



## Alianza Terapéutica o de trabajo en la patología narcisista, evolución del concepto

Eduardo A. Reguera Nieto<sup>1</sup>

*Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid.*

A través de una viñeta clínica en la que se expone una problemática en el vínculo terapéutico, se procede a analizar la génesis de los conceptos alianza terapéutica y alianza de trabajo en la patología neurótica. Asimismo, se examina la relación y las fronteras de tales conceptos con la neurosis transferencial y la sugestión. Por último, se detallan posibles aplicaciones de la alianza terapéutica o de trabajo en la psicoterapia de la patología narcisista y en lo relativo al caso clínico.

**Palabras clave:** Alianza terapéutica, alianza de trabajo, neurosis transferencial, sugestión, narcisismo, psicoterapia, psicoanálisis.

Through a clinical vignette in which a problem in the therapeutic relationship is exposed, we proceed to analyze the genesis of two concepts, therapeutic alliance and working alliance in neurotic pathology. Furthermore, the relationship and boundaries of these concepts with transference neurosis and suggestion is examined. Finally, possible applications of therapeutic or working alliance in psychoanalytic psychotherapy of narcissistic pathology with regard to the clinical case are reviewed.

**Key Words:** Therapeutic alliance, working alliance, transference neurosis, suggestion, narcissism, psychotherapy, psychoanalysis.

**English Title:** *Therapeutic or working alliance in narcissistic pathology, evolution of the concept.*

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Reguera Nieto, EA. (2015). Alianza Terapéutica o de trabajo en la patología narcisista, evolución del concepto. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2): 431-445. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

## Viñeta clínica e interrogantes

Hace unos meses me derivaron a una paciente, digamos Ana, para iniciar una psicoterapia si fuese posible. Ana había sufrido recientemente la muerte de su padre, que padecía desde hace años una enfermedad crónica, y parece ser que desde entonces se encontraba más triste, encerrada y miedosa. Por lo visto Ana era soltera y vivía con su madre, también enferma grave y crónica, de cuyo cuidado se encargaba prácticamente en exclusiva. Además había sufrido un cambio interno en su puesto de trabajo, que había acrecentado la sensación de soledad y desconexión.

En una primera entrevista, Ana se autodefine como “melancólica, triste, solitaria, con tendencia a dárme las de víctima y muy dependiente de los demás”. Por lo visto, había realizado dos psicoterapias previas de corte cognitivo con las que había “aprendido a salir de la victimización”. Hablaba de un “pensamiento recurrente, la soledad” y decía que deseaba “trabajar la autoestima”. Todo ello era referido con cierta ampulosidad y con escasa expectativa de encuentro subjetivo. O sea, me sentía llamado a actuar y excluido a la vez. Era una señora de actitudes y ropas muy conservadoras, con cierto punto soberbio en el habla y en los gestos. Mi vivencia es que esperaba poco de mí y de la situación terapéutica pese a que era capaz de expresar que “tengo tendencia a depositar toda mi frustración en el terapeuta y esperar de forma pasiva la respuesta”. La comunicación no podía ser más paradójica; cuanto más decía necesitar una presencia activa por mi parte, más lejos me sentía yo. Cuanto más se autorreprochaba ella con escasa o nula emoción acompañante, más tenía que vencer mi contratransferencia hostil. Dicha contratransferencia en mi caso estaba muy marcada por la referida contraposición entre la demanda explícita de ayuda de la paciente y el discurso solipsista y vacío.

Ana prácticamente no recuerda absolutamente nada de los 0 a los 9 años, sólo “retazos aislados”. Sí que recuerda haber sido una “niña triste, no deseada”. Esa falta subjetiva de investimento era puesta especialmente en relación con la madre, la cual habría tenido hijos “porque no tuvo más remedio”, según repetía frecuentemente Ana. De este modo, el supuesto destino deseado de la madre y cercenado por la maternidad hubiera sido el de “meterse a monja”. Ana refirió en numerosas ocasiones cómo la madre traía esto a colación en los momentos de conflicto familiar. Ana es la hija de en medio, tiene una hermana mayor y un hermano más pequeño. Pero su lugar en la fratría fue complicado; antes de ella la madre tuvo un niño que nació y vivió 1-2 años y murió. Después de Ana, la madre tuvo otra niña que vivió un año y falleció también. Dos niños con un nombre y una historia que mueren, y ella entre los dos. Muerte a la derecha y muerte a la izquierda en su infancia más

temprana. Era notorio comprobar cómo había desafectivizado estos fallecimientos, cómo informaba de este dato por requerimiento mío sin cuestionar que esto hubiera podido tener un papel en la turbulenta relación que había mantenido siempre con su madre.

