



# Experto en terapia de pareja

MÓDULO VI. PSICOTERAPIA DE PAREJA



[www.isfap.com](http://www.isfap.com) - [info@isfap.com](mailto:info@isfap.com)

# TEMA XX. LA ALIANZA TERAPÉUTICA

## Introducción

La alianza terapéutica en psicoterapia de ha ido definiendo como una relación interpersonal entre el cliente y el terapeuta que tiene un papel central en la relación terapéutica.

Cada corriente introduce matices diferentes. Por ejemplo, Bordin definió la alianza terapéutica como el vínculo colaborativo entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos.

Otro es Luborsky que describió también este concepto con una definición más próxima a la visión psicodinámica; como entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia. Ambas definiciones, de Bordin y Luborsky, se pueden considerar como complementarias. La relación entre la alianza terapéutica y la eficacia del tratamiento en terapia individual desde varias orientaciones ha sido constatada. Esta idea es consistente con la visión de los clínicos Kadzin, Holland, Crowley y Breton y, por otro lado, la visión de los pacientes - Johansson y Eklund -. También se constata también que la alianza terapéutica es un factor común en todas las orientaciones de psicoterapia.

De manera general, podríamos definir la alianza terapéutica como un modulador de la relación terapéutica que se construye a partir de las expectativas, las opiniones y las construcciones que terapeuta y paciente van desarrollando a lo largo del trabajo que realizan conjuntamente. Por lo tanto, la relación establecida y la visión del otro influyen la formación y mantenimiento de la alianza terapéutica.

## Versiones de la alianza terapéutica

En la literatura psicoanalítica actual, la comprensión, la defensa y la expansión del uso de la “influencia humana” del analista en terapia psicoanalítica ha despertado mucho interés, dentro de los límites clásicos del setting psicoanalítico.

Winnicott nos dice que esta influencia incluye un ambiente de sostén el sustrato afectivo y el apoyo que proporciona el analista, la experiencia emocional correctiva, la empatía, la espontaneidad analítica, el acting-in del analista. Se trata de una amplia variedad de aspectos técnicos al servicio de la contratransferencia, el uso de parámetros y la alianza terapéutica, que es el tema que nos ocupa.



Siguiendo la clasificación de Hanly, desde un punto de vista histórico, la definición psicoanalítica de la alianza terapéutica ha dado lugar a varias posiciones:

1) Algunos autores clásicos de psicoanálisis consideraban que la alianza terapéutica no era importante en terapia psicoanalítica, ya que el tratamiento de la transferencia era suficiente. Entre estos autores cabe destacar a Meltzer que defendía que el aspecto de la transferencia que debe tratarse esencialmente es la parte adulta. Para este autor la parte adulta es un concepto metapsicológico que hace referencia a la parte del self que ha alcanzado un nivel más alto de integración, y consecuentemente, está en contacto con el mundo de los objetos externos. La manera de tratar este aspecto de la transferencia era realizar las primeras interpretaciones de “manera amable” y acompañadas de explicaciones amplias de por qué la situación analítica difiere de las situaciones de la vida ordinaria.

También Lacan rechazó el valor clínico de la alianza terapéutica y lo reemplazó por la importancia de confrontar la persona con su inconsciente. Argumentaba que el énfasis en la colaboración racional perpetuaba una confusión entre el deseo del sujeto y el deseo del otro, contribuyendo a la alienación del paciente.

Stein apuntaba que un énfasis en mantener y mejorar la alianza terapéutica podía poner en peligro el análisis de reacciones transferenciales sutiles. Según Stein, lo que Freud denominaba “transferencia inobjetivable positiva” no era tan “inobjetivable” y lo que podía parecer una actitud consciente del paciente podía esconder otros miedos, ansiedades, defensas y fantasías.

Otros autores más contemporáneos como Abend están de acuerdo con los teóricos que cuestionan que las motivaciones de paciente y analista sean realmente separables entre racionales y cooperativas, e irracionales y defensivas. Este autor cree que el terapeuta debe focalizar sus esfuerzos en la búsqueda de los factores inconscientes, en lugar de en la construcción de la alianza terapéutica que podrían limitar la profundidad de la exploración y que es más útil para las necesidades del propio terapeuta que para las del paciente.

Renik señala que es necesario empezar a crear una teoría unitaria del proceso terapéutico, dejando de lado el concepto de alianza terapéutica. Argumenta que en el pasado este concepto era necesario para justificar ciertas intervenciones del terapeuta que podían parecer “demasiado gratificantes” dentro del marco psicoanalítico clásico, pero hoy en día ya no es necesario, ya que éstas son aceptadas. Para este autor la transferencia y la resistencia son los elementos claves que necesitan la atención del analista y trabajar en la alianza interfiere con estos elementos.

2) En cambio, otro grupo de autores, consideran que la alianza terapéutica es necesaria para el psicoanálisis, aunque puede ser sostenida con la interpretación. Freud a parte de enfatizar la neutralidad y la abstinencia del analista, ya reconoció en sus obras la

importancia de las expectativas que el paciente trae a terapia y aquellas actitudes y comportamientos conscientes que pueden facilitar o dificultar la terapia, más allá de la transferencia: “transferencia positiva o inobjetable”.

Freud definió la situación analítica como un “pacto”, y aunque el término “alianza terapéutica” no fue jamás acuñado por este autor, señaló ciertas capacidades necesarias en el terapeuta como humanidad, empatía e intuición, que actualmente asociamos a este concepto, siempre con la finalidad de propiciar las condiciones para la interpretación.

Friedman acepta un modelo parental de alianza basado en la aceptación y la esperanza, pero para él la alianza abarca diferentes tipos de transferencia:

<b>Tipos de transferencia (Friedman)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) una transferencia madura derivada de la necesidad de guía.</li><li>b) la parte más tierna de la transferencia erótica; sentimientos amistosos adultos de la identificación del yo.</li><li>c) la necesidad genuina de ayuda y acercamiento racional e intuitivo del analista.</li><li>d) la transferencia primordial del deseo de cuidado y el contacto corporal de la madre como fuerza conductora.</li></ul>
--	---

En este mismo sentido, Sandler, Dare y Holder creen que la alianza terapéutica es necesaria en el tratamiento analítico y consideran maneras y significados para mantener y mejorar la alianza, así como factores que pueden ser disruptivos. Aún así, no recomiendan modificaciones de la técnica analítica ni intervenciones ni fuera ni dentro del marco analítico. Este grupo acuñó el término “alianza de tratamiento”, como un elemento de la terapia que debía ser manejado mediante la interpretación.

Brenner argumentaba que la alianza terapéutica no debe ser trabajada mediante las cualidades humanas del analista porque el hecho de enfatizarla podría suponer que algunos aspectos de la transferencia no se analizaran o interpretaran propiamente. Por lo tanto, este autor señala la interpretación como la única herramienta que garantiza el éxito terapéutico.

Hanly en 1994, en esta misma línea, sostiene que la alianza terapéutica es necesaria, pero no condición suficiente para el cambio terapéutico, mientras la interpretación es una condición suficiente. Para Hanly, la interpretación es la condición suficiente que capacita la necesaria condición de la alianza de trabajo para ser efectiva. Según este autor, la alianza terapéutica y la neurosis de transferencia son dependientes e interconectadas en múltiples formas de facilitación y resistencia, ya que según él la alianza terapéutica no pertenece tan solo al dominio del yo sino también al del ello.

Hoffer se muestra escéptico con la utilidad del concepto de alianza terapéutica. Argumenta que las tareas básicas de la asociación libre y elucidación de conflictos pueden verse afectadas por el intento de construcción de la alianza terapéutica.

Adler es también crítico con esta idea, sobre todo en lo que respecta a pacientes con personalidad borderline y narcisista. Según este autor, el analista no debe atender a la formación de la alianza terapéutica al inicio del tratamiento con este tipo de pacientes, ya que éstos atribuirían este tipo de técnicas a figuras negligentes y de abandono a causa de su poca atención a las capacidades del paciente.

3) Por último, debemos citar aquellos autores para los que la alianza terapéutica es causalmente igual pero relativamente independiente de la transferencia y requiere de intervenciones específicas no interpretativas dentro del marco analítico en cualquier tipo de terapia.

Sterba en 1934 es un precursor del concepto de alianza terapéutica ya que diferenció entre la transferencia como un aspecto inconsciente de la relación terapéutica, y la

alianza como una parte consciente del yo que formaba parte de la unión de propósitos entre terapeuta y paciente - “Ego alianza” -.

Esta visión de la alianza terapéutica no puede ser considerada más que una primera forma de aproximación. Bibring argumentó y fundamentó objeciones al principio de las relaciones objetales, según el cual todo lo que el paciente siente hacia el terapeuta es una reacción transferencial. Este autor puso énfasis en los aspectos positivos y no transferenciales de la realidad terapéutica y creó una nueva óptica en la función del analista, que ya no debía basarse totalmente en la absoluta neutralidad.

Las aportaciones de Zetzel atribuyeron a la alianza terapéutica funciones del yo más maduras y autónomas para preservar la relación objetal real con el analista. Según esta autora, de manera relativamente independiente a la transferencia de neurosis, la alianza terapéutica capacita al paciente para continuar trabajando colaborativa y analíticamente a pesar de los sentimientos conflictivos hacia el analista y el proceso. Para Zetzel, la alianza es una condición necesaria para el análisis y la interpretación de los aspectos inconscientes, el vencimiento de resistencias y el desarrollo y resolución de la regresión analítica. Zetzel remarcaba la necesidad de una mayor participación activa del terapeuta para establecer una relación de trabajo con el paciente.

