

EL VINCULO TERAPÉUTICO: UNA RELACION SIGNIFICATIVA

Assumpta Junyent
psicóloga clínica y psicoterapeuta

“El tratamiento es el modo en que nos tratamos los unos a los otros”
R.D Laing

El propósito de este artículo es compartir una serie de reflexiones relacionadas con el vínculo terapéutico, con la relación bidireccional que se establece con nuestros pacientes, haciendo referencia a los cambios que he ido introduciendo en mi práctica clínica y que reflejan como la tarea psicoterapéutica va mucho más allá de un conjunto de técnicas y de suposiciones teóricas , y como afecta el compromiso personal del terapeuta en la calidad del vínculo.

Cuando me inicié hace años en esta profesión dentro de las **Escuelas Humanistas**, en la que me he mantenido como base a partir de la cual he podido incorporar aspectos de otras orientaciones, ante la amplitud del concepto vínculo terapéutico o relación terapéutica, me hubieran venido a la mente espontáneamente las sabias actitudes de **Rogers**, y otras del estilo: *crear un espacio seguro, presencia, compromiso, creatividad*, actitudes que me surgían ante mis pacientes con cierta naturalidad.

Posteriormente, al releer a alguno de los autores que fueron mis primeros maestros: **C.Rogers, E. Berne, F.Perls, E.Fromm o A.Maslow**, o al volver de nuevo al **modelo de G. Egan**, que fue con el que aprendí sobre la relación terapéutica, me he dado cuenta de que hay más profundidad en estos escritos de la que yo pude captar en aquel momento.

Al margen de mi proceso, me sigo sintiendo muy comprometida con los principios de las Escuelas Humanistas, entre otras cosas, por el *gran peso que se le da a la relación terapéutica y los matices con los que se contempla*, a pesar del gran pluralismo y creatividad que hay en las técnicas de intervención. Por otro lado, los autores dentro de la orientación psicoanalítica que he ido incorporando a lo largo de mi trayectoria profesional -la mayoría pertenecientes al grupo independiente

británico- tienen en común el énfasis en la relación emocional, que es el punto en el que confluyen con las psicoterapias Humanistas.

En la evolución de los distintos modelos, y aún más dentro del psicoanálisis relacional y de la línea intersubjetiva, pero también en las terapias de orientación cognitivo-conductual, se hace cada vez más énfasis en la calidad de la relación terapéutica. Esto explica que la orientación Humanista, o la “tercera fuerza”, está en la base de todas las psicoterapias, sea porque es una alternativa en sí misma, o un complemento.

Señalo a continuación y de forma resumida, las actitudes del terapeuta en las psicoterapias Humanistas, **(R. Rosal 1988/2001)**

- a) Considerar al cliente como una persona singular e irrepetible
- b) Confianza en las capacidades psíquicas del cliente
- c) Ser conscientes de las limitaciones de todo modelo psicoterapéutico y de las limitaciones del terapeuta, así como de la necesidad del cuidado de sí mismo.
- d) Evitación de la actitud de Salvador (en el sentido de Berne) evitación de la omnipotencia. (Yo sé y tu no, o yo estoy bien y tu no)
- e) Actitud no favorecedora del establecimiento de una neurosis de transferencia entre terapeuta y cliente. (La corriente Humanista admite los elementos transferenciales y contratransferenciales en la relación terapéutica, aunque el tratamiento de los mismos es distinto que en el psicoanálisis clásico)
- f) Apertura o receptividad respecto a cualquiera de las dimensiones de la conducta del cliente, y a las vivencias emocionales y cognitivo-intuitivas de la creatividad del terapeuta.
- g) Actitudes rogerianas de comprensión empática, consideración positiva incondicional, y congruencia o autenticidad.
- h) Resonancia de la experiencia del cliente en el terapeuta, que, sin confundirse con él, deja que se amplifique en su propia persona desde todos los niveles, para profundizar en las actitudes anteriores.

Con el tiempo, aunque fiel a la mayoría de los principios de las Escuelas Humanistas, he tomado más consciencia de la complejidad y del profundo entramado de las bases del iceberg, en el que nos movemos continuamente paciente y terapeuta, que actúa como diría **C. Rogers** a bajo nivel de consciencia.

Haciendo una reflexión sobre los cambios que he ido introduciendo en mi práctica psicoterapéutica en los últimos tiempos, y en terminología de la **Gestalt**, he pasado a **figura**, a primer plano, lo que estaba más en el **fondo**, y lo concretaría en la preocupación por no repetir en mi relación con el paciente, lo que un día fue traumático con sus figuras significativas, es decir, una preocupación por la no retraumatización y para que el proceso psicoterapéutico sea una verdadera experiencia emocional correctiva, en el sentido que expresa **Franz Alexander**.

