

Marcando la diferencia en la vida de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico [Buechler, S.]

Publicado en la revista nº053

Autor: Blanco Rejas, Lucía

Reseña: Buechler, S. (2008) **Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting**. New York – London: Routledge - Taylor and Francis Group. (Marcando la diferencia en la vida de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico. Traducción: Alejandro Ávila, coordinador. Madrid: Ágora Relacional [2015])

Introducción

Comienza Alejandro Ávila haciendo una presentación del libro y de la autora con una frase francamente emotiva y que predispone a comenzar a leer: “conocer a Sandra Buechler fue una experiencia transformadora para mí”. Y añade que cada uno de nosotros también podemos ser removidos por ella a través de la lectura del libro. La misma Buechler comenta que mientras iba escribiendo este libro, ella también encontró nuevos significados personales. Por ello “Marcando la Diferencia en la Vida de los Pacientes. Experiencia Emocional en el Ámbito Terapéutico” es una obra que trata del poder curativo que tienen las experiencias emocionales en el tratamiento psicoanalítico. Y profundiza en el impacto emocional que interactúan el analista y el paciente en las sesiones de análisis. La autora transmite experiencias clínicas suyas a compañeros que la siguen habitualmente y al mismo tiempo desea ayudar al fomento y desarrollo profesional de nuevos clínicos que vayan a utilizar el psicoanálisis en su práctica.

En esta presentación Alejandro Ávila, que ha seguido la trayectoria de la autora a través de sus obras, señala los valores que viene persiguiendo desde 2004

Evocar la curiosidad

Fomentar la esperanza

Desplegar bondad e integridad

Fomentar la valentía

Manifestar un sentido de propósito

Crear equilibrio emocional

Soportar la pérdida

Usar emocionalmente la teoría.

Tesis de la autora

A lo largo del libro, Sandra Buechler va estableciendo algunos supuestos básicos sobre las emociones humanas, tales como:

Las emociones constituyen el sistema motivacional primario del ser humano, son fundamentalmente adaptativas y tienen un rango óptimo de intensidad. Cada una de las emociones fundamentales posee propiedades motivacionales únicas de crucial importancia para el individuo y la especie.

Las emociones forman un sistema en los seres humanos. Cuando cambia la intensidad de una emoción cambia la intensidad de las otras. Un cambio en una emoción afecta a la experiencia de todas las demás. Por ejemplo una tristeza puede cambiar ante una alegría, o ante la curiosidad o ante el miedo.

Lo que cada uno de nosotros siente respecto de nuestra emocionalidad depende de la "socialización de la emociones". Una competencia social aceptable requiere la habilidad de comunicar emociones y leerlas con suficiente precisión cuando las expresan otros

La relación entre emoción y cognición no es unidireccional.

La teoría de la emoción y el psicoanálisis interpersonal han postulado que nuestras emociones nos informan sobre nosotros mismos, además de comunicar nuestra experiencia a otros.

La alegría como emoción positiva está relacionada con todos los otros sentimientos humanos: es la única capaz de modificar y equilibrar el impacto de todas las emociones negativas, y hacerlas más tolerables. Por el contrario, la ansiedad es la emoción que presenta más dificultad

¿Se consideran algunos estados emocionales como superiores a otros? ¿Nacen unas personas más agresivas que otras? ¿Son ciertas emociones contratransferenciales más útiles que otras?

En este tema de las emociones, ¿se puede incluir la existencia de ciertas modas en la cultura analítica a la hora de guardar o no nuestras emociones como terapeutas?

Aportes, reflexiones de/sobre la obra

En la primera parte del libro la autora se extiende en el estudio de las emociones en general para luego dedicarse densa y exhaustivamente en la descripción de cada una de las ellas.

Se hace eco de la esperanza de todos los profesionales clínicos que desean ayudar a que las personas puedan tener acceso a emociones como la alegría, el asombro, la curiosidad. Y siempre con la idea de colaborar en la recuperación emocional de dolores traumáticos, caminando junto a las personas que sienten vergüenza, o culpa o arrepentimiento. ¡Qué puede representar un mayor estímulo para el terapeuta que sentir que los pacientes logran tener una vida más rica y más satisfactoria, aprovechando el inmenso poder de la experiencia emocional vivida!. "A través de un compromiso activo empático con el paciente y una conciencia del potencial curativo en cada una de nuestras emociones fundamentales, los pacientes pueden llegar a abrazar la vida más plenamente". Y en otro momento dice: "el poder de sentir puede llegar a ser el poder de cambiar". (Pag. 18). Preciosa y eficaz fórmula. Y añade más adelante: "muy frecuentemente la empatía se comunica más rápidamente por medio de acciones que de palabras" (pág. 27).

A lo largo del libro señalará cómo la emoción forma una trama en donde se incrustan todas las experiencias. La emoción está presente en nuestra práctica y es fuente de inspiración y de reflexión. Cada emoción es un estado específico del self, con un historial único para cada persona. Según la teoría de las emociones cada emoción merece ser comprendida como una vivencia humana distinta del resto. Por ejemplo nuestro arrepentimiento no es igual a nuestra culpa aunque tengan algo en común

Para Buechler las emociones funcionan como un SISTEMA y la intensidad de cada una afecta el nivel de intensidad de todas las demás. Por ejemplo cuando sentimos una alegría inmensa no hay angustia, o cuando tenemos miedo la ansiedad nos atenaza, o cuando estamos curiosos ante algo las otras emociones desaparecen. Un nivel de angustia excesivo supone un problema. Por eso es necesario tener en cuenta que las emociones tienen un nivel óptimo de intensidad.

Cuando Buechler plantea las emociones como el sistema motivacional primario de los seres humanos, ello supone una mayor flexibilidad, una mayor orientación, una facilidad para mantener hipótesis. Es cierto que los seres humanos tienen ciertas emociones fundamentales inherentes, pero no es menos cierto que estas emociones son moldeadas de manera particular en cada uno de nosotros. Todos hemos experimentado la vergüenza, pero no es lo mismo haber sentido vergüenza de forma intensa por burlas en el colegio que tener vergüenza por habernos sentido ridiculizados por nuestros familiares, lo que ha ocasionado que se nos haya teñido esa vergüenza de rabia o de ansiedad. Son diferencias interesantes a plantearnos cuando estamos en sesión, ya que pensamientos y sentimientos están mutuamente interconectados. Habremos de poner nuestra curiosidad al servicio de averiguar qué emociones y qué pensamientos aparecen en cada uno de nosotros en esas circunstancias. Por ello, una teoría de las emociones no puede obviar la multiplicidad de emociones que surgirán y evolucionarán en el contexto analítico. Y que, indudablemente influirán y/o tendrán que ver con lo que la autora trata de dar a conocer cuando habla de la necesidad de poseer una comprensión intuitiva de la variedad de experiencias emocionales de cada individuo, así como del impacto que tienen en nuestra historia personal.