Posteriormente Greenson acuñó el término “alianza de trabajo”, definiéndola como “la parte relativamente no neurótica y racional de la relación que el paciente tiene con su analista”. Esta alianza de la parte consciente del yo del analista y del paciente permite mantener una relación de trabajo efectiva. Según Greenson,

*“La parte de estabilidad de la alianza de trabajo está formada por la motivación del paciente de sobreponerse a su enfermedad, su voluntad consciente y racional de cooperar y su habilidad para seguir las instrucciones e insights del analista”.*

El éxito analítico, dependerá de la capacidad del paciente de desarrollar una transferencia de neurosis y de mantener una alianza de trabajo estable. También remarca la necesidad del terapeuta de trabajar este aspecto de la relación terapéutica, manteniendo un equilibrio entre humanidad y gratificaciones apropiadas, neutralidad y abstinencia. Greenson distinguió entre tres conceptos diferentes que posteriormente desarrolló Meissner: la transferencia, la alianza de trabajo y la relación real.

Schatcher, al que cita Hanly, define la alianza terapéutica como causalmente igual pero relativamente independiente de la transferencia y argumenta que requiere de intervenciones específicas no interpretativas fuera del marco analítico, al menos para los pacientes más trastornados.

Otro autor que ha estudiado y teorizado sobre el concepto de alianza terapéutica es Meissner; propone que la alianza terapéutica aporta una contribución distintiva al proceso analítico, como una dimensión esencial de la relación terapéutica responsable en gran parte de los efectos terapéuticos. Señala que la relación terapéutica está formada por diferentes componentes, entre los cuales hay al menos tres: la transferencia y su respectiva contratransferencia, la relación real y la alianza terapéutica. Meissner argumenta que la alianza terapéutica, aún siendo diferente de la transferencia, la contratransferencia y la relación real, interactúa con estos tres elementos y determina los patrones de relación entre analista y paciente.

Para este autor, la alianza terapéutica tiene un rol crítico en todas las etapas y elementos del proceso terapéutico: el setting, el mantenimiento de límites, la preservación del marco analítico, el desarrollo de la empatía y la comprensión, y el descubrimiento, formulación y explicitación de las interpretaciones.

Jacobs afirma que la alianza no puede estar completamente libre de elementos irracionales transferenciales, pero señala como útil distinguir en la relación terapéutica un sector de colaboración realista y mutuo cuidado.

Shane argumenta que es necesario retener de alguna forma el concepto de alianza terapéutica, ya que ésta reconoce la naturaleza de dos personas en la situación analítica y por lo tanto contiene una característica importante de las teorías contemporáneas. Según esta autora, la alianza terapéutica aporta una manera de pensar sobre procesos basados en la realidad del análisis sin fusionarlos y, por tanto, sin oscurecer el poder explicativo de la transferencia.



También Stine afirma que, en el marco de la teoría psicoanalítica, la relación psicológica y emocional que terapeuta y paciente deben establecer ha dado lugar a dos dominios conceptuales; el de la transferencia y el de la alianza terapéutica. Estos dominios

corresponden a aquello que el paciente experimenta inconsciente y conscientemente dentro de la situación terapéutica y contribuyen a dos procesos paralelos e interactivos en los que paciente y analista establecen una relación que progresivamente facilita la autocomprensión del paciente. Para él, el concepto de la transferencia constituye uno de los descubrimientos fundamentales del psicoanálisis y es una de sus contribuciones más importantes de la relación terapéutica. En cambio, el concepto de alianza terapéutica ha sido desarrollado en un intento de describir y examinar aquellas actitudes conscientes de cooperación, confianza, respeto mutuo, y curiosidad que capacita al paciente y al analista para trabajar colaborativamente hacia la comprensión psicológica.

## Diferenciación de la alianza de otros elementos de la relación terapéutica

La forma en que se ha conceptualizado la alianza terapéutica es distinta a la de otros elementos con los que ésta se relaciona y podría ser confundida.

La aportación de Meissner favorece una visión clara y útil de la alianza terapéutica y la diferencia de otros fenómenos que pueden crear confusión. Este autor distingue tres elementos que determinan los patrones de relación entre analista y paciente: la transferencia, la alianza terapéutica y la relación real.

La transferencia está basada en los residuos o afectos y las actitudes relacionales dibujadas en función de las relaciones significativas del paciente, normalmente, pero no exclusivamente, desde las relaciones establecidas con los padres u otras figuras importantes de su infancia. De esta manera el analista es percibido inconscientemente por el paciente de manera similar a los objetos originales. En cambio, la alianza terapéutica concierne a las cualidades y acuerdos negociados para estructurar y facilitar el trabajo analítico que pertenece a la función analizadora y el rol contributivo del paciente de avanzar en el proceso analítico.

En lo que respecta la relación real, ésta está asociada a otros aspectos de interacción entre el terapeuta y el paciente que reflejan su existencia y estatus como personas reales funcionando en el mundo real. La alianza terapéutica se forma y funciona dentro de la relación analítica y la interacción, mientras que las otras dos dimensiones influyen en la situación analítica, aunque su origen se encuentra fuera de ésta.

Las tres dimensiones, aunque conceptualmente diferenciadas, interactúan y dan lugar a diversos procesos en el marco terapéutico.

Conviene profundizar en la transferencia, y la contratransferencia, y la relación real con el objetivo de describir las diferencias entre ellas y sus posibles efectos en la alianza de trabajo:

a) La transferencia ha sido un concepto central en la psicoterapia psicoanalítica por más de un siglo. Freud originalmente conceptualizaba la transferencia como una reconstrucción del pasado reprimido transferido inconscientemente a la relación con el terapeuta. Clásicamente, la neurosis de transferencia se ha definido como un desplazamiento del vínculo y los deseos incestuosos de las figuras significativas de la infancia en el analista. Esta repetición de actitudes y comportamientos pasados crea una distorsión en el presente tanto en relación al analista como con otras figuras. Aún así, posteriores teóricos han cuestionado la noción de transferencia como una pura repetición de las relaciones primarias y enfatizan como la transferencia es en parte una nueva experiencia – por ejemplo, Cooper-.

El trabajo de estas transferencias, para que las distorsiones puedan ser corregidas, es una de las bases del tratamiento psicoanalítico. Hay teóricos que mantienen que la relación entre paciente y terapeuta está influenciada tanto por las relaciones pasadas como por las presentes del paciente y sus experiencias afectivas. Por lo tanto, centrarse en los temas y los conflictos que afloran en la relación terapéutica tendrá una resonancia afectiva inmediata e iluminará la verdadera naturaleza de los problemas relacionales del paciente fuera de la terapia.

El hecho de trabajar la transferencia permite al paciente, y al terapeuta, distinguir lo que es real en la relación de lo que son actuaciones influenciadas por las relaciones primarias. Esta sería la principal diferencia entre la transferencia y la relación real.

Kaslow señala que el análisis de la transferencia puede incrementar el insight en lo que respecta a conflictos intrapsíquicos y relaciones problemáticas, lo que puede conducir a un funcionamiento interpersonal más adaptativo. Si a medida que avanza el tratamiento no se incide en la transferencia, la alianza terapéutica puede irse deteriorando; por ejemplo, un paciente fóbico con la tendencia transferencial de adherirse al terapeuta, si no se trabaja la transferencia, aparecerá un vínculo colaborativo basado en la

dependencia, por lo que la alianza terapéutica se verá comprometida a causa de la colusión entre paciente y terapeuta. De ello se deriva que si la transferencia no se trabaja adecuadamente mediante la interpretación u otras intervenciones, la alianza puede resultar dañada. Esto significa que, conceptos tales como la alianza terapéutica y la relación real con el terapeuta deberían tenerse en cuenta en las reacciones del paciente hacia el terapeuta, y no tan sólo la transferencia.

También, Kohut interviene en este debate, señalando que el desarrollo de la transferencia se basa en la habilidad del analista de proveer un sentido de seguridad mediante la empatía, la aceptación y un intento consciente de no interferir en su desarrollo inicialmente, las cuáles son también características necesarias para la creación y mantenimiento de la alianza de trabajo. Esto significa que el trabajo en la transferencia se facilita mediante la creación de un vínculo empático que es uno de los elementos que forman la alianza terapéutica.

Bacal sostiene que la habilidad del terapeuta de ser empático y sensible a un nivel óptimo se formaliza a través de la voluntad de descentrarse de su propias necesidades y subjetividad y focalizarse en las del paciente.

Luborsky recomendaba que el trabajo interpretativo exploratorio en terapia psicodinámica debe ser enfatizado con los pacientes que tienen un Yo fuerte, tolerancia a la ansiedad y capacidad para reflexionar sobre sus propias relaciones interpersonales, mientras que las técnicas de soporte, que forman la alianza terapéutica, deberían ser utilizadas con pacientes que no tienen estas capacidades.