La familia fue arrancada abruptamente del mundo rural y traída a Madrid tras un accidente grave de padre en el pueblo. Lo que en una primera panorámica me pareció esencialmente un discurso melancólico materno mostró un barniz histérico cuando Ana relataba cómo su madre era la del “no por el no”, la que profería en alto sus deseos de meterse a monja previamente a un viaje con el padre y era capaz de volver del mismo con bonitas prendas y adornos. Pese a que Ana habla de su madre como la “mártir”, toleraba muy mal ciertas interpretaciones que sólo rozasen la idea de una posible insatisfacción histérica de su madre. Ella necesitaba y repetía como un mantra el concepto de que sus padres habían sido “esclavos de su tiempo, les dieron poco cariño”, con lo cual ellos “no me reforzaron lo suficiente, yo soy producto de esas circunstancias” y de ahí extraía sus “problemas de autoestima”. No había interpretación o clarificación que no desencadenase esta maniobra defensiva. Los argumentos eran de una linealidad y una causalidad exasperante. Y para más inri, estaba la tendencia constante a llevar el campo de batalla defensivo a lo físico, al elemento biológico – farmacológico, donde solía hallar argumentos que parapetasen su sufrimiento así como un posible avance en términos psíquicos. Literalmente yo me sentía entre la espada y la pared. Como decía Ana en esas primeras sesiones, “entre mi poco refuerzo y los genes, no sé qué es lo que se puede cambiar”.

Era muy patente la resistencia al insight. Aparecían actuaciones en forma cancelaciones y las sesiones se hacían cuesta arriba. Era como trabajar en un campo minado, en cualquier momento pisaba la mina y estallaba el mecanismo “mis padres no tuvieron cariño-fueron esclavos de su tiempo-no me reforzaron-no tengo autoestima-no me reconocen-yo soy así”. Tranquilamente, Ana podía recitar esto varias veces en una misma sesión. Había ciertos momentos, no obstante, en que pudimos llegar a acuerdos y elaborar mejor ciertos temas, momentos en los que aparecía alguna pequeña grieta en la coraza caracterial, un esbozo de yo observador. Tenían lugar cuando examinábamos juntos escenas del día a día que le deparaban gran malestar. Por ejemplo estaba su tendencia a desfondarse escuchando los problemas de los demás y su gran dificultad en ocupar la posición contraria, la de hablar. O también, su gran laboriosidad, que había sido un acicate para salir de la casa familiar rápidamente. Tal capacidad de trabajo, además de una salida neurótica cumplía una función de suministro narcisístico materno, pero Ana sentía que “ni aún así satisfacía a mi madre”. Ana estaba muy identificada con los reproches maternos, aquellos gritos de “tonta, boba, no vales para nada, tu obligación es estar en casa”. Pese a que la patología del

narcisismo era prominente (discurso muy centrado en la “visión” que se tenía de ella por parte de los demás, mecanismos arcaicos de defensa, especialmente escisión, neutralización e idealización primitiva, fallas básicas del vínculo materno, etc.) tenía la impresión de que existía una superestructura defensiva histórica construida sobre esos cimientos. Una cosa bien diferente es que hubiera que trabajar con dichos elementos neuróticos al principio, lo cual era muy complicado. Su discurso era el de la no contradicción, el de la coherencia en la patología, el del mecano roto. Cualquier insinuación acerca de conflictos internos gatillaba un aparatoso rechazo, pleno de aspavientos. O bien, aparecían continuos bostezos, miradas perdidas y una franca desconexión con el clima de la sesión.

A duras penas aceptaba que pudiera haber tenido celos o envidia de sus hermanos, pese a que la falta de reconocimiento de ellos aparecía regularmente en toda una gama de situaciones cotidianas. Ana declaraba que debía tener “una idea muy brillante, muy bien construida, para empezar a hablar”, con la consiguiente inhibición la mayoría de las veces. Inhibición que en gran medida estaba relacionada con una excesiva erotización del vínculo relacional. No obstante, y a pesar de la franca contradicción, acababa refiriendo que eso “claramente tiene que ver con mi falta de autoestima, no se me ha reforzado y ya está”. La castración histórica era patente, pero cualquier mínimo señalamiento en ese sentido iba seguido de cancelaciones de sesiones o de rechazos indignados en plena sesión, siempre cara a cara. La castración no parecía algo genuinamente neurótico (y por tanto interpretable en terapia) sino más bien un epifenómeno de una grandiosidad infantil mal resuelta junto con un superyó altamente persecutorio. lo cual le traía en sus relaciones personales numerosos quebraderos de cabeza.

El proceso terapéutico estaba bloqueado de forma muy notoria. Mi sensación era la de que no estábamos remando en la misma dirección. Y sin embargo, Ana continuaba acudiendo a las sesiones, de forma discontinua, pero acudiendo. Había de esta forma cierta voluntad genuina de progreso, aunque claramente no existía una alianza terapéutica o de trabajo. En este punto aparecieron los interrogantes clínicos que me llevaron a redactar el presente trabajo. Me preguntaba... ¿qué está pasando aquí para que no vayamos en la misma dirección? ¿Por qué no colabora espontáneamente como otros pacientes, identificándose con la función del analista? ¿Es simplemente transferencia negativa lo que está en juego? Y por encima de ellas.... ¿dónde está la casi siempre imperceptible alianza de trabajo o terapéutica? ¿Hasta dónde está influyendo mi propia contratransferencia? ¿Es acaso diferente la alianza de trabajo de la neurosis transferencial? Y en lo que atañe a Ana... ¿su patología permitirá estructurar en la terapia una alianza terapéutica funcionante? Todo

ello me llevó de forma natural a repasar la siempre espinosa relación entre alianza de trabajo y transferencia. Como postula Etchegoyen en su libro de técnica psicoanalítica, “cuando sostengo que no todo lo que aparece en el proceso analítico es transferencia quiero decir que siempre hay algo más, no que falte la transferencia, que es bien distinto” (Etchegoyen, 2009). Esta frase es la que me ha permitido en gran medida ir aclarando conceptos y solventando disputas entre autores.