En mi experiencia, una buena parte de las personas que acuden a consulta, vienen no tanto de una situación traumática aguda, ni buscando sólo recursos, sino que buscan ayuda a partir de sintomatología variada pero en mayor o menor medida, son personas que como niños han sido utilizados para satisfacer las necesidades de los adultos, y carecen de la referencia de un vínculo sano, estando por lo tanto la clave de su curación, en la reparación, en la medida de lo posible, de aquello que les fue negado:

El derecho a ser, a existir como personas no utilizadas, dando un lugar a sus auténticas necesidades.

José María Gondra 78, señala estas palabras de C. Rogers:

“Es un interés tal por la persona, que se evita todo deseo de interferir en su desarrollo y de utilizarlo en vistas a metas propias”

Entiendo por ello, que la relación terapéutica será el marco, una nueva oportunidad de **reparación o de retraumatización**. En definitiva, he pasado de tener en mi mente el ofrecer al paciente unas buenas actitudes individuales, a procurar ofrecerle unas sanas características de relación.

El primer objetivo en toda terapia, y en especial con pacientes con patología vincular, es crear un **espacio seguro**, pero la seguridad no es una variable que preexista al encuentro terapéutico, sino que es una

variable que tenemos que co-construir. Tiene que ser una característica emergente del encuentro, y para que se vaya construyendo a lo largo de todo el proceso, necesariamente la relación pasará por impasses, tensiones o rupturas.

De sus investigaciones al respecto, **Jeremy D. Safran y Christopher Muran**, (2005), señalan dos aspectos:

1) Después de 50 años de investigación, uno de los hallazgos más sistemáticos consiste en que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito en un tratamiento.

2) Las rupturas y tensiones negativas en la alianza son inevitables, y una de las destrezas terapéuticas más importantes consiste en el manejo terapéutico de este tipo de procesos y en la reparación de las rupturas que se producen en la alianza terapéutica. Se podría decir que el proceso de desarrollo y la resolución de problemas en la alianza no son los prerrequisitos del cambio, sino que constituyen la esencia misma del proceso de cambio.

No se trata sólo de que las rupturas sean un obstáculo, sino que más bien son oportunidades para conocer, explorar en profundidad, y resolver conflictos o necesidades de los pacientes.

Por otro lado, algunas de estas variables, actúan con extrema sutileza. Un ejemplo de ello sería cuando se da el mecanismo que ya en el año 1932, **Sándor Ferenczi**, denominó **la identificación con el agresor**, no refiriéndose con ello a la mera imitación, sino a un mecanismo más amplio, que posteriormente fue estudiado en profundidad por **Jay Frankel**.

Este mecanismo se desarrolla en un instante, y está compuesto de **tres componentes**:

- a) El niño se somete mentalmente al agresor (figura que tiene poder sobre él, padres o figuras cuidadoras)
- b) Este sometimiento le permite mimetizarse y adivinar los deseos del otro; es decir, desarrolla una gran sensibilidad para adivinar qué necesita el otro para satisfacerse. En este punto desaparece su self y se olvida completamente de sí mismo.

- c) El niño hace una especie de pre-maduración (un pequeño adulto) que le permite hacer aquello que él siente que le salvará, pero en detrimento de la capacidad de mentalizar o función reflexiva de la mente: emitir juicios, prever intenciones detrás de la conducta, etc.

Jay Frankel, explica:

“Esta respuesta se da bajo disociación de la experiencia presente, y como camaleones nos mimetizamos con el mundo que nos rodea, exactamente con aquello que nos atemoriza para protegernos. Dejamos de ser nosotros mismos y nos transformamos en la imagen que algún otro espera de nosotros”

En este caso, sería tan sutil, como discriminar bien entre estar en sintonía con el paciente, o que estemos en **mimetización o confluencia**. La tarea del terapeuta sería alentar al paciente a explorar sus sentimientos en la relación terapéutica para iniciar un verdadero proceso de individuación.

Si conseguimos una buena vinculación de base, en la que al inicio habrá una natural idealización, necesariamente vamos a pasar por las tensiones que nos llevan de una vinculación asimétrica al principio, a una relación más interdependiente, y en este punto, el éxito terapéutico pasa por la consciencia de que no sólo mi paciente se separará de mí, sino que yo también lo tengo que hacer de él.

De acuerdo con ello, intento tener presente en mi mente dos marcos durante todo el proceso psicoterapéutico:

- El del trabajo **intrapsíquico** dejando la mente dentro de lo posible, libre de ninguna preconcepción.
- Y tengo presente que durante el proceso, y en el **trabajo relacional** la figura del terapeuta, no está exenta de los conflictos interpersonales que conlleva el crecimiento del paciente.

