

“Auto-revelaciones del terapeuta: esencialmente un encuentro”

Teitelbaun, J., Miracco, M. y Quinteros, J.

Septiembre de 2007

Introducción

El objetivo del presente trabajo consiste en el abordaje del concepto de “auto-revelación” (o *self-disclosure*) del terapeuta. Nos proponemos situar su desarrollo así como su difusión a través de diversas líneas teóricas, para luego adentrarnos en el fundamento, la lógica y los criterios de su aplicación en el proceso psicoterapéutico. Se desarrollarán breves viñetas clínicas con el fin de ilustrar dicha lógica.

La persona del terapeuta y su influencia en el proceso psicoterapéutico

Diversos estudios indican que la persona del terapeuta es por lo menos ocho veces más influyente que su orientación teórica, y/o el uso de técnicas terapéuticas específicas (Lambert, M., 1989). Beutler (1995) concluye a partir de sus investigaciones que la magnitud del beneficio en psicoterapia está asociada más estrechamente con la identidad del terapeuta que con el tipo de psicoterapia que éste emplea. Las características de los terapeutas parecen interactuar de manera compleja con las características de los pacientes, con la situación, y con el tipo de psicoterapia ejercida (Lyons y Howard, 1991).

Baringoltz (2004) afirma: *“Persona y terapeuta constituyen una unidad, en la cual el ser terapeuta es el rol desempeñado por ese ser humano; por lo tanto la búsqueda de una “disociación instrumental” que permita trabajar mejor, es deseable pero tiene sus límites. El terapeuta en sí mismo, como persona, es la herramienta esencial del tratamiento, (...) no debe olvidar que su persona es observadora y participante activa del proceso”* (p. 91). Siguiendo los aportes de Vittorio Guidano, esta autora plantea que *“sus aspectos emocionales influyen en la relación y en la definición de la realidad terapéutica.”* Y acordando con Safran y Greenberg, afirma que: *“La expresión de sentimientos genuinos entre terapeuta y cliente facilita el cambio.*

La experienciación y expresión de sentimientos inaceptables, así como la aceptación y validación de éstos por parte del terapeuta son importantes.”

Las auto-revelaciones (AR) y su papel en diversas orientaciones teóricas

Wachtel (1993) analizó las ventajas y desventajas de la AR del terapeuta desde una orientación psicodinámica. Diversos autores las han recomendado (Little, 1951, 1982) enfatizando lo relacional (Davies, 1994; Greenberg and Mitchell, 1983; Mitchell, 1988, 1993, 1997), y los aspectos intersubjetivos de la relación y el proceso analítico (Orange & Stolorow, 1998; Stolorow & Atwood, 1992, 1997; Stolorow, Brandschaft, & Atwood, 1987). Las terapias de orientación más humanística las consideran un medio para lograr una relación auténtica (Gelso & Hayes, 1998; Greenberg, 1990). Dentro del enfoque conductual, Lazarus (1971), afirmó que su uso selectivo favorece a menudo la relación terapéutica. Tal como lo desarrollan Golfried & Davison (1976), y Dryden (1990), desde esta perspectiva las AR pueden servir como modelos alternativos de afrontamiento para el paciente que favorezcan el cambio conductual. También Bandura (1986) desarrolló este aspecto. En la psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991) se utilizan para ilustrar el impacto de las conductas de los pacientes. Finalmente, entre los terapeutas cognitivo-conductuales, Mc Cullough (2000), por ejemplo, alienta a los terapeutas a expresar sus sentimientos y reacciones cuando esto sea apropiado. Estos aspectos serán desarrollados más adelante.

La abstinencia y la neutralidad como reglas que surgen en un contexto específico

Los aportes de Freud no pueden desligarse del contexto de su formación médica, y de los aportes de sus predecesores colegas. La metáfora del cirujano ilustra el modelo imperante de vínculo médico-paciente de la época, en el cual las barreras protectoras previenen la transmisión de infecciones. El lugar de poder del médico en las representaciones sociales facilitó esta relación asimétrica, en la cual éste ocupa la posición de saber- presuntamente neutral y objetivo, portavoz de una ciencia que observa “desde afuera” sin “alterar” al sujeto-objeto de su estudio. Tomando los aportes del constructivismo y el construccionismo social, sabemos que nuestra práctica se encuentra orientada por modelos cuyas bases teóricas y