De ahí que EL TRATAMIENTO ha de centrarse en todo el sistema emocional para saber cómo sentimos la vida y utilizar la fuente más poderosa de autorregulación que son las propias emociones y los roles que juegan en nuestras vidas. Un objetivo del tratamiento puede ser que el paciente mejore la habilidad para reconocer los matices de experiencias emocionales diferentes que hay en sí mismo. Para la autora es fundamental la creencia de que los sentimientos de una persona pueden afectar poderosamente a otras emociones. Esto es interesante cuando tenemos un paciente obsesionado con ciertos temas de carácter neurótico. Si el analista trabaja exclusivamente con esos temas dejaría de lado ciertos aspectos importantes de su vida emocional e interpersonal. Es más, normalmente los pacientes cuando tienen un malestar que les impide llevar una vida agradable de forma significativa, nos urgen para que ese malestar les desaparezca rápidamente como por obra de magia. Si tenemos en cuenta esta idea de que las emociones forman un sistema, y podemos reflexionar con ellos acerca de que una emoción regula a otras, al intentar profundizar en el bloqueo en el cual puedan estar interfiriendo varias emociones que se estén dando a la vez, y que probablemente ellos desconozcan, quizá podamos rebajar su intensidad, y se pueda transformar lo que de otra forma sería tedioso y probablemente inútil. No podemos curar la tristeza en situaciones de duelo por pérdida de seres queridos que han sido significativos, porque esa es una respuesta humana inevitable. Pero quizá si puedan explorarse otras emociones como la sorpresa, la curiosidad, la soledad, o compartir experiencias transferenciales que puedan deshacer otras del pasado que hubieran sido patológicas, alterando así el legado dejado por las experiencias traumáticas sufridas en la vida temprana, con objeto de proveernos de un contexto seguro e inofensivo. Y sobre todo y por encima de todo, está en juego la integridad y la autenticidad del terapeuta que tiene una idea de a dónde podrá dirigirse para tener un mayor provecho del tratamiento. Ambas son indispensables para cualquier curación. ¿Pero serían adecuadas para un paciente que viene con una situación de tristeza auténtica por el duelo de personas queridas? ¿Sería espontáneo?

La depresión, como tantas otras cosas por las que vienen algunas personas a terapia, no cambia hasta que la manera en que se vive la vida cambie... El tejido vital –las rutinas que componen el desgaste diario- ha de cambiar antes de que la vida pueda sentirse como diferente (página 71)

Buechler cree que la depresión es un tipo de enfado dirigido hacia el self. Quizá plantearse la creencia en una multiplicidad de estados emocionales y en un sistema complejo e interconectado de emociones puede dar el sentimiento de que las posibilidades son infinitas. Y eso sí puede tener un impacto en la mente del terapeuta cuando acude a sesión y tiene ante sí tal paciente. Ahí sabrá que existen muchos sentimientos que pueden traducir su situación depresiva. La autora se refiere a contextos de pacientes difíciles:

los infortunios no nos llegan en vacío, sino que los hemos superado con anterioridad. Además podemos centrarnos en aspectos de nuestra vida actual que se encuentran separados del sufrimiento.... e ir en consonancia con la idea de que las emociones existen en un sistema....y si consigo mantener vivos e intensos los estados de sentimientos positivos, regularán mi experiencia de los momentos difíciles y seré más capaz de sobrellevarlos y seguir con mi vida... todo lo que soy, incluyendo mi entendimiento de lo que es la emocionalidad saludable e ideal en los seres humanos, tiene un impacto en el intercambio clínico... (Página 59).

Comenta que tratar a otro en psicoterapia es una lucha por la vida frente a la muerte. Y apoya esta teoría cuando afirma: "Es necesario tener en cuenta las funciones motivacionales de las emociones y su funcionamiento como un sistema, así como su relación con la cognición y la experiencia formulada" (página 66)

La influencia del terapeuta

¿Cómo influye un terapeuta en la manera en que siente su vida un paciente? Se resaltan en esta obra aspectos muy importantes e interesantes sobre la influencia del terapeuta, tales como:

La vitalidad del terapeuta, sus impactos emocionales, sus emociones intensas interactuando con las emociones del paciente, su capacidad de enfrentarse directamente al dolor, al miedo con intensidades menores que las que vive el paciente

Compartir experiencias emocionales, y en ocasiones el esfuerzo del analista y del paciente por recuperar el equilibrio...

Los vínculos creados y las evocaciones interpersonales realizadas cuando clarifica, cuando le dice a sus pacientes que tienen razones para estar tristes o con miedo, cuando no les aconseja que tienen que ser más fuertes y aguantar, cuando añade algo nuevo, cuando mantiene su propio equilibrio, su empatía con el tratamiento, cuando ambos, paciente y terapeuta, se ven afectados profundamente

Todo esto ofrece una base para tener una relación con el mundo de forma renovada. Siempre prevalecerá el esfuerzo emocional del analista por estar atento en cada momento en averiguar cómo relacionarse con el paciente. Pero es un hecho que los analistas entran en contacto con todas las emociones posibles tanto las propias como las de los pacientes, ya que "cualquier cambio en cualquier emoción afectará al sistema de emociones entero" (página 52). Además es muy importante, que no olvide tener en cuenta los diferentes matices de cada sentimiento. Por ejemplo sentirse frustrado y no enfadado puede ayudar en la comunicación.

Cada analista pone un sello personal en cada tratamiento, y se ajusta de un modo personal a cada paciente. Esto tiene que ver con las propias experiencias vitales del analista y con el recorrido de su experiencia clínica. Pero a su vez el analista está moldeado por los valores de las personas que han influido profesionalmente en él y por el recorrido teórico que hayan hecho, así como por los distintos enfoques que se van recorriendo a lo largo de su práctica terapéutica. Y es cierto que tenemos una forma de reacción emocional diferenciada con cada paciente. Por ejemplo ¿por qué con unos podemos intercambiar emociones con más facilidad que con otros? ¿Por qué con algunos podemos tener autorrevelaciones, y esto no ocurre con otros? Los pacientes nos invaden con sus tensiones o con la intensidad de sus emociones aun antes de hablar, es más, la "pre-comunicación" gestual, la que nos anuncia los estados de ánimo del paciente y nos predispone en la escucha, esa nos penetra, nos suplica y nos insiste con la necesidad de una frase tranquilizadora como necesidad de calma, o como fuente de inspiración, o para poder salir de un impasse, o para sentirse básicamente mejor, o cuando los sentimos tranquilos, alegres, plétóricos tras ir experimentado sensaciones nuevas. Y también nos penetran otras veces con miradas acusadoras cuando les hemos fallado o cuando sienten que les hemos abandonado en su inmensa soledad, cuando se alejan, cuando se enfadan con nosotros. Entonces sentimos cómo nos agrandamos o cómo nos encogemos con ellos, cómo sentimos ternura o rabia, o cansancio o deseos de huir, o culpa por no preocuparnos lo suficiente, cuando nos necesitan tanto. Ponemos un nombre a las miserias de nuestros pacientes y a veces nos ponemos rígidos porque quizá sea más fácil eso que ponernos a gritar. De ahí lo interesante de lo que la autora habla de cómo a los terapeutas nos urge nutrirnos y fortalecernos cognitivamente y emocionalmente en todo aquello que pueda favorecer nuestra capacidad de relación interpersonal.

