

defensa no sólo ocurre intrapsíquicamente sino además en el contexto de una relación entre dos personas. Por este motivo, hay que prestar atención al proceso de la comunicación y a la forma en que se da esa relación”.

Es sumamente importante que el analista sea capaz de proporcionar un clima apropiado. El tratamiento psicoanalítico no es simplemente un proceso por el cual se vuelve consciente lo inconsciente, o se procura otorgar mayor fuerza y autonomía al yo del paciente. Es vital que el analista brinde un marco en el cual sea viable el proceso analítico y puedan volver a establecerse conexiones con los aspectos escindidos del sí-mismo. Rycroft (1985) ha subrayado que la capacidad del analista para brindar dicho marco depende no sólo de su destreza para formular las interpretaciones “correctas” sino además del sostenido interés que sepa manifestar por sus pacientes y de la relación que entable con ellos.

3. LA ALIANZA TERAPEUTICA

Como ya apuntamos en el capítulo 2, en los últimos años se ha dedicado suma atención al vínculo entre el paciente y el médico. Con el fin de formular los distintos aspectos de esta relación se han utilizado diversos conceptos psicoanalíticos; uno de ellos, el de *transferencia*, muy a menudo es tomado de su contexto original y aplicado a otros, atribuyéndole muy laxamente diversos sentidos —a veces como sinónimo de “relación” en general—. En los capítulos 4 y 5 nos ocuparemos con más detalle de este concepto.

En el psicoanálisis clínico se ha diferenciado siempre la “transferencia propiamente dicha” de otro aspecto del vínculo entre el paciente y el médico, al cual distintos autores han llamado “alianza terapéutica”, “alianza de trabajo” o “alianza de tratamiento”, refiriéndose a la alianza que deben necesariamente establecer el paciente y el analista si se pretende que la labor terapéutica tenga éxito (v. gr., Curtis, 1979; Eagle y Wolitzky, 1989; Friedman, 1969; Gitelson, 1962; Greenson, 1965a, 1967; Gutheil y Havens, 1979; Kanzer, 1981; Loewald, 1960; Stone, 1961, 1967; Tarachow, 1963; Zetzel, 1956). También se emplearon otros vocablos además de “alianza”. Por ejemplo, Fenichel (1941) habla de una “transferencia racional”; Stone (1961), de una “transferencia madura”; Greenacre (1968), de una “transferencia básica”; Kohut (1971) se refiere al “vínculo realista” entre el analista y el analizando, y Zetzel (1958) expresa lo siguiente:

Suele admitirse que, más allá de la neurosis de transferencia, para que un análisis alcance éxito debe tener como núcleo una relación permanente y estable que permita al paciente mantener una actitud esencialmente positiva respecto de la tarea analítica cuando los conflictos revividos por la neurosis de transferencia saquen a la superficie de la conciencia deseos y fantasías perturbadores.

El concepto ha sido empleado para aludir a ciertos aspectos de lo que muchos llaman el "contrato terapéutico" (Menninger, 1958) entre el paciente y el terapeuta. Esto se vincula a lo que ha sido definido como un "*rapport* racional y razonable, no neurótico, del paciente con su analista, que lleve al primero a trabajar de buen grado en la situación analítica" (Greenson y Wexler, 1969). La noción de alianza terapéutica, tal como ha ido evolucionando, no se refiere simplemente al deseo consciente de mejorar que tiene el paciente, y no debe equiparársela con éste; volveremos sobre este punto más adelante. En lo tocante a la situación psicoanalítica, el reconocimiento de la diferencia entre la "alianza terapéutica" y otros aspectos de la interacción del paciente con el analista (como la transferencia) ha llevado a una mejor comprensión de los procesos que tienen lugar en dicha situación, en particular los ligados al éxito o al fracaso de la terapia. En el psicoanálisis (y también en otros métodos de tratamiento) es importante evaluar la capacidad para establecer esta clase de alianza cuando debe adoptarse una decisión respecto de cuál es la modalidad de tratamiento más indicada.