Para los autores kleinianos, Curtis, la alianza terapéutica si debía ser considerada era como un producto de las interpretaciones profundas y tempranas de la transferencia.

b) El término contratransferencia se usa para denominar las reacciones del terapeuta a las transferencias del paciente que emanan de los temas no resueltos, habitualmente provenientes de las relaciones de la infancia. La contratransferencia incluye, no

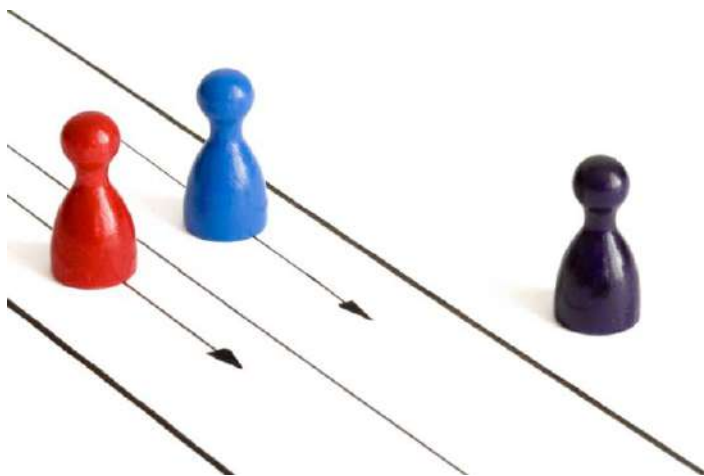
limitándose a, la experiencia subjetiva del analista al despliegue de la transferencia del paciente. Para el tratamiento, es de vital importancia la habilidad del terapeuta de procesar y contener estas respuestas y no actuarlas. La actuación de la contratransferencia podría poner en peligro el proceso terapéutico, mientras que la comprensión cuidadosa de estas experiencias puede mejorarlo y fortalecer la alianza terapéutica.

Estas respuestas emocionales del terapeuta normalmente atañen a proyecciones inconscientes de pensamientos y sentimientos asociadas con las figuras parentales en los pacientes. Las reacciones son atribuibles al hecho de que la manera en que un paciente ve, actúa, y expresa sus pensamientos y sentimientos, o las historias que cuenta, apelan a los recuerdos y sentimientos del mundo interno del terapeuta que interfieren con su objetividad en el “aquí y ahora”, así como con los problemas y comunicaciones del paciente.

Tales reacciones son usualmente instantáneas y están fuera de la esfera consciente del terapeuta. La contratransferencia representa el conjunto de movimientos inconscientes del analista en la situación analítica y resulta de la influencia del paciente en la sensibilidad inconsciente del terapeuta.

Las dinámicas de la transferencia y la contratransferencia se conceptualizan como un fenómeno entrelazado y recíproco que no se puede discutir sin la articulación de los dos aspectos. Los pacientes reaccionan hacia el terapeuta proyectando pensamientos y sentimientos en él, que tienen origen en sus relaciones pasadas y que no provienen de la nueva interacción con él -relación real- ni de la alianza terapéutica, y si el terapeuta no es consciente de sus propias reacciones, puede hacer exactamente lo mismo poniendo en peligro la alianza a causa de sus reacciones contratransferenciales.

Ackerman indica que el terapeuta sólo debe transmitir aquellas reacciones que cree que el paciente necesita experimentar para mejorar. La contratransferencia puede ser concebida como un conjunto de fuerzas que se ejercen según diversos vectores:



- En relación con la transferencia del paciente en la sesión.

- Con las modalidades transferenciales propias del analista, la transferencia residual de su trabajo analítico con su/s analista/s y/o supervisores, identificaciones y

contraidentificaciones diversas y fundamentalmente la transferencia sobre el análisis.

- La contratransferencia incluye la experiencia que el analista tiene de la transferencia, de su interpretación y su resolución, incluso de su no-resolución.

La transferencia y la contratransferencia se influyen según juegos de fuerzas en la búsqueda de sentido, que un buen terapeuta sabrá analizar parcialmente y no actuará.

Freud indicaba que la importancia para todo practicante de realizar un análisis personal y ser capaz de realizar un trabajo autoanalítico está relacionada con la necesidad del practicante de manejar su contratransferencia.

Kanzer y Hanly articulan que aunque la transferencia, y su correlato contratransferencial, y la alianza terapéutica son dos conceptos distintos, están interrelacionados, ya que el yo del individuo se ha adscrito a la alianza terapéutica, no puede entenderse sin una implicación de la parte más inconsciente del individuo, el ello, y por tanto intentar separar las dos instancias en este caso parece demasiado artificial.

c) La relación real hace referencia a “aspectos maduros, realistas y saludables de la relación y que no forman parte de la relación de trabajo”. Este aspecto del terapeuta no es un sustituto de un padre ni acaso de un compañero de trabajo, sino que está articulado al terapeuta en sí.

Tal como señala Jonghe, Rijniere y Janssen se trata de la relación entre el paciente y el analista como personas reales, no en sus funciones de analista – analizado. Esta es una visión que ha sido criticada, ya que la realidad del paciente, así como la del analista, puede ser poco madura, realista o saludable, además de que ambos se han conocido en un ambiente fuera de lo común, a partir de un trabajo llamado terapéutico.

Hay aspectos relevantes de la existencia real del analista como las características personales y rasgos de carácter, maneras, estilos y comportamientos, hábitos de vestir, sexo, una manera determinada de manejar la situación terapéutica, actitudes determinadas frente al paciente como ser humano, prejuicios, opciones políticas y morales, etc.; y por parte del paciente, también.

Anna Freud argumentaba que en el tratamiento analítico se debería dejar un espacio para poder reconocer que analista y paciente son también dos personas reales con una relación personal real entre ellos. Para Jonghe la relación real y la alianza están basadas en relaciones de objeto más maduras, mientras que la transferencia está basada en objetos más infantiles. Aún así, los tres elementos interaccionan; Así, un terapeuta con sobrepeso podría estimular a un padre con sobrepeso y, de esta manera, apoyar el desplazamiento de la transferencia.

Langs, en la misma línea, defiende que la transferencia no viene determinada simplemente por desplazamientos inconscientes en el paciente, sino que también implica respuestas del paciente a los estímulos que derivan de la experiencia de encuentro con el analista real.

Baudry sostiene que los rasgos de carácter del terapeuta sirven como estímulos en los que el paciente puede sostener sus reacciones transferenciales y darles una existencia de plausibilidad. Baudry explica que la relación real es aquella en la que el analista interacciona con el paciente fuera de las barreras de lo que es comúnmente definido como el rol terapéutico, por ejemplo, dando un consejo, actuando como un amigo, socializándose con el paciente, explicándole cosas de su propia vida y respondiendo directamente a preguntas.

Las cualidades humanas del terapeuta hacen referencia a la relación real, y no a la alianza terapéutica. Para Langs resaltar los aspectos humanos de la relación analítica puede llevar fácilmente a colusionar con las necesidades neuróticas del paciente y distorsionar la alianza. Viederman señala que la “persona real” del analista se refiere a

*“no sólo sus rasgos externos, sino a sus únicas características como persona y su comportamiento en la situación analítica que va más allá de la interpretación y la clarificación. La presencia del analista está arraigada a la revelación de su personalidad y a veces ciertos aspectos de su experiencia, y las maneras idiosincráticas en que dos personas desarrollan una relación y establecen un diálogo con características únicas a esa díada”.*

Por el contrario, las cualidades que forman parte de la alianza terapéutica, contrariamente a las de la relación real, no vienen dictadas por la personalidad de ninguno de los dos participantes, sino por la situación analítica en sí y el trabajo y la capacidad de compromiso de ambos, aunque se influyan recíprocamente. Winnicott apunta que el “odio objetivo y justificado” contra un paciente podía ser meramente la reacción natural del analista a ciertos aspectos desagradables de la personalidad del paciente, y no una forma de transferencia. Tal reacción puede provenir de la relación real

y no pertenecer a la alianza terapéutica y, de hecho, en este caso podría incluso contradecirla.

## Características de la alianza terapéutica

Las definiciones que se han alcanzado desde la psicología psicodinámica sobre la alianza terapéutica son diversas, aunque la gran mayoría parece estar de acuerdo en que se compone de cuatro aspectos fundamentales:

1. La negociación; para estar de acuerdo sobre el marco terapéutico en la alianza más precoz y para construir un significado compartido posteriormente,
2. La mutualidad; para trabajar colaborativamente hacia objetivos comunes.
3. La confianza y la aceptación; más o menos implícita de dejarse influenciar por el terapeuta e igualmente de dejarse influenciar por el paciente

Meissner señala que la alianza terapéutica implica diversas cualidades constitutivas que son esenciales para establecer y mantener un contexto de trabajo terapéutico efectivo: el marco de trabajo terapéutico, la autoridad, la responsabilidad, la empatía, la confianza, la autonomía, la iniciativa, la libertad, la neutralidad, la abstinencia y algunas consideraciones éticas.

Braconier indica los numerosos factores implicados en el desarrollo de la alianza: cuatro grupos de factores:

- a) Las características del paciente: capacidad de confianza - desde confiar en sus propias capacidades hasta en la habilidad del terapeuta y en la utilidad de la terapia -; la autonomía: para que el proceso analítico sea efectivo, y que a su vez es trabajada a lo largo de todo el tratamiento -; la iniciativa, que aumenta conforme se trabajan en el análisis la autonomía y la confianza ; y la industria, ideada por Erikson, y entendida como

la habilidad del paciente de aplicar los insights analíticos y la internalización y utilización del marco analítico mental como una posesión permanente.

b) Las características del terapeuta: capacidad de mostrarse dispuesto a ayudar, tranquilo y benevolente, razonable y no juzgar al paciente; la manera en que es percibido por el paciente será de vital importancia en la alianza terapéutica al influir en el vínculo colaborativo que es necesario “armar” entre terapeuta y paciente.

c) Los intercambios intersubjetivos entre el paciente y el terapeuta, que tienen lugar a lo largo del proceso analítico. La riqueza de estos intercambios estimulará en el paciente la confianza hacia el terapeuta y la necesidad de un trabajo más profundo. Dichos intercambios dependen de cada proceso analítico, de cada paciente y del terapeuta y de la relación que se establezca entre ellos y el trabajo que se realice.

d) técnica del terapeuta; conviene que el terapeuta esté atento a descubrir los elementos de la personalidad del paciente y responder de manera que no suscite un gran aumento de ansiedad, lo que podría tener un efecto negativo en la construcción y el desarrollo de la alianza terapéutica. Para ello y por ello, es importante tener en cuenta las defensas del paciente para calibrar el tipo de interpretaciones que podemos utilizar.