Sandra Buechler cuenta que cuando se acerca el final de un tratamiento con un paciente suele reflexionar con él acerca de las experiencias emocionales que han tenido y le pregunta qué es lo que cree que le ha influido más. Y esto porque afirma que la huella del terapeuta no se acaba al terminar la terapia, sino que el terapeuta será durante mucho tiempo una compañía invisible pero permanente. A lo largo del tiempo ha ido observando que los cambios pueden ser conseguidos de muy diferentes maneras. Por ejemplo la calma del terapeuta puede ser una manera de crear fronteras emocionales, y destacar el contraste con la inquietud del paciente. Al regular esa inquietud, la calma del terapeuta podrá aportarle más que la verbalización formulada, al transmitirle que hay más de una manera de ser humano. Entonces es cuando se adquiere conciencia del contraste entre un tú y un yo, lo mismo que se aprende que hay distintos tipos de familia y distintas formas de interacción cuando conectamos con otras familias, otros amigos, otros vecinos. Dice Buechler:

una de mis creencias fundamentales respecto al tratamiento es que el insight a menudo sigue al cambio, en lugar de precederlo. Únicamente cambiando la manera en la que funcionamos, podemos comenzar a entender por qué nos comportábamos así. Por tanto, para poder facilitar el insight primero he de ayudar al paciente a cambiar su comportamiento. (pág. 81).

Es curiosa la frase que dice: "siempre hay algo importante que aprender de cómo cada uno de nosotros volvemos a

nuestro equilibrio emocional después de cada interacción con otros” (página 28). Conocemos así cómo es nuestro funcionamiento natural y cómo nos ajustamos a los otros.

Pero si hay una infinita variedad de experiencias emocionales e interpersonales ¿cuál es la teoría que podemos implementar para que se realicen cambios profundos? Podría ser que la teoría ayude a que podamos tener una comprensión, un entendimiento del momento clínico en el que nos encontramos. La autora defiende que “cada uno de nosotros tiene una “teoría” aunque no conscientemente formulada sobre qué es lo que nos fortifica emocionalmente para afrontar la condición humana...” (pág. 59)

Las autorrevelaciones

Acerca de este tema Buechler se plantea muchos interrogantes. ¿Pueden ser una muestra de compañía? ¿Pueden resultar algo parecido a una venganza? ¿Cuál es su impacto? ¿Son una forma de compartir emociones? En la observación minuciosa de nuestra tarea, observamos que hay pacientes que nos mueven a utilizar con más facilidad este tipo de confidencias que otros. Y por la misma razón algunos terapeutas tienen más o menos facilidad que otros para utilizar las autorrevelaciones. ¿Qué patrones emocionales, que necesidades interpersonales se despiertan? ¿Podemos hablar acerca de este tema sobre los límites del rol del analista? ¿Son algo que interrumpe el discurso reflexivo del paciente? ¿Cómo han de hacerse para que no resulten iatrogénicas? A una compañera le he oído hablar de lo ocurrido en su análisis personal cuando la terapeuta le hizo una autorrevelación sobre el tema que estaban tratando. La paciente, hoy terapeuta, cuenta que nunca lo pudo hablar con su analista porque ésta se resistió. Aun hoy día, pasados muchos años le ha quedado como una experiencia dolorosa e incomprensible. Es verdad que con ciertos pacientes compartimos estados de curiosidad, de deseos de nuevos conocimientos, nos sentimos libres para explorar e indagar, nos sentimos libres de otros agujeros negativos y nos podemos parar a pensar. Con ciertos pacientes es fácil porque nos mantienen interesados a ambos, tienen afán por indagar, notamos que podemos retrotraernos a otros momentos y a distintas experiencias de curiosidad, a contextos donde nos hemos movido anteriormente. Igualmente sentimos cómo difieren si en nuestros recuerdos de experiencias tempranas estos contextos han sido valorados como interesantes y hemos sido reconocidos por ellos, o si por el contrario hemos sido tenidos como inútiles y faltos de interés.

La motivación humana

Una teoría de la motivación humana basada en emociones nos puede ayudar para entender algunos comportamientos de ciertos pacientes y poder atender a sus variables personales, a su historial emocional y a las diferentes respuestas emocionales de sus cogniciones. Asimismo podremos estar indagando con curiosidad por qué a un paciente le ocurren ciertos detalles que nos cuenta, y le escucharemos con una mente abierta y teniendo en cuenta variables emocionales interpersonales que pueden estar interactuando en ambos, terapeuta y paciente. Porque tenemos en cuenta la historia interpersonal, qué es lo que nos mueve ante un hecho que se presenta, cómo nos enfrentamos ambos a esa cognición de acuerdo a cómo nos afecta personalmente, y cómo tendemos a reaccionar emocionalmente a hechos que han puesto en movimiento capacidades intelectuales.

Diferencia Buechler si la motivación humana está basada en pulsiones o en emociones. Afirma:

las pulsiones evocan por regla general un patrón fijo de comportamiento y presentan una cualidad cíclica, es decir una progresión inevitable desde un aumento hasta una descarga, repitiéndose dicho ciclo. En cambio cuando la motivación está basada en emociones éstas son más variadas, no determinan comportamientos específicos y no tienen por qué ser necesariamente cíclicas...Emociones como el miedo, la vergüenza, la culpa, la curiosidad y muchas otras, pueden variar la experiencia de una pulsión sexual o agresiva (página 39).

En otro momento comenta:

no quiero pretender que entro sin ninguna creencia sobre el comportamiento humano en general...el analista ha de ser capaz de moverse de aquí para allá, entre el momento clínico presente y una teoría flexible y compleja de la motivación humana (pagina 42).

Y como analistas, podríamos añadir sobre esto que también ha de moverse sobre los patrones individuales de ambos, analista y paciente. Porque las emociones humanas tienen un poder motivacional y para que nuestros pacientes puedan ser transformados de forma significativa necesitarán ser inspirados por una experiencia emocional, ser “tocados” emocionalmente para ser conmovidos emocionalmente.