epistemológicas no pueden autodenominarse *objetivas*, garantes de la verdad, sino como *mapas* para la exploración de un *territorio* cuya complejidad excede lo que nuestra capacidad, percepción y mente humanas pueden aprehender. Desde esta perspectiva nos preguntamos: ***¿existe la no-autorevelación en la relación terapéutica?*** La literatura admite que la completa no-autorevelación es un mito, aún el análisis más conservador revela mucho sobre el terapeuta (ref.: Psychopathology Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry, 2001- Reexamination of Therapist Self-Disclosure). La elección del terapeuta en relación a qué comentarios del paciente responder e intervenir, así como su habilidad para empatizar, transmitidos a través de la interpretación, el lenguaje corporal, el tono de voz, dicen al paciente mucho sobre el terapeuta (Renik, 1996). Según Fernández Álvarez (1992), *“la neutralidad, como ya muchos lo han denunciado, es un mito (...). Lo que llamamos neutralidad no es otra cosa que la supuesta conducta razonable que debe tener un terapeuta, de acuerdo con el modelo de trabajo que defiende. Esto instala el problema en una cuestión de poder.”* (p. 274).

Definiciones y especificaciones

“AR del terapeuta” puede definirse, en términos generales, como cualquier verbalización o conducta que revele información personal al paciente respecto del terapeuta. Las AR no siempre son el resultado de una decisión activa y existen muchos elementos dentro de un tratamiento que revelan información al paciente acerca del terapeuta sea éste conciente de ello o no.

Debido a lo general de las definiciones algunos autores (Pizer, 1995) han clasificado las AR en

- 1) Inevitables: ocurren cuando ciertos eventos de la vida del terapeuta afectan el ambiente de la terapia, por ejemplo, un embarazo;
- 2) Accidentales: también llamadas “inadvertidas”, se refieren mayormente al lenguaje corporal o al tono de voz del terapeuta, a la vestimenta y decoración del consultorio, entre otros factores, lo cual aporta al paciente información sobre el terapeuta ;
- 3) Deliberadas: incluye información revelada de manera intencional con un fin determinado, acerca de las cuales sostenemos la hipótesis de que, utilizadas con buen criterio, pueden resultar beneficiosas al tratamiento.

Algunos autores (Andersen y Anderson, 1989) han encontrado que las AR pueden subdividirse en tres tipos: 1) AR de información relacionada con *la vida personal* y experiencias del terapeuta; 2) AR de *respuestas emocionales* y 3) AR de la *experiencia profesional* del terapeuta.

Las AR del segundo tipo han recibido atención especial por parte de algunos autores. Las han denominado "*inmediacy*" (Mc Carthy y Betz, 1978) o bien "*self-involving self-disclosures*" (Linehan, 1993) y han sido consideradas como una importante intervención cuando se trata de ofrecer al paciente un *feedback* acerca del impacto interpersonal que provoca el paciente, ausente o invalidante en otros ámbitos de la vida del mismo.

Consideraciones de uso de la intervención con auto-revelaciones

Consideramos que el criterio más importante a tener en cuenta con este tipo de intervenciones es la *motivación* del terapeuta para la AR; debe ser pensada, siempre, en beneficio del paciente y del tratamiento, en oposición a surgir de las necesidades del terapeuta como persona, residiendo en este último caso el mayor peligro de estas intervenciones. Lo anterior constituye una brújula que permitirá distinguir las AR adecuadas de otras no adecuadas.

Es igualmente importante considerar si una AR puede ser útil para un paciente en particular en un momento en particular. En este sentido algunos autores (Goldfried, Burkell, Eubanks-Carter, 2003) proponen dos preguntas centrales que un terapeuta debiera hacerse antes de intervenir con una auto-revelación: 1) ¿Por qué quiero decir esto que voy a decir? y 2) ¿Cuál será el impacto más probable de esto en el paciente?

Asimismo hay otras cuestiones a tener en cuenta:

- Estas intervenciones deberían tener lugar en forma infrecuente; se piensa que parte de su impacto se debe a su infrecuencia. Es importante evaluar la pertinencia, el "*timing*" y la cantidad de información que se quiere revelar.
- Debería prestarse especial atención a cómo responde el paciente a las AR, en especial en relación al impacto en la relación terapéutica y a la respuesta de confort o

incomodidad que genere este tipo de intervención en el paciente. En este sentido queda claro que los terapeutas usarán las AR con algunos pacientes más que con otros.