Procuro en definitiva, estar mucho más atenta a lo que no se dice, a los matices y a las necesidades de ambos que están en juego en la relación.

Esteban Ortiz, plantea unas preguntas hipotéticas que me parecen muy útiles y que cada cliente-terapeuta tiene que enfrentar o resolver a lo largo de la terapia. Según este autor, estas preguntas constituirán un contexto silencioso que se activará en momentos especiales de *impasse*. Algunos de estos interrogantes no serán reconocidos ni elaborados por ninguno de los participantes y constituirán un punto ciego permanente que dejará su sello de insatisfacción o de adaptación.

- 1.- ¿Qué puedo esperar o temer de ti?
- 2.- ¿Cómo puedo hacer para que me quieras, me comprendas, me admires, no te olvides de mi?
- 3.- ¿Qué puedo hacer para tenerte contento, interesado, para que disfrutes conmigo?
- 4.- ¿Qué puedo hacer para asegurarme que eres de fiar, que no te vas a aprovechar de mi, que me vas a respetar?
- 5.- ¿Cómo puedo estar seguro de que, si te cuento estas cosas, no te vas a deprimir, horrorizar, no me vas a mirar como un monstruo?
- 6.- ¿Hasta qué punto puedo quejarme sin que te impacientes?
- 7.- ¿Cuánta rabia puedo mostrar aquí, cuánta envidia, cuántos malos sentimientos sin que me eches o me encuentres desagradable?
- 8.- ¿Hasta qué punto soy una carga para ti? ¿Me aguantas? ¿Te aburres?
- 9.- ¿Hasta qué punto puedo protestar y exigir cuando no me sienta bien tratado o bien entendido?
- 10.- ¿Me expulsarás prematuramente del tratamiento o, por el contrario, me retendrás más de lo necesario?
- 11.- ¿Podrás tolerar que te hable de tus defectos?

La responsabilidad en la co-construcción de este vínculo reparador está del lado del terapeuta y pasa en definitiva por estar afinando constantemente este “instrumento” que somos nosotros en la relación, con nuestra personalidad, nuestra historia y nuestro ser específico, ofreciendo al paciente un espejo no contaminado de expectativas, deseos, ni reconocimiento; *un contacto de persona a persona*, manteniendo el

compromiso ético de la finalidad con la que nos hemos encontrado, que es el **beneficio del paciente**.

Cito de nuevo a Rogers, a través de **José María Gondra**:

“En su última época, la terapia de Carl Rogers concibe al terapeuta de un modo mucho más personal. Lo despoja casi de todos sus atributos técnicos y científicos y le hace ser un compañero del cliente, una persona profundamente comprometida en una relación personal. El terapeuta es un ser abierto al diálogo, y en cuanto a tal su cualidad más importante es la autenticidad y transparencia de su persona. Por otra parte, el terapeuta tiene otra función dentro de la terapia, es el encargado de crear unas condiciones propicias al crecimiento y al cambio terapéutico del cliente” Gondra, 1978

Esta cita engloba una **definición** clara y sencilla sobre la relación terapéutica: *Una relación auténtica y real entre dos personas con roles diferentes.*

Para concluir, añado unas frases de **Joan Coderch** 2010, cuando nos habla del terapeuta como objeto bueno.

“Un “objeto bueno” es un terapeuta sencillo, que se comporta dentro de los parámetros habituales en el seno de cada contexto socio-cultural, y no distante, sino muy al alcance del paciente”.

“Es más bien como el artista, que en sus producciones o interpretaciones pone, además de conocimientos, habilidades y buena praxis, el alma”.

Referencias bibliográficas:

CODERCH, J. (2010). *La práctica de la psicoterapia relacional*. Colección Pensamiento Relacional

DAURELLA, N. *Trauma i retraumatització de Wiesbaden-1932 a Rio de Janeiro-2005*

FRANKEL, J. *Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica.*

GONDRA, J.M. (Apuntes sobre la psicoterapia de G. Egan: un modelo integrador postrogeriano. Barcelona: Instituto Erich Fromm de Psicología Humanista.

ORTIZ, E. *Las palabras para decirlo, un enfoque intersubjetivo de la comunicación en psicoterapia.*

ROSAL, R. (2011). *Qué son las Psicoterapias Humanistas.* Artículo presentado en la II Jornada de la Asociación de Psicoterapia Integradora Humanista, Noviembre de 2011

ROSAL, R. (2012). Las actitudes del terapeuta. En R. Rosal y A. Gimeno-Bayón, *Cuestiones de Psicología y Psicoterapias Humanistas*, cap. 9. Ed. Milenio (en prensa).

SAFRAN, J. D. y MURAN, C. (2005). *La alianza terapéutica, una guía para el tratamiento relacional* . Bilbao: Desclée.