Las emociones poseen cualidades adaptativas

Por ejemplo ante los exámenes un cierto nivel de ansiedad nos puede ayudar a que estemos más alertas. Si ese umbral es excesivo nos bloqueará y nos hará fallar. Si tenemos curiosidad por algo nos agudizará la percepción de detalles. La culpa nos puede ayudar a reparar errores cometidos en las relaciones interpersonales. Si al estrés le podemos poner al lado emociones interesantes como por ejemplo recibir ciertas alegrías o poner un pensamiento creativo, será más fácil

establecer un equilibrio. Pensando en esto los analistas tendremos concepciones clínicas distintas de normalidad y patología, de salud y funcionamiento ideal en las sesiones de psicoterapia, en aquello sobre lo que prestaremos más atención, en lo que averiguaremos, en lo que recordaremos, en lo que responderemos. Porque no nos fijaremos sólo en la problemática que expresa el paciente, aunque si se tenga en cuenta, naturalmente, pero entenderemos cuál es el lenguaje de lo que nos está diciendo el paciente en ese momento a través de sus emociones, siendo éstas actos significativos que no puede llegar a expresar. Es decir le conoceremos mejor y sabremos la función interpersonal e intrapersonal que tienen.

Los sentimientos como lenguaje emocional del paciente

Las emociones son nuestra primera lengua y vamos aprendiendo el impacto interpersonal de las mismas a medida que vamos creciendo. Cuando un paciente viene herido, algo se le ha quedado bloqueado por el camino: De ahí que nuestro objetivo no es curar el sentimiento intenso bajo el cual se presenta. Bromberg en 1998 avisa de que eso sería problemático porque sería curarle de una parte, aunque por supuesto necesite aprender a regularse. Fonagy hablará de fallos en la mentalización afectiva (citados por S. Buechler en esta obra). Ella comenta que nuestro objetivo será explorar ese bloqueo, nuestra misión será entender cuál es el sentido de esa emoción intensa que traspasa al paciente, es decir cuál es el significado de su lenguaje emocional actual. Será prestarle atención a ese lenguaje, saber leer las emociones del paciente porque está comunicando algo que necesita y que no sabe, algo que debe de haber quedado bloqueado quizá en su desarrollo temprano. Los pacientes necesitan poder hablar desde distintas emociones y de forma menos extremada, es decir poder utilizar variados medios de expresión, variadas formas de impactar unas emociones sobre otras. Pero dice la autora que no podemos obviar en las sesiones de psicoterapia que las propias capacidades del terapeuta aumentarán o limitarán las emociones del paciente, y esto lo propone como algo fundamental a conocer y que interesa aprender sobre todo aquellos que empiezan a dedicarse a la clínica.

El envejecimiento

Sobre este tema se plantea ¿qué puede delimitar nuestra fuerza emocional para afrontar la vida? ¿Con qué contamos cada uno para soportar las pérdidas potenciales, las miserias, o las dificultades médicas y emocionales del envejecimiento? Algunos se dirigen hacia la religión, y/o al trabajo y/o a las relaciones humanas para obtener fuerzas y para sentir que nuestras vidas tienen sentido" (página 59). Nosotros nos relacionamos con un banco de memoria emocional: ¿cómo es sentirnos enfadados?, o ¿cómo nos recordamos alegres? o ¿cómo tendemos a experimentar tristeza? Y cómo ciertos impactos nos producen desactivación mental. La curiosidad salva o puede ralentizar. Y eso fija en nosotros una identidad de quiénes somos para nosotros mismos aunque apenas lo formulemos de esa manera. Es cierto que pensar marca la diferencia.

El concepto de *enactment*

En muchos momentos a lo largo del libro aparece esta idea de la influencia del *enactment* y lo que significa en el tratamiento. Dice Buechler:

considerando las emociones como un sistema nos puede ayudar a explicar el poder de los enactments en el tratamiento. Las puestas en acto cambian el equilibrio de las emociones de cada uno de los participantes intensificando algunos sentimientos a expensas de otros. Ponen de relieve un aspecto de lo que las dos personas significan el uno para el otro (pág. 20).

Y más adelante: "Es consistente con la teoría de las emociones diferenciales entender el insight como algo que sigue al cambio emocional y comportamental, en lugar de algo que se crea, tanto en el tratamiento como en otros ámbitos de la vida" (pág. 63). "La habilidad de permanecer en contacto con los sentimientos de uno mismo ha sido considerada como algo vital para permanecer libre de una depresión alienante" (Spiegel 1980, pág. 66).

Hablando de los *impasses* o de los *enactments* que se producen en algunas sesiones de análisis cita la autora a Sullivan (1956) que los describió como la niebla que envuelve a algunos tratamientos (pág. 271)

La empatía

¿Qué entiende Sandra Buechler por empatía? ¿"Sentir hacia el interior de...?", ¿"sentir con..."? No, eso para Buechler sería el comienzo de la empatía. Ante situaciones tensas, difíciles, o especiales podemos ponernos en contacto con nosotros mismos a pensar si hemos sido arrastrados por lo que cuenta el paciente y por qué, o si hemos podido escapar de esa situación y por qué. De ahí que afirma que la verdadera empatía sería "sentir hacia afuera desde" y no "sentir hacia el interior de" o "sentir con". Es decir pensar hacia fuera, hacia lo que ha pasado, hacia darnos cuenta de cómo nos hemos sentido, y ponernos en contacto con los propios recursos emocionales que tenemos para afrontarlo. Es lo que marcaría la diferencia para Buechler. Esa sería la verdadera empatía para ella. Por otra parte se plantea que cuando empatizamos con los problemas de un paciente, ¿con qué parte del paciente empatizamos, con la parte de la problemática por la cual nos llega, es decir su rabia, su malhumor, su tristeza... o con la parte sana que llegamos a conocer tras unas sesiones?

Buechler enfatiza al aspecto interpersonal de la empatía en cada emoción según la intensidad variable en cada una de éstas. No es lo mismo una empatía unida a ansiedad, que empatizar con la tristeza, o la vergüenza o con la esperanza. Por eso cuando hablamos de la empatía necesitamos definir si se trata de la empatía unida a la ansiedad, o es unida a la

tristeza, o a la vergüenza. Y cita a varios autores sobre esto. Al decir de Ferenczi, es nuestra subjetividad la que tiñe lo que percibimos. Y siguiendo a Ferenczi y a los intersubjetivistas nuestra propia subjetividad tiñe lo que percibimos. Sin embargo Sullivan diferencia la ansiedad de todas las demás... Para Sullivan la ansiedad se desarrolla por el contagio con el cuidador, el cual no puede ayudar a regular al niño. Y además la ansiedad es la única que no puede ser regulada por otras emociones, a las que deja incapaces de ejercer influencia reguladora e interfiere con las habilidades cognitivas (pág. 75). Es cierto que empatizar con un paciente airado es distinto a empatizar con alguien que está muy triste y esto en la clínica puede tener efectos saludables o todo lo contrario, romper el vínculo de ambos, terapeuta y paciente. Dice en cierto momento: "me resulta igual de automático registrar lo que siento que respirar. Normalmente no necesito poner atención en ninguno de ellos." (pág. 70)

