o necesita.

Silvia: ¿No me está pidiendo que yo también cumpla? ¿No me está pidiendo que yo también le dé algo a Usted?

Terapeuta: Dígame más sobre esto. ¿Parece que...?

Silvia: ¿No me está pidiendo que le transmita el qué está pasando conmigo y que exprese lo que está pasando conmigo? ¿Y por lo tanto a mí también se me está pidiendo que cumpla? ¿O no?

Terapeuta: Me estaba preguntando si se siente criticada por lo que acabo de decir.

Silvia: Por supuesto que sí. Sentí que me estaba echando la culpa. Como que llegué aquí y estaba intentando decir cómo me sentía e, intentando decir lo que quería de Usted... y lo que necesitaba de Usted y se vuelve contra mí.

Terapeuta: De acuerdo... Necesito pensar sobre eso un poco. No creo que fuera mi intención echarle la culpa... pero quizás de algún modo estaba respondiendo desde el sentirme presionado, y quizás desde el sentirme... sentirme un poco culpado por no darle lo que quiere. Así que en respuesta de alguna forma la estaba culpando a Usted. Así que es como pasar una patata caliente hacia delante y hacia atrás. Sabe... tal y como Usted está diciendo que “no estoy haciendo mi trabajo”, y yo estoy diciendo “Usted no hace su trabajo”. ¿Tiene eso algún sentido para Usted?

Silvia: Sí, un poco, sí.

Terapeuta: De acuerdo... así que si eso es lo que está pasando entre nosotros dos... entonces... no estoy del todo seguro cómo vamos a salir de aquí... pero creo que el que nosotros dos seamos capaces de estar de acuerdo en que eso es lo que está pasando es un comienzo... ¿no? Y, yo estoy dispuesto a trabajar con Usted con el fin de ayudarnos a encontrar una manera en la que salir de este punto. ¿Verdad? Y algo me dice que sería un importante primer paso para nosotros. ¿De acuerdo?

Silvia: De acuerdo, sí, de acuerdo.

Terapeuta: De acuerdo.

Aunque el terapeuta sospecha que cualquier intento de dar una respuesta a su pregunta fallará, intenta dar una formulación breve, sobre la suposición de que no hacerlo será experimentado como un acto agresivo y exacerbará la situación todavía más. Tal y

como se esperaba, Silvia no encuentra la respuesta útil, y continúa expresando su enfado y frustración. El terapeuta intenta meta-comunicarse de nuevo poniendo en palabras la forma en que la presión que siente por parte de ella hace que le resulte todavía más difícil ofrecerle una respuesta que ella pueda sentir como útil. Una vez más, esta meta-comunicación no es útil de forma inmediata para Silvia, pero sigue ayudando al terapeuta a ocuparse de su experiencia de una forma consciente y a utilizar su propia experiencia subjetiva para explorar la interacción negativa con Silvia. Esto, a su vez, hace que sea más fácil para el terapeuta estar abierto a una comprensión más profunda de la experiencia de Silvia. Cuando Silvia sugiere que ella se siente presionada para hacer algo igualmente, el terapeuta sospecha que ella ha experimentado su meta-comunicación como una acusación. Seguir y explorar la experiencia del paciente sobre la intervención del terapeuta es un principio clave de la meta-comunicación. En respuesta al “tanteo” del terapeuta, Silvia es capaz de reconocer sentirse culpada. El enactment empieza a cambiar y el proceso de desengancharse está en marcha. El terapeuta expresa cuáles son sus motivaciones y es capaz de reconocer que quizás ha estado respondiendo de forma defensiva ante un sentimiento de estar siendo atacado. Él encuadra las cosas en términos de un círculo vicioso en el cual los dos están atrapados: “Usted está diciendo, que yo no estoy haciendo mi trabajo, y yo estoy diciendo que Usted no hace su trabajo”. En este punto Silvia empieza a ablandarse. El comienzo de una alianza queda establecido en torno a la meta de colaborar para encontrar la salida de este enactment.

