

MÁS ALLÁ DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA, MÁS ACÁ DE LA TERAPIA



BEYOND THE THERAPEUTIC ALLIANCE, THIS SIDE OF THERAPY

RICARDO RAMOS GUTIÉRREZ ⁵

PABLO CÁRCAMO AGÜERO ⁶

RESUMEN

Este artículo propone una ampliación del concepto tradicional de alianza terapéutica, reconociendo su valor, pero cuestionando su centralidad exclusiva en la relación terapeuta-consultante. Se argumenta que esta relación no puede comprenderse aisladamente del entramado relacional en que el problema se configura y mantiene. Al situar la alianza terapéutica como una propiedad inmanente de todo el sistema que participa del problema, se plantea que los acuerdos, tareas y compromisos terapéuticos también involucran a otros actores significativos del sistema.

En diálogo con la investigación sobre factores comunes, se subraya que muchos consultantes llegan a terapia en medio de un cambio en curso. Estos cambios no siempre implican mejoras del problema, sino que suelen reconfigurar la situación problemática misma. Proponemos concebirlos como acontecimientos, capaces de abrir nuevas prioridades y horizontes, y de servir como materia prima para una narración terapéutica centrada en la historia que se hilvana con lo significativo que acontece en la vida durante el proceso terapéutico. Atender a estos elementos exige concebir la alianza como un fenómeno distribuido, dinámico y relacional, cuyas condiciones se generan tanto dentro como fuera del espacio clínico. Las ideas se ilustran mediante un caso clínico.

Palabras clave: alianza terapéutica, alianza de trabajo, factores comunes, historia no vivida todavía, cambio terapéutico, modelo multicéntrico del cambio

SUMMARY

This paper proposes an extension of the traditional concept of Therapeutic Alliance, recognizing its value, but questioning its exclusive centrality in the therapist-consultant relationship; it is argued that this relationship cannot be understood in isolation from the relational system in which the problem is configured and maintained. By situating the therapeutic alliance as an immanent property of the whole system involved in the problem, it is posited that therapeutic agreements, tasks, and commitments also involve other significant actors in the system.

In dialogue with research on common factors, it is emphasized that many consultants come to therapy in the midst of an ongoing change. These changes do not always imply improvements of the problem, but often reconfigure the problematic situation itself. We propose to conceive

⁵ Psiquiatra y Terapeuta familiar. Fundador y director emérito del Laboratorio de la Comunicación Humana (Unidad de Psicoterapia – Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona).

⁶ Psicólogo Clínico (UC) y Magister en Psicología Clínica de Adultos (U. de Chile). Laboratorio de la Comunicación Humana (práctica privada). Contactar a: pacarcam@gmail.com

them as Events, able to open new priorities and horizons, and to serve as raw material for a therapeutic narrative centered on the story that is threaded with the significant events that occur in life during the therapeutic process. To pay attention to these elements requires conceiving the alliance as a distributed, dynamic and relational phenomenon, whose conditions are generated both inside and outside the clinical space. The ideas are illustrated through a clinical case.

Keywords: therapeutic alliance, working alliance, common factors, history not yet lived; therapeutic change; multicenter model of change

INTRODUCCIÓN

La alianza terapéutica ha sido considerada como un predictor robusto del éxito en psicoterapia individual, tanto en la modalidad presencial como, en menor grado, en la modalidad on-line (Del Re et al., 2021; Flückiger et al., 2020; Kaiser et al., 2021; Saxler et al., 2024). Fue Bordin, en un conocido artículo, quien conceptualizó y operativizó esta noción, que denominó indistintamente como “alianza terapéutica” y “alianza de trabajo” (Bordin, 1979), estableciendo entre ellas una equiparación que en este artículo pretendemos cuestionar.

Para Bordin, la alianza terapéutica (en adelante AT) se define como un elemento relacional “propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio” (Andrade, 2005, p. 13) basado en “el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta” (Corbella & Botella, 2003, p. 208). Según el autor, la AT puede ser analizada a partir de tres parámetros: 1) el acuerdo respecto de las metas del tratamiento; 2) el acuerdo respecto de las tareas (y condiciones) que conducirían hacia tales objetivos; y 3) la naturaleza afectiva del vínculo entre terapeuta y cliente (Bordin, 1979).

“La alianza de trabajo entre la persona que busca el cambio y aquel que se ofrece como un agente de cambio es una de las claves, si es que no la clave, para el proceso de cambio”, afirma categóricamente (Bordin, 1979, p. 252, traducción propia).

La propuesta de este autor se basa en la práctica terapéutica individual, pero cuando pasamos a considerar prácticas pluripersonales se añade complejidad al tema. En el caso de la terapia familiar, se ha señalado la complejidad derivada del número de personas involucradas, así como la diversidad (y, a veces, contradicción) de motivaciones y expectativas sobre la terapia que puede albergar cada uno, complicada además por la frecuente participación previa de la familia en un sistema derivante más amplio. Un sistema en el que, incluso, se podrían producir derivaciones coercitivas, con lo que las condiciones para la creación de una buena relación terapéutica podrían estar dañadas de antemano por una situación de coerción que la familia fácilmente va a proyectar a su relación inicial con el terapeuta (Escudero et al., 2021; Escudero, 2009; Sotero et al., 2020).

A partir de lo anterior, Escudero (2009) desarrolla un sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar en el que propone cuatro dimensiones, frente a las tres de Bordin, que configurarían en conjunto la AT: 1) enganche en el proceso terapéutico; 2) conexión emocional con el terapeuta; 3) seguridad dentro del sistema terapéutico; 4) sentido de compartir el propósito en la familia. Estas dos últimas serían específicas de la terapia familiar y de pareja.

Para este autor, la seguridad se vería reflejada cuando la intervención es percibida

como un ámbito en el cual asumir riesgos y mostrarse abierto, vulnerable y flexible; [el cliente] tiene una sensación de comodidad y la expectativa de que habrá nuevas experiencias y aprendizajes; de que el resultado de aceptar la ayuda será para bien; de que se puede manejar el conflicto familiar sin que haya daños; y de que no hay necesidad de estar a la defensiva (Escudero, 2020, p. 79).