Piper, Joyce, Boroto y McCallum señalan que en la psicoterapia es de vital importancia que el terapeuta atienda a la alianza terapéutica, por delante de atender otras intervenciones. La neutralidad y abstinencia son dos condiciones fundamentales del trabajo psicoanalítico y que inicialmente pueden parecer contradictorios al concepto de alianza terapéutica. En cambio, la neutralidad y la abstinencia son compatibles con la alianza terapéutica.

La visión antitética entre neutralidad y empatía ha cambiado, ya que la empatía debería servir como guía para mantener la neutralidad, que en interacción con el paciente, depende del sentido que el analista otorga a la experiencia subjetiva de éste.

Meissner señala a la neutralidad no como una norma comportamental sino como una perspectiva mental desde la que el terapeuta evalúa la interacción terapéutica con la mayor objetividad posible y determina cuál es el curso de la intervención o la respuesta más razonable y apropiada para facilitar el trabajo terapéutico y el progreso del paciente. La neutralidad puede verse afectada tanto por una excesiva autorrevelación como por un exceso de desvinculación.

Por su parte, la abstinencia prescribe una forma de acción - hacer o actuar / abstenerse - con un curso intermedio de acción entre la indebida gratificación y la indebida frustración.

Meissner define la neutralidad y la abstinencia como componentes de la alianza terapéutica, tanto por parte del analista como del paciente. En cuanto al paciente, se manifiestan en los logros terapéuticos progresivos alcanzados en el curso de la terapia, y en el caso del terapeuta son componentes transferidos a la interacción analítica que contribuyen a establecer la alianza terapéutica desde el principio.

Safran es quien ha estudiado las rupturas de la alianza terapéutica, y las define como periodos de tensión o crisis en la colaboración o la comunicación entre paciente y terapeuta. Estas tensiones pueden llevar a interrupciones prematuras del tratamiento o al fracaso terapéutico, e incluso pueden llevar a la formación de pseudoalianzas o alianzas entre el terapeuta y el falso self del paciente que darán lugar a tratamientos inertes.

## **El tratamiento de pareja**

### **Psicopatología de la relación de pareja**

Intentaremos abordar los mecanismos que impregnan la dinámica de la relación de la pareja, incluyendo los aspectos inconscientes que pueden llegar a ser patológicos.

Nos introducimos con Balint para señalar que en la díada la vida interna formada por los deseos, esperanzas, desilusiones y temores de un cónyuge interactúa con los mismos elementos del mundo interno del otro. Será a partir de esta interacción que se puedan formular las teorías sobre la vida conyugal.



En las relaciones de pareja aparecen aspectos progresivos y regresivos; Cada uno de la pareja trata de gratificar sus necesidades y deseos pertenecientes a épocas muy precoces de la vida. Esta gratificación puede advenir cuando aquellos son aceptados por el otro. Una de las particularidades de la relación es que las necesidades de apoyo, ternura, mimo o

dedicación pueden ser solicitadas y atendidas a diferencia de otras modalidades de las relaciones humanas.

En todas las parejas aparecen fenómenos transferenciales y contratransferenciales; ambos miembros se retroalimentan e interaccionan continuamente en un juego de proyecciones y retroproyecciones.

Hoffman señala tres partes inconscientemente actuadas en relación a los fenómenos transferenciales y contratransferenciales:

1) Cada miembro de la pareja selecciona aquello que ve del conjunto de características de la otra persona. La pareja de uno/a ofrece, entre otras señales, aquellas características que el/la otro/a selecciona y que tiene más tendencia a percibir. Otros rasgos, sin embargo, parecen borrosos u ocultos para la pareja.

2) Estas características seleccionadas en la pareja parecen confirmar la propia visión interna del mundo y expectativas de cada miembro. Esto sugiere que cada cónyuge tiende a interpretar las características seleccionadas en función de antiguas relaciones familiares. Cada miembro de la pareja selecciona hechos reales de su pareja, pero construye una historia de aquellos hechos en función de sus relaciones previas.

3) Cada cónyuge influye inconscientemente en el otro para probar lo que ya sabe o cree saber. Son articulaciones inconscientes que emergen en la pareja mediante el mecanismo de identificación proyectiva. El devenir de la pareja hace que la intensidad y la repetición de las interacciones problemáticas empiecen a dejarse notar en la experiencia de la pareja haciendo que los cónyuges se polaricen. Puede que en estas situaciones y momentos que la pareja consulte y que a la postre serán algunas de las que nos encontremos en nuestra práctica clínica.

Dicks aborda estos procesos trans y contratransferenciales a partir del concepto de colusión en el ámbito de la pareja; colusión - juego entre dos - es aquel acuerdo inconsciente que determina una relación complementaria, en la que cada uno desarrolla partes de uno mismo que el otro necesita y renuncia a partes que proyecta sobre el cónyuge.

Esta colusión es interpretada igualmente por otros autores bajo las denominaciones de zócalo inconsciente - Puget y Berenstein -, objeto dominante interno - Teruel- y conyugalidad - por Nicolò -.

Para construir el concepto de colusión es necesario la articulación de los flujos y reflujos de proyección, introyección y retroproyección.

En todas las parejas se formulan tipologías de vinculación que generalmente se condensan bajo la denominación de admiración, la atención o la dependencia. Por supuesto que esto es necesario en toda pareja bajo la condición de que se alternen y no se dé rígidamente, que es cuando puede emerger la patología. Pensemos, por ejemplo, en la diada cuidador-cuidado: la patología surgirá cuando esta diada sea interpretada por el otro de la relación, es decir, los roles cambiados; si dicho miembro de la pareja no accede a ese lugar, la patología estará servida. O lo que es lo mismo, la colusión se convertirá en patológica cuando los roles de cada uno de los cónyuges se vuelven tan rígidos que es difícil el intercambio.

Font describe cinco tipos básicos de colusiones de pareja desde una perspectiva clínica y psicodinámica que dan lugar a un diagnóstico que nos ayudará a una posterior intervención:

1. Colusión de predominio obsesivo. Se sustenta en relaciones de control recíproco, de provocación ambivalente y de colusión inseparable. Se cuestiona la autonomía de cada uno de la pareja respecto al otro; existe un control desmedido que se impone entre ellos.

El miembro activo de la pareja ve satisfechos sus aspectos de pasividad y dependencia en el otro, que es pasivo. El conflicto aparece cuando emerge lo que había sido desplazado por el pasivo en el activo. Entonces el activo se siente pasivo, se asusta acentuando si cabe su actitud dominante y de control sobre el pasivo. El pasivo, se siente sobrecargado e intenta ser más autónomo e independiente y en apariencia se deja dominar por el otro. El activo al percibir su falta de éxito dominante se siente solo, aspira a la autonomía, ante la cual no se atreve por la posible emergencia de una separación, ya que existe en él/ella la necesidad de ejercitar el control. Esta situación puede conducir a dificultades en la relación sexual de la pareja puesto que se precipita la necesidad de control recíproco;

también puede desembocar en que uno de los miembros busque relaciones extraconyugales, ya que ésta es la parte de la pareja que representa la máxima autonomía o independencia.

El otro sentirá celos y a intentar controlarlo; provocando en el causante de los celos, que percibe el control, la duplicación del deseo de ser infiel, independiente, y, a su vez, con su conducta, estimula el control del otro que él mismo desea en su ambivalencia obsesiva. Aquello que mantiene unida a la pareja es la lucha por el control y el dominio del otro, ya que no se pueden permitir la debilidad de ceder al otro en nada.

La pulsión de muerte predomina, dando lugar a manifestaciones de corte sadomasoquista. Es más frecuente el sadomasoquismo moral que el erótico en la pareja.

Es importante que señalemos la relación con sus padres en la colusión obsesiva. Sucede que en muchos casos los padres del pasivo quieren seguir dominándolo y no toleran demasiado bien que haya escapado de su control.

El activo de la pareja se enfrenta y lucha con los padres del pasivo que quieren arrebatarse el dominio de su pareja y por el mismo temor, puede luchar también con el terapeuta.

2. Colusión de predominio histeroide. Predominan relaciones de seducción y de rechazo, alternativamente. La colusión de predominio histeroide se basa en la dificultad que presentan los dos miembros de la pareja para articularse con la propia identidad masculina o femenina.

La mujer postula disimuladamente su deseo de hacerse con la masculinidad e identificarse con ella y el hombre, por el contrario, apostará, también sin dejarlo ver, su feminidad. Habitualmente aparecen oscilaciones de atracción vehemente y de rechazo y que dan a esta colusión una apariencia de fragilidad. Hay una rivalidad entre el marido y la mujer para alcanzar este papel, el conflicto se focaliza en el papel activo - se trata de la colusión fálica de Willi.-

Lo que guía esta colusión es una relación no resuelta con los padres, de corte inconsciente; deviene del conflicto edípico mal resuelto. En este tipo de colusión sucede que la elección de la pareja se ha hecho bajo la influencia de la fantasía incestuosa; se puede huir de ella y por tanto la pareja será distinta al progenitor.