Si bien Freud nunca identificó la alianza terapéutica como concepto diferenciado, la idea puede rastrearse en sus primeros trabajos; por ejemplo, en *Estudios sobre la histeria* (1895d) dice que "convertimos al paciente en nuestro colaborador". En muchos otros escritos suyos hay referencias similares a esta colaboración, y aun en 1937 comentó que "la situación analítica consiste en que nos aliemos con el yo de la persona que está en tratamiento" (1937c), mencionando a continuación el "pacto" que debe establecerse entre el paciente y analista. En su último trabajo (1940a [1938]) escribió:

El médico analista y el yo debilitado del enfermo, apuntalados en el mundo exterior objetivo, deben formar un bando

contra los enemigos, las exigencias pulsionales del ello y las exigencias de conciencia moral del superyó. Celebramos un pacto. (...) Nuestro saber debe remediar su no saber, debe devolver al yo del paciente el imperio sobre jurisdicciones perdidas de la vida anímica. En este pacto consiste la situación analítica.

En contraste con la idea de un "pacto" terapéutico entre paciente y analista, lo que hoy denominamos "alianza terapéutica" fue originalmente incluido por Freud dentro del concepto general de transferencia, sin diferenciarlo bien de otros elementos transferenciales. En sus primeros escritos sobre técnica psicoanalítica, distinguió la transferencia de sentimientos positivos, por un lado, de las transferencias negativas, por el otro (Freud, 1912b, 1912e). Entendía que las transferencias positivas podían subdividirse a su vez en la transferencia de sentimientos amistosos o tiernos (de los que el paciente tenía conciencia) y la de aquellos otros sentimientos que representaban el retorno de relaciones eróticas infantiles, posiblemente en forma distorsionada. Por lo común, estos últimos no eran recordados sino más bien *reexperimentados* por el paciente frente al analista. Tanto las transferencias positivas como las negativas podían dar lugar a resistencias contra el tratamiento. Freud expresó que el componente amistoso y tierno de la transferencia positiva constituía "el vehículo del éxito en el psicoanálisis, no menos que en otros métodos de tratamiento" (Freud, 1912b).

Poco después (1913c) hizo referencia a la necesidad de entablar una "transferencia eficaz" para que pudiera iniciarse cabalmente la labor psicoanalítica. Declaró que había que esperar hasta que se estableciera en el paciente "una transferencia operativa, un *rapport* en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo [al paciente] a éste y a la persona del médico". El distingo esencial era el trazado entre la capacidad del paciente para entablar un *rapport* y un vínculo amistoso con el médico, por una parte, y por la otra la revivencia, dentro del marco de la terapia, de sentimientos y actitudes que podrían alzarse como obstáculo para el progreso terapéutico. El hecho de que Freud emplease el término "transferencia" tanto para el "vínculo amistoso" como para la trans-

ferencia en sí misma creó cierta confusión en la literatura posterior, y aun hoy ciertos autores utilizan incorrectamente la frase "transferencia positiva" para designar la alianza terapéutica. La presencia de sentimientos cariñosos o afectuosos hacia el analista no siempre indica que exista tal alianza.

Probablemente la cristalización del concepto de alianza de tratamiento como algo diferente, que no puede equipararse a un aspecto especial de la transferencia, pueda ligarse al surgimiento de la "psicología psicoanalítica del yo", posterior a la formulación del modelo "estructural" del aparato psíquico (Freud, 1923b, 1926d), en el cual se elaboró el concepto del yo como parte orgánica de la personalidad que debía hacer frente al mundo externo y la conciencia moral (superyó), así como a las mociones instintivas (ello). Diversos autores psicoanalíticos (p. ej., Hartmann, 1939, 1964; Anna Freud, 1965) sostuvieron que existían funciones y atributos del yo relativamente independientes de las mociones (en calidad de funciones "autónomas" del yo), y gran parte de lo escrito sobre la alianza de tratamiento, en sus diversas modalidades, implica la apelación a tales funciones y actitudes autónomas.