La creación de un contexto seguro para todos sería, entonces, “una tarea esencial y primaria del proceso de terapia” (Escudero, 2009, p. 249), que alumbraría una sensación de estar trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y para conseguir objetivos comunes para la familia (Escudero, 2020).

Más allá de la terapia, el propio Bordin apunta a que la AT es aplicable a otras intervenciones psicosociales en las que el vínculo es un elemento importante (Wampold & Flückiger, 2003; Flix-Valle et al., 2025) como puede ser el área del trabajo social (López-Davalillo, 2021). En esta área, aun cuando el trabajo es concebido como básicamente interventivo, se preconiza una implicación cuidadosa y respetuosa (Ureña et al., 2025) incluso en sus ámbitos más coercitivos, como puede ser el de la protección de menores.

Las condiciones de trabajo en áreas como esta generan una serie de tensiones para la AT de los trabajadores sociales con las familias a partir de: 1) la naturaleza obligatoria de la relación; 2) el predominio del trabajo de investigación sobre los riesgos; 3) el miedo de que los hijos les sean retirados; y 4) el sentimiento de estar excluidos del proceso de toma de decisiones acerca de sus derechos (De Toro & Sharim, 2023).

Estas tensiones se manifiestan a lo largo de las diversas fases de la intervención, relacionándose con diferentes aspectos. Así, en la fase inicial se relacionan con la sensación de pérdida de control sobre sus propias vidas; en la fase de evaluación con la naturaleza no-con-

fidencial de la relación, y en la fase de intervención, con las expectativas insatisfechas.

La consecuencia general es que [...] los servicios de protección son frecuentemente percibidos como no apoyadores, impersonales, molestos, excesivamente exigentes con la información, degradantes y poco profesionales en su trato; los padres o cuidadores suelen sentirse excluidos de la toma de decisiones, juzgados, ignorados, tratados como niños y sometidos a exigencias o intervenciones que se les imponen y no consideran útiles (De Toro & Sharim, 2023, p. 12, traducción propia).

En circunstancias como estas se impone la necesidad de pensar modalidades de trabajo que promuevan la AT a partir de factores del profesional capaces de contribuir a ella en contextos coercitivos. En ese sentido se han propuesto: 1) compartir, en lo posible, el poder; 2) minimizar el miedo generado por estar en protección; y 3) tomar en consideración, no solo las necesidades de los menores, sino también las de los padres (De Toro & Sharim, 2023).

El trabajo con familias y el trabajo en ámbitos no estrictamente clínicos empujan a una consideración más compleja del constructo de la AT. Para nosotros, sin embargo, pensar sistémicamente en la AT implica algo más; implica preguntarse qué lugar ocupa esta en el sistema terapéutico. Y desde una óptica de la complejidad, el sistema terapéutico no lo conforman solo el terapeuta y el paciente, sino que abarca al conjunto de personas, profesionales y no profesionales, que se podrían sentir interpeladas por lo que dicen otras dos (terapeuta y paciente), y que tendrían (y muy bien podrían) algo que decir y/o hacer al respecto.

Incluso cuando el profesional y el cliente se reúnen a solas, tanto la red personal como la profesional del cliente asisten también, de alguna manera, al encuentro (Seikkula & Arnkil, 2016). En aquello que dos personas hablan, se hacen presentes también las personas

a cuyas voces se refieren o invocan (familia, amigos, colegas, supervisor...) y las personas con las que se podría, después, hablar de lo hablado.

Por tanto, la AT entre terapeuta y paciente no sería, como dice Bordin, “la clave”, sino *un* elemento, sin duda, importante del proce-

so de cambio. Su valor no es absoluto, en el sentido de “más es mejor”, sino relativo. No es tanto si sirve o no sirve, sino a quién y para qué. Y ello es algo que no se puede responder de una vez por todas, sino que varía en función de cada caso y de cada momento del caso.

LOS RIESGOS DEL CONCEPTO DE AT

La AT no puede, pues, considerarse como una variable estática con base en una voluntad de colaboración, sino como una propiedad emergente en constante cambio, fruto de una negociación continua a niveles tanto conscientes como inconscientes, expuesta por tanto a rupturas tanto abiertas como tácitas (repliegue del consultante); rupturas cuya elaboración, por otra parte, promueve la solidificación de la propia AT (Escudero et al., 2012; Zilcha-Mano & Muran, 2024).

Pese a que la terapia sistémica ha declarado su interés por la complejidad, se ha interesado poco en investigar los riesgos, los efectos colaterales y la yatrogenia en el ámbito clínico (Ochs et al., 2023). La AT conlleva evidentes posibilidades de rendimiento terapéutico, pero su hipertrofia arrastra también ciertos riesgos que es necesario apuntar, en tanto que puede producir efectos inhibitorios sobre otras formas de cuidado, subjetivación y transformación. Entre estos riesgos, de modo tentativo (sin pretensiones totalizantes ni definitivas), querríamos destacar:

1. El monopolio vincular de la intimidad y el desplazamiento del sistema natural, con lo que la validez de lo vivido tiende a quedar mediada exclusivamente por la mirada clínica. Esto puede inhibir la participación del sistema natural (familia, amistades, comunidad), reforzando la privatización del malestar, no solo por parte del consultante, sino también por efecto del entorno —“eso háblalo con tu psicólogo”—. Igualmente, en la red profesional, la sobreestimación de la AT con el terapeuta puede

desincentivar el involucramiento activo —“eso lo dejo al psicólogo”—.