Tareas y Principios Generales del Tratamiento:

Establecer la Base Lógica de las Tareas del Tratamiento

Transmitir al paciente una base lógica significativa para el tratamiento juega un papel importante a la hora de establecer una alianza terapéutica. Como Bordin (1979) sugería, en la medida en que hay un acuerdo entre paciente y terapeuta sobre las tareas y metas de la terapia, una alianza de trabajo productiva quedará establecida. Este proceso de establecer explícitamente una base lógica para el tratamiento es algo que a menudo se rechaza en los tratamientos de orientación psicoanalítica. Esta omisión falla al reconocer el papel crucial que el acuerdo sobre las tareas y metas juega a la hora de establecer una alianza. A veces le damos al paciente material de interpretación conciso al principio de la terapia y típicamente pasamos tiempo al principio del tratamiento discutiendo cómo funciona la terapia, prestando especial atención al papel de la conciencia y al uso de la relación terapéutica. Es necesario transmitir una base lógica para tales tareas terapéuticas a medida que nos vamos haciendo conscientes de la experiencia emocional, explorando creencias, fantasías, y expectativas, y examinando lo que tiene lugar en la relación terapéutica.

Clarificar Expectativas en lo que se refiere a las Metas del Tratamiento:

A la hora de transmitir la base lógica al principio del tratamiento para terapias a corto plazo o con límite de tiempo, es importante empezar el proceso de intentar establecer expectativas racionales sobre lo que puede ocurrir en tal marco de trabajo. Nuestro tratamiento a corto plazo está conceptualizado por los pacientes como un proceso que les proporciona una nueva experiencia, la cual supone ante todo cultivar una nueva habilidad de atención y conciencia así como un rayo de luz sobre la esencia de temas relacionales, tales que los pacientes pueden continuar creciendo y desarrollándose después de la finalización del tratamiento. No importa cuánto tiempo se emplee al principio del tratamiento transmitiendo

una opinión de expectativas razonables y cuánto acuerdo explícito haya por parte del paciente sobre la naturaleza de esa meta, es inevitable que aparezcan frustraciones y decepciones al final del tratamiento.

Oscilando entre Contenido y Proceso

Una tarea fundamental para los terapeutas en este modelo incluye hacer oscilar su atención entre el *contenido* y el *proceso* de comunicación. Como los teóricos de la comunicación mantienen, siempre hay aspectos de informar y mandato en cualquier comunicación. El “informar” en la comunicación es el contenido específico. La parte del mandato es la manifestación interpersonal o la expresión sobre la relación actual que está siendo transmitida a través de la comunicación del paciente. El terapeuta debería observar tanto el contenido de *lo que* el paciente dice y el proceso de *cómo* el paciente lo dice. Los pacientes entran en terapia con mucho contenido con respecto a cómo están viviendo sus vidas fuera de la hora de terapia. Una buena parte del tratamiento, incluido en este modelo, está dedicada a discutir y a navegar por este material de fuera de la sesión. Prestar atención al contenido proporciona al terapeuta con una percepción de la experiencia interna del paciente y sobre cómo se relacionan con ellos mismos. Los terapeutas típicamente tienen tendencia a quedarse demasiado prendados del contenido, no obstante, ante la eliminación del registro de ser conscientes de la exposición interpersonal que el paciente está haciendo sobre la relación con el terapeuta.

Observando el Terrero Relacional

El terapeuta debería monitorizar continuamente el terreno relacional actual a medida que va cambiando con el tiempo. Una señal de importancia crítica sobre el terreno relacional consta del sentimiento del terapeuta sobre el grado de contacto interpersonal o compromiso con el paciente. Los terapeutas deben calibrar cómo de relacionados, conectados o desconectados se están sintiendo con el paciente en todo momento. Los momentos de desconectividad facilitan a los terapeutas información importante sobre lo que está teniendo lugar en el presente. El sentimiento de desconexión o de falta de relación por parte del paciente puede surgir de diferentes fuentes. Una fuente es cuando los pacientes están en un momento sin contacto con su propia experiencia interna. En la medida en que los pacientes están en contacto con su propia experiencia interna en el momento presente y por lo tanto en relación consigo mismos, es más probable que el terapeuta pueda sentirse relacionado y comprometido con el paciente. La relación surge del compromiso afectivo entre terapeuta y paciente. Podrá haber también cambios momentáneos en la relación o periodos de falta de relación resultantes del retraimiento o evitación del paciente sobre algún aspecto de la relación con el terapeuta.

Explorando la Experiencia del Paciente

Al rastrear la experiencia del paciente, el terapeuta debería prestar especial atención no sólo a los estados emocionales experienciales sobresalientes del paciente, sino también a las transiciones en la experiencia del paciente, los hilvanajes entre un estado del self y otro. Éstas pueden reflejar importantes procesos subyacentes que deberían ser explorados y clarificados. A menudo, estas transiciones indican una evitación o una operación defensiva contra una experiencia. Y a menudo, los terapeutas se hallan a sí mismos perdiendo el

contacto con el paciente como resultado de este movimiento con el que se alejan. La tarea es ayudar al paciente a ser consciente de evitar o defenderse contra esa experiencia, incluyendo las razones y maneras que le han llevado a hacerlo. Diferentes intervenciones pueden ser útiles en lo que respecta a esto, desde una interpretación psicoanalítica tradicional de la defensa a intervenciones dirigidas a lo consciente que son más experienciales por naturaleza. Al dirigir la atención del paciente hacia las operaciones evitativas y explorar sus implicaciones, la evitación se convierte en no automática y subjetiva al control intencional. Es clave en tales exploraciones que haya una colaboración entre paciente y terapeuta en un intento continuo por clarificar y articular la experiencia del paciente.