La evolución que tuvo en otros autores la idea de la alianza terapéutica puede apreciarse en dos artículos de Sterba (1934, 1940), según los cuales el psicoanalista debe procurar que se produzca en el paciente una separación entre los elementos centrados en la realidad y los que no lo están. Sterba designa esto como la "división terapéutica del yo" (1934). Los elementos del yo centrados en la realidad permiten al paciente identificarse con los propósitos de la terapia, proceso éste que Sterba juzga como condición esencial para que la labor psicoanalítica logre el éxito. Esta opinión coincide con una referencia de Freud (1933a) a la necesidad, para que el tratamiento tenga éxito, de que el paciente aplique su capacidad para observarse a sí mismo como si fuera otra persona. En este sentido, Fenichel (1941) aludió al aspecto "razonable" del paciente y a lo que él denominó "transferencia racional". Si rastreamos la bibliografía psicoanalítica en busca de este concepto, se nos hará evidente que a menudo se habla de la "transferencia amistosa", la "transferencia eficaz", los "elementos centrados en la realidad", la "transferencia racional"

y la capacidad de autoobservación y autocritica como si fueran cosas equivalentes, cuando en rigor es más útil considerarlas elementos separados cuyo denominador común es la capacidad para establecer una alianza terapéutica. Pueden encontrarse comentarios útiles sobre los elementos integrantes del concepto de "alianza", entendido en sentido amplio, en artículos de Friedman (1969), Dickes (1975), Gutheil y Havens (1979) y Thomä y Kächele (1987).

A partir de un importante artículo sobre el tema de Elizabeth Zetzel (1956), los autores psicoanalíticos se han preocupado cada vez más por diferenciar la alianza terapéutica de la transferencia "propiamente dicha". En los trabajos publicados con posterioridad prevalece una tendencia, que se pone de manifiesto en la obra de Greenson (1965a, 1967) y de Greenson y Wexler (1969), a considerar que dicha alianza tiene como núcleo una relación "real" o "no transferencial" entre paciente y médico; no obstante, no resulta del todo clara la índole de esta relación "real". Schowalter (1976) destaca que si bien "se coincide en que para que la situación analítica con adultos sobreviva a los golpes de las resistencias engendradas por la transferencia (...) la relación analizando-analista debe ser en parte no neurótica y centrarse recurrentemente en la continuación y completamiento de la terapia (...); no es tan clara la coincidencia sobre el modo de separar esta parte de los vínculos de objeto del resto de la transferencia".

En los últimos años diversos analistas, en particular Brenner (1976, 1979), han cuestionado la validez de la noción de alianza terapéutica, sosteniendo que este concepto es de hecho indiferenciable del de transferencia. Fonagy (1990) puntualiza que si se hace excesivo hincapié en los aspectos transferenciales de la relación paciente-analista puede llegarse a una cosificación de esta última que la sustraiga al examen analítico. Como consecuencia de ello, podemos "inadvertidamente privarnos de la oportunidad de entender que se basa en el conflicto intrapsíquico inconsciente". El rechazo total del concepto de alianza terapéutica no parece satisfactorio, pero Curtis (1979) ha hecho reparar en "el peligro de que el foco se desplace de los conceptos analíticos nucleares, como los de conflicto intrapsíquico inconsciente, asociación libre e

interpretación de la transferencia y de la resistencia". Agrega que "este peligro radica sobre todo en la tendencia a ver en la alianza terapéutica un fin en sí mismo —el de brindar una nueva relación de objeto correctiva—, en vez de considerarla un medio para alcanzar como fin el análisis de la resistencia y la transferencia".

El concepto de alianza de tratamiento parecía relativamente simple en las diversas formas que adoptó originalmente, pero es menester que tomemos en cuenta que, cualquiera que sea nuestra concepción acerca de dicha alianza, ella tiene aspectos tanto conscientes como inconscientes (véase Evans, 1976). Así, un paciente puede parecer hostil al tratamiento y mostrar fuerte resistencia a la labor analítica (véase el capítulo 7), pero no por ello carecer del deseo subyacente inconsciente de emprenderla. Por el contrario, puede existir lo que Sodré (1990) denomina una alianza antiterapéutica de repetir una fantasía infantil o de aferrarse a ella, no sólo por la gravedad de la psicopatología del paciente sino además porque éste desea un análisis idealizado interminable, y se genera entonces una alianza inconsciente entre él y una parte del analista que se identifica con (...) el terrible temor al cambio [del paciente] y por lo tanto evita enfrentarse a alguna faceta de la relación analítica".