3. Colusión de carácter psicótico o dependiente. Destacan relaciones de dependencia adhesiva y de manifestaciones alejadas de la realidad. El comportamiento básico de esta colusión de cuidador / cuidado se formula a imagen y semejanza de la relación que se

establece entre un niño y su madre; niño ávido y con muchos temores de que la madre sea mala y pueda abandonarlo; por la otra, una madre víctima de su hijo, sometida por éste y obligada a satisfacerle en todo dado su desvalimiento.

En la relación predomina la oralidad, equivalente a la del lactante respecto a su madre. El lactante, por la ansiedad que lo excede, puede sentir ante el pecho de su madre temores destructivos; responderá ante ello con agresión hacia la madre, ésta se convertirá en mala madre y él se sentirá abandonado. Busca una madre totalmente solícita y si no la siente así la agrede y al agredirla todavía se siente más desamparado cuando la madre se retira. La relación madre e hijo está totalmente perturbada.

Esta relación puede ser revivida en la relación de pareja, entre el cuidado - el lactante -, que exige desmesurada y desconfiadamente, y el cuidador - la madre - que se retira; lo que provoca que el cuidado intente sujetarla para que no escape, incluso haciéndole daño. La dinámica es que cuanto más quiere sujetarla proporcionalmente más se escapa. Lo que hubiera favorecido la relación por parte del lactante hubiese sido el

agradecimiento a lo que recibe de la madre y sentir que cuando la madre se retira lo hace con amor, pero en este caso la envidia y la rabia lo perturban todo. Por parte de la madre ayudaría que ella no esperase satisfacer únicamente sus propias necesidades, sino que pudiera hacerse cargo de la avidez del niño.

4. Colusión de predominio caracterial. Las relaciones son inestables y superficiales. La patología caracterial de uno de los dos miembros de la pareja predomina en la relación. Si la relación lleva ya un tiempo, la colusión se establece desde el inicio; también sucede que aquel que tenga la patología caracterial coge al otro de la pareja por sorpresa, en un breve noviazgo, apenas con tiempo para conocerse donde se despliega los mecanismos inconscientes de la elección de pareja.

En este tipo de relaciones, existen beneficios secundarios para los dos. La relación de objeto es parcial y abundan los mecanismos defensivos para proteger al caracterial de sus ansiedades profundas. Así se pueden entender las relaciones emocionales paradójicas que aparecen en el caracterial en abundancia cuando el mecanismo defensivo, a modo de coraza que lo protege de ansiedades confusionales o persecutorias, cede y aparecen descargas emocionales evacuatorias o acting out descontroladas. Mientras, la pareja parece vivir en un cierto plano de buen entendimiento. Pero cuando en la colusión cada uno de ellos deja de encontrar lo que buscaba, aparece un período de descompensación en el que puede ocurrir que la pareja intente la separación, o también que aparezcan somatizaciones agudas.

Si son ayudados psicológicamente, la pareja pueda evolucionar; pudiendo alcanzar a adoptar un nuevo código de vida; el miembro patológicamente caracterial aprende a controlarse mucho más, con lo que obtiene gratificaciones que, a pesar de no ser inmediatas como antes, le resultan más satisfactorias y evitan las amarguras que sufría después de las actuaciones patológicas que hacía. El miembro acompañante aprende a cumplir mejor las dos funciones que su pareja requiere:

a) Una función materna; con el objeto de tomar a su cargo los impulsos actuadores y en ocasiones destructivos de la pareja caracterial. Estos acting out si son contenidos y metabolizados por la pareja, permiten al caracterial encontrar en su pareja un estilo de respuesta emocional acogedora y diferente de la que él temía.

b) Una función paterna; permitirá al miembro caracterial tener posibilidades de estructurarse mentalmente, de integrar un modelo de comportamiento aceptable. El caracterial tiene especial dificultad para mantener una buena relación de pareja. Revive en la pareja, ya de adulto, las dificultades que se originaron en sus primeras relaciones en la formación de lazos o vínculos.

5. Colusión de predominio psicosomático. Predomina la ignorancia del conflicto intrapsíquico, desplazándose hacia el cuerpo de uno de los miembros o hacia el entorno allegado. Cuando emerge un conflicto en la pareja, se puede resolver la ansiedad mediante la expresión y manifestación de los sentimientos que se tienen, por ejemplo. La cuestión es cuando no es así, digamos que no encuentran salida, quedan dentro del propio sujeto o es desplazado hacia el otro, u otros exteriores. El conflicto se manifestará mediante síntomas somáticos, con diferente significación según la estructura de los miembros de la pareja.

También es factible que, si se resuelve el conflicto, la manifestación somática desaparezca; se trata de la predisposición a la aparición de la enfermedad psicosomática, entendida ésta en el sentido amplio de la palabra. Y, por tanto, la presentación de la relación es la colusión psicosomática. Aparece la somatización como proceso defensivo inconsciente en uno o los dos componentes de la pareja. Aparecería un trastorno orgánico o funcional de origen psicogénico, que puede llegar a ser grave, sin que la parte que lo presente pueda establecer relación entre su sufrimiento psicológico y su enfermedad somática. La tensión es desplazada al síntoma somático, y se empobrecen las relaciones personales de la pareja.

La enfermedad se estructura como un tercero; en la relación de la pareja se desplaza la atención de los dos. La enfermedad es el lugar donde se proyectan las ansiedades de la pareja y hacia allí se dirigen sus esfuerzos para poner solución, quedando el conflicto velado.

Si los síntomas ceden y el enfermo se encamina hacia la curación, es entonces cuando puede aparecer la desavenencia de la pareja. Cuando el miembro enfermo se cura, el otro teme perder su influencia, puede que incluso su pareja le gustase mucho más cuando estaba enferma porque si está sana teme que se separe de él.

Por ello, cobra particular importancia la manera de conceptualizar y clasificar los procesos inconscientes y las dinámicas que aparecen en la pareja, ya que nos permitirá realizar un diagnóstico y ponerle cara a un posible tratamiento.

## **La alianza terapéutica en la terapia de pareja**

Hasta los años 80, tanto la teoría como la investigación en psicología sobre la alianza terapéutica se centró en la terapia individual, alcanzándose estudios empíricos que aportan que la alianza terapéutica es también una pieza clave en la terapia de pareja y familia, constatando la correlación entre la eficacia del tratamiento y la alianza terapéutica en este tipo de terapias. Debido a la complejidad que ésta adquiere a causa de la mediación de diversos factores en su creación y desarrollo, es importante que el terapeuta de parejas esté especialmente atento y conozca estos mecanismos.

Mencionaremos algunos de los elementos que nos parecen fundamentales a tener en cuenta por parte del terapeuta en relación a la Alianza:

a) La relación previa de la pareja. En la terapia de pareja ya existe una relación previa entre los miembros de la pareja que influye en la formación de la alianza terapéutica con el terapeuta. De ello, se deriva que una alianza terapéutica pobre con el terapeuta al

comienzo de la terapia puede ser reflejo de la propia fractura de la pareja y deberse a motivos de divergencia y conflicto en la pareja en cuanto a las razones de asistir a terapia

A diferencia del psicoanálisis o la psicoterapia psicoanalítica clásica en que se atiende al sujeto individualmente, en terapia de parejas hay en la consulta una tercera persona que comparte con el cónyuge una historia de mutuas frustraciones y fracasos. Las parejas suelen aparecer juntas en la consulta precisamente porque han sido incapaces repetidamente de responder empáticamente al cónyuge y ofrecerle el espacio de seguridad que necesita. No sólo se han sentido heridos por el otro miembro de la pareja e incapaces de reparar las rupturas de su vínculo, sino que como indica Livingston también las posturas defensivas que han adoptado levantan barreras para la articulación de la relación con el otro.

Las experiencias infantiles aportan un material ineludible en la futura relación de pareja, les preparará para responder a las necesidades transferenciales y demandas del otro; se recrean, pues, escenas pasadas y vividas de una determinada manera; es lo que Stolorow, Brandchaft y Atwood denominan conflicto fundamental.

Los conflictos matrimoniales y la consiguiente insatisfacción son el resultado de la repetición de intentos para solucionar este impasse de la infancia; movilizar esta dinámica que ha funcionado durante tanto tiempo es complejo, interviniendo en las resistencias a la formación de la alianza terapéutica.

b) La ansiedad generada en terapia por los propios conflictos de la pareja. Es Rait quién indica que la terapia de pareja se puede situar en un entorno caracterizado por el conflicto, la emocionabilidad, la vulnerabilidad y la amenaza que pondrá obstáculos a la formación y el mantenimiento de la alianza terapéutica.

Es habitual que nuestro encuentro con la pareja esté presidido por el resentimiento, la frustración y la hostilidad en detrimento de la colaboración, la mutualidad y el respeto que son claves en la formación de la alianza terapéutica. Este clima de tres personas está

lejos del orden que aparece en el mundo diádico del análisis individual. Ambos cónyuges se sienten siempre es un mensaje subterráneo en este tipo de terapia.

Dicks apunta que la razón de este caos de emociones primitivas proviene de que la pareja es el equivalente más cercano, en la vida adulta, al vínculo temprano entre madre y bebé.