### **Alianza terapéutica o de trabajo en su relación con la transferencia**

Cuando me sumergí en la historia de dichos conceptos, encontré posiciones y conceptos confusos. Ya de entrada, en el diccionario de Laplanche y Pontalis (Laplanche & Pontalis, 2004) se omite la entrada correspondiente a la alianza terapéutica o de trabajo. Todo un síntoma de la cuestión y de la polémica generada, aspecto criticado por Zukerfeld (Zukerfeld, 2001). Antes de todo ello, ya Freud había explicitado que una dosis de transferencia “positiva” o de “sentimientos tiernos” se da sobre el terapeuta siempre. Mientras no genere resistencia en análisis, dicho componente “subsiste y es en psicoanálisis, al igual que en otros métodos de tratamiento, el portador del éxito. En esa medida confesamos sin ambages que los resultados del psicoanálisis se basaron en una sugestión [...] el influjo sobre un ser humano por medio de los fenómenos transferenciales posibles con él.” (Freud, Sobre la dinámica de la transferencia, 1912). Es verdad que sin explicitarlo o adentrarse profundamente en la naturaleza la alianza terapéutica, Freud ya señala en sus trabajos sobre técnica psicoanalítica que un prerrequisito para el comienzo de un análisis es que el paciente “cambie su actitud consciente frente a la enfermedad [...] es preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de la enfermedad” (Freud, Recordar, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II), 1914). Precisamente porque tiene que tener lugar tal cambio de actitud en un tratamiento psicoanalítico es por lo que Freud pronuncia su famosa máxima “la primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a éste y a la persona del médico” (Freud, Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I), 1913). Por aquella época Freud sostenía que dicha colaboración, de naturaleza muy particular, aparecía espontáneamente si el analista mostraba un serio interés, se apartaban las resistencias más precoces y se evitan errores. Entonces, el paciente “por si solo produce ese allegamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor” (Freud, Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I), 1913).

De acuerdo con Etchegoyen, “el concepto de que más allá de sus resistencias el paciente colabora con el analista es típicamente freudiano y lo vemos atravesar toda su

obra; pero el postulado de que el yo está destinado a disociarse como consecuencia del proceso analítico se debe incuestionablemente a Sterba” (Etchegoyen, 2009). Este autor es el que así preconiza por vez primera que la “capacidad del yo para la disociación es la que permite al analista, por medio de la interpretación, efectuar una alianza con el yo contra las poderosas fuerzas del instinto y la represión” (Sterba, 1934). Sterba pone el énfasis en la capacidad de “disociación terapéutica del yo”, la cual se debería a la identificación con la función del analista. Tal disociación permitiría reconocer dos partes en el yo, la que se identifica y trabaja con el analista, y la que “comprende los impulsos del ello, las defensas del yo y los dictados del superyó” (Etchegoyen, 2009).

La identificación con la función analista tendría como modelo en las personalidades más neuróticas el proceso de formación del superyó. Es así como la angustia de castración edípica genera y perpetua a partir de entonces una disociación en el seno del yo entre la parte identificada con la ley superyoica interdictora y la parte identificada con el deseo. Como diría Nasio, “el niño se vuelve capaz – al precio de desdoblarse – de encarnar él mismo a un tiempo la ley y el deseo” (Nasio, 1988). La alianza terapéutica no sería sino un modo de aprovechar esta capacidad en provecho del análisis, mutando el superyó moral edípico por un superyó auxiliar “contemplativo y sereno” (Etchegoyen, 2009).

Elizabeth Zetzel es quien acuña y populariza la expresión “alianza terapéutica” (Zetzel, 1956), considerándola como una de los dos pilares de la transferencia. El otro sería la neurosis de transferencia. Tal y como sostiene Etchegoyen, esta diferenciación explícita entre esos dos componentes está en la base de la obra de dicha autora, uno de los máximos exponentes de la corriente de la Psicología del Yo. Para ello, Zetzel se apoya en la obra de Hartmann, considerado el principal referente de tal corriente. Para comprender el concepto de alianza terapéutica, es esencial entender que para estos autores el conflicto intrapsíquico neurótico “queda divorciado total o parcialmente de la fantasía inconsciente”, lo cual estaría en la base de un concepto fundamental en la Psicología del Yo, que es el de “autonomía secundaria”. (Etchegoyen, 2009). Para Zetzel y el resto de autores de esta corriente, no hay alianza terapéutica sino entendiendo que existe un área psíquica libre de conflicto, autónoma en el seno del yo. No obstante, tal y como expone Etchegoyen, la analista norteamericana considera la alianza terapéutica como asentada en la autonomía del yo respecto al conflicto inconsciente, pero al mismo tiempo, “se la remite a las primeras relaciones de objeto del niño con los padres, en especial con la madre” (Etchegoyen, 2009). Por esta misma razón, la alianza terapéutica sería pregenital y diádica, motivo por el que alianza terapéutica y neurosis transferencial se confunden cuando se llega al nivel de los conflictos pregenitales. De algún modo, en la teoría de Zetzel se establecían nexos de unión