Un peligro similar tiene presente Novick (1970) al señalar que la frase "alianza terapéutica" coloca en demasía el acento en los aspectos racionales del análisis, por oposición a los irracionales. Algo semejante sostuvieron Eagle y Wolitzky (1989), preocupados por el hecho de que el énfasis en dicha alianza puede impedir la resolución de la transferencia basada en la interpretación y la comprensión. Aducen, además, que dicho énfasis tal vez conduzca al analista a conceder un peso indebido en el tratamiento al papel de otros factores ajenos a la interpretación, y por ende llevarlo a perder sensibilidad ante las manifestaciones transferenciales. Es cierto, sin duda, que si se otorga una importancia indebida al fomento de la alianza terapéutica se podría generar una connivencia con el paciente destinada a impedir que surja la transferencia hostil.

En las técnicas propugnadas por Melanie Klein y sus parti-

darios (Joseph, 1985; Meltzer, 1967; Segal, 1964), todas las comunicaciones y conductas del paciente en tratamiento tienden a concebirse e interpretarse como transferencia de actitudes y sentimientos infantiles, o como fruto de la exteriorización, por parte del paciente, de sus relaciones objetales internas. No todos los miembros de la escuela kleiniana comparten este punto de vista. Bion se ha referido a la "capacidad para relacionarse con la tarea" en los grupos (1961), lo cual haría referencia a uno de los aspectos de lo que venimos examinando bajo el rótulo de "alianza terapéutica". Spillius (1983) ha hecho reparar en los cambios experimentados por la técnica kleiniana en los últimos años, que a nuestro juicio la aproximan a las técnicas psicoanalíticas desarrolladas dentro de la tradición más "clásica".

Pese a que es difícil definir con precisión esta "alianza", parece muy conveniente distinguirla de otras facetas del vínculo entre el paciente y el médico, que por sí solas no bastan para sentar las bases de un buen tratamiento psicoanalítico (véase, p. ej., Adler, 1980). Entre estas facetas cabe incluir la revivencia de sentimientos de amor o sexuales originalmente dirigidos a una figura importante del pasado del paciente, y que en casos extremos se manifiestan en su enamoramiento del terapeuta. Asimismo, puede incluirse la idealización del terapeuta, a quien se considera perfecto o dotado de una capacidad suprema, idealización que puede constituir una forma defensiva de ocultar y negar sentimientos hostiles inconscientes. A veces esta idealización se quiebra dramáticamente si el paciente experimenta alguna desilusión respecto del terapeuta o si su hostilidad subyacente se torna muy aguda. Cabe suponer que la posibilidad de establecer una alianza de tratamiento depende de cualidades del individuo que se han vuelto relativamente permanentes. Si bien el desarrollo de estas cualidades puede vincularse a ciertos logros de las primeras relaciones infantiles, en una medida importante son independientes de los sentimientos y actitudes conceptualizables como "transferencia". De este modo, es dable considerar que la alianza terapéutica

se basa en el deseo consciente o inconsciente del paciente de cooperar y en su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas. Esto no es lo mismo que acudir al tratamiento simplemente para obtener placer o algún tipo de gratificación. En la alianza terapéutica, [el paciente] *acepta* que tiene necesidad de abordar sus problemas internos y de llevar adelante el trabajo analítico a despecho de la resistencia interna o (particularmente en el caso de los niños) externa (por ejemplo, de la familia). (Sandler y otros, 1969.)