2. La cristalización identitaria y la modelización afectiva. Una AT hipertrofiada puede promover la cristalización de una identidad que se acopla a las lógicas del dispositivo clínico, pero corriendo el riesgo de limitar la plasticidad subjetiva en otros entornos relacionales. Simultáneamente, la figura del terapeuta puede adquirir un carácter de modelo vincular: emocionalmente regulado, disponible, fácilmente idealizable, pero que invisibiliza otras formas de relación menos normadas e igualmente significativas.
3. La despolitización del cuidado y la reducción funcional del malestar. Suponer que la AT es sostén de un vínculo que *lo puede todo*, puede colaborar con la despolitización del malestar, omitiendo su inscripción en las condiciones sociales, históricas y económicas. En este contexto, la AT puede operar como una tecnología de apaciguamiento, reduciendo el conflicto interno y externo a algo que debe ser manejado y desplazando de formas más colectivas, imperfectas o implicadas de encuentro con el sufrimiento.
4. El supuesto de transparencia y la dilución de la dimensión ejecutiva. La configuración de una AT centrada en la *confianza total*, puede promover la idea de que todo debe ser verbalizado para adquirir estatuto terapéutico, desconociendo lo legítimo de la vivencia inefable y/o trágica, y el valor

clínico de lo indecible. Además, cuando en virtud del vínculo terapéutico se centraliza la atención en la dimensión compasiva, la dimensión ejecutiva de la práctica clínica puede diluirse e inhibir el despliegue de intervenciones orientadas al cambio, transformando la AT en un refugio estabilizador más que en una plataforma de transformación.

Cuidar la AT significa, antes que nada, interrogarla. Interrogarse por la posición a que estoy siendo llevado a ocupar por el guion micropolítico que rige la situación (Pakman, 2011) y por el propio paciente. Interrogar a dónde apunta: si a facilitar la emancipación posible o a promover la estabilización de un yo coherente para con el sistema terapéutico.

MÁS ALLÁ DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA: LOS FACTORES COMUNES

La sorprendente equivalencia en los resultados de procedimientos terapéuticos muy distintos, sustentados por fundamentos teóricos muy diversos, ha puesto sobre el tapete los factores comunes de las psicoterapias, entendidos como elementos compartidos por cualquier tratamiento psicológico efectivo a los que se atribuye una parte importante de la efectividad general de los diversos modelos de psicoterapia (Gimeno-Peón et al., 2021). Nos basaremos en ellos para, conservando la importancia del vínculo, esbozar una terapia que vaya más allá de los acuerdos sobre metas y tareas.

Entre estos factores comunes está, naturalmente, la AT; pero no es el más destacado. En la investigación seminal de Lambert (1992) el cambio asociado a los factores específicos de un modelo dado (la técnica) solo explicaría alrededor del 15 % de la varianza; la creación de expectativas (efecto placebo) daría cuenta de otro 15 %. La AT respondería por el 30 % y los cambios extraterapéuticos explicarían el 40 %.

Esta propuesta se ha visto reafirmada con investigaciones más actuales (Cuijpers et al., 2012), aunque también cuestionada metodológicamente (Derubeis et al., 2014) y conceptualmente (Wampold, 2015; Wampold & Imel, 2021). Pero, en cualquier caso, lleva a pensar que no todos los cambios que se producen en el curso de una terapia se deben a lo que sucede *en o a propósito* de tal intervención. Antes bien, si el 40 % del cambio tiene

que ver con cuestiones extraterapéuticas, con cosas que las consultantes nos traen ya a la terapia, como pueden ser la naturaleza, solidez y calidad de los apoyos sociales (Asay & Lambert, 1999), se vuelve prioritario valorar el contexto vital más amplio de los consultantes y las condiciones que preceden al inicio formal de la terapia.

Se ha destacado que muchos pacientes mejoran incluso sin intervención psicológica formal, debido al apoyo de familiares, amigos y otros recursos sociales (Asay & Lambert, 1999). Su red vincular es, pues, algo que los consultantes nos traen y que hay que tener en cuenta cuando llegan a terapia. Sin embargo, muchos pacientes traen ya otra cosa: llegan con un cambio en curso.

Desde la terapia centrada en las soluciones se señaló el descubrimiento accidental de que el cambio en el problema ocurría frecuentemente antes de la primera sesión (Weiner-Davis et al., 1987) y se empezó a investigar este fenómeno (Johnson et al., 1998; Lawson, 1994; Richmond et al., 2014).

De estas investigaciones nos interesan varios aspectos: 1) que entre uno de cada dos o dos de cada tres encuestados responden afirmativamente a la pregunta de si observaron algún cambio deseable en el problema por el que consultan entre la llamada para solicitar terapia y la primera sesión; 2) que este cambio muchas veces precedía a la misma llamada; 3) que si no se le presta atención en la sesión podía acabar diluyéndose; y 4) que es previo

al trabajo para construir la AT (si bien, en alguna medida, puede orientarla).

Con todo y que estos autores se adentran en aspectos que preceden al comienzo formal de la terapia, lo hacen desde dentro de la burbuja que la considera como un proceso autónomo que lleva a pensar y a actuar a los terapeutas como si la terapia, y casi la vida de quienes nos consultan, empezara justo cuando nosotros llegamos a ella (Pakman, 2022). La trayectoria asistencial previa y sus consecuencias suelen ser ignoradas.

En un trabajo con 30 familias multiproblemáticas, en el momento de su transición de la atención territorializada (servicios sociales de base, centro de salud mental de zona...) a la atención no territorializada (servicio de terapia familiar de un hospital de especialidades), encontramos, sin embargo, datos similares. Más del 50 % llegan con un cambio en curso (Ramos et al., 2006).

Pero el cambio no solo se refiere a una mejoría en el ámbito del problema sino, las más de las veces, a un cambio en la situación problemática —lo que llamamos un cambio transicional—. Por ejemplo, la familia accede, por fin, ir a terapia cuando el maltratador (al fin) se ha ido de casa. Se trata en estas ocasiones de cambios que afectan las prioridades a tratar y abren nuevos horizontes. Entonces, más que como cambio, se podría caracterizar como acontecimiento, entendiendo por tal algo que

sucede en forma inesperada, que da que hablar y que, las más de las veces, en lugar de ser la aparición de algo radicalmente nuevo, se centra en la toma de relevancia de algo que ya existía o se apuntaba en la situación, pero con lo que apenas se había contado.