Para Sullivan *la ansiedad* es una emoción diferente de las demás porque se transmite tempranamente de manera diferente. "La ansiedad temprana del niño se experimenta por medio del contagio" (Sullivan 1953, citado por Buechler en la pág. 74). Es la conexión empática del niño con su cuidador la que lo procura. Por tanto Sullivan la singulariza y la privilegia entre las otras emociones y la hace responsable del impacto en otros aspectos de la experiencia de cada uno de nosotros a lo largo de la vida. Y este desarrollo de la ansiedad lo sitúa en el proceso de socialización, cuando el niño ha de ponerse en contacto con experiencias interpersonales. Es básicamente el cuidador ansioso quien contagia y el niño contagia a su vez al haber sido contagiado. Además afirma que la ansiedad no puede ser regulada por otra emoción porque interfiere en las habilidades cognitivas, incluso puede paralizar este efecto regulador que tienen otras emociones, con lo cual el niño poco puede hacer para librarse de ella. Sandra Buechler enfatiza la naturaleza interpersonal de la ansiedad y lo importante que es poder comprender cada emoción como un fenómeno separado, dato este sobre el que ella se refiere en varias ocasiones, afirmando que diferentes emociones se comunican de maneras diferentes. Cada emoción tiene una historia propia en el individuo y afecta a la consciencia de una manera única. Esto se puede ver cuando estamos ante un paciente explorando cada una de las emociones y observamos cómo ha sido la experiencia de cada una de esas emociones a lo largo de su vida.

Tomando la empatía como un proceso interpersonal, es interesante no perder de vista cuál es la emoción más involucrada con ella. Buechler distingue lo que ella llama empatía activa y reguladora como diferente a una empatía pasiva y especular. Y defiende que no es suficiente para la transformación de un paciente, tener la idea original de la empatía como un espejo en el que uno comunica al otro sus emociones. Efectivamente para meterse en el estado emocional de un paciente ha de suponerse que el terapeuta es un agente activo en el equilibrio de sus propias emociones y esto como medio de poder ayudar al paciente a que se equilibren las suyas. La autora refiere a Blechner que tiene la idea de que la empatía no consiste sólo en sentir lo que el otro siente. Arlow dice que eso es un primer paso, lo importante es entender y conceptualizar eso que siente. Ello supone, pues, un proceso activo. Y tal y como cree Ferenczi se trata de no quedarnos en ese primer paso, sino que invita a continuar en un segundo paso, que sería pasar a la acción como medio de lograr un nivel más alto en la transformación del paciente. El problema que se plantean algunos autores es si facilitar un cambio comportamental supone estar dentro de la técnica analítica y si un intercambio emocional es propiamente análisis. Pero la autora lo defiende como un medio de reequilibrio emocional, como un aprender en la contratransferencia algo de nuestro propio proceso, del de nuestros pacientes y por tanto de su forma de relacionarse.

Un paciente conocerá cómo se relaciona y por qué lo hace así. Y a su vez el analista conocerá qué es lo que está ocurriendo por dentro de él ante esa forma de relacionarse el paciente, su rabia, su sentirse maltratado, el no ser tenido en cuenta, y reaccionará a eso con los mecanismos disponibles según sea su historia personal. A su vez pondrá en marcha sus herramientas profesionales para sostener al paciente y poder recuperarse para aguantar lo que siente. Y con ello reequilibrarse emocionalmente. Será una reflexión posterior la que dará luz y conocimiento sobre esos procesos con claridad y dará lugar por una parte a un mayor autoconocimiento del analista y a un crecimiento en el propio aprender de la variedad de emociones que pueden haber aparecido y en las variadas herramientas de que ha dispuesto: curiosidad para saber cómo se efectúa ese proceso activo, satisfacción por los logros obtenidos interpersonalmente, placer, comprensión de sí mismo, reducción de la ansiedad de los primeros momentos, centrarse en las posibilidades de respuesta que tiene, y que las puede controlar, en lugar de estar centrado en las dificultades que aparecen en el paciente, que esas quizá no las pudo controlar. El proceso activo de la auto-recuperación empática del analista la entiende Buechler como una manera de autoprotección y al mismo tiempo en beneficio del paciente, a la manera, comenta ella, de cómo los pájaros mastican la comida antes de dársela a las crías.

Y en referencia a la empatía en la contratransferencia añade: "para mi la empatía se ve presa a menudo por la recuperación del analista de la contratransferencia como para poder escuchar selectivamente temáticas en el material del paciente que resuenan con su propio proceso de recuperación" (pág. 90).

La empatía contratransferencial con una emoción fuerte hace que sea difícil empatizar simultáneamente con otros sentimientos que pueden ser de igual importancia al tratamiento. Cambiar nuestra perspectiva de la empatía para que refleje una comprensión de las emociones separadas puede ayudarnos a pensar de manera más clara (pag.94).

La vergüenza

Es de mucho interés en la tarea terapéutica por ser un aspecto importante de la experiencia humana, pero la mayor parte de las veces no aparece o lo hace de forma enmascarada. Y raramente se le da un carácter interpersonal. El miedo a ser considerado como inferior, como poco listo, como teniendo alguna característica negativa que los demás no tienen, el miedo a ser avergonzado es lo que paraliza, lo que bloquea, lo que deprime. Y esto mismo lo relaciona con el uso del diván: "¿cuando se prefiere el diván por sus ventajas técnicas y cuando es una forma conveniente para evitar enfrentarse literal y figurativamente a la vergüenza?" (pág. 110)

Buechler habla de tres tipos de vergüenza:

Vergüenza conectada a la ansiedad

Vergüenza conectada a la ira

Vergüenza conectada al arrepentimiento y la culpabilidad

Ha de diferenciarse en la situación clínica con qué otra emoción va cargada o aparejada la vergüenza porque el trabajo será más eficaz que si se analiza sola. Ella analiza distintas conexiones que pueden darse en situaciones de vergüenza:

La vergüenza, quizá en si misma sea el foco de tratamiento menos gratificante.

La vergüenza de la vergüenza

El miedo a la vergüenza. Puede ocasionar una posibilidad o una dificultad para la creación de un clima de conexión interpersonal

La vergüenza y la culpa. Cita ejemplos de pacientes. Uno que decía: siento que me he fallado a mí mismo, tengo tanta preocupación por cómo me evaluarán los otros, qué pensarán de mí, que no puedo pensar en lo que realmente soy o lo que realmente quiero y eso me hace sentirme mal. O por ejemplo cuando un terapeuta siente culpa por haber fallado al paciente no ayudándole a superar ciertas dificultades, esa culpa del terapeuta afectará a la vergüenza del paciente

La vergüenza y la curiosidad. Si el terapeuta siente curiosidad ante una cierta situación, el paciente será impactado en su vergüenza de forma diferente y con más facilidad para reflexionar.