Criterios de Uso: ¿Para qué los terapeutas utilizan las auto-revelaciones?

En términos generales hay acuerdo en la literatura sobre el tema sobre los objetivos que motivan las AR deliberadas del terapeuta: 1) Para fortalecer la alianza terapéutica. Algunos autores (Fay, 2002) sostienen que cuanto más el paciente conoce la persona real del terapeuta más probable es que desarrolle confianza en él. Más allá de este argumento fuerte, podríamos decir que las AR constituyen un modo para el terapeuta de comunicar su “humanidad”, lo cual puede contribuir a la percepción, por parte del paciente, de “similitud” entre él y su terapeuta, o bien, acerca de la capacidad empática del mismo; 2) Para modelar conductas, respuestas, modos de funcionar del paciente, que son hasta el momento desconocidos por el mismo. En este sentido Linehan (1993) destacó que éste modelado terapéutico puede ser muy útil para aquellos pacientes cuyas familias fallan en mostrar un funcionamiento apropiado en un gran número de situaciones; 3) Para validar la realidad o normalizar las experiencias del paciente. Si bien existen otras vías para la normalización, en muchas ocasiones la AR puede lograrla de forma más directa. Generalmente este tipo AR surge en respuesta a interpretaciones secundarias que realizan los pacientes respecto de lo que les ocurre, en general interpretaciones negativas acerca de lo que están experimentando. En estas oportunidades los terapeutas revelan sentimientos similares a los que declara el paciente o experiencias del mismo tinte; 4) Para ofrecer modos de pensar y actuar alternativos, es decir, claramente orientadas al cambio; 5) Para proveer feedback sobre el impacto interpersonal del comportamiento del paciente (Linehan, 1993), es decir, para aportar al paciente información que contribuya a que tenga una visión más realista acerca de lo que “funciona” o no interpersonalmente (esta intervención puede formularse en términos de transmitir el impacto contra-transferencial); 6) Para aumentar la motivación y las expectativas positivas del paciente, siendo la AR una de las vías para transmitir que el cambio es posible y que vale la pena intentarlo.

Es muy importante considerar que estos diferentes criterios *no se excluyen mutuamente*. Así, la AR del terapeuta puede realizarse con más de un propósito. Asimismo debe señalarse, como ya hemos mencionado, que no existe un único camino para perseguir tales objetivos, sólo que en algunas oportunidades una AR resulta demandar menos tiempo de la terapia a iguales resultados que otras intervenciones orientadas al mismo fin. Será una decisión clínica elegir el camino que se evalúe mejor en ese momento determinado del tratamiento de un paciente en particular.

Ilustraciones clínicas

El primer ejemplo que ofrecemos contiene el uso de la AR con el objetivo de promover cambios en el modo de pensar del paciente (en este caso, el consultante) ofreciendo una alternativa no considerada hasta el momento. Se trata de una entrevista con la madre de una paciente de 17 años, que muestra preocupación por la elección vocacional de su hija a la par que se manifiesta muy rígida frente a la posibilidad de que las personas, ella inclusive, cometan equivocaciones (*“los errores se pagan caro”, “si ya empezaste debes terminar cueste lo que cueste”, “no hay vuelta atrás”*) lo cual repercute negativamente en su hija generándole muchas veces sentimientos de culpa.

Madre (M): Anita quiere ser bióloga pero yo creo que ella no sabe de qué se trata la carrera y cuando empiece se va a frustrar.

Terapeuta (T): ¿Y qué pasaría si eso ocurre?

M: Y! yo no quiero que se equivoque de carrera y deje, porque lo que pasa es que una vez que se deja una carrera ya está, se empieza y se deja otra y, al final, no se recibe de nada, y yo no quiero que le pase eso. Es muy importante tener una carrera, usted lo sabrá mejor que yo.

T: Tener una carrera es importante para algunas personas, sí, pero de lo anterior no sé mucho. De hecho, yo comencé otra carrera antes de estudiar psicología. Me di cuenta de que me había equivocado. Y aún así pude recibirme.

La madre de Anita se sorprende. A partir de allí se trabaja más abiertamente sobre sus ideas respecto a los errores y sus consecuencias “irreversibles”.