Alexander y Van der Heide destacaban que en terapia de pareja aparecen comúnmente demostraciones de rabia y agresión muy intensos que pueden estimular fuertes reacciones en el terapeuta, cuya derivación pueden comprometer la alianza. La premisa de que el origen del enfado y la agresión se encuentran en los primeros patrones relacionales y se reactivan en el contexto de posteriores relaciones intensas, proporciona un valioso insight terapéutico, que puede ser interpretado para ayudar a las parejas en conflicto a sobrellevar las interacciones destructivas aparentemente basadas en la rabia.

c) La motivación de cada miembro por separado y de la pareja como unidad. Hay autores que han hablado lo que ocurre corrientemente al inicio de la terapia de pareja cuando uno de los miembros está más motivado hacia la terapia que el otro, o uno de ellos obliga al otro a asistir. De Shazer refiere a esta última persona como visitante y lo describe como una persona incapaz de describir el problema y que tiene poca expectativa de cambio; también sitúa el cliente que tiene muchas expectativas de cambio y asiste motivado a terapia para trabajar conjuntamente con el terapeuta. Lemaire expresa que en estos casos es importante que el terapeuta ayude al primero a expresar su propio sufrimiento en la entrevista conjunta, hasta que se dé la ocasión de que sienta un beneficio del trabajo en común. Cuando esta persona sienta que su sufrimiento y sus quejas son entendidos por el cónyuge, por la intervención del propio terapeuta, una demanda original puede nacer en él que conllevará un vínculo de colaboración en la terapia.

Hay que observar que puede existir un juego de alianzas que posteriormente se denuncia como peligroso. La mayoría de parejas que asisten a terapia creen que el/la compañero/a es mayoritariamente responsable de los problemas de la pareja.

El terapeuta deberá interpretar que la pareja está anudada a un sistema que ambos han co-creado y participado en ello. Mediante maniobras inconscientes pero observables, cada miembro de la pareja mantiene al otro repitiendo los mismos comportamientos a los que denomina “problema”. En la mayoría de casos interpretar el problema de la pareja desde un punto de vista interpersonal permite que ambos miembros de la pareja se muestren más colaborativos para solucionar el conflicto y favorece la alianza terapéutica. Las interpretaciones sobre la co-construcción del problema son cruciales para la terapia de pareja. Cada uno de los cónyuges, a su vez, debe ser apoyado para desarrollar la habilidad de posponer sus propias necesidades y descentrarlas de su propia experiencia subjetiva para proveer de un soporte empático al otro. Para Livingston esta habilidad se puede trabajar mediante el vínculo con el terapeuta: el terapeuta ayuda a cada miembro de la pareja y favorecerá sus capacidades y su estructura psíquica.



d) Interacciones triangulares e intentos de aliarse con/contra el terapeuta. Rair señala de conservadurismo cuando la pareja tiene la tendencia que tienen los miembros de ésta a responder a la presencia del terapeuta con una resistencia al cambio.

Otra dificultad es la resistencia de ambos miembros a ser el miembro que promueve y desea el cambio, ya que a menudo los

dos cónyuges muestran un gran sentimiento inconsciente de lealtad hacia el otro, y tienen miedo de que cambiar signifique dejar al otro atrás, o separarse. Es importante que el terapeuta pueda denunciar esto.

Otro aspecto protector de la resistencia al cambio está en relación con la parte defensiva de uno mismo y las acusaciones. Cada parte intenta ubicar al otro como el promotor de cambio, con el objeto de no ser el primero en abandonar las viejas reglas o abandonar a su pareja. Las partes no quieren abandonarse al cambio sin el otro.

Sienten la percepción de que su bloqueo problemático es protector del otro y defensivo, a la forma de un contrato de la pareja. Además, el hecho de que se trate de una relación de tres personas puede propiciar también que cada miembro de la pareja intente aliarse con el terapeuta en contra del tercero, aspecto que se deberá tener en cuenta, ya que las consecuencias podrían derivar en el abandono del tratamiento promovido por el miembro de la pareja que se siente excluido. Esto nos indica de que no es suficiente con tener escucha al paciente que se está esforzando en expresar sus demandas, sino que igualmente se debe mantener una sensibilidad empática a la experiencia del cónyuge que es objeto de estas demandas.

En análisis individual, la capacidad y entrenamiento del terapeuta para ser reflexivo, empático e interesarse por la experiencia del paciente, provee de seguridad y orden el espacio intersubjetivo del mundo diádico. Por contra, el universo triádico de la terapia de pareja incluye otra experiencia presente y otra subjetividad adicional. Ambos pacientes en este contexto traen necesidades insistentes de ser el centro del tratamiento, ser entendidos y, contrariamente al analista, no tienen suficiente capacidad autorreflexiva ni empática, ni pueden colocar sus propias necesidades en segundo término en detrimento de las de su cónyuge.

En muchas ocasiones si la pareja tuviera estas habilidades no tendría lugar la necesidad de tratamiento. La dificultad del terapeuta para interpretar reside en encontrar el momento y la forma adecuada de realizar la interpretación que debe ser conjunta, ya que uno de los dos miembros puede sentirse atacado o puede intentar establecer una alianza individual con el terapeuta.

e) Consecuencias de lo que sucede dentro/fuera de la terapia. En la terapia de pareja, como indica Friedlander, todo aquello que pasa en la sesión trae consecuencias para la vida real de la pareja; cuestión que no se deriva en terapia individual. Uno de los miembros de la pareja puede explicar algún hecho o secreto que es vivido como una traición por el otro y esto puede comportar problemas para la pareja en su vida diaria, y que a la vez supondrán un efecto en la alianza que habían establecido con el terapeuta. Por ello, las interpretaciones extratransferenciales de aquello que sucede fuera de la terapia tendrán un peso importante para el mantenimiento de la alianza, ya que no se puede dejar de lado aquello que sucede fuera de la terapia entre los miembros de la pareja.

f) Importancia de la alianza de trabajo entre los miembros de la pareja. Snyder nos señala que la alianza entre los propios miembros de la pareja para la terapia es un elemento clave en el tratamiento conjunto de pareja y es un paso fundamental hacia el éxito terapéutico.

Esta alianza de trabajo entre los miembros de la pareja ha sido denominada por Symonds y Horvath *allegiance* y *loyalty* por Garfield, o sentido de compartir el propósito por Friedlander.

La influencia del terapeuta es importante para reforzar esta alianza; a veces es necesario un cambio hacia la exploración de la experiencia de aquel miembro de la pareja que escucha las demandas de su pareja para que pueda desarrollar más tolerancia al malestar. El terapeuta debe estar siempre atento a la situación multisubjetiva y las necesidades y vulnerabilidades de ambos miembros. Ciertamente, esto no es nada fácil, y la ruptura de la alianza terapéutica y su reparación son inherentes al proceso. De ello se deriva que la parte más compleja es proteger la vulnerabilidad de uno de los cónyuges sin perder de vista la del otro.

El contexto multisubjetivo siempre implica tres perspectivas; el terapeuta aporta sus propios principios organizativos y un sentido subjetivo de realidad al contexto. Si cada miembro de la pareja siente que sus necesidades son tratadas como infantiles y, por tanto, como indeseables, es fácil que abandone la terapia o incluso rompa el vínculo de pareja.

El núcleo principal en terapia de parejas recae en el trabajo de las transferencias y proyecciones que los pacientes tienen el uno hacia el otro. Para que esto ocurra, ciertas habilidades y conocimientos sobre los procesos transferenciales-contratransferenciales entre la pareja deben ser interpretados: ambos tienen necesidades profundas que esperan que sean satisfechos por el otro cónyuge, algunas pueden ser satisfechas, pero otras no.

Cada miembro de la pareja precisa saber cuáles de estas necesidades deben ser manifestadas y aceptadas, y esto es una tarea muy complicada. Necesitan saber que escuchar y permitir la expresión de sentimientos puede asustar, sobre todo si implica la experiencia subjetiva de un cónyuge sobre el otro, de una manera que contradiga su propia visión o toque problemas sobre los que uno/a se avergüenza. Cada miembro de la pareja debe dejar un espacio para que el otro exprese este tipo de sentimientos, y si se sienten apoyados por el terapeuta, que se da cuenta de lo difícil que es, esto resulta mucho más fácil.

La escucha y la comprensión del terapeuta, permitirá a la pareja que refuerce esta misma capacidad para llegar a objetivos comunes y que la alianza entre ellos se vea sustentada.

g) Mantenimiento y regulación de múltiples alianzas. Para Rait, el terapeuta se ve llevado a establecer y mantener múltiples alianzas; debe ser capaz de establecer una alianza con cada miembro de la pareja y con la pareja como unidad. El establecimiento de esta “meta-alianza” es un aspecto central en el proceso terapéutico.

Desde la perspectiva sistémica, Pinsof y Catherall definieron la alianza terapéutica en la terapia de pareja como el vínculo colaborativo que existe en terapia entre el sistema del terapeuta y el sistema de los pacientes. Por ello, la intensidad de las relaciones contratransferenciales es un factor importante en la dificultad ofrecida por la entrevista conjunta, sobre todo cuando se trata de psicoterapia de pareja.

La presencia de ambos miembros, con la complejidad contratransferencial correspondiente, produce, no solo una superposición considerable de planos, sino, fundamentalmente, múltiples afectos, movilizados por la escena primaria.

h) Importancia de mantener una alianza similar con los dos miembros de la pareja. Las investigaciones nos indican que los resultados terapéuticos son más positivos cuando las alianzas terapéuticas de los hombres con el o la terapeuta son más fuertes que las de las mujeres con el/la terapeuta. Pero los estudios de Symonds y Horvath señalan que la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la terapia es mucho más elevada cuando los dos miembros de la pareja valoran de manera similar la alianza que han establecido con el terapeuta hasta el punto de que algunos resultados indican que tienen más importancia la correspondencia de percepciones entre ambos miembros de la pareja que no la de cada miembro con el terapeuta.