La vergüenza unida a la ansiedad. La considera como la forma más temprana de la vergüenza y por ello es donde se siente más indefensión porque significa querer hacer algo y no poder.

La vergüenza y la disociación. La vergüenza puede llegar a funcionar como una especie de micro-trauma que provoque una disociación momentánea, en la cual una parte de la experiencia se desconecte de la memoria.

La vergüenza y la envidia.

La vergüenza rabiosa. Por ejemplo: alguien que se siente tratado en desventaja injustificada y de forma injusta en su vida. Con los pacientes parece más interesante preguntarse por las emociones que actúan junto a la rabia o la ira que quedarse en la propia rabia o ira. Suele funcionar bien buscar con el paciente cadenas de palabras que signifiquen lo mismo.

La vergüenza y la inseguridad que hace cerrar la mente a asimilar cualquier cosa que pueda aumentar la

vergüenza.

La vergüenza y el arrepentimiento. Se puede entender de varias maneras: arrepentimiento por dejar pasar oportunidades en algún trabajo, u otras situaciones en las cuales en el arrepentimiento se mezclan tristeza y culpa. Por ejemplo cuando ha habido pérdidas significativas que podíamos haber evitado y que han sido debidas a nuestro propio fracaso, al no haber estado a la altura de un ideal de conducta, o en alguna relación. Son estas dos, la tristeza y la culpa las que generan el dolor del arrepentimiento. La autora se detiene en el arrepentimiento por actos de omisión o actos desafortunados cometidos con nuestros pacientes en la terapia, al haber hecho algo irresponsable o inadecuado, y por las oportunidades que perdimos.

Si sentimos que perdimos oportunidades importantes para fomentar una vida más rica en alguien que nos importa, el arrepentimiento parece inevitable. Pero la manera en que pensamos en nuestro arrepentimiento importa porque afecta a las emociones que acompañarán al mismo (página 178).

La vergüenza y la supervisión. Hay poco escrito sobre este tema, sobre cómo son las reacciones emocionales de los supervisores con los supervisados y los pacientes que éstos presentan. Buechler comenta cómo puede haber distintos factores que influyan en que se hagan ciertos comentarios o no: discusiones sobre teoría que acaben en comentarios sobre los autores, los estilos actuales del cuidado de la salud y su influencia en los analistas, el proceso de entender lo que nos ocurre, las pérdidas por parte de los pacientes, un tipo particular de soledad, la estimulación de la curiosidad.

La vergüenza traumática. El paciente no puede seguir oyendo porque no puede asimilar todos aquello que pueda incrementar su vergüenza

El amor como contrapeso de la vergüenza. Lo presenta como una forma de modular las diferentes formas de la vergüenza, como forma de mitigar el miedo del paciente y el del analista, o como el amor del analista y el amor a si mismo del paciente mitigando el enfado. "El amor es como una vía de tren avanzando en paralelo a la vergüenza" (pág. 136). Los pacientes perciben que nos preocupamos realmente por ellos, que nos importan mucho, que queremos que puedan ser ellos mismos, sin censuras, sin temores, tal cual son, espontáneos, tal como se perciben y nos perciben, y diciendo lo que les viene a la mente con toda espontaneidad.

Otros temas que relaciona con la vergüenza son:

El reconocimiento de la naturaleza interpersonal e intrapersonal de la vergüenza

Las funciones adaptativas de la vergüenza

Cómo poder contrarrestar y regular la vergüenza,

cómo renunciar a las defensas contra la vergüenza

Ayuda mucho el hecho de compartir la vergüenza en la situación de análisis porque no hay juicios, ni críticas, ni miedos, ni temores. Y donde el terapeuta no tiene miedo a que aparezca esa vergüenza. Incluso pueden ser analizadas otras emociones que incidan en el campo de la vergüenza, como la rabia o el sentimiento de inferioridad. Al trabajar esas es posible que pueda ir desapareciendo la vergüenza, ya que ésta nunca va aislada sino que suele ir unida a un abanico de otras emociones. Y además cada persona presenta características diferentes al sentir la vergüenza. Será interesante

analizar las fuentes de cada una de las emociones que afectan o inciden en la vergüenza. Es verdad que todos podemos sentirnos inadecuados pero las reacciones que se suscitan en cada persona son diferentes y tienen que ver con nuestras propias historias personales

El impacto de la vergüenza en la generación de pensamientos puede ser tan intenso que quede bloqueada la cognición. La vergüenza que más nos afecta y nos hace sentirnos débiles es a menudo un juicio contra nosotros mismos al sentir que no damos la talla. Anticipar la vergüenza es peor aun que la realidad. Podemos tener un efecto en cualquier emoción centrándonos en otra dice Buechler (2004). Asimismo, las emociones de dos personas tienen un impacto entre ellas. Por ejemplo mi vergüenza afecta a tu ira y tu ansiedad tiene un impacto en mi culpabilidad

Supuesto que las emociones no van nunca solas, sino que hay una activación de varias, cuando se trata de emociones positivas que regulan a la vergüenza, esta puede ser más fácil de llevar. Por ejemplo cuando la vergüenza se regula con la curiosidad puede ayudar a plantearse interrogantes del por qué se da un comportamiento de cierta manera y no de otra; y lo mismo cuando la vergüenza va acompañada de la esperanza.

Dice Buechler “¿quedan algunas personas “inundadas” más fácilmente por las emociones intensas o solo con ciertas emociones combinadas”? (pág. 124)

La experiencia de la vergüenza, como sentimiento de inadecuación e indignidad, es diferente según el contexto emocional interpersonal en donde tenga lugar. No es lo mismo un contexto de ansiedad que un contexto de curiosidad, o un contexto culpable. Por eso es tan importante analizar ese contexto emocional e interpersonal en las múltiples interacciones entre el yo y los otros, así como en el contexto en donde se produce, incluyendo el historial de vergüenzas del paciente, sus otras emociones, y los sentimientos de su terapeuta. Por ello es más útil e importante ordenar primero las emociones que acompañan a la vergüenza, que empezar por ésta.

“Lo que negamos o rechazamos se convierte en una fuerza adversaria que nos aleja de nuestra fuerza” (pag.170).