entre la psicología del yo y la kleiniana, al enfatizar la importancia de las relaciones tempranas. Desde otro ángulo, pero con igual voluntad de unir, Meltzer propugna la idea de una parte adulta de la personalidad, a la cual no se le interpretaría sino que se le hablaría, a diferencia de la parte infantil. Tal parte adulta, aliada con el analista, es el precipitado de los introyectos de objetos externos adultos.

Greenson retoma esta problemática desde un ángulo similar con su concepto de la “alianza de trabajo” (Greenson, 1997). Igualmente, parte del área libre de conflicto en el seno del yo al considerar que la “alianza de trabajo es un fenómeno de transferencia relativamente racional, desexualizado y desagresivizado”, que se da “entre el yo razonable del paciente y el yo analizador del analista” (Greenson, 1997). Queda de esta manera explícitamente contrapuesta a la neurosis de transferencia, aunque reconoce que la división no es absoluta. Greenson consideraba que, para que se construyese una alianza de trabajo, los pacientes no podían arrastrar graves menoscabos en las funciones del yo, tenían que “haber podido formar esas relaciones sublimadas, de objeto inhibido” con lo cual “las personas esencialmente narcisistas no podrían hacerlo” (Greenson, 1997). Como vemos, la alianza de trabajo para este autor marca el límite estricto de la posible analizabilidad de un paciente, entendiendo por supuesto la analizabilidad desde la óptica de una cura-tipo de aquel tiempo. Todo aquel paciente que no fuera capaz de establecer una alianza de trabajo y colaborar con el analista en una cura analítica-tipo aplicada a su patología neurótica, no sería candidato a psicoanálisis sino a alguna variedad de psicoterapia dinámica modificada (Greenson, 1997).

En una posición diametralmente opuesta se encuentra Brenner y su famosa crítica de la alianza terapéutica o de trabajo. Examina el material clínico aportado por estos dos autores y niega de forma tajante que la alianza terapéutica sea algo diferente a “interpretaciones transferenciales para el progreso analítico, que la alianza terapéutica es distinta de la neurosis transferencial y que no es menos importante fomentar la alianza que interpretar la transferencia” (Brenner, 1979). En las viñetas clínicas de Zetzel y Greenson aparecen casos en los que se desbloquea el proceso cuando los analistas adoptan posiciones, además de analíticas, más humanas. Brenner sostiene que es innecesario y además, no analítico. Si hubiera resistencias en la transferencia, deben ser interpretadas. Rechaza “modificar simplemente por medio de nuestro comportamiento” o a través de la “experiencia emocional correctiva” las reacciones transferenciales intensas y declara la “importancia que tiene para el provecho técnico de todo analista que comprenda a sus pacientes tan completa y correctamente como le sea posible” (Brenner, 1979). La alianza de trabajo no es otra cosa, según Brenner, que neurosis transferencial, tanto cuando

funciona como cuando no. Una pseudoalianza de trabajo es meramente resistencia de transferencia, y como tal, debe ser analizada. Como sostiene muy gráficamente, “en análisis es siempre mejor para el paciente si uno afronta todo analíticamente [...] cualquier cosa que sienta un paciente analítico sobre la situación analítica ya sea sufrimiento, indiferencia o gratificación es material analítico” (Brenner, 1979). Desvía el problema de la alianza de trabajo o terapéutica al problema del *quantum* de frustración y abstinencia que el paciente es capaz de tolerar y al *mínimum* de gratificación libidinal que es necesario satisfacer en todo análisis que progresa. O sea, frente al problema de la alianza terapéutica, Brenner sitúa en primer plano el problema de la intensidad de frustración y abstinencia que un paciente puede soportar en una terapia clásica. A diferencia de lo que propugnaba Stone sobre la importancia de los elementos no interpretables en el proceso analítico y de la necesidad en ciertas ocasiones de saltarse la regla de la abstinencia y de no practicar deprivaciones superfluas, Brenner sostenía la necesidad de mantener el encuadre y actitud analíticas en todo momento. Stone tildaba a esto irónicamente de “posición neoclásica” por cuanto afirma que ni el propio Freud adoptaba tal actitud, por ejemplo, en lo relativo a la comida de arenques que compartió con el Hombre de las Ratas (Stone, 1981).