Hay varios autores, Heatherington y Friedlander, Pinsof y Catherall, Pinsof que han trabajado el término de la Alianza Dividida que se da cuando un miembro de la pareja muestra una relación no positiva - negativa o neutral - con el terapeuta mientras que el otro miembro mantiene una buena alianza de trabajo con él. Se trata de situaciones comunes en terapia de parejas y familias. Las alianzas divididas pueden aparecer a causa de conflictos individuales o de pareja, y su reparación es fundamental para que el tratamiento tenga éxito.

Por causa de la complejidad de relaciones en terapia de parejas y familias, además de la frecuente competición para ganar la atención del terapeuta y su aprobación, multitud de

transferencias y contratransferencias aparecen de manera simultánea. Diversos factores pueden mitigar los efectos negativos que pueden aparecer en la contratransferencia del/ de la terapeuta y el consiguiente agotamiento que afectaría la alianza: atender al fenómeno de la contratransferencia, no mantener expectativas poco realistas en cuanto al progreso de la pareja y la resolución de sus conflictos, supervisión, tratamiento personal y, obviamente, un trabajo adecuado en la consulta mediante las técnicas apropiadas.

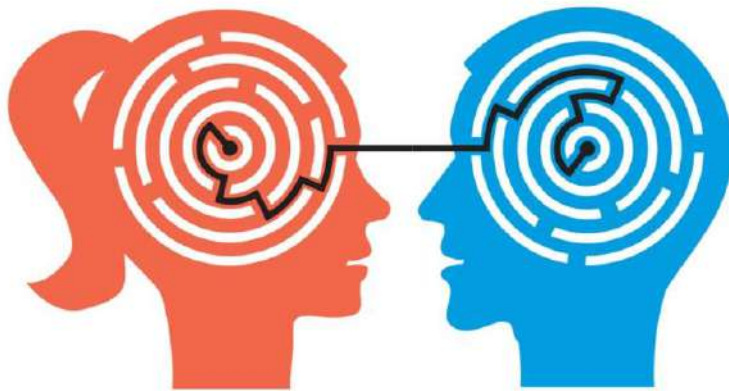
Toda la complejidad de las dinámicas transferenciales y los juegos de proyecciones dentro de la pareja debe entenderse como intrincado en un contexto multisubjetivo. Los miembros de la pareja tienen una experiencia subjetiva del tratamiento y, concretamente, del/ de la terapeuta. Un aspecto importante de esta experiencia es el despliegue de las necesidades de desarrollo hacia el/la terapeuta. Cada paciente necesita al terapeuta para funcionar de una manera que mejore su sentido del self cohesivamente y que genere autoestima. Cuando un cónyuge amenace con negar la experiencia subjetiva del otro, el terapeuta debe intervenir para proteger esa persona de sentirse invalidada para que no afecte a la alianza de este miembro con el terapeuta ni con su pareja. Es muy importante que el terapeuta no cometa el error de ubicarse en el rol de juez; cada posición subjetiva debe ser tratada como válida, aunque no se debe elevar ninguna al nivel de realidad concreto, porque justamente es subjetiva. Sólo alentando esta actitud multisubjetiva, las sesiones de pareja pueden llegar a ser un lugar suficientemente seguro para que se desplieguen las transferencias y los deseos narcisísticos y arcaicos, y poder abordarlos.

El proceso de crear gradualmente -negociando- una visión de realidad que abarque la experiencia de los tres participantes es esencial en la transformación del conflicto de pareja en un crecimiento empático y mutuo de la relación que favorecerá una alianza terapéutica fuerte entre ellos, y de ambos con el terapeuta. La función del terapeuta es la de regular continuamente las alianzas con ambos miembros de la pareja.

Una técnica básica es el reencuadre inicial del problema, ya que la creación de una buena alianza terapéutica con el sistema de la pareja y entre los miembros de la pareja exige transformar las metas individuales en metas de la díada para que ambos individuos experimenten el proceso terapéutico como dirigido al campo común de la terapia compartida.

## Dimensiones de la alianza terapéutica en terapia de pareja

Siguiendo el modelo del SOATIF, Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar mencionado por Friedlander apuntamos que la alianza terapéutica en terapia de parejas se puede conceptualizar en función de cuatro dimensiones diferentes que se articulan entre sí:



1) Enganche en el proceso terapéutico. el paciente otorga sentido al tratamiento, transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajar, conjuntamente, con el terapeuta. Los objetivos y

las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta. El paciente percibe el proceso terapéutico como serio e importante, y cree que el cambio es posible. Las intervenciones del terapeuta para potenciar esta dimensión deben incluir explicaciones sobre el funcionamiento de la terapia, preguntar al cliente respecto a su conformidad con éste, mantener una posición que invite al diálogo y mostrarse positivo y optimista respecto a los cambios fruto del tratamiento.

Meissner apunta que estas intervenciones incluyen acuerdos contractuales entre terapeuta y paciente respecto a la logística de la terapia, acuerdos sobre cómo cada parte trabajará conjuntamente y hacia que propósitos, y la comprensión y aceptación de las dos partes - partes y terapeuta- y sus respectivas responsabilidades.

2) Conexión emocional con el terapeuta. El paciente percibe al terapeuta como una persona importante en su vida. Tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto y el interés. Cree que al terapeuta le importa de verdad y que está para él y siente que él y el terapeuta comparten una visión del mundo – puede pensar que comparten perspectivas vitales y valores similares -, y que el saber y experiencia del terapeuta son relevantes. Las intervenciones del terapeuta deben ir orientadas a expresar aceptación, confianza, empatía, afecto e interés por el cliente.

Stine señala la importancia del uso de metáforas en el proceso analítico, en tanto que son significados compartidos entre analista y paciente que mejoran la comunicación entre ellos y tienen un efecto positivo en la alianza terapéutica, ya que se trata de la evolución de un dialecto compartido, especial y de construcción emocional que forma una comunidad psicológica de dos.

3) Seguridad dentro del sistema terapéutico. El paciente observa la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto y ser flexible. Converge la sensación de confort y expectativa hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden tener lugar.

El paciente siente que hay cosas buenas que derivan de estar en terapia, que el conflicto dentro de la pareja puede manejarse sin hacerse daño y que no es preciso estar a la defensiva. El terapeuta debe de proporcionar al paciente confidencialidad y seguridad, hablando con el paciente de procesos que puedan intimidarlo aceptando que la terapia comporta riesgos, y sobre todo ayudando a los pacientes a no estar a la defensiva entre ellos y hablar con sinceridad, sin hostilidad ni intrusismo emocional.

La instauración del setting psicoanalítico puede significar para la pareja una ayuda al proveerlos de seguridad. El mantenimiento del marco, tanto al inicio de la terapia como a lo largo del tratamiento, puede favorecer la elaboración de un proceso terapéutico transfero-contratransferencial que permite la reactualización de una vivencia de pareja más liberadora.

Al comienzo de la terapia de pareja, es preciso enunciar las reglas del marco de intervención psicoanalítico: para la pareja, la libertad de asociar sobre aquello que piensan, imaginan o sueñan, y para el analista, la atención flotante y la abstención de dar consejos.

4) Sentido de compartir el propósito. los miembros de la pareja se ven a sí mismos trabajando en colaboración para mejorar la relación de pareja y conseguir objetivos comunes. Converge un sentimiento de solidaridad en relación a la terapia y valoran el tiempo que comparten en ella. Se trata de un sentimiento de unidad dentro de la pareja en relación a la terapia.

El terapeuta puede potenciar el sentimiento de compartir el propósito mediante intervenciones orientadas a adquirir compromisos entre ellos, animarlos a formular sus puntos de vista y a mostrarse afecto, destacando aquellos aspectos que comparten y realizando interpretaciones sobre la relación de pareja en lugar de acudir a interpretaciones individuales.

Por ello, Sommantico y Boscaino indican la importancia de estar atento a la dimensión diádica de una demanda o un síntoma para entender qué es lo que, del síntoma de una de las partes, pertenece al funcionamiento de la pareja como entidad, así como las funciones del síntoma en la pareja y sus significados inconscientes.

Conviene, pues, que el terapeuta de pareja pueda tener en cuenta estas cuatro dimensiones a lo largo de la terapia, intentando intervenir en cada una de ellas e incluyendo los procesos transfero-contratransferenciales.

## Bibliografía

- Abend, S. M. The problem of therapeutic alliance. En S. T. Levy (Ed.), The therapeutic alliance (pp. 1-16). US: International Universities Press 2000.
- Ackerman, N. W. Transference and countertransference. *Psychoanalysis & the Psychoanalytic Review* 1959
- Adler, G. Transference, real relationship and alliance. *The International Journal of Psychoanalysis* 1980.
- Akram, A., O'brien, A., O'neill, A. y Latham, R. (2009). Crossing the line - Learning psychiatry at the movies. *International Review of Psychiatry*, 21.
- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy; principles and application*. England: Ronald Press.
- Andolfi, M., y Angelo, C. Toward constructing the therapeutic system. *Journal of Marital and Family Therapy* 1988.
- Armant, C. Fundamentos teóricos. En A. Bobé y C. Pérez Testor (Comps.), *Conflictos de pareja: Diagnóstico y tratamientos*. Paidós, BCN 1994.
- Armant, C. y Bobé, A. Técnicas de Tratamiento 2: Entrevista a cuatro (foursome). En A. Bobé y C. Pérez Testor (Comps.), *Conflictos de pareja: Diagnóstico y tratamiento*. Paidós, BCN 1994.
- Balint, E. Remarks on Freud's metaphors about the 'mirror' and the 'receiver.' *Comprehensive Psychiatry* 1968.
- Barber, J. P. Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 2009.
- Baudry, F. The relevance of the analyst's character and attitudes to his work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1991.
- Beck, M., Friedlander, M. L., y Escudero, V. Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2006.