Sin lugar a dudas, el concepto de alianza terapéutica debe apoyarse asimismo en lo que Erikson (1950) llamó la "confianza básica", una actitud del individuo hacia los demás y hacia el mundo en general que se basa en las experiencias del bebé en materia de seguridad durante los primeros meses de vida. Probablemente esto se conecte con la interiorización de una "alianza" precoz, desde el punto de vista evolutivo, entre el bebé y su objeto primario (véase Stern, 1985). Se considera que la ausencia de esta "confianza básica" impide a ciertos psicóticos, así como a otros individuos que de niños experimentaron grandes carencias emocionales, establecer una alianza terapéutica que funcione como corresponde. Erikson lo dice en estos términos: "Dentro de la psicopatología, donde mejor puede estudiarse la ausencia de la confianza básica es en la esquizofrenia infantil, en tanto que su insuficiencia se manifiesta en las personalidades adultas de carácter esquizoide y depresivo. Se ha comprobado que en estos casos el restablecimiento de un estado de confianza es el requisito fundamental de la terapia". (Apuntemos que la expresión "esquizofrenia infantil" empleada por Erikson no es corriente. Hoy probablemente se hablaría de "psicosis infantil" o de "autismo", así como de los problemas graves de personalidad de los niños que sufrieron múltiples carencias. Por otra parte, el comentario de Erikson acerca de las personalidades adultas de carácter "esquizoide" parecería corresponder a lo que luego se denominó estados "fronterizos".)

Lo que es evidente es que no debe equipararse sin más la alianza terapéutica con el deseo del paciente de mejorar. Si bien este deseo puede por cierto contribuir a gestar dicha alian-

za, también puede llevar adheridas expectativas irreales y aun mágicas sobre el tratamiento, y no puede decirse que éstas constituyan aliados confiables para la labor terapéutica. Que el deseo de mejorar no basta para dar lugar a una alianza terapéutica se vuelve patente en el caso de los individuos que abandonan la terapia tan pronto experimentan cierto alivio en sus síntomas, perdiendo todo interés en explorar los factores que provocaron su enfermedad una vez que los síntomas han menguado o desaparecido. Por otra parte, la mejoría puede constituir una "fuga en la salud", y si en estas circunstancias la alianza de tratamiento sólo se funda en el deseo de superar los síntomas, no habrá buenos cimientos para continuar el psicoanálisis —por más que la historia del paciente le enseñe que ese alivio de sus padecimientos probablemente será temporario—. Cabe concluir que, en cierto grado, son esenciales la mayoría de los elementos mencionados por los autores psicoanalíticos que se ocuparon de este tema: la capacidad de observarse a sí mismo como se observa a los demás, la de tolerar cierto monto de frustración, la existencia de una "confianza básica", la adhesión a las finalidades que persigue el tratamiento, etcétera.

Puede resultar difícil, sobre todo en los comienzos del análisis, distinguir la *capacidad* del paciente para establecer y mantener una alianza terapéutica, de sus *sentimientos* positivos hacia el terapeuta y el tratamiento que tienen otro origen. Como hemos indicado, la consideración o aun el afecto que evidencia el paciente por el terapeuta y su *disposición* inicial a concurrir a las sesiones no son necesariamente indicadores de que esté dispuesto a continuar con la labor analítica. Lo ponen de relieve los casos en que un individuo solicita ayuda terapéutica a fin de calmar a un pariente o incluso a un médico clínico, así como los de las personas que se someten al psicoanálisis porque se lo exige su formación psicoanalítica o psicoterapéutica (Gitelson, 1954). En general, resulta fundamental determinar de entrada: a) si el paciente *es capaz* de establecer una alianza terapéutica, y b) si podrá tener la *motivación* suficiente para crear durante el análisis esa alianza que le permita sobrellevar las tensiones y los momentos difíciles que el tratamiento impone.

La importancia de saber evaluar la capacidad de un sujeto para establecer esta alianza ha sido subrayada por autores como Gerstley y otros (1989), quienes estiman que es un indicador importante para el pronóstico de aquellos pacientes que presentan un trastorno antisocial de la personalidad. Sea como fuere, dicha evaluación constituye a todas luces un factor de relevancia para el pronóstico en todos los casos en que se contempla el tratamiento analítico. La mayoría de los psicoanalistas no tomarían en tratamiento a un psicótico grave, ya que es muy poco probable que éste posea la capacidad de trabajar analítica y constructivamente. Algunos terapeutas tienen incluso reservas en cuanto a trabajar con los llamados pacientes fronterizos; las vicisitudes de la alianza terapéutica en el caso de los estados fronterizos han sido examinadas por Shapiro, Shapiro, Zinner y Berkowitz (1977), y Gabbard y otros (1988). No obstante, el tratamiento puede conducirse de manera tal que desarrolle en estos pacientes la capacidad mencionada.