Las emociones que acompañan a un sentimiento pueden alterar drásticamente su impacto. Me parece que algunas combinaciones pueden ser especialmente paralizantes para muchos de nosotros. Una configuración de este tipo es la vergüenza o un sentido de insuficiencia/inadecuación y el arrepentimiento, entendido como la tristeza y la culpa ante un resultado que podría haber sido mejor... puede que no seamos capaces de enfrentarnos plenamente a lo que también necesitamos esconder intensamente...Desde este punto de vista el psicoanálisis interpersonal y relacional le ha hecho a nuestro campo un gran favor. Por lo menos para muchos de nosotros creo que ha cambiado el equilibrio de los sentimientos del analista ante la posibilidad de tener sentimientos contratransferenciales intensos. La vergüenza de la contratransferencia, la necesidad de esconderla, y el sentido de inadecuación por una intensa emocionalidad se ha alterado mediante la ubicación de una gratificación en la capacidad del analista de revelar afectos a los colegas de profesión y, al menos a veces, al paciente... es decir, si nos sentimos menos avergonzados de nuestros sentimientos hacia los pacientes, ya sean de arrepentimiento, ira, disfrute, ansiedad u otros afectos, podemos ser capaces de integrarlos dentro de nosotros mismos, y dentro del diálogo interpersonal (página 180- 181).

La alegría

La alegría la podemos encuadrar en las emociones agradables. La alegría de cada uno de nosotros está incrustada en nuestra historia personal y al mismo tiempo es una experiencia humana universal. Buechler nombra a Ekman, 2003 como líder teórico de las emociones. Pues bien, éste dice algo muy interesante:

no sabemos mucho todavía sobre la mayoría de las emociones agradables; casi todas las investigaciones sobre emociones, incluidas las más, se han centrado en las emociones negativas. La atención se ha centrado en las emociones cuando causan problemas a los otros o a uno mismo. Como consecuencia, sabemos más sobre los trastornos mentales que sobre la salud mental (pág. 194).

Y cita a Heisterkamp, el cual afirma que en general se evita mencionar la alegría con los pacientes por culpa de la cultura psicoanalítica. Por el contrario Kohut está fuera de esta tendencia cuando “enfátiza que las experiencias de alegría son centrales para el desarrollo del niño, a su propio ritmo, de un sentimiento de cohesión del self” (1977)... y es también crucial que tengamos experiencias de ser “el brillo en los ojos de la madre” (1971, pág. 195)

Ha de diferenciarse la alegría del placer. La alegría afecta más al self completo y el placer se refiere a una parte del self. La alegría como experiencia emocional es distinta del placer y más extensa. La persona con alegría nota que se revitaliza, que posibilita la aparición de pensamientos creativos y multiplica la capacidad de generar nuevos recursos y la capacidad de recuperación. Y como dice Mitchell (1993), citado por la autora: “nos volvemos más fuertes cuando podemos incluir más Sí mismos dentro de nosotros mismos” (pág. 200). Dice Buechler “abrimos a la alegría de nuevos Sí mismos contiene un sentimiento de estabilidad” (pag. 200) Y la alegría ayudará a contrarrestar vergüenza, ansiedad, el dolor, el temor de sentirnos insuficientes, potenciará la confianza en la propia seguridad de no sucumbir, de poder enfrentarnos con determinación en lo que nos parezca muy difícil, ayudará a soportar nuestras limitaciones, nuestras decepciones. Y todo ello porque la alegría puede ser considerada como una valor. Supone que a pesar de ver las dificultades de la vida, los inconvenientes y las amarguras, gracias a este sentimiento esto se puede transformar, se puede trascender, puede

sentirse la esperanza, la capacidad de perdonar, se pueden tener deseos de seguir adelante. Se deja de emplear tiempo en regodearse de lamentos negativos dándole vueltas y más vueltas, y se prefiere emplear la energía buscando un antídoto que modifique experiencias negativas. La situación analítica brinda una buena oportunidad para la alegría, una segunda oportunidad, el descubrimiento de nosotros mismos, la emoción de triunfar frente a las dificultades. Los esfuerzos ante obstáculos que han podido ser desalentadores en un principio, cuando la perseverancia vence, son ocasiones de alegría inmensa tanto para pacientes como para analistas. Fromm, 1976, citado por Buechler afirma que "la alegría es lo que experimentamos en el proceso de crecimiento que nos acerca a la meta de convertirnos en nosotros mismos".

La pena

Se refiere este capítulo a la pérdida y distingue tres tipos de pérdidas,

Pérdidas de los seres queridos

Las esperanzas perdidas de sintonizar con otros, las pérdidas de trabajar con un encuadre, con un tiempo marcado

Nuestra propia mortalidad.

Acerca del tema de la pena y el duelo la autora formula muchos interrogantes: ¿qué parte del self perdemos cuando una persona significativa muere?, ¿cómo determina el analista qué es lo normal y cuál lo patológico en el duelo de un paciente? ¿Cuáles son los beneficios que tiene para la salud el hecho de experimentar la pena? ¿Cuáles son los componentes emocionales de la pena? ¿Cuáles son las emociones que harán el dolor insostenible? ¿Cuáles son los límites del duelo normal? ¿Qué puede añadir el terapeuta al paciente que experimenta una situación de duelo?

La autora propone que dado que gran parte de nuestro tiempo pasa sin que tratemos sobre la pena-duelo, cuando se da esto será buena ocasión de trabajarlo. La finalidad es unir aspectos emocionales que estén probablemente separados. Y eso tanto de aquellos que fueron co-creados con la persona perdida, como los aspectos que se pueden aflorar del self con ese motivo y que antes pueden haber estado truncados o incompletos o restringidos. De esta manera se podrá volver a despertar todo lo que en algún momento hubo. Pero se tratará en todo caso de un cambio, no de una disminución. Como ocurre con los demás sentimientos la pena ocasiona la disminución de otros. Por ejemplo ante la pérdida significativa, los enfados pueden desaparecer por insignificantes. ¿Qué perdemos con la muerte de un ser querido? Destaca como importante distinguir la tristeza de la pena y de la depresión. Mediante el tratamiento se da una excelente oportunidad para tratar con las pérdidas.

Otra cuestión es cómo vive el terapeuta las múltiples pérdidas que significan los pacientes a los cuales se les da/dió el alta. ¿Cómo soporta estas experiencias que son repetitivas?

Lo interesante en todo caso es no negar la profundidad que suponen nuestras pérdidas. Porque es cierto que para cada uno de nosotros no hay consuelo ni fácil compensación porque no hay nada que pueda sustituirlo.

