

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Ruptura en la alianza terapéutica: modelos de intervención para su resolución.

lezzi, Facundo.

Cita:

lezzi, Facundo (2021). *Ruptura en la alianza terapéutica: modelos de intervención para su resolución*. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/663>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/Kgf>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

RUPTURA EN LA ALIANZA TERAPÉUTICA: MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA SU RESOLUCIÓN

Iezzi, Facundo

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión bibliográfica de los modelos de intervención del psicoterapeuta en los momentos que la Alianza Terapéutica entra en tensión. Las rupturas son inevitables y suceden con todos los terapeutas y en todas las terapias (Mitchell, Eubanks-Carte, Muran, Safran 2011). El consenso de la comunidad académica acerca del valor de la alianza terapéutica como predictor de los resultados, es Independientemente de las distintas corrientes teóricas que adopten los psicoterapeutas (Ackerman, & Hilsenroth, 2003; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012). La Alianza terapéutica, al ponerse en constante tensión en los tratamientos, resulta importante que el profesional pueda resolver las diferentes rupturas que surgen, evitando que finalice el proceso terapéutico y lograr una mejora en el tratamiento.

Palabras clave

Alianza Terapéutica - Ruptura en la alianza - Resolución de la alianza

ABSTRACT

BREAK IN THE THERAPEUTIC ALLIANCE: INTERVENTION MODELS FOR ITS RESOLUTION

The present work aims to carry out a bibliographic review of the intervention models of the psychotherapist in the moments that the Therapeutic Alliance enters into tension. Breakups are inevitable and happen with all therapists and in all therapies (Mitchell, Eubanks-Carte, Muran, Safran 2011). The consensus of the academic community about the value of the therapeutic alliance as a predictor of results is regardless of the different theoretical currents that psychotherapists adopt (Ackerman, & Hilsenroth, 2003; Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold, 2012). The Therapeutic Alliance, by putting itself in constant tension in treatments, it is important that the professional can resolve the different ruptures that arise, preventing the therapeutic process from ending and achieving an improvement in the treatment.

Keywords

Therapeutic Alliance - Alliance rupture - Resolution of the alliance

Introducción

La alianza terapéutica es un constructo que ha tenido múltiples abordajes y estudios en la época contemporánea. Diferentes investigadores han demostrado que la alianza terapéutica, incluso medida al principio de la terapia, es un predictor consistente del resultado de la psicoterapia (Horvath, Del Re, Flückiger, y Symonds, 2011; Del Re et al., 2012; Lo Coco, Tasca, Hewitt, Mikail, Kivlighan 2019). Estudios sobre la eficacia en psicoterapia y los factores asociados a los resultados terapéuticos han concluido que un 30% de la mejoría del paciente es explicada por la relación terapéutica (Lambert y Bergin, 1992; Assay y Lambert, 1999).

El desarrollo de la alianza terapéutica entre sesiones no sigue una tendencia lineal, sino que refleja un proceso dinámico más complejo que sufre rupturas y reparaciones a lo largo del tratamiento (Sprenkle, Davis y Lebow, 2009). En este sentido, existen diferencias entre los resultados de las investigaciones sobre los episodios de ruptura durante las sesiones. Solo por citar algunos ejemplos: Eames y Roth (2000) informaron rupturas en aproximadamente la mitad de las sesiones; Strauss et al. (2006) destacó que el 68% de las terapias contenían rupturas.

Si las rupturas en la alianza terapéutica se manejan adecuadamente, pueden conducir a un cambio terapéutico positivo (Safran y Muran, 2000; Eubanks-Carter, Gorman y Muran, 2012). En el caso contrario, las rupturas de la alianza que no se resuelven se han asociado con altas tasas de deserción (Henry, Schacht y Strupp, 1986; Safran, Muran, Samstag y Winston, 2005).

Breve historia de la Alianza Terapéutica

Cualquier revisión sobre la alianza terapéutica debe comenzar con Freud y el concepto de transferencia. Freud (1914) advierte que la transferencia misma es una repetición, donde el analista tiene que estar preparado ante la compulsión de repetición del analizado. El paciente repite sus síntomas en sesión y el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición y transformarla en un motivo para recordar, es el manejo de la transferencia.

Zetzel (1956) distinguió teóricamente la transferencia como la alianza terapéutica de las neurosis de transferencia. Formuló que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre el terapeuta y el paciente que posibilita el insight, permitiendo el uso de interpretaciones para diferenciar las experiencias relacionales del pasado y la relación con el terapeuta (Corbella y Botella,

2003). En este sentido, Zetzel (1956) fue el primero que expresó formalmente que la alianza es esencial para la efectividad de cualquier intervención terapéutica (Safran y Muran, 2000).