En el pasado, los analistas solían establecer un "período de prueba" tras el cual pudieran tomar con el paciente una decisión conjunta acerca de la continuidad del tratamiento. Esta decisión se fundaba en parte sobre lo que hoy se denominaría la capacidad del paciente para establecer la alianza terapéutica, tal como se revelaba en ese período de prueba. Análogamente, Anna Freud, en sus primeros trabajos (1928), abogó por una "etapa introductoria" en el análisis de niños, en la que se inculcaba al niño la idea del tratamiento y se establecía el vínculo con el analista. Más tarde renunció a su recomendación de fijar una fase introductoria preanalítica específica. Hoffer (en una comunicación personal a J. Sandler) se ha referido a "seducir al paciente para que emprenda el tratamiento", y lo mismo sostiene en esencia Morgenthaler (1978).

En ocasiones, los móviles irracionales de un individuo pueden contribuir al desarrollo de la alianza de tratamiento. Un ejemplo sería el de un individuo que siente gran rivalidad respecto de sus hermanos y pone particular empeño en su análisis con el fin de superar a algún colega que también se analiza. En este caso, la rivalidad del paciente hacia sus hermanos, si bien es material analítico que deberá ser compren-

dido, por otro lado puede fomentar durante un tiempo el avance de la labor analítica.

El tratamiento puede satisfacer deseos ocultos del paciente (p. ej., de dependencia, de atención y amor, y hasta de sufrimiento masoquista), como consecuencia de lo cual tal vez lo continúe durante muchos años sin mostrar inclinación alguna a abandonarlo, pero sin hacer tampoco progresos significativos. Por otro lado, hay personas de fuertes tendencias paranoides en su personalidad, que desconfían de todo, y sin embargo son capaces de establecer algún tipo de alianza terapéutica. En cierto sentido parecen reconocer su necesidad de ayuda y hacen con el terapeuta una "excepción".

Si bien el tratamiento puede iniciarse aunque no exista una alianza intensa, por lo común alguna clase de "contrato" terapéutico es indispensable desde el principio. La alianza de tratamiento podrá desarrollarse luego en el curso de la terapia, y lo ideal es que así ocurra; gran parte de la labor del analista consistirá en contribuir a ello, por ejemplo instituyendo un encuadre constante y regular para las comunicaciones del paciente. Además, deberá interpretar las resistencias de éste al posible surgimiento de una alianza apropiada, como en el caso de que su temor a un sometimiento pasivo no le permita cooperar en forma cabal. Esta resistencia puede tener muchos orígenes, pero de hecho se manifestará como resistencia a la alianza terapéutica, aunque también podría considerársela como una resistencia contra el surgimiento de una transferencia sexual. Otro ejemplo de resistencia al desarrollo de la alianza terapéutica es el del paciente muy temeroso de la regresión a que lo incita la situación analítica. Si bien la mayoría de los individuos son capaces de soportar hasta cierto punto sus tendencias regresivas en la sesión, algunos temen que si se "sueltan" podrían caer en un infantilismo extremo y perder control de sus pensamientos y acciones. La interpretación de estos temores ayudará al paciente a tramitarlos, contribuyendo de este modo al desarrollo de una alianza terapéutica adecuada.

La alianza terapéutica no es sólo función del paciente: la habilidad del analista desempeña un papel vital en su establecimiento (véase Schowalter, 1976). Cuanto más transmita el

analista, de un modo significativo desde el punto de vista emocional, su tolerancia ante tales aspectos de los esfuerzos inconscientes del paciente contra los que éste se defiende, y cuanto más respete estas actitudes defensivas, más propugnerà una buena alianza terapéutica. Como resultado de ello, el paciente internalizará la actitud tolerante del analista y a su vez asumirá una mayor tolerancia respecto de aspectos de sí mismo que antes le resultaban inaceptables (Sandler y Sandler, 1984).