El problema de diluir la alianza terapéutica o de trabajo en la olla de la neurosis transferencial es el de considerar todo *impasse* en el avance terapéutico o todo movimiento defensivo como fruto irracional y distorsionado de un desplazamiento de impulsos y defensas infantiles del pasado al presente. Pero en el caso de mi paciente había desde el comienzo una notoria dificultad en trabajar junto a mí, en ir hacia una misma dirección, en confiar en el método, en el encuadre y en mi persona, en adoptar el modo analítico de observar y tratar los problemas. Como muy bien desarrolla Etchegoyen, “a este fenómeno yo no le llamo transferencia, en cuanto es una *experiencia* del pasado que sirve para ubicarse en el presente y no algo que se repite irracionalmente del pasado perturbando mi apreciación del presente” (Etchegoyen, 2009). El autor argentino deslinda la alianza terapéutica de la neurosis transferencial, haciéndola arrancar de las relaciones tempranas de objeto tal y como las describiera Melanie Klein. De alguna forma, la alianza terapéutica se asienta en el proceso de formación del superyó freudiano, muy relacionado con las identificaciones paternas. Pero como diría Melanie Klein, este superyó paterno “puede ser también amenazante y causar ansiedad, pero nunca parece alcanzar las mismas proporciones que las que derivan de la identificación materna” (Klein, 1928). De ahí la conexión entre las fallas graves en las identificaciones tempranas, en especial con la madre, y la dificultad para establecer una adecuada alianza terapéutica. El paciente narcisista, afectado de daños muy básicos en esta del desarrollo, mostrará una tendencia “al control omnipotente y a la desvalorización” del terapeuta (Kernberg, 2001). Todo ello obliga a una

continua conciencia de los sentimientos contratransferenciales del terapeuta, de cara a poder salvar la alianza terapéutica.

De este modo estaríamos hablando de pacientes donde, siguiendo a Silvia Bleichmar, no regiría la lógica arqueológica de la patología neurótica, la de la exhumación de contenidos inconscientes y distorsiones transferenciales, sino la puesta en común de todos los elementos vivenciales fragmentados para devolver al paciente “una imagen confiable e íntegra en todas sus piezas esenciales”. Se trataría de esta forma de alternar especialmente en la psicoterapia de pacientes narcisistas entre “una concepción extractiva del psicoanálisis” y una “concepción perlaborativa o ligadora” (Bleichmar, 1990).

Es por ello por lo que Zukerfeld adapta el constructo de la alianza terapéutica o de trabajo a estructuras de personalidad consideradas no analizables en el pasado, deshaciendo el binomio analizabilidad-alianza terapéutica. A pesar de las divisiones y artefactos más teóricos que clínicos, Greenson, Zetzel y Breener hubieran estado bastante de acuerdo en qué pacientes hubieran podido ser analizables o no desde una óptica analítica. Y desde luego, todos estos autores hubieran descartado a un paciente esencialmente narcisista como tributario de psicoanálisis. Zetzel expande el uso de la alianza terapéutica al espectro del narcisismo, considerando que “el desarrollo y la resolución de problemas a través de la alianza de trabajo no es un simple prerrequisito para el cambio sino más bien, la *esencia del proceso de cambio*” (Zukerfeld, 2001). De este modo se supera la arcaica visión psicoanalítica de estos pacientes como instalados en el retraimiento narcisista y por tanto, no candidatos a terapia. Tal y como sostiene Kernberg, “lo que en un plano superficial parece ser distanciamiento y ausencia de compromiso es un activo proceso de desvalorización, desprecio y deterioro (del analista)” (Kernberg, 2001). Esta nueva visión abre la puerta a nuevas consideraciones tanto teóricas como técnicas, que modifican de forma definitiva el concepto de la alianza terapéutica o de trabajo. El establecimiento así de una fructífera alianza terapéutica o de trabajo en las fases iniciales de la terapia parece consolidarse como uno de los mejores predictores del resultado de la terapia en este tipo de pacientes (Gabbard, 2009). Al generarse una genuina alianza, las identificaciones y fantasías más arcaicas ya habrían experimentado cambios.

De esta forma se reactualizan la clínica, rescatando una utilidad actual del concepto alianza de trabajo o terapéutica, acorde con el interés en todo lo relacionado con la patología del narcisismo. Estas identificaciones precoces y las fallas tempranas en la estructuración de la personalidad entroncan con las tesis de Killingmo sobre los núcleos de conflicto y los núcleos de déficit en la psicopatología. De esta forma, cuando lo prominente son las dificultades tempranas en la formación de una adecuada alianza terapéutica,

estaríamos hablando más bien de “transferencia de déficit” más que de transferencia de conflicto (Killingmo, 1989).