Explorando la Propia Experiencia

Al mismo tiempo en que los terapeutas rastrean la experiencia del paciente, deben rastrear sus propias experiencias internas también. Aquí, es fundamental ir más allá de simplemente identificar un sentimiento como tristeza o enfado a un nivel somático más burdo e intentar expresar la naturaleza de la propia experiencia interna de forma más diferenciada. Este proceso implica un movimiento hacia atrás y hacia delante entre el nivel de sentimientos basados en la experiencia sentida corporalmente y una elaboración conceptual de esos sentimientos. Esto es paralelo a la tarea a la que invitamos al paciente a abordar. Uno de los grandes desafíos para los terapeutas es resistirse a la tentación de aferrarse a concepciones preestablecidas de lo que está teniendo lugar con sus pacientes, de enfrentarse con su propia ansiedad de una interacción compleja, ambigua y amenazadora buscando la seguridad de una teoría impuesta sobre algún aspecto de la interacción terapéutica. Más bien, los terapeutas deberían intentar establecer un diálogo continuo entre lo que están experimentando ellos y lo que están conceptualizando sobre su interacción con el paciente. Uno de los obstáculos es que nos hemos armado en nuestra formación con un portentoso arsenal de conceptos teóricos que irónicamente podemos utilizar para evitar escuchar a nuestros corazones. Aunque los terapeutas a menudo reconocen la importancia de explorar y llegar a ser conscientes de sus propios sentimientos, en la práctica puede ser extremadamente difícil, especialmente cuando los sentimientos del terapeuta son amenazantes.

Oscilando entre la Experiencia del Self y del Otro

Los terapeutas siempre están dirigiendo su atención hacia atrás y hacia delante o alternando su atención entre la experiencia interna del paciente y su propia experiencia interna. Uno de los primeros puntos de orientación para los terapeutas es su experiencia de contacto con la experiencia interna del paciente. Así, la propia experiencia interna del terapeuta sirve con una brújula emocional con la cual calibrar el grado de relación íntima o contacto empático. Mientras que los terapeutas estén experimentando contacto empático con la experiencia interna del paciente, estarán automáticamente proporcionando el tipo de ambiente terapéutico en el cual el paciente necesita crecer. Todas las intervenciones fluirán naturalmente en este sentimiento de contacto empático. Durante el transcurso de cualquier sesión, no obstante, es frecuente que la experiencia del terapeuta de contacto empático con la experiencia interna del paciente fluctúe, experimentando el terapeuta cambios continuos en el grado de contacto con la experiencia interna del paciente. Cuando el terapeuta experimenta una falta de contacto con la experiencia interna del paciente, la tarea es

restablecer ese sentimiento de contacto. Esto puede conseguirse de diferentes maneras, pero antes, los terapeutas deben darse cuenta de que han perdido el contacto.

Participar y Desengancharse de los Enactments

El curso de la terapia supone invariablemente un continuo proceso de participar en y desengancharse de los enactments. Estar “atrapado” dentro de un enactment es una parte inevitable del proceso terapéutico. Es importante que los terapeutas reconozcan y acepten el hecho de que atravesarán largos periodos de estar “metidos” sin ser conscientes de ello y que también pasarán por largos periodos de sentirse atrapados. Durante estos extensos impasses terapéuticos, es fundamental que el terapeuta cultive un sentimiento de reconocimiento y aceptación del “atrapamiento”. Puede que el terapeuta quiera hablarle explícitamente al paciente sobre el hecho de que ambos se sienten atrapados, reconociendo de este modo la mutualidad de su experiencia. La experiencia de atrapamiento se convierte entonces en una experiencia compartida más que en algo que les separe. El terapeuta debería tener fe en el proceso y transmitir un sentimiento de su fe al paciente. Hay veces en las que los terapeutas se sienten atrapados o en un callejón sin salida, y todo lo que pueden hacer es esperar. Durante estos momentos, si uno puede cultivar un sentimiento de apertura o de atención relajada, puede estar abierto a nuevas posibilidades a medida que van surgiendo. Lo que es crítico aquí es ser capaz de ver cada momento de forma novedosa, más que como una repetición de un momento anterior. La experiencia de atrapamiento es inevitable, pero lo que mantiene esta experiencia es la inhabilidad de distinguir entre pasado y presente. Lo que impide al terapeuta avanzar a través de la experiencia de atrapamiento es el temor a que nunca termine. Este miedo interfiere con la habilidad del terapeuta de dejarse llevar y relajarse en el atrapamiento y estar abierto a nuevas posibilidades que puedan surgir de la experiencia de vacío y futilidad. Los terapeutas necesitan entender que siempre están inmersos en alguna matriz relacional con su paciente y que están enfrentados con la interminable tarea de desengancharse de uno y engancharse en otro con ningún otro lugar al que poder ir (Stern, 1997). La comprensión del terapeuta de lo que está sucediendo sólo puede ser parcial en el mejor de los casos.