Esto nos parece interesante porque en la vida de los consultantes siguen pasando cosas mientras estos concurren a la terapia. Y nos las traen y nos las cuentan. Y pueden constituir la materia prima para una narración terapéutica.

Se ha señalado que una de las funciones de la terapia es ayudar a la emergencia de “lo no dicho todavía” y “las historias no contadas todavía” (Anderson & Goolishian, 1988). Nosotros postulamos que la historia terapéutica es la “historia no vivida todavía” (Ramos et al., 2020), la historia que se hilvana con las cosas significativas que van pasando en la vida durante la terapia. La labor del terapeuta en este proceso sería destacar la agencia del consultante al enfrentarlas y la articulación de los eventos hasta alcanzar el mejor final posible, dadas las circunstancias.

Parafraseando a Paul Ricoeur (1990), el trabajo del terapeuta sería transformar un *trayecto en proyecto*. El cambio con que se llega a la terapia sería un buen candidato para el punto de comienzo, el “motivo inaugural” (White, 1973) de esta historia por vivir.

MÁS ACÁ DE LA TERAPIA: EL MODELO MULTICÉNTRICO DEL CAMBIO

Otro supuesto implícito con el que solemos trabajar los terapeutas es que el cambio terapéutico exige un espacio terapéutico único, unificado y estable, habitado por un sujeto-terapeuta (que puede ser pluripersonal: co-terapia, equipo) y un sujeto-paciente (también eventualmente pluripersonal: pareja, familia) autosuficientes, que buscan ser ajenos e inmunes a la presencia y/o acción de otros profesionales involucrados en el caso. Pero en el trabajo clínico cotidiano, estos profesio-

nales, cada uno con sus preocupaciones, sus ideas y sus prácticas, están —y muchas veces pretenden seguir estando (Ramos, 2024b)—.

Un concepto con el que intentamos abarcar esta pluralidad de agentes, cogniciones y prácticas es el de sistema determinado por el problema (en adelante SDP), introducido por Anderson y Goolishian (1988) y reelaborado por Ramos (2008, 2024, 2024b) con miras a resaltar la dimensión social de la terapia. Para el

pensamiento sistémico estructural-funcionalista el síntoma/problema sería el resultado de la disfunción de un sistema (los síntomas de un menor serían la consecuencia de la disfunción de la pareja parental); pero esta conceptualización permitiría pensar que es el sistema el que resulta de la difusión de un problema.

El sistema sería una red conversacional que emerge como consecuencia de una alarma provocada por la conducta de un miembro de la familia que preocupa a un profesional. Si este no es capaz de implementar una intervención resolutoria, se abre paso una serie de conversaciones autoperpetuantes, centradas en los déficits y en los problemas, que involucran a cada vez más profesionales. La conversación terapéutica no sería, en principio, ni más ni menos que una conversación más en el marco y en el flujo de esa red conversacional.

En el origen del proceso hay un malestar sostenido y maleable producido en un sujeto con una historia previa de adversidades por una nueva adversidad que le trae la vida. Pero en el transcurso hay una construcción/reificación de ese malestar por las preocupaciones que esa situación provoca en los distintos profesionales intervinientes, a cada uno en función de su posición en el orden social y del tiempo y las circunstancias en las que se ha involucrado en el caso (Ramos, 2022, 2024). Cada profesional trata de atender sus preocupaciones y de legitimar su pertinencia frente a las preocupaciones y pertinencias que sostienen otros.

El resultado de esa concurrencia de preocupaciones, pertinencias y prácticas es una pugna por la definición de qué es lo importante atender de una situación problemática y a *quién* le toca atender *qué* de todo ello. La cristalización temporal de esa pugna es lo que llamamos “caso”.

Un caso es una definición de una situación conflictiva o problemática por la que está pasando una familia; definición a la que se ha llegado a través de conversaciones entre la fa-

milia y los profesionales, pero lideradas por estos últimos, y entre los profesionales entre sí, estabilizada pero no estable (sujeta a polémica) que se difunde y se mantiene entre los profesionales involucrados en él como una serie limitada de anécdotas articulables, como una historia inacabada que apunta a un final indeseado (“Es el caso de una madre que tal”; “Sí, el de un padre que cual”; “Sí, y un hijo que nosequé”; “Vaya, ¿qué más les está pasando ahora?”) (Ramos, 2024).

Una consecuencia de todo esto es que, en realidad, un terapeuta no trabaja para cambiar un paciente/familia, sino para cambiar un SDP a través del reconocimiento de los cambios conseguidos en el paciente/familia. Y una parte de su trabajo pasa, a su vez, por reconocer lo que otros profesionales ya han hecho por el paciente/familia (su contribución a los cambios “pretratamiento”). Ello, para que puedan retirarse/distanciarse del caso si ya no son necesarios (y disminuir, por así decir, el volumen de las conversaciones autoperpetuantes) o para que puedan mantener su ascendencia en el caso y seguir trabajando en la mayor sintonía posible con el trabajo que nosotros seamos capaces de conseguir.

Postulamos que la terapia es emplazar, respetuosa pero decididamente, al paciente y la familia (y, en su caso, a los profesionales) a hablar de lo que hay que hablar, en este momento de sus vidas, en este punto de su trayectoria asistencial, para estar a la altura de los requerimientos éticos de la situación por la que están pasando, hasta alcanzar el mejor final posible, habida cuenta de las circunstancias (Ramos, 2024).

Al igual que en el cambio artístico (Bourdieu, 1995), no hay un lugar predestinado y privilegiado para el cambio terapéutico. A cada profesional le corresponde hablar de lo que le toca en ese momento de la vida, en ese punto de la trayectoria asistencial del paciente/familia. En ocasiones, el peso de la terapia será crucial, en otras será una ayuda para lo que están

haciendo o tendrán que hacer otros profesionales. Este planteamiento es la base de nuestra propuesta de un “modelo multicéntrico del cambio” (Ramos, 2024), en cuyo proceso el peso de los distintos profesionales involucrados en el caso varía en función de la coyuntura.