Los dos autores más influyentes en la concepción de la alianza terapéutica son Bordin y Luborsky (Corbella y Botella, 2003). Luborsky (1976) describió dos tipos de alianza en función de la etapa de la terapia que se encuentre. La alianza de tipo 1 se da en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente de contar con el apoyo del terapeuta. La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación del trabajo conjunto en busca de superar el padecimiento del paciente.

Por su parte, Bordin (1979) destacó que la alianza fue fundamentalmente el logro de una postura colaborativa en la terapia impulsado por tres procesos: a) acuerdos sobre los objetivos terapéuticos; b) consenso sobre las tareas que componen la terapia; c) el vínculo entre el paciente y terapeuta. La característica más distintiva de la reconceptualización de la alianza es el énfasis que puso en la colaboración y el consenso (Horvath et al., 2011).

Ruptura en la Alianza Terapéutica: su conceptualización

Safran y Muran (2000) sugirieron que la alianza terapéutica se caracteriza por episodios de ruptura-reparación durante el curso del tratamiento, y que estos procesos pueden tener un impacto en los resultados del paciente. Se focalizaron en la ruptura de la alianza terapéutica definiéndola como periodos de tensión o quiebre en la comunicación y la colaboración entre el paciente y el terapeuta.

Siguiendo las conceptualizaciones de Bordin (1979), Safran y Muran (2000) constituyeron que las rupturas en la alianza se provocan por desacuerdo en las tareas y objetivos de la terapia o por problemas en la dimensión del vínculo. Las rupturas están asociadas con la activación de patrones interpersonales disfuncionales y, por lo tanto, ofrecen momentos de exploración en sesión potencialmente productiva (Safran y Segal, 1990).

Castonguay, et al. (1996) describieron rupturas en TCC que resultan de una adopción teórica rígida a un modelo de tratamiento. Las rupturas ocurrieron cuando los terapeutas respondieron a las tensiones en la relación, persistiendo con la aplicación de una técnica terapéutica en vez de explorar la experiencia emocional del cliente y su consecuencia (Aspland et al, 2008).

Safran y Muran (2000) identifican dos tipos de ruptura: por retraimiento y confrontación. En la ruptura por retraimiento, el paciente se distancia y se desconecta del terapeuta, de sus propias emociones o de ciertos aspectos del proceso terapéutico. En algunos casos, el paciente tiene dificultades para expresar sus preocupaciones o necesidades en la relación, y en otros, el paciente se somete o se adapta al deseo del terapeuta de manera tan sutil que el terapeuta puede tener problemas para reconocer la adaptación del paciente (Baillargeon, Coté y Douville, 2012). En las rupturas de confrontación, el paciente directamente expresa su enojo, su insatisfacción con respecto al

terapeuta o ciertas cuestiones de la terapia (Baillargeon et al., 2012). Cuando ocurre una ruptura por confrontación, puede ser difícil para el terapeuta evitar responder a la defensiva a las demandas o críticas del paciente, pero es algo que debe lograr. Si bien los episodios de ruptura en la alianza pueden amenazar la continuidad del tratamiento, adecuadamente manejadas por el terapeuta pueden representar oportunidades para que el paciente alcance los logros terapéuticos (Safran y Muran, 2006).

Modelos de reparación ante rupturas en la alianza terapéutica

Safran y Segal (1990) expresa que cuando las acciones del terapeuta son consistentes con el patrón interpersonal disfuncional del paciente, se perpetúa un ciclo interpersonal cognitivo disfuncional. El objetivo no es ofrecer modelos rígidos, sino que los profesionales adquieran las habilidades para reconocer los patrones que permitan intervenir al terapeuta (Safran y Muran, 2000). Al organizar las rupturas en dos subtipos, distanciamiento y confrontación, los modelos de resolución están divididos por esta misma clasificación.