- Beitman, B., y Klerman, G. The differential effect on psychotherapy and psychoanalysis with anacletic and introjective patients. The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1991.
- Beutler, L. E. y Kendall, P. C. Introduction to the Special Section: The case for training in the provision of psychological therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995.
- Bibring, E. Therapeutic results of Psychoanalysis. International Journal of Psychoanalysis 1937.
- Bordin, E. S. The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1976.
- Braconier, A. Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutiques et l'analysabilité. Psychothérapies, 2002.
- Brenner, C. Working alliance, therapeutic alliance and transference. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1979.
- Castellví, P. Tratamiento de pareja. En A. Bobé y C. Pérez Testor (Comps.), Conflictos de pareja: Diagnóstico y tratamientos. Paidós, BCN 1994.
- Corbella, S., y Botella, L. La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de Psicología, 2003.
- Curtis, H. C. The concept of the therapeutic alliance: Implications for the "widening scope". Journal of the American Psychoanalytic Association, 1979.
- Datta, V. Madness and the movies: An undergraduate module for medical students, International Review of Psychiatry, 2009.
- Dicks, H. V. Marital Tensions. Karnac Books, London 1967.
- Dozier, R. M., Hicks, M. W., Cornille, T. A. y Peterson, G. W. The effect of Tomm's therapeutic questioning styles on therapeutic alliance: A clinical analog study. Family Process, 1998.

- Ehrenberg, D. B. The intimate edge: Extending the reach of psychoanalytic interaction. New York, NY, US: W W Norton & Co. 1992.
- Erikson, E.H. Identity and the life cycle: selected papers. Oxford, England: International Universities Press 1959.
- Escudero, V. La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. Apuntes de Psicología, 2009.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N. Y Abascal, A. Observing the therapeutic alliance in family therapy: Associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. Journal of Family Therapy, 2008.
- Escudero, V., Heatherington, L. y Friedlander, M. L. (2001). Observing couples' interaction: Integrative analysis of interpersonal control, cognitive constructions, and emotional impact. Metodología de las Ciencias del Comportamiento, 3.
- Etchegoyen, R. H. The Fundamentals of Psychoanalytic Technique. Karnak books, Great Britain 2005.
- Font J., y Pérez Testor, C. Psicopatología de la pareja. En C. Pérez Testor (Comp.), Parejas en Conflicto. Paidós, BCN 2006.
- Font, J. Psicopatología de la pareja. En A. Bobé y C. Pérez Testor (Comps.), Conflictos de pareja: Diagnóstico y tratamientos. Paidós, BCN 1994.
- Freud, S. Obras Completas. Amorrortu Ediciones. Bs As  
Lecciones introductorias al psicoanálisis  
Análisis terminable e interminable.  
Recordar, repetir y reelaborar
- Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. Therapeutic alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice. Hardcover, EE.UU. 2006.
- Friedman, L. The therapeutic alliance. International Journal of Psychoanalysis, 50, 1969.

- Gaston, L., Piper, W.E., Debbane, E. G., Bienvenu, J.P., y Garant, J. Alliance and technique for predicting outcome in short and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1994.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallahager, D., Cournoyer, L.G., y Gagnon, R. Alliance, techniques and their interactions in predicting outcome of behavioural, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 1998.
- Greenberg, H. R. Caveat actor, Caveat emptor: Some notes on some hazards of Tinseltownteaching, *International Review of Psychiatry*, 2009.
- Greenson, R. R. The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 1965.
- Hoffer, A. Neutrality and the therapeutic alliance: What does the analyst want? En S. T. Levy (Ed.), *The therapeutic alliance* Madison, CT. International Universities Press. EE.UU. 2000.
- Jacobs, T. On beginnings: The concept of the therapeutic alliance and the interplay of transferences in the opening phase. En S. T. Levy (Ed.), *The therapeutic alliance* Madison, CT, International Universities Press. EE.UU. 2000.
- Kaës. R. *L'Appareil psychique groupal*. Dunod, Paris 1976.
- Kaslow, F. W. Whither Countertransference in Couples and Family Therapy: A Systemic Perspective. In *session: Psychotherapy and Practice*, 2001.
- Kaslow, N. J., Kaslow, F. W., y Farber B. W. Theories and techniques of marital and family therapy. En M. B. Sussman, S. K. Steinmetz, y G. W. Peterson (Eds.), *Handbook of marriage and the family*, (2ª edición, pp. 767-793). Plenum Press, New York 2000.
- Kaswin-Bonnefond, D. Tranfert – contre-transfert: entre associativité et dissociativité. *Revue français de Psychanalyse*, 2006.
- Klein D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Voicing, C., Castonguay, L. C., ... Keller, M. B. Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior

change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003.

- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., y Mann, B. The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 2004.
- Kohut, H. *How does analysis cure?* University of Chicago Press, Chicago and London 1984
- Langs, R. *The Therapeutic Interaction*. Aronson, New York 1976.
- Lemaire, J. G. *Terapias de pareja*. Amorrortu, Bs As 1980.
- Lemaire, J. G. *Les mots du couple, thérapies psychanalytiques en couple*. Payot, Paris 1998.
- Luborsky, L. *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A manual for for supportive expressive treatment*. Plenum Press, New York 1984.
- Marcolino, J. A. M. y Lacoconi, E. The early impact of the therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Revista brasileira de Psiquiatria*, 2003.
- Meissner, W. W. *The Therapeutic Alliance*. Yale University Press, New Haven & London 1996.
- Meissner, W. W. Neutrality, abstinence, and the therapeutic alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1998.
- Nicolò, A. M. Capacidad de reparación y parentalidad. En M. Garrido y A. Espina. *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Fundamentos, Madrid 1995.
- Nicolò, A. M. Essere in copia: funzione mentale e costruzione relazionale. En A. M. Nicolò (Ed.). *Curare la relazione: saggi sulla psicoanalisi e la copia*. Franco Angeli, Milan 1999.
- Pérez Testor, C., y Pérez Testor, S. Tratamiento de los trastornos de pareja. En C. Pérez Testor (Comp.) *Parejas en Conflicto*. Paidós, BCN 2006.

- Pichon Rivière, E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Visión, Bs As 1971.
- Pinsof, W. B. Integrative problem-centered therapy. Basic Books, New York 1995.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., Azim, H. F. A., y Rosie, J. S. Patients characteristics and success in day treatment. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1994.
- Puget, J., y Berenstein, I. Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Paidós, Bs Aires 1998.
- Rait, D. S. The therapeutic alliance in couples and family therapy. Journal of Clinical Psychology, 2000.
- Safran, J. D. The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research: Strange bedfellows or postmodern marriage? Contemporary Psychoanalysis, 2003.
- Safran, J.D., y Muran, J.C. Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. Guildford Press, New York 2003.
- Sandler, J., Dare, C., y Holder, A. The patient and the analyst: The basis of the Psychoanalytic Process. International Universities Press, New York 1973
- Snyder, D. Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. Clinical Psychology: Science and Practice 1999.
- Sommantico, M., y Boscaino, D. Le couple thérapeutique dans la consultation de couple. Le Divan Familiale, 2006.
- Sterba, R. The fate of the ego in psychoanalytic therapy. International Journal of Psychoanalysis, 1934.
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B., y Atwood, G.E. Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach. Hillsdale, NJ, Analytic Press, Inc. New Haven & London 1987.
- Strachey, J. The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. The International Journal of Psychoanalysis, 1934.

- Teruel, G. Nuevas tendencias en el diagnóstico y tratamiento del conflicto matrimonial. En I. Berenstein y otros, Psicoterapia de pareja y grupo familiar con orientación psicoanalítica. Galerna, Bs As 1970.
- Teruel, G. Diagnóstico y tratamiento de parejas en conflicto: psicopatología del proceso matrimonial. Paidós, Bs As 1974.
- Willi, J. La pareja humana: relación y conflicto. Morata, Madrid 1978.
- Winnicot, D. W. Hate in the counter-transference. Journal of Psychotherapy Practice & Research, 1994.
- Winnicot, D. W. The Maturation Process and the Facilitating Environment. International Universities Press, New York 1965.
- Zetzel, E. R. Current concepts of transference. International Journal of Psychoanalysis, 1956.

## Cuestiones

1. Resumen las versiones que indican que la alianza terapéutica no es importante para la terapia psicoanalítica.
2. Indica a qué hace referencia la relación real.
3. Define los cuatro aspectos fundamentales de la alianza terapéutica. Indica los factores implicados por Braconier en el desarrollo de la Alianza.
4. Describe los cinco tipos básicos de colusiones de Font
5. A qué se hace referencia con el término “Alianza Dividida”.
6. En función de qué cuatro dimensiones diferentes se puede conceptualizar la alianza terapéutica en terapia de parejas.