### **Sugestión y narcisismo en la alianza terapéutica o de trabajo**

Volviendo a Freud y a los artículos técnicos, no cabe duda de que la sugestión desempeña un papel asimismo en la alianza terapéutica o de trabajo. Cosa curiosa, prácticamente no aparece en los artículos dedicados al examen de tal alianza ni tampoco nuevamente en el Diccionario de Laplanche y Pontalis, pese al evidente carácter limítrofe de tal concepto. Como decíamos, Greenson no habla de la sugestión en el capítulo específico dedicado a la alianza de trabajo, pero al hablar de los procedimientos terapéuticos no analíticos, sí que reconoce que tal procedimiento “se halla en todas las formas de psicoterapia porque se deriva de la relación entre padre e hijo”, e incluso aclara que “es válida la sugestión en psicoanálisis siempre que ayude al paciente a entrar en la situación analítica y trabajar en ella” (Greenson, 1997). Inintencionadamente, trae a colación el problema de la sugestión a la hora de entrar y mantener la relación analítica, tema complejo que se despacha en un par de frases. Asimismo, habla de que el “paciente tendrá en el psicoanalista un grado de confianza poco realista debido a las influencias sugestivas que se originan en su actitud” (Greenson, 1997), confianza que implícitamente enfatiza en la alianza de trabajo, aunque recalco, sin explicitarlo en el capítulo específico. Se difumina así el área libre de conflicto con el artefacto que supone la sugestión y el ideal del yo acompañante. Al dar por sentado que la alianza terapéutica solamente se aplicaba a pacientes analizables, muchos de los autores implicados en el estudio de tal concepto dejaron fuera el elemento sugestivo.

Zukerfeld sí que recoge las ideas freudianas sobre una posible participación de la sugestión en la creación o mantenimiento de tal alianza en pacientes más limítrofes que neuróticos, que él destaca como decisivo en aquellas psicoterapias en las que hay alianza sin percepción subjetiva de mejoría por parte del paciente, “los aspectos narcisistas en el vínculo – es decir, la circulación del ideal – adquiere una importancia decisiva dentro del concepto de alianza terapéutica” (Zukerfeld, 2001). Y aquí no habla solamente de la creencia por parte del paciente en que los efectos terapéuticos advendrán en algún momento, sino también hace referencia al “ideal de ser analista que incluye el cumplimiento del estándar con su alta frecuencia de sesiones [...] condición que no corresponde a la relación real ni a la transferencia en sentido estricto” (Zukerfeld, 2001). Podría ser que la práctica ausencia de este factor en los mencionados autores pudiera tener que ver con un uso defensivo de la teoría que llevamos a cabo frente a una posible vivencia de “vulnerabilidad narcisista” (Chused, 2012), porque lo cierto es que los pacientes

efectivamente tienen cierta necesidad de idealización y eso, inevitablemente expande nuestro narcisismo. Y esto no tiene por qué ser nocivo para el progreso terapéutico en tanto “nadie se cura sin el deseo narcisista de curación que se deposita en un Ideal que promueve la colaboración para vencer las resistencias contra ese mismo deseo” (Zukerfeld, 2001). No cabe duda de que este elemento narcisístico está de alguna manera presente en la alianza terapéutica, si la hubiera. Y llevando más allá las hipótesis y con ánimo clínico, algo de esta problemática se tuvo que dar en la práctica de Ralph R. Greenson y su paciente más famosa, Marilyn Monroe. Unos terapeutas dirán que tal analista sistemáticamente incumplía todas las rigurosas normas desarrolladas en su manual de técnica psicoanalítica. Seguramente Greenson diría que con Marilyn no había alianza de trabajo porque técnicamente ella no estaba en análisis. Pero claramente, la sugestión y la problemática del narcisismo estaban produciendo - terribles - efectos. No cabe duda de que con una paciente así es difícil para cualquier analista lograr una “decatexis narcisista del *self*” (Chused, 2012). Pero para lograrlo, primero hay que introducir el elemento en la ecuación. En caso contrario, aparecerán puntos ciegos – incluso por fuera de la alianza terapéutica y la transferencia – y la posibilidad de *enactments* iatrogénicos, que precisamente aparecen con el “miedo al fantasma de la sugestión terapéutica” (Sassenfeld, 2010).

Zukerfeld otorga una gran importancia a ese componente de la alianza terapéutica relacionado con tal ideal que es el de la “creencia de pertenencia, que dependería del ideal proyectado sobre un encuadre determinado que otorgaría identidad” (Zukerfeld, 2001). Y lo cierto es que este componente daba cuenta de parte de mi problemática con la paciente, como expondré más adelante. Tal vivencia de pertenencia y de identidad favorece en gran medida el trabajo terapéutico y la constitución de alianza, es un catalizador invisible presente en el trabajo terapéutico diario, la principal contribución del analista a la alianza terapéutica según Etchegoyen, “de la forma en que se comporta frente a él y su material, de su interés, su esfuerzo y su compostura. Al mismo tiempo la atmósfera analítica, humanitaria y permisiva, a la par que moderada y circunspecta, es también decisiva” (Etchegoyen, 2009).