Safran y Muran (2000) destacan que el modelo de resolución de ruptura por distanciamiento consiste en cinco estadios. Primero hay un señalador de distanciamiento del paciente; luego, la atención del terapeuta va hacia el señalador de ruptura, donde su tarea es desenredarse del conflicto y comenzar a examinar los sentimientos que están siendo evitados por el paciente. Es básico dirigir la atención del paciente al aquí y ahora de la relación terapéutica, por medio de la postura de curiosidad empática. En el tercer estadio, el paciente comienza a expresar los pensamientos y sentimientos asociados con la experiencia de ruptura. En un proceso típico de resolución, la exploración de la ruptura mediante la experimentación llega hasta un punto y luego se bloquea. El cuarto estadio muestra la evitación del paciente. El terapeuta debe ayudar al paciente a diferenciar y a examinar los diferentes estados del self para que los pacientes examinen su evitación. Por último, el paciente accede y expresa deseos subyacentes mediante un acto de autoafirmación.

En el modelo de resolución de ruptura por confrontación coincide en muchos elementos al modelo por distanciamiento. Comienza con un señalador de confrontación por parte del paciente; luego, la exploración de la matriz interactiva se convierte en la prioridad del terapeuta, buscando desenredarse del círculo de hostilidad que se escenifica, mediante funciones como reestablecer el espacio interno, aportar mayor feedback para que el paciente reconozca sus sentimientos negativos. En el tercer paso, el terapeuta ayuda a los pacientes a desenvolver la construcción que han elaborado sobre la interacción por medio de una exploración de la experiencia consciente del paciente. Por último, es importante que el terapeuta entienda las preocupaciones que subyacen a la agresión del paciente y comience un camino para que broten los sentimientos más vulnerables contra los que se ha estado defendiendo.

Aspland et al. (2008) evaluaron un modelo racional inicial indi-

cando que cuando sucede una ruptura, el terapeuta hace una revisión interna y buscar el patrón o el problema emergente. El terapeuta cambia de enfoque para abordar el fracaso empático, prestando atención a la experiencia del paciente a través de resumir, explorar y validar. Luego, restaura la relación fomentando la participación activa del paciente, afirmando sus contribuciones, buscando los comentarios sobre el acuerdo en las tareas. Por un lado, se negocian nuevas tareas, pero, por otro lado, el terapeuta empieza hacer enlaces y conexiones identificando un patrón más amplio de interacción.

Mitchell et al. (2011) desarrollaron un sistema de clasificación de resolución de ruptura (3RS) de la alianza terapéutica. Proponen un conjunto de intervenciones posibles dependiendo de cada caso. Para que un evento constituya un marcador de resolución, debe estar dentro de un contexto de ruptura (Mitchell et al., 2011). Plantean que cuando se observa una falta de colaboración en tareas/metapas o una tensión en la relación, en primer lugar, el terapeuta tiene que decidir qué tipo de ruptura es: enfrentamiento, retraimiento o ambos para que luego, internamente, elegir el marcador de ruptura.

Las estrategias de resolución elaborada por Mitchell et al. (2011) que debe llevar adelante el terapeuta son las siguientes: aclarar el mal entendido; cambiar de tarea o meta; ilustrar las tareas o proporcionar una justificación para el tratamiento; invitar al paciente a discutir pensamientos o sentimientos respecto a la terapia; revelar su experiencia interna de la relación; reconocer explícitamente su contribución a un problema en la relación; vincular la ruptura con patrones interpersonales más amplios entre el paciente y el terapeuta y con otras relaciones; justificar la postura defensiva del paciente.

Para Baillargeon et al. (2012) el mecanismo central ante la ruptura en la alianza consiste en desafiar las creencias patológicas del paciente. Las intervenciones que afirman las creencias disfuncionales del paciente dificultan la colaboración con el terapeuta y provocan rupturas en la alianza (Baillargeon et al., 2012). La ruptura genera una situación que permite explorar las expectativas y creencias emocionales que juegan un papel central en las relaciones interpersonales disfuncionales del paciente (Baillargeon et al., 2012).

Lo Coco y colaboradores (2019) realizaron una revisión de la investigación empírica sobre la alianza grupal con el objetivo de examinar la utilidad del modelo de Safran y Muran (2000) para la intervención grupal. Mostraron la importancia de las habilidades de los terapeutas para identificar rupturas de alianzas, para ver cómo las rupturas tienen un efecto dominó entre los miembros del grupo y entre sesiones; cómo reparar una ruptura puede aumentar la cohesión y la confianza en un grupo, y cómo la falta de reparación de una ruptura puede conducir a procesos y resultados más deficientes.