El segundo ejemplo se refiere a la AR del tipo “*self-involving self-disclosures*”, ilustrando como el terapeuta puede mostrar a la paciente los efectos que alguna de sus conductas pueden tener en su círculo más cercano. Viviana tiene 42 años y ha sido diagnosticada con trastorno límite de la personalidad (TLP). Las pacientes con dicho trastorno a menudo han sido criadas por familias en las cuales las reacciones a sus conductas o emociones no eran abiertamente explicitadas ni “normalizadas”. En el marco de la Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectic Behavioral Therapy*) (Linehan, 1993), Viviana ha sido orientada a ponerse en contacto con su terapeuta individual antes de llevar a cabo una conducta parasuicida. Ello tiene por finalidad, entre otras, enseñar al paciente a pedir ayuda en una forma más funcional y adaptativa, y así poner en práctica habilidades de tolerancia al malestar y regulación emocional.

Viviana llega a su sesión individual con excoriaciones en ambos antebrazos, llorando porque “se cortó de nuevo”.

T: Viviana, qué sucedió? (Viendo dichas lesiones).

Viviana (V): Ayer tuve una pelea con Juan (novio de Viviana) y me corté.

T: Viviana, ¿recordás lo que charlamos varias veces acerca de la necesidad de ponerte en contacto conmigo antes de cortarte? ¿Recordás las razones por las cuales ello forma parte de nuestro contrato terapéutico?

V: Sí. No sé... No tuve ganas de llamarte... Preferí cortarme... Sé que eso me alivia.

T: Viviana, te veo sesiones enteras en este consultorio llorando por el sufrimiento que sé estás atravesando y te escucho una y otra vez exigir ayuda para superarlo. Hemos discutido las pautas de este tratamiento y te he explicado que ha sido exitoso en otras pacientes que atravesaron un sufrimiento similar al tuyo. Sé que resulta muy difícil al principio poner en práctica dichas pautas. Sin embargo, habiéndolo discutido y acordado previamente, el que no hayas al menos intentado cumplirlo hace que yo me sienta desmoralizada, siento como si no aceptarás finalmente la ayuda que tanto demandás.

Evidencia empírica El impacto de AR ha sido investigado en el corto y largo plazo del proceso terapéutico. En la primera categoría, tres estudios han arrojado resultados positivos. Hill y col.

(1988) hallaron que pacientes con niveles elevados de desesperanza eran quienes, en respuesta a AR evidenciaban aumento en el nivel de contacto con sus propias emociones. Knox y col (1997) en un estudio cualitativo también reportaron impacto positivo en los pacientes: mayor *insight*, percepción más real y humana de la persona del terapeuta, mejor relación terapéutica y reaseguro. Con respecto al largo plazo, los resultados son disímiles. Seis estudios de correlación (Beutler & Mitchell, 1981; Braswell, Kendall, Braith, Carey, & Vye, 1985; Coady, 1991; Hill et al., 1988; Kushner, Bordin, & Ryan, 1979; Williams & Chambless, 1990) no hallaron asociación entre frecuencia de AR y juicios positivos acerca del resultado terapéutico por parte del paciente, terapeuta, y/o observador. Braswell y col. (1985) evidenciaron relación negativa entre frecuencia de AR y evaluación del terapeuta acerca del nivel de mejoría del paciente. Dos estudios evidenciaron resultados positivos a largo plazo. Un sondeo a pacientes con más de 6 sesiones de tratamiento se evidenció una percepción positiva acerca de la AR. (Ramsdell & Ramsdell, 1993) también encontraron resultados auspiciosos.

La literatura describe que los terapeutas realizan AR en forma infrecuente y de hacerlo, se centran en lo respectivo a su formación/experiencia profesional y raramente en aspectos más personales (prácticas sexuales o creencias).

Conclusiones

Pensamos que en un marco fundado y debidamente calculado, las AR pueden favorecer el vínculo de confianza y empatía necesario para que las intervenciones tengan el suficiente impacto emocional como para “perturbar” las construcciones idiosincrásicas que sostienen síntomas o patrones disfuncionales. Por mejor fundamentadas que estén nuestras intervenciones teóricamente, sabemos que no son eficaces sino a partir de la relación terapéutica, cuestión considerada en todas las orientaciones teóricas. Sin embargo, desde la perspectiva de este escrito se coloca el énfasis en las construcciones y visiones de la realidad que tanto paciente como terapeuta ponen en juego en la interacción. Es así como puede pensarse que la experiencia personal del terapeuta inevitablemente está en juego en el encuentro con el paciente. Como terapeutas no podemos ser completamente neutrales, si bien

constituye un objetivo deseable serlo en relación a los valores y elecciones morales de los pacientes; en cuanto entramos al terreno del sufrimiento y el riesgo, dicha regla se vuelve éticamente cuestionable.