La ira

Cuando Sandra Buechler habla de la ira, hace referencia también a temas como la culpa, la responsabilidad interna, la disposición de escucha y tolerancia con los otros. Y considera un paso valioso que en la formación personal del analista se incluya la habilidad para expresar los enfados cuando se está con los pacientes, porque no es incompatible la expresión del enfado con seguirnos sintiendo válidos personalmente como psicoterapeutas y no tiene por qué tambalearse nuestro propio self. La autora distingue entre ira y odio. El odio supone un sentimiento de aniquilación y no una oposición como sería la ira. Y hace relaciones con otras emociones como la vergüenza, la rabia a veces silenciosa, el temor, con reacciones ante el abandono y la separación, con orgullo, con reparación, con empatía, con una firme determinación en la lucha por la supervivencia, con la crítica, la rivalidad, con los enactments, con la lucha entre confort/rebelión, con la venganza, el control de ciertas situaciones, con el poder que el otro intenta o consigue tener sobre uno mismo. Considera muy interesante poder trabajar la ira en la sesión de psicoterapia y crear habilidades de transformación en el paciente. Es preferible reflexionar en lo que nos ocurre en situaciones de ira que tratar de evitarla, porque se pueden crear criterios y actitudes que capaciten en el tema de las relaciones interpersonales. Y considera que es un buen indicador que en las sesiones de terapia los pacientes puedan tolerar las reacciones negativas del analista. Citando a Winnicott, afirma que está claro que habrá que ver el estado del paciente y su capacidad para tolerar o no ciertas confrontaciones, sin que por ello haya de estarse más pendientes de andar con mucho tacto que de conocer la verdad de lo que ocurre interpersonalmente.

Y asimismo, es muy interesante que el terapeuta pueda contactar con su propia ira, qué es lo que le provoca del paciente, qué relación tiene con su historia personal, y preguntarse cómo el tratamiento le hace sentir, si pueden ambos, terapeuta y

paciente, en momentos de impasse, poner en juego la curiosidad. Y conocer y sentir a veces la ira, ya que puede invadir tanto que ocupe todo el sentimiento de uno mismo. Ahí habría que tener cuidado sobre cómo se trabaja porque experimentar la ira puede tener un riesgo grande. Ella aconseja que el límite de comprender y asumir la ira estará en tanto en cuanto no nos impida sentirnos a nosotros mismos y pueda ser un recurso fortalecedor que centre y cohesionese. Aconseja asimismo que nos hagamos expertos en reconocerla y podamos manejar su poder y tener muy claro que podemos oponernos a otro sin necesidad de destruir nada. Ahí está la diferencia.

En niños la ira ha de comprenderse como una respuesta temprana a encontrar obstáculos.

Sugiere tener bien en cuenta que cada uno de nosotros, en nuestro trabajo, tiene su propia teoría sobre cuándo una emoción es saludable y hasta cuánto y hasta cuándo resulta anormal. Y como siempre ha de verse su relación con las experiencias de nuestra historia personal, no sólo familiar, sino con la influencia de los profesionales con los que nos hemos formado y las lecturas que hayamos hecho. Y yo estoy muy de acuerdo con esto y también tiene que ver con los cambios que a lo largo del tiempo hayamos ido evolucionando en nuestro trabajo hacia nuevas formas de hacer psicoterapia, con lo que hemos ido aprendiendo de las nuevas investigaciones y los hallazgos de autores con los cuales nos hemos ido nutriendo. Y esto mismo a su vez tiene que ver con nuestro estilo personal de pensar, de elegir y con nuestros gustos y nuestras actitudes. Sobre este punto personal de cuándo pensamos que una emoción es saludable y hasta cuánto lo podemos considerar normal, Buechler se pregunta:

¿Cómo de deprimido puede estar alguien y aun así lo podemos seguir considerando normal? ¿Cuánta ansiedad es calificada como patológica? ¿Bajo qué circunstancias la intensidad del dolor por una pérdida, o el miedo ante el diagnóstico clínico, o los celos ante el amante, o la rabia ante una injusticia, desencadenan nuestro juicio sobre que la emoción no es una respuesta normal? ¿Cuándo es patológica la ausencia de emoción? Cada uno tiene su propia guía para estos juicios personales (pág. 281).

Al nombrar la intensidad de las emociones, la adecuación o no según en el contexto donde se producen, y la adecuada/inadecuada modulación cognitiva de la emoción, ella habla de usar nuestras propias respuestas emocionales como un criterio, no formulado explícitamente, de normalidad o no. Vendría a ser como una teoría de valores, creencias, pensamientos, estilo y metas de tratamiento construidos en nuestra cultura concreta y en nuestro ambiente concreto. Por eso el impacto de la ira, la censura, la crítica sobre cada uno de nosotros es diferente. Y no se puede decir que somos neutrales ante muchos temas porque cada uno vamos construyendo una teoría personal sobre las formas saludables y patológicas de la ira, de la hostilidad, de la agresión, del enojo, de la irritación. Y lo mismo que con éstas, ocurre con la culpa, con la vergüenza, con la soledad, con la curiosidad, la envidia, el miedo, la ansiedad y otras muchas. Y esto es considerado muy pocas veces por los clínicos, así como el efecto producido en las sesiones de psicoterapia. Hay multitud de ejemplos que la autora muestra en esta obra y en anteriores suyas sobre la neutralidad analítica cuya lectura resulta muy amena y confirma el por qué de sus afirmaciones.

Incluso llega a hablar de la ira como co-creación de ambos participantes, paciente y analista y no sólo de uno de ellos. Y también habla de tendencias de ira relacionales, pero no cree en la identificación proyectiva como una forma que el paciente tenga para depositar su ira en nosotros como si fuéramos "contenedores neutrales esperando ser llenados con las experiencias del paciente" (pág. 294).

La formación de futuros analistas

Dedica unas páginas muy interesantes acerca de los criterios que pueden ser convenientes que tengan, sobre lo qué significa pensar, sentir y responder de forma analítica y cómo profundizar en la capacidad de promover el crecimiento personal como base del tratamiento. De ahí la importancia que da a la hora de formar a los futuros analistas en el trabajo de los diferentes sentimientos que se co-crean en la relación interpersonal como parte del repertorio humano, así como de emplear mucho tiempo en cultivar estos aspectos, creando habilidades y cualidades cognitivas y descubriendo talentos y fortalezas emocionales específicas que se puedan utilizar terapéuticamente.

Finalmente reflexiona acerca de conceptos del pensamiento psicoanalítico, tales como

La escucha analítica, sus características y la diferencia con la escucha de cualquier conversación. La concentración necesaria, "la atención a varias capas de significado de forma simultánea", así como los acontecimientos interpersonales que tienen lugar en la sesión, emociones, defensas que entran en juego. Y eso mismo utilizarlo en situaciones de supervisión

¿Qué significa pensar analíticamente y las diferencias con cualquier otro proceso de pensamiento

La observación participante. Buechler la propugna como necesaria para ambos, paciente y analista, en

contraposición a Sullivan quien se refirió a este aspecto para ser utilizado más por el terapeuta. Incluso le parece bueno señalarlo en voz alta con el paciente justo en el momento en que se dé una situación apropiada. Y ve que según se realice esta observación, puede conducir a cambios en la interacción participativa

Lo que denomina "*las elecciones pasivas*" de los pacientes cuando dejarían pasar sin analizar situaciones emocionales de su vida cotidiana que puedan ser interesantes y que al obviarlas podrían constituir una zona de déficit. De ahí la necesidad de motivarles a que puedan poner interés en conocerlas. Y eso mismo lo señala