En este sentido, cada vez se reconoce más la necesidad de que "el analista tenga una actitud básicamente amistosa o 'humana'" (Stone, 1961), así como de lo que Schafer (1983) denominó una "atmósfera de seguridad". Rothstein (citado en Auchincloss, 1989) comenta lo siguiente: "Lo importante en la etapa introductoria es la actitud del analista hacia el comportamiento del paciente, más que cualquier parámetro específico de rutina correspondiente a la situación analítica", y más adelante añade: "Una flexibilidad que permita, en la etapa inicial, alteraciones tendientes a acomodarse a las resistencias propias del carácter del paciente puede facilitar en muchos casos que éste sea inducido a continuar la experiencia analítica. Muchos pacientes se pierden como analizando potenciales a raíz de la insistencia del analista en que comiencen su análisis de una manera particular".

No debe suponerse que la alianza terapéutica permanece invariable a lo largo de todo el análisis, ya que aparte del hecho de que deberá establecérsela a medida que éste avance, suele con frecuencia debilitarse debido a las resistencias del paciente y en cambio verse favorecida por el desarrollo en él de sentimientos positivos. Manifestaciones regresivas intensas durante el tratamiento pueden interrumpir por completo dicha alianza (Dickes, 1967), que también se verá menguada o desaparecerá si surge una transferencia "erotizada" (capítulo 5).

Offenkrantz y Tobin (1978) señalan el papel que cumplen la pérdida de la autoestima y la vergüenza en la dificultad para establecer la alianza terapéutica: "...Hay pacientes que sienten vergüenza por su necesidad de pedir ayuda a otros. La forma en que aborden esta vergüenza será un elemento decisi-

vo en cuanto a su disposición a aceptar o no una relación dependiente con el analista".

Langs (1976) introdujo el concepto de "alianza terapéutica inconveniente", definiéndola como las interacciones conscientes o inconscientes que se dan dentro de la relación terapéutica cuya consecuencia es socavar los objetivos del análisis o la psicoterapia, o bien alcanzar meramente la modificación de los síntomas en lugar de la comprensión y un cambio interno constructivo. En este mismo sentido, Novick (1980) dice que existe una "alianza terapéutica negativa" cuando la motivación es "el deseo inconsciente de iniciar un análisis o terapia con el objeto de hacer fracasar al analista (...) a fin de mantener la imagen idealizada de una madre cariñosa, amada y omnipotente, mediante la exteriorización y desplazamiento sobre el analista de partes del sí-mismo y del objeto investidas negativamente".

Puede considerarse que esta concepción está ligada a la de la motivación inconsciente de ciertas variedades de reacción terapéutica negativa (capítulo 8). Vale la pena señalar que la expresión "alianza terapéutica negativa" no es muy feliz, ya que una alianza existe, en mayor o menor grado, o no existe. Lo que describe Novick puede entenderse como una "seudoalianza" que disimula la resistencia inconsciente al trabajo analítico, y que sólo puede darse con la connivencia del analista (Davies, 1990; Sodré, 1990).

Basándose en su experiencia de psicoanálisis de niños, Sandler, Kennedy y Tyson (1980) comentan que la definición de la alianza terapéutica puede abordarse como mínimo de dos maneras. La primera consiste en concebir la "alianza" como un concepto descriptivo muy amplio y abarcador, compuesto de todos aquellos factores que contribuyen a que el paciente permanezca en tratamiento y le permiten tolerarlo durante las etapas de resistencia y de transferencia hostil. El segundo enfoque consiste en ver en la "alianza" un concepto más restringido, vinculado específicamente al percatamiento que tiene el paciente de su enfermedad y a sus sentimientos conscientes e inconscientes de que necesita hacer algo al respecto; lo cual se conecta con su capacidad para soportar el esfuerzo y el pesar que provoca el enfrentamiento con los con-

flictos internos. Según la definición más amplia, la relación terapéutica puede persistir (aunque sólo por un tiempo) basada predominantemente en las gratificaciones que contienen elementos instintivos, como el amor por el analista o el "hambre de objeto", aspectos a los que cabe considerar como los elementos instintivos o propios del ello dentro de la alianza terapéutica. Sin embargo, esta última tiene que fundarse asimismo en los elementos propios del yo, como los señalados en la definición más estricta. En el caso ideal, el analista debe mostrarse sensible ante los distintos componentes de la alianza tal como se dan en el "aquí y ahora" del análisis, y a la forma en que varían cuando dicha alianza presenta fluctuaciones en su intensidad, composición y estabilidad.