En cualquier caso, siempre habrá la referencia de unos requerimientos éticos que no se pueden soslayar. Por ejemplo, una terapia de reunificación familiar (Ramos, 2021), tras la retirada de los menores por negligencia o maltrato, puede finalizar sin que los padres, pese a sus esfuerzos, alcancen a proporcionar a sus hijos las condiciones de seguridad míni-

mas para mantenerlos con ellos. Sin embargo, éticamente es *trabajable* ayudar a esos padres a que puedan aceptar renunciar a seguir reclamando la devolución de sus hijos, a fin de que estos tengan una oportunidad en su vida.

Las medidas a tomar con ellos (por ejemplo, la adopción) y la forma de hacerlo, corresponderán a otros profesionales; pero el reconocimiento de los esfuerzos de los padres y de su sacrificio final debe tener un lugar en la terapia. Porque son elementos de sanación para esos padres; aunque sea una sanación limitada y relativa y la terapia no haya conseguido revertir la situación problemática.

UN EJEMPLO CLÍNICO

Para ayudar a concretar algunos de los conceptos planteados, presentamos el siguiente ejemplo clínico. Se trata de una familia compuesta por el padre, mayor de 40 años, obrero de la construcción, cinco años mayor que la madre, ama de casa. Tienen una hija, Nuria, mayor de 15 años, y otra, Ester, mayor de 10. Residen en una localidad de menos de 10 000 habitantes y a una distancia del hospital que hace que necesiten disponer de cerca de cuatro horas cada vez que vienen a una sesión. Cuando la madre estaba embarazada de Ester, ante lo que Nuria se sentía muy celosa, un incendio destruyó su casa y tuvieron que irse a otra. La primera entrevista se concierta dos meses antes de las vacaciones de verano.

En la hoja de solicitud a terapia familiar, escrita por la madre y la psicóloga escolar derivante, pero firmada también por el padre, responden a la pregunta: ¿Cuál es el principal problema por el que se solicita TF?: “Ayudar a la relación padre-madre-hija, ya que Ester se muestra muy cerrada con el padre, vive la relación con él de forma negativa y busca la protección de la madre. Desde la última entrevista con el padre (hace más de 3 meses), la relación entre este y Ester ha mejorado bastante. Pedimos de todas formas vuestra valoración por si puede mejorar esta relación y la

autoestima de Ester. Creo que Ester no tiene un papel relevante en la vida familiar; Nuria presenta los problemas típicos de la adolescencia y Ester no supera la dependencia materna con conductas estabilizadas”.

El dossier de derivación incluye copia de un informe de hace 6 años, en el que se solicitaba atención para Nuria en el Centro de Salud Mental Infantojuvenil (CSMIJ) correspondiente, por timidez e inhibición en la escuela. En él se informa que se ha realizado un trabajo madre-psicóloga-maestros para reforzar la figura de la madre, a quien se califica como insegura y figura secundaria en la familia. En las conversaciones de Nuria con la psicóloga surge el tema de los recuerdos del incendio. En el CSMIJ le dan el alta tras unos meses, por considerar que no hay patología grave.

El informe de derivación a terapia familiar dice lo siguiente:

“Después de 5 cursos de seguimiento a las dos hermanas, he llegado a la conclusión de que parte de los problemas emocionales y de rendimiento escolar que han presentado tienen origen en la dinámica familiar, las relaciones de pareja de los padres y de estos con las hijas”.

“Hasta este curso no he visto factible manifestar mi preocupación por Ester y derivar a la familia, ya que los padres estaban preocupados por el cambio de conducta de Nuria a raíz de su entrada en la adolescencia. Sin embargo, durante los tres últimos cursos se ha trabajado en coordinación con los servicios sociales, que facilitaron una trabajadora familiar que hacía acompañamiento a la madre y una educadora social que inició un trabajo con Nuria, ante sus dificultades iniciales de adaptación al instituto”.

“Creemos más oportuno crear unos ligámenes familiares nuevos que no promover un tratamiento individualizado de Ester, quien nos ha manifestado su deseo de ser más escuchada por su padre, deseo que le hemos transmitido a este y que parece que está intentando hacerlo”.

A la primera entrevista se cita a los padres y a Ester, y se centra en la exploración de las conversaciones de esta con su padre. En la devolución se le dice a la madre que queremos pedirle excusas por la escasa atención que le hemos prestado, y que lamentablemente le vamos a poder seguir prestando en las próximas sesiones, pues nuestro primer objetivo es consolidar el cambio que ya se ha empezado a producir entre Ester y su padre.

En este sentido, se le anuncia que la próxima visita será de nuevo con el padre y la hija, y la siguiente con las dos hermanas para conocer a Nuria, hacerle saber que nos interesa cómo le van las cosas y evitar que se sienta desplazada. Eso quiere decir, le explicamos, que puede que pasen entre 1 y 2 meses, si no nos coge el verano por medio, antes de que podamos tener una visita tranquila con la madre para poder hablar también de ella y sus necesidades.

Se añade que nos tranquiliza saber el vínculo que tiene desde hace tiempo con la derivante, por lo que queremos pedirle a la madre que vaya hablando con ella de cómo puede ir orientando su propia vida para no dejar pasar

esta oportunidad, si los cambios de sus hijas se siguen consolidando, y ella puede empezar a pensar y a realizar alguno de los cambios que quisiera darle a su propia vida.

La definición de este caso, la caracterización por la que los profesionales involucrados en él —el SDP— (psicóloga escolar, maestros, servicios sociales y, eventualmente, el servicio de CSMIJS) podrían identificarlo entre la cartera de casos que cada uno de ellos atiende, podría formularse como: “Es el caso de dos hermanas, una adolescente y otra preadolescente, de una familia que hace años perdieron su casa en un incendio que pudo costarles la vida, con un padre poco involucrado con ellas y una madre “insegura y secundaria” en la familia, y que ahora la hermana mayor está inmersa en una adolescencia bulliciosa y/o la menor está reclamando al padre”. Sería la definición imperante, pero polémica (el CSMIJ bien podría sostener que no hay por qué preocuparse tanto).