En el apogeo de la pandemia del COVID-19, cuando muchos terapeutas de todo el mundo se vieron obligados a pasar de los tratamientos tradicionales cara a cara a la telepsicoterapia,

Dolev-Amit, Leibovich y Zilcha-Mano (2020) destacaron la reparación de la alianza mediante técnicas de apoyo en telepsicoterapia con el objetivo de fortalecer el yo del paciente, mejorar la autoestima y facilitar la exploración de las emociones, fomentando mejor las defensas del sujeto (Dolev-Amit et al., 2020).

Se ha demostrado que las rupturas de alianza pueden repararse identificando primero el deseo interpersonal conflictivo principal del paciente y luego actualizarlo en la relación terapéutica utilizando técnicas de apoyo (Leibovich, Nof, Auerbach-Barber y Zilcha-Mano 2018). Las técnicas tienen el potencial de crear una nueva experiencia permitiendo a los pacientes practicar nuevas respuestas de sí mismos (Dolev-Amit et al., 2020).

Dolev-Amit et al (2020) proponen que luego de que el terapeuta identifique el marcador de ruptura, puede abordar la ruptura directamente, asumiendo la responsabilidad o iniciando una charla sobre los objetivos y cambiando las tareas del tratamiento debido a la transición a la telepsicoterapia. Si opta por atender la ruptura indirectamente, lo puede hacer mostrando interés genuino en el paciente o en señalar las fortalezas del mismo.

Discusión

El acuerdo general entre todos los investigadores en los modos de reparación de la ruptura en la alianza comienza con el terapeuta prestando atención al marcador de ruptura que el terapeuta debe observarlo e indicar que tipo de ruptura es. Ante ello, el terapeuta revisa internamente reconociendo el patrón o el problema emergente. Es importante que los terapeutas reconozcan el ciclo interpersonal en el que se encuentran sus pacientes ya que generalmente las rupturas ocurren cuando las intervenciones del terapeuta confirman la estructura cognitiva disfuncional del paciente. El terapeuta debe animar al paciente a explorar su respuesta emocional relacionada con el evento de ruptura e invitarlo a discutir con sus propios pensamientos o sentimientos respecto a la terapia.

Las investigaciones relacionadas con las rupturas y reparaciones de alianzas en la psicoterapia han logrado avances notables en las últimas décadas. Por lo tanto, es fundamental destacar la importancia de la formación de los terapeutas clínicos y su debido entrenamiento en la construcción de alianzas más fuertes y sólidas, permitiendo mejores resultados en los tratamientos psicoterapéuticos.

El trabajo sugiere fomentar futuras revisiones bibliográficas ampliando la cantidad de investigaciones y abordajes. Es importante destacar la transición al teletrabajo en psicoterapia que surge en los psicólogos clínicos. Las rupturas a menudo ocurren en el tratamiento y pueden potenciarse durante la telepsicoterapia debido a dificultades técnicas, insatisfacción o decepción con la interacción limitada (Dolev-Amit, Leibovich y Zilcha-Mano, 2020). Por lo tanto, los modelos y las técnicas de reparación pueden ayudar a los terapeutas en la transición al teletrabajo en psicoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy* Volume 38 Number 2, 171-185.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710.
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology*, 3(12), 1049-1058.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hughes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 497-504.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649.
- Dolev-Amit, T., Leibovich, L. & Zilcha-Mano, S. (2020): Repairing alliance ruptures using supportive techniques in telepsychotherapy during the COVID-19 pandemic, *Counselling Psychology Quarterly*.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 421-434.
- Etchevers, M, Helmich, N. & Giusti, S. (2017). Revisión de las nociones de la Alianza Terapéutica, sus antecedentes conceptuales y aportes a la investigación En: *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, Año 2017 Vol. 17, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Eubanks-Carter, C., Gorman, B. S., & Muran, J. C. (2012). Quantitative naturalistic methods for detecting change points in psychotherapy research: An illustration with alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 22, 621-637.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). "Alliance in individual psychotherapy". *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Lo Coco, G., Tasca, G. A., Hewitt, P., Mikail, S. F., & Kivlighan, Jr., D. M. (2019). Ruptures and repairs of group therapy alliance. An untold story in psychotherapy research. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 22(1), 58-70.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357.
- Mitchell, A., Eubanks-Carte, C., Muran, J.C., & Safran, J. D. (2011) Rupture Resolution Rating System (3RS) Manual. Recuperado de http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs_manual_11-11.pdf
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L. W., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 532-545.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 233-243.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. The Guilford Press. N.Y.;
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Zetzel, E. R. (1956). An Approach to the Relation Between Concept and Content in Psychoanalytic Theory—(With Special Reference to the Work of Melanie. *Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 99-121.