Parecería posible extender el concepto de alianza terapéutica más allá del psicoanálisis sin introducirle modificaciones sustanciales, si bien es cierto que en diferentes situaciones clínicas rigen otros tantos "contratos" (para emplear el término de Menninger). No se precisaría una alianza para un tratamiento médico de emergencia de un enfermo desvanecido; en el otro extremo, esa alianza es esencial para el éxito de cualquier tratamiento de rehabilitación prolongado. En muchas circunstancias puede ser útil ampliar el concepto a fin de incluir las capacidades y actitudes de los familiares del paciente o de determinadas instituciones de su medio. Y así como es necesaria una alianza terapéutica entre paciente y analista, es igualmente indispensable en aquellas situaciones en las que el enfermo no puede cargar por sí solo con todo el peso del tratamiento. Esto es lo que sucede, en particular, con los niños, en cuyo caso la alianza terapéutica con los padres se torna imprescindible. También es necesario "ampliar" la alianza en el caso del tratamiento ambulatorio de psicóticos, no importa qué modalidad terapéutica se aplique con ellos, ya que puede ser indispensable contar con la cooperación de la familia para asegurarse de que el paciente se haga tratar.

Los cambios de actitud en materia de salud mental, así como la aceptación del principio del tratamiento voluntario, subrayan por fuerza la necesidad de evaluar no sólo la comprensión que tiene el paciente de su propia enfermedad sino también su capacidad de entablar con el terapeuta una alianza

de tratamiento. Esto es válido sobre todo para los psicóticos y para aquellos a los que antiguamente se llamaba "psicópatas" o se decía que padecían un "trastorno grave de la personalidad" o un "trastorno del carácter". Dicha evaluación, llevada a cabo durante un período inicial de interacción médico-paciente, de la capacidad para establecer la alianza ha de tener importancia diagnóstica en cuanto a la gravedad de su trastorno, e importancia como pronóstico en la medida en que el pronóstico se relaciona con el tratamiento que se le aplicará. Cuando esté indicada la psicoterapia, parece decisiva esta evaluación clínica de la capacidad del paciente para tolerar al terapeuta y cooperar con él en un proceso prolongado, que insume mucho tiempo y a menudo es penoso; cobra valor entonces el concepto de alianza terapéutica o la calibración de las posibilidades de establecerla. Es conveniente que el médico que hace la derivación adopte alguna decisión en lo tocante a la capacidad y motivación del paciente para entablar una alianza duradera; pero aun en las situaciones en que la necesidad de psicoterapia está fuera de toda duda, el concepto de alianza terapéutica es útil para examinar la participación del paciente en la terapia y la índole de su relación con las figuras terapéuticas en tal situación. Por cierto, en la asistencia social individualizada el trabajador social evalúa tácitamente el estado en que se encuentra la alianza terapéutica establecida con él por el cliente (o por éste y su familia). Como es lógico, la alianza se ve afectada por los requerimientos de cada situación terapéutica y el estilo de trabajo del organismo o entidad involucrado. Por ejemplo, algunas personas pueden mantener una relación con ciertos organismos en tanto y en cuanto se programen encuentros regulares, pero no podrían comprometerse en una alianza terapéutica si la iniciativa para tomar contacto con el organismo les quedase librada a ellas. Surgen problemas especiales interesantes en el caso de las personas que se hallan en libertad condicional y deben ver con regularidad al funcionario encargado de vigilarlas. En algunos casos la concurrencia compulsiva puede contribuir a la alianza terapéutica, pero en otros da origen a una "seudoalianza".