El terapeuta familiar que recibe el caso se encuentra con una familia que ya viene con un cambio en el área actualmente problemática (aumento de la comunicación entre Ester y su padre), duradero (hace tres meses) y en un momento en que empieza a apuntarse un cambio transicional (los problemas de Nuria empiezan ya a verse como ligados a su tránsito por la adolescencia).

El cambio en el área problemática está ligado a la intervención tenaz y eficaz de una profesional presente desde hace tiempo en la vida de la familia (5 años), que no parece valorar suficientemente su ascendencia real en el caso, y que puede fácilmente caer en la tentación de inhibirse si percibe la intervención del terapeuta como capaz de asumir y de dar salida, en este momento, a todas las dificultades del caso. Las condiciones contextuales concretas (el insumo de tiempo que va a representar cada visita a la familia) no parecen augurar una terapia prolongada.

Ante ello el terapeuta, con todo el tacto del que es capaz (excusándose activamente con la madre), decide que lo que le toca hablar tiene que ver, primero con el cambio (en la primera visita y en la siguiente, para no dar lugar, ignorándolo, a que el cambio —y su importancia— se diluya) y segundo con el momento transicional, proponiendo la tercera visita con la fratría, para promover conversaciones privadas entre las hermanas, que fortalezcan su vínculo y lo vayan autonomizando del vínculo con los padres.

Para ello necesita, no una AT privilegiada con todos, sino una alianza suficiente para la dirección que propone darle a su trabajo (que se fundamenta y apunta, no tanto a lo que el terapeuta piensa que le pueda convenir a la familia, sino en el cambio que ya trae esta). No se busca promover una AT máxima que procure a todos el confort y la seguridad de que todas sus necesidades serán atendidas, sino una alianza suficiente para perseverar, en lo posible, en lo que parece posible en este momento (alianza de trabajo); que, para algunos de los miembros de la familia, como en este caso la madre, puede ser una alianza mínima (petición de excusas).

Esto, sin perder de vista que, en realidad, trabajamos con un SDP a través de la familia. La alianza de trabajo incluye también promover (o mantener activos) otros foros conversacionales en los que los miembros de la familia que mantenemos en segundo plano en nuestra intervención puedan alcanzar el protagonismo que sea conveniente, cuando sea posible.

Pero no nos referimos a foros formales, como las reuniones profesionales de coordinación, habitualmente con exclusión de la familia, que intentan promover un plan conjunto repartiéndose a priori los objetivos y responsabilidades con presunta independencia de los avatares del caso, y cuya eficacia suele ser dudosa (Ramos, 2022b). Apelamos al trabajo desde la red, el trabajo cotidiano, de

cada visita, de promover sinergias con otros profesionales a partir de ser sensibles a su experiencia en el caso, en los aspectos que podamos comprender y compartir.

En nuestro contexto habitual de trabajo (un hospital de especialidades), una fuente de percepción de esa experiencia son los informes de derivación. Un informe es una esquematización retrospectiva con la que se pretende dar cuenta de lo que ha pasado y de lo que se ha hecho que, según el informante, justifican ahora la derivación del caso.

En él, el derivante expone lo que estima conveniente de lo que ha pasado y se expone enunciando lo que ha hecho de entre lo que podía haber hecho; esto, con el fin de llevar al receptor a una cierta línea de trabajo que no contradiga demasiado lo que el derivante hizo. No es un simple intento de imposición: en el informe hay huellas de su propia experiencia (Ramos, 2021b).

Lo que mueve a cualquier profesional a intervenir son las preocupaciones que el caso le despierta, y que están en función del lugar que ocupa en el orden social y del margen de libertad personal con que lo ocupa. Postulamos que en cualquier preocupación se pueden considerar dos dimensiones: la dimensión ejecutiva (lo que tendré que hacer si esta preocupación no se atenúa) y la dimensión compasiva (lo que me conmueve de lo que estas personas están pasando). Sobre ambas dimensiones se arma la experiencia del profesional con el caso.

Distinguimos dos tipos de experiencia del derivante (del profesional, en general) en un caso.

La experiencia con el caso está ligada a lo que “tuvo que hacer” el profesional ante lo que sucedía, como hubiera hecho cualquier otro en su lugar. Esta forma de implicación se vincula con la dimensión ejecutiva de las preocupaciones y se inscribe en la lógica del decir. En cambio, la experiencia en el caso se

refiere a lo que “me ha impactado” subjetivamente durante el tiempo de presencia en él. Está vinculada a la dimensión compasiva y a aquello que, a pesar de todo, se me ha hecho presente a partir de las circunstancias que llevaron a la derivación, aunque no pueda dar una explicación lógica de ello. Esta vivencia no sería imprescindible dentro de la lógica que se pone en juego en el informe, pero permanece ahí, sustentada en la lógica del sentir (Ramos, 2024c; 2026). Es precisamente en ese punto que el terapeuta debe activar las sinergias entre ambas dimensiones.

CONCLUSIONES

En el presente artículo hemos tratado de proponer una lectura crítica del concepto de AT, intentando situarlo en su complejidad relacional, contextual y política. Una cuestión clave derivada de ese marco es la diferencia entre alianza terapéutica y alianza de trabajo. Mientras a la primera se la ha tendido a concebir como un vínculo unipersonal, estable y colaborativo —sustento del proceso terapéutico—, la segunda puede ser entendida como una disposición práctica en la red, dinámica y situada, que no necesariamente presupone continuidad emocional ni acuerdos estables, sino que se sostiene en una voluntad de intervenir desde las condiciones y limitaciones del presente.

Pensar en términos de alianza de trabajo sugiere, entonces, la pertinencia de conducir la práctica terapéutica a relaciones móviles, parciales y momentáneamente útiles, sin pretender la adhesión o adherencia de todos los agentes del sistema (familiares y profesionales) a una misma lectura del caso/problema.