Bibliografía consultada

- American Psychiatric Association (2001). "Re-examination of Therapist Self-Disclosure". *Psychopathology Committee or the Group for the Advancement of Psychiatry. Psychiatric Services* 52:1489-1493.
- Andersen, B., Anderson, W. Counselors' reports of their use of self-disclosure with clients. *Journal of Clinical Psychology* 45:302-308. 1989 (Medline)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Baringoltz, S. (2004) (comp.) *Integración de aportes cognitivos a la psicoterapia*. Buenos Aires: Lumiere.
- Beutler, L. E., & Mitchell, R. (1981). Psychotherapy outcome in depressed and impulsive patients as a function of analytic and experiential treatment procedures. *Psychiatry*, 44. 297–306.
- Braswell, L., Kendall, P. C., Braith, J., Carey, M. P., & Vye, C. S. (1985). "Involvement" in cognitive-behavioral therapy with children: Process and its relationship to outcome. *Cognitive Therapy and Research*, 9. 611–630.
- Coady, N. F. (1991). The association between complex types of therapist interventions and outcomes in psychodynamic psychotherapy. *Research on Social Work Practice*, 1. 122–138.
- Dryden, W. (1990). Self-disclosure in rational-emotive therapy. En G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 61-74). New York: Plenum Press.
- Fay, A. (2002). The case against boundaries in psychotherapy. In A.A. Lazarus y O.Zur (ed), *Dual Relationships and Psychotherapy* (pag. 146-166) New York. Springer.
- Fernández Alvarez, H. (2005) *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: theory, research, and practice*. New York: Wiley.
- Goldfried, M., Burkell, L., Eubanks-Carter, C. Therapist Self-Disclosure in Cognitive-Behavior Therapy. *JCLP/ In Session*, Mayo 2003. Vol 59.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1976). *Clinical behaviour therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Greenberg, L. R. (1990). Self-disclosure in psychotherapy: Working with older adults. En G. Stricker & M. Fisher (Eds.), *Self-disclosure in the therapeutic relationship* (pp. 175-189). New York: Plenum Press.
- Greenberg, L. & Safran, J. (1987). *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press.

- Guidano, V. (1991). *The self in process*. New York: Guilford Press.
- Hill, C. E., Helms, J. E., Tichenor, V., Spiegel, S. B., O'Grady, K. E., & Perry, E. S. (1988). The effects of therapist response modes in brief psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 35. 222–233.
- Knox, S., Hess, S., Petersen, D., & Hill, C. E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self-disclosure in long-term therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 44. 274–283.
- Kushner, K., Bordin, E. S., & Ryan, E. (1979). Comparison of Strupp and Jenkins' audiovisual psychotherapy analogues and real psychotherapy interviews. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47. 765–767.
- Lambert, M. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome, en *Clinical Psychology. Review*, 9.
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.
- Linehan, M. M. (1993) *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: *The Guilford Press*.
- Lyons, J. & Howard, K. (1991). Main effects analysis in clinical research: statistical guidelines for disaggregating treatment groups, en *Journal Consulting and Clinical Psychology*.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Mahoney, M. J. & Freeman, A. (1985). (comp.) *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- McCarthy, P., Betz, N. Differential effects of self-disclosing versus self-involving counselor statements. *Journal of Counseling Psychology*, 25: 251-256. 1978.
- Mc Cullough, J. P. Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: cognitive behavioural analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- Pizer, B.: When the Analyst is ill: dimensions of self-disclosure. *Psicoanalytic Quarterly* 64: 466-495. 1995 (Medline)
- Ramsdell, P. S., & Ramsdell, E. R. (1993). Dual relationships: Client perceptions of the effect of client-counselor relationship on the therapeutic process. *Clinical Social Work Journal*, 21 195–212.
- Renik, O. (1996). The ideal of the anonymous analyst and the problem of self-disclosure. *Psychoanalytic Quarterly* 65. 681-682. (Medline)
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication: Principles and effective practice*. New York: Guilford Press.
- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21. 111–116.