Zukerfeld realiza en mi opinión una excelente síntesis del constructo alianza terapéutica, donde distingue finalmente los tres componentes que hemos ido mencionando y que formarían tal alianza:

- 1) “Sentimientos transferenciales y contratransferenciales sublimados”, en relación especial con libido objetual reprimida o sublimada, que le da al vínculo su “carácter trófico”, el componente anaclítico de la relación terapéutica.
- 2) “El correspondiente a los efectos de la ubicación del Ideal del Yo en el otro”,

relacionado con el efecto sugestivo mencionado, que Zukerfeld diferencia claramente de los fenómenos de fascinación u obediencia. Junto al anaclítico, éste sería el componente narcisístico de la relación.

- 3) “El correspondiente a la percepción realista del otro, que siempre existiría más o menos teñida de transferencias y de sugestión”.

### Viñeta clínica y cuestiones finales

No cabe duda de que esos tres elementos habían tenido un papel en el bloqueo que estaba sufriendo la terapia con mi paciente Ana. Gracias a las lecturas y a las supervisiones, fui desarrollando más capacidad de entendimiento de la sesión, un tercero analítico como diría Ogden (Ogden, 1994). Me di cuenta de que el empeño en el desarrollo con Ana de un Yo observador a través de la interpretación correcta – o eso creía yo – y el insight se estaba oponiendo “a formas de vinculación e interacción mediante un desempeño y presencia distinta del analista constituyendo aparentemente corrientes que entran muchas veces en posiciones irreconciliables a la hora de sus aplicaciones técnicas y manejo la transferencia” (Soriano, 2011). Había en mí una resistencia activa a comprender que mi paciente se resistía también activamente a desarrollar tal capacidad observadora por motivos hasta entonces desconocidos. Afortunadamente, pude reaccionar antes de la previsible ruptura del vínculo o aparición de actuaciones, hasta incluso por mi parte.

Durante una de las sesiones resolví exponer a Ana la situación actual. Me acuerdo que le dije francamente que, para mí, el tono de las últimas sesiones estaba siendo “rocoso” y “estéril”. Los adjetivos no los tenía pensados, pero creo que definían muy bien mi vivencia del proceso. Le comuniqué asimismo que no se había formado entre nosotros una “alianza terapéutica”, que era lo que permitía “ir en la misma dirección”, sino que por el contrario, “muchas veces tenía la sensación de que íbamos en direcciones contrarias”. Al mismo tiempo le pude expresar mis dudas sobre hasta qué punto yo estaba contribuyendo al clima de enrarecimiento en la interacción (“no sé hasta dónde he entendido bien lo que te sucede”). Por otro lado, también le pude señalar que “mi obligación como terapeuta” era comunicar que la psicoterapia “no estaba siendo muy efectiva y tenía serios riesgos de romperse”.

Pero para mí no cabía duda de que existían elementos transferenciales importantes en la oposición de la paciente al desarrollo del Yo observador. Al igual que en las clarificaciones anteriores, puse especial énfasis en no resultar demasiado brusco y formularlas como hipótesis de trabajo y no, como dogmas. Le invité a expresar “posibles sentimientos no siempre buenos hacia el terapeuta”. Al hilo de lo transferencial, le dije que

“era posible que yo le recordase a alguien que no le trajese muy buenos recuerdos”, y también que “a veces pasa que mezclamos sentimientos entre personas y le ponemos a unos lo que corresponde a otros”. Estas y muchas otras cosas comuniqué en aquella sesión. Al desarrollar los componentes de la alianza terapéutica y mencionar la importancia del Ideal de ser analista, el efecto sugestivo y el narcisismo asociado, sentí que Zukerfeld había captado parte de mi experiencia terapéutica con Ana, vivencias que hasta entonces aparecían huérfanas de teoría. Soy un psicoanalista en formación y Ana era una de mis primeras pacientes. En ciertos momentos me sentía aprisionado entre el Ideal y la identidad de analista y la clínica de mi paciente. No cabe duda de que en aquella sesión rompí el molde de terapeuta más clásico que había construido con Ana y aparecía delante de ella como un personaje mucho más activo. Y solamente después de leer todo las contribuciones anteriores y tras las supervisiones, me di cuenta de que lo que estaba pesando en mi narcisismo el Ideal de Analista, su ortodoxia y el rigor interpretativo que (se) me suponía. O sea, que mi propia personalidad y mis circunstancias de aquel momento estaban contribuyendo no sólo a un mal entendimiento de la alianza terapéutica o de trabajo sino también de la diada transferencia-contratransferencia al no evaluar todo ello desde el paradigma de “la psicología de dos personas” (Coderch, 2001). Ana ponía cara y expresión de sorpresa con cada frase que yo pronunciaba, parecía como que todo era nuevo para ella. Claramente se había producido un cambio de posición por mi parte que privilegiaba lo subjetivo, incluyendo mi vivencia de hastío, impotencia y relativo enfado en la contratransferencia.