Visto así, resulta coherente pensar que los objetivos de la terapia son inmanentes al devenir de los acontecimientos. El sentido que orienta una práctica en esta dirección se parece más a *ayudar a la vida a curar a la gente*, antes que a *curar a la gente para que pueda seguir con su vida* (Ramos, 2023). Esta formulación

En el caso que hemos presentado, la psicóloga escolar ha conservado desde hace años la percepción de esta madre como alguien insegura y en un papel secundario. Con el paso de los años, la profesional ha seguido sintiendo que la madre no merece este lugar (si no fuera así ¿para qué lo mencionaría en su informe?), ante lo cual nos parece mucho mejor situada para plantear si ha llegado el momento de pararse a hablar sobre qué quiere hacer esta mujer ahora con su vida.

remite a una ética que privilegia la apertura a lo inesperado, a lo que ocurre más allá (y a veces a pesar) de las intenciones explícitas de terapeutas o consultantes. Tal disposición se alinea con la propuesta de Pakman (2011) sobre la *sensibilidad al acontecimiento*, entendida como una actitud ética y epistemológica.

Desde esta perspectiva, el acontecimiento —en tanto *evento poético*— asalta al sentido de lo previamente definido como *problemático*; una perturbación que nos descubre tratando de salir, empeñados en salir, y a la vez emplazando a otros a tratar de salir, del guion micropolítico en el que el caso, la dinámica de las conversaciones del SDP, trataba de encerrarnos (Ramos, 2024).

Decimos que es una *sensibilidad* porque requiere que consigamos identificar que algo está teniendo lugar, y también porque convoca nuestra atención hacia aquello que el acontecimiento moviliza y los mundos de sentido que desde allí se abren. Una de las ideas que el presente artículo esboza es que la AT puede, en ocasiones, movilizar al SDP por un carril distinto al de esta *sensibilidad al acontecimiento*.

Como se ha dicho, en este sentido, cuidar la alianza terapéutica no es solo preservarla, sino también interrogarla: ¿Qué produce esta forma de AT? ¿Recoge y/o abre paso a

los acontecimientos que se abren en la vida de quienes consultan? ¿O, por el contrario, promueve la estabilización de un yo coherente, gestionable, “terapéuticamente correcto”? Finalmente, ¿qué posición estoy ocupando (anhelando ocupar y/o siendo invitado por el SDP a tomar) en la relación terapéutica?

Asumir estas preguntas implica adoptar una actitud de incredulidad que resulte productiva, reconociendo que toda alianza produce efectos, y que su eficacia no puede desligarse de sus consecuencias políticas y/o subjetivas. Esto es particularmente relevante si comprendemos que la AT no se reduce exclusivamente a la diada terapeuta-consultante, sino que es una propiedad immanente del SDP, del cual el terapeuta forma parte.

Tal como lo ha señalado Pinsof (1994), existen múltiples niveles de alianza: con cada miembro del sistema, entre subsistemas, e incluso entre los distintos actores profesionales que rodean al caso (terapeuta, derivantes, educadores, etc.), y todas se influyen recíprocamente. Desde esta perspectiva, más que hablar de una alianza singular, cabría hablar de “alianzas terapéuticas” en plural, como una dimensión móvil, interdependiente y contingente, sujeta a renegociación constante a lo largo del proceso clínico. Para remarcar tal diferencia es que puede ser conveniente el término “alianza de trabajo”.

En consecuencia, el acto terapéutico se convierte menos en un espacio de certezas, y más en un territorio de mediación entre fuerzas, relatos y responsabilidades múltiples. Esta mirada descentraliza el lugar privilegiado de la terapia y propone pensarla como un dispositivo entre otros, que puede ser un espacio de transformación, pero no es el único ni necesariamente el más deseable en todos los casos o momentos de la vida de quienes consultan.

En este marco, el cuidado de la AT implica también reconocer su carácter limitado y parcial, en que la terapia no llega a alzarse como el espacio exclusivo en que el sufrimiento se redime. Lejos de idealizarla como garante absoluto de eficacia, se propone una postura clínica de cierta humildad, que pueda alojar lo trágico y lo inefable, como experiencias legítimas a las cuales la psicoterapia no está necesariamente mandatada, y que comprenda que muchas veces la tarea de un espacio terapéutico no es resolver todo, sino que en ocasiones simplemente se trata de generar condiciones para que algo de eso pueda ser atendido en el futuro, como trataba de mostrar el tratamiento del terapeuta a la madre en el caso que hemos reseñado. Como enseñó Bateson (1972), el sentido muchas veces solo se construye en retrospectiva: la tarea de la terapia no sería clausurar los procesos de significación, sino acompañar y viabilizar su tránsito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, H. & Goolishian H. (1988): Human Systems as Linguistic Systems: Evolving ideas about the Implication for Theory and Practice. *Family Process*, 27, 371-393.
- Andrade, N. (2005). La alianza terapéutica. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 16(1), 19-29. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109001.pdf>
- Asay, T.R. & Lambert, M.J. (1999). The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. En M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller, S.D. *The heart and soul of change: what works in therapy*. (pp. 23-55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/111132-001>
- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lohlé-Lumen.