Acercándose al Final

El final del tratamiento evoca naturalmente ciertos temas, a los que nos dirigiremos ahora. Con cada paciente, queda planteado un desafío para los terapeutas que no es muy diferente de aquellos enfrentados al trabajar a través de las rupturas con un paciente determinado durante todo el curso de la terapia (aunque quizás más intenso). Por lo tanto, el proceso de terminación está considerado como la resolución de la *ruptura de alianza definitiva*.

Separación y Pérdida

La terminación obviamente supone separación y pérdida, y por lo tanto puede evocar tristeza así como tensión entre las necesidades de individualización y relación. Como Otto Rank (1945) sugería, el proceso de individuación es inherentemente culpa produciendo y cargada de ansiedad porque amenaza la relación. Paradójicamente, no obstante, la verdadera individuación y relación son dependientes la una de la otra. Como teóricos como Margaret Mahler (Mahler, Pine, & Bergman, 1975) y John Bowlby (1973) han sugerido, los niños requieren un sentido de seguridad en la relación con el cuidador antes de que puedan

abordar en el tipo de conducta necesaria para facilitar la individuación. A la inversa, uno no puede mantener una forma madura de relación con los otros hasta que ha desarrollado un sentido de uno mismo como individuo. Este es un tema crítico que terapeuta y paciente deben negociar a medida que el tratamiento llega a su fin.

Aceptación

El problema de la confianza es que se encuentra en la esencia del proceso de cambio humano (ver Safran & Murran, 2000, para más debate y literatura relevante). En algún nivel fundamental, uno tiene que tener alguna esperanza de que tiene la habilidad de cambiar y de que el curador tiene la habilidad de ayudar a que uno cambie. En el final del análisis, los terapeutas necesitan tener tolerancia para con su propia impotencia como ayudadores y su propia inhabilidad para solucionar los problemas de los pacientes por ellos mismos o eliminar su sufrimiento. Es inevitable que los pacientes quieran lo imposible de sus terapeutas. Querrán que transformen sus vidas. Los terapeutas que tengan dificultades para aceptar sus propias limitaciones y para ser *suficientemente buenos* como ayudantes responderán defensivamente ante las demandas imposibles de los pacientes. Es por lo tanto esencial para los terapeutas conformarse con el hecho de que al final, hay una cantidad limitada de lo que un ser humano puede hacer por otro. No importa cómo de hondamente empático sea el terapeuta, cuando la sesión se termina, el paciente se va a casa y el terapeuta sigue con su propia vida. El reconocimiento de esta limitación llega a ser particularmente agudo cuando nos enfrentamos al fin del tratamiento. Esta comprensión, no obstante, no debe ser transformada en soberbia indiferencia, sino más bien en genuina compasión por un ser humano que experimenta el dolor de la vida por el prójimo.

Estar sólo

En la vida, todos debemos negociar inevitablemente el hecho de que por la propia naturaleza de nuestra existencia estamos paradójicamente solos y a pesar de todo en el mundo con otros. Estamos solos a un nivel básico en el que hemos nacidos solos y finalmente moriremos solos. Muchas de nuestras experiencias más privadas nunca serán compartidas con otros. Al mismo tiempo, estamos ineludiblemente unidos a otros. Nacemos en relación con otros y alcanzamos un sentido del self sólo en la relación con otros. Como seres humanos, pasamos nuestras vidas negociando la paradoja de nuestra simultánea soledad y unión. Comenzamos nuestras vidas intentando permanecer próximos a figuras de apego, y la búsqueda de relación interpersonal continúa motivando nuestro comportamiento a lo largo de toda una vida. No importa cuánto nos esforcemos, no podemos, excepto por periodos breves, conseguir el tipo de unión con los otros que nos permita escapar de nuestra soledad. Este tema puede quedar también destacado a medida que el paciente se enfrenta al final del tratamiento y de la relación terapéutica. La tarea crítica para el terapeuta es ayudar al paciente a trabajar a través de esta desilusión de forma constructiva. Esto supone llegar a aceptar las necesidades y deseos propios como válidos y legítimos, mientras que al mismo tiempo hay que vivir con el dolor de reconocer que nunca serán satisfechos en un sentido absoluto (Safran y Muran, 2000).

Conclusiones

La creciente popularidad de la psicoterapia breve ha sido uno de los avances más

importantes en el terreno de la salud mental en los últimos años. Aunque hay considerables pruebas de la eficacia de diferentes formas de terapia breve (Warren & Messer, 1995), es importante no exagerar sus beneficios. En una valiosa reseña de literatura, Westen & Morrison (2001) demostraron que cuanto más rigurosos los criterios que se utilizan para definir lo que constituye un buen resultado, los tratamientos breves no son ni de lejos tan provechosos como sus defensores reivindican. Es por lo tanto importante no ver a la terapia breve como un ejemplo de optimismo ingenuo en el cual se ve al tratamiento como alternativa a todos los problemas, o en el cual la complejidad de la experiencia humana y de la naturaleza profunda e intratable de muchos tipos de sufrimiento humanos son negados. De hecho, desde nuestra perspectiva, uno de los factores más importantes a la hora de conducir tratamientos a corto plazo incluye reconocer la dificultad del proceso de cambio humano y la imposibilidad de encontrar soluciones sencillas y definitivas a los problemas de las personas, a la vez que se mantiene una actitud esperanzadora y realista acerca de la posibilidad de cambio significativo tomando el cambio dentro del marco de trabajo de corto plazo. En nuestra experiencia, el TRB puede proporcionar un marco de trabajo que permita a los clínicos de orientación psicoanalítica una forma de experimentar con un marco de trabajo de tratamiento a corto plazo sin violar el sentido de misterio, complejidad, ambigüedad y profundidad que la mayoría de nosotros entiende como central en el trabajo psicoanalítico.

REFERENCIAS

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 33-46.
- Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum*, 2(3), 271-280.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Volume II: Separation: Anxiety, and anger*. New York: Basic Books.
- 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.
- Hartley, D. E. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. In R. Hales & A. Frances (Eds.). *Psychiatry update* (pp. 532-549). American Psychiatric Association Annual Review, Vol.4. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and spontaneity in the psychoanalytic process: A dialectical-constructivist view*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- 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.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S., & Aron, L. (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance- focused intervention for personality disorders. *Psychotherapy*, 42, 532-545.
- Pizer, S. A. (1998). *Building bridges: The negotiation of paradox in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Rank, O. (1945). *Will therapy and truth and reality*. New York: A. Knopf.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- 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., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). New York: Wiley.
- 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.
- Safran, J. D. Faith, despair, will and the paradox of acceptance. *Contemporary Psychoanalysis*, 35(1), 5-23.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press. Spanish edition, 2005, Madrid: Desclee De Brouwer
- Safran, J. D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 171-196.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Wallner Samstag, L., & Stevens, C. (2002). Repairing therapeutic alliance ruptures (pp.235-254). In J. C. Norcross (Ed.). *A guide to psychotherapy relationships that work: Effective elements of the therapy relationship*. New York: Oxford.
- Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage? *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 449-475.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance focused treatment for potential treatment failures. *Psychotherapy*, 42, 512-531.
- Safran, J. D., & Ruiz-Cordell, K. (2006). Alliance ruptures: Theory, research and practice (pp. 273-287). In S. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy*. New York: Brunner Routledge.
- Safran, J. D., & Reading, R. (2008). Mindfulness, metacommunication and affect regulation in psychoanalytic treatment (pp. 122-139). In Steven. Hick & Thomas. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship*. New York: Guildford.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Warren, S. C., & Messer, S. B. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guildford.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multi-dimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 875-899.

Original recibido con fecha: 30/6/2008 Revisado: 24/4/2010 Aceptado para publicación: 30/5/2010

NOTAS

¹ Véase en este mismo número la entrevista a Jeremy D. Safran realizada por Raúl Naranjo.

² N. de T.: La expresión utilizada es "disembedding", que puede ser traducida como desenganche, desanclaje, desatrapamiento.

³ N. de T.: La expresión utilizada es "presentness".