Ante todas esas frases, la respuesta de Ana fue de estupor en un principio y de negación en un segundo acto. No obstante, se angustió fuertemente y se enfadó a continuación señalando que ella acudía a terapia con el objetivo de progresar y no de perder el tiempo. Negó que tuvieran influencia todos esos factores mencionados y añadió que ella no consideraba que tuviese especiales problemas para colaborar en análisis. Para ser sincero, aquella repuesta en apariencia negativa a mi intento de reconducir la situación me exasperó internamente. Pero, incluso para mi sorpresa, se produjo un evidente punto de inflexión en el proceso. A partir de la siguiente sesión Ana hilvanaba experiencias con mucha más facilidad cuando antes siempre refería que no se le ocurría ninguna escena, conflicto o situación para tratar. Y lo que es más importante, apareció una cierta curiosidad para con ella misma, para con su mundo interno, una sensación de que ciertas partes de su *self* podían cambiar, una mayor capacidad de análisis y observación de sus experiencias cotidianas. Para mí era notorio que se había fortalecido la alianza terapéutica y que ahora Ana se permitía la escisión operativa del yo que hasta entonces era imposible.

Como he dicho, Ana negó todo en su discurso, pero a la sesión siguiente me aceptó una interpretación que formulé con cierto humor e ironía, en la que yo creía que a ella le sucedía “a veces lo del No por el No, como le pasaba a tu madre” y además que parecía que “estábamos representando los mismos papeles, pero ahora cambiados”. Esta vez hubo un silencio conciliador y cómplice. En cuanto a lo transferencial, parecía que se habían movilizado “transferencias representantes de necesidades y no de deseos” gracias a los elementos interpretativos y “parainterpretativos de la actividad del analista – su presencia, tono y timbre de su voz, sus acciones” (Nemirovsky, 2014). En lo relativo a mí, aparte de la comprensión de todo lo anterior, el romper en parte el Ideal de Analista y poder aparecer, aunque sea en ciertos momentos, con una posición menos rígido – objetivadora, produjo una evidente reducción de mi ansiedad y la aparición de algo parecido a las ganas de crear junto con Ana. Dicho de otro modo, la subjetividad de Ana estuvo frente a mí todo el rato pero algo de mi propia subjetividad estaba obturando el proceso, de tal forma que comenzamos desde entonces a “cocrear realidades interaccionales” más fructíferas en el análisis (Coderch, 2001). Estoy de acuerdo en que el campo transferencial había pasado a ser “tanto un lugar de repetición como de creación y tanto un espacio-tiempo de colaboración racional como de expresión irracional” (Zukerfeld, 2001).

## REFERENCIAS

- Bleichmar, S. (1990). La construcción de la verdad en análisis. En *Revista de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* (16).
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance and transference. En *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-57.
- Chused, J. (2012). The Analyst's Narcissism. En *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 60(5), 899-915.
- Coderch, J. (2001). Capítulo III: La relación paciente-analista como unidad básica de investigación. En *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Etchegoyen, R. (2009). La alianza terapéutica: de Wiesbaden a Ginebra. En *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (3ª ed., págs. 270-298). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En S. Freud, *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XII, págs. 149-57). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XII, pág. 103). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. XII, pág. 140). Buenos Aires:

Amorrortu Editores.

- Gabbard, G. (2009). Psicoterapia Individual, alianza terapéutica. En *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica* (3ª ed, 2ª reimp ed., págs. 110-111). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Greenson, R. (1997). Alianza de trabajo. En *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Siglo XXI.
- Kernberg, O. (2001). Tratamiento de la personalidad narcisista. Consideraciones técnicas. En *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* (págs. 217-221). Paidós Ibérica.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. En *The International Journal of Psychoanalysis*, 70(1), 65-79.
- Klein, M. (1928). Estadios tempranos del conflicto edípico. En *Obras Completas* (C. Revilla, Trad., Vols. Amor, culpa y reparación y otros trabajos 1921-45, págs. 193-204). Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis* (1ª, 6ª reimpresión. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. (1988). *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del Psicoanálisis* (4ª ed.). Barcelona: Gedisa Editorial.
- Nemirovsky, C. (2014). ¿Son Realmente Incompatibles La Teoría Pulsional y la Teoría Intersubjetiva? En *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1), 31-40.
- Ogden, T. (1994). The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts. En *The International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-19.
- Sassenfeld, A. (2010). Enactments: una perspectiva relacional sobre vínculo, acción e inconsciente. Segunda parte. En *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1), 142-81.
- Soriano, F. (2011). Intervenciones breves ante el paciente difícil. Ponencia. En *Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid* (24).
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. En *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-26.
- Stone, L. (1981). Notes on the noninterpretive elements in the psychoanalytic situation and process. En *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29(1), 89-118.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. En *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.
- Zukerfeld, R. (2001). Alianza terapéutica y encuadre analítico. Investigación empírica del proceso y sus resultados. En *Vértex. Revista Argentina de Psiquiatría*, XII (45).

Original recibido con fecha: 29-3-2015 Revisado: 27-6-2015 Aceptado para publicación: 30-6-2015

## NOTAS

<sup>1</sup> Eduardo A. Reguera Nieto es Psiquiatra en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (C\ Gladiolo s/n, Móstoles. Madrid). Centro Psicoanalítico de Madrid. Correo electrónico: [e.reguera.nieto@gmail.com](mailto:e.reguera.nieto@gmail.com)