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 16(3), 252-260.
- Bourdieu, P. (1995). *La reglas del arte*. Anagrama.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 280-291. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.003>
- De Toro, X. y Sharim, D. (2023) La alianza terapéutica en tensión: una aproximación a partir de la práctica clínica del trabajo social. *European Journal of Education and Psychology*, 16(1), 1-21.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A.O. y Wampold, B.E. (2021): Examining therapist effects in the Alliance-outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *J. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89, 371-378. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Derubeis, R.J., Gelfand, L.A., German, R.E., Fournier, J.C., & Forand, N.R. (2014). Understanding processes of change: how some patients reveal more than others-and some groups of therapists less-about what matters in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(3), 419-428. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838654>
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259.
- Escudero, V. (2020). *Guía para la intervención familiar en el ámbito de los servicios sociales y la protección de la infancia (2da ed.)*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M.L. (2012): Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study. *Psychotherapy*, 49(1), 26-37. <https://doi.org/10.1037/a0026747>
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Kivlighan, D.M., Abascal, A., & Orlowski, E. (2021). Toward a broader understanding of split alliances in family therapy: Adding the therapist to the mix. *Family Process*, 61(1), 167-182. <https://doi.org/10.1111/famp.12718>
- Flix-Valle, A., Medina, J.C., Souto-Sampera, A., Arizu-Onassis, A., Juan-Linares, E., Serra-Blasco, M., Ciria-Suarez, L., Feixas, G., & Ochoa-Arnedo, C. (2025). Therapeutic alliance in a stepped digital psychosocial intervention for breast cancer patients: findings from a multicentre randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 11(1). <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.844>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wlodasch, D., Horvath, A.O., Solomonov, N., & Wampold, B.E. (2020). Assessing the alliance-outcome association adjusted for patients characteristics and treatment processes: A metaanalytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6), 706-711. <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J. y Inchausti, F. (2021). El rol de los factores comunes en los tratamientos psicológicos. En E. Fonseca-Pedrero, *Manual de tratamientos psicológicos: adultos* (pp. 71-88). Pirámide.

- Johnson, L., Nelson, T., & Algood, S. (1998). Noticing pretreatment change and therapy outcome: An initial study. *The American Journal of Family Therapy*, 26(2), 159-168. <https://doi.org/10.1080/01926189808251095>
- Kaiser, J., Hanschmidt, F., & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological intervention: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106512>
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J.C. Norcross y M.R. Goldstein, *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Basic Books.
- Lawson, D. (1994). Identifying pretreatment change. *Journal of Counseling and Development*, 72, 244 - 248.
- López-Davalillo, L.U. (2021). *La dimensión terapéutica del Trabajo Social: Guía práctica para el desarrollo del Trabajo Social Clínico, volviendo a su origen humanista y relacional*. Nau Llibres.
- Ochs, M., Caha, J., & Řiháček, T. (2023). Risks and Side-Effects in Systemic Family Therapy. En K.M. Hertlein, *The Routledge International Handbook of Couple and Family Therapy* (pp. 374-394). Routledge.
- Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y Poética en Psicoterapia*. Gedisa.
- Pakman, M. (2022). *El exilio del Mesías*. Gedisa.
- Pinsof, W.B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A.O. Horvath & L.S. Greenberg, *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). Wiley & Sons.
- Ramos, R. (2008). *Temas para conversar*. Gedisa.
- Ramos, R. (2021). *La selva del Maltrato. Caminos de ida, senderos de vuelta*. Morata.
- Ramos, R. (2021b). ¿De qué informan los informes? Buscando cooperación en la delegación. *Redes*, 43, 11-20.
- Ramos, R. (2022). Del caso al cambio. La red profesional, el acontecimiento y la apertura. *Mosaico*, 80, 75-84.
- Ramos, R. (2022b). La coordinación ¿un empeño imposible? Claves para la comunicación interprofesional. *Mosaico*, 82, 31-49.
- Ramos, R. (2023). *Escuchando historias, construyendo finales: de la Historia Saturada de Problemas a la Historia por Vivir*. Curso on-line, tumentorpsicologia.com.
- Ramos, R. (2024). *La Terapia como empeño colaborativo. Cambio, colaboración profesional y conflicto*. Morata.
- Ramos, R. (2024b). ¿Sueñan los pacientes con terapias eclécticas? Hacia una concepción colectiva de la terapia. *Mosaico*, 86, 47-56.
- Ramos, R. (2024c). Las raíces de la cooperación 1. Entre el decir y el sentir. *Mosaico*, 88, 8-19.
- Ramos, R. (2026). Buscando las raíces de la cooperación 2. Actualizando identidades. *Mosaico*, 92, 7-17.
- Ramos, R., Borrego, M. y Sanz, A. (2006). La construcción de la demanda en familias multiproblemáticas II. Una investigación clínica. *Redes*, 17, 111-127.
- Ramos, R., Izu, Sh. y Aljende, L. (2020). Las conversaciones del equipo en el modelo narrativo-temático. Abriendo paso a la Historia por Vivir. *Revista de Psicoterapia*, 31, 249-263.
- Richmond, Ch.J., Smock Jordan, S., Bischof, G.H., & Sauer, E.M. (2014). Effects of Solution-Focused versus Problem-Focused intake questions on pretreatment change. *Journal of Systemic Therapy*, 33(1), 33-47.

- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Editions du Seuli.
- Saxler, E., Schindler, T., Philipsen, A., Schulze, M., & Lux, S. (2024): Therapeutic alliance in individual adult psychotherapy: A systematic review of conceptualization and measures for face-to-face and on-line psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293851>
- Seikkula, J. y Arknil, T. (2016): *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder.
- Sotero, L., Escudero, V. y Relvas, A.P. (2020). Aliança terapêutica em Terapia familiar: Teoría, investigação e prática clínica. *Mosaico*, 76, 63-80.
- Ureña, I., Ramos, R. y Jiménez, R. (2025). Comprensión o Implicación: ¿Pueden las familias multiproblemáticas esperar a que las comprendamos? *Trabajo Social, hoy*. 103(1), 1-14. <https://doi.org/10.12960/TSH.2025.0004>
- Wampold, B. (2015). How Important Are the Common Factors in Psychotherapy? An Update. *World Psychiatry*, 14, 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. y Imel, Z. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: la evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Eleftheria.
- Wampold, B. y Flückiger, Ch. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25-41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Weiner-Davis, M., de Shazer, S., & Gingerich, W.J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 359-363.
- White, H. (1973). *Metahistory: The Historical Imagination in Nineteenth-Century Europe*. John Hopkins University Press.
- Zilcha-Mano, S., & Muran, J. C. (2024). Thinking Trans theoretically About Alliance and Rupture: Implications for Practice and Training. *Clinical psychology in Europe*, 6. <https://doi.org/10.32872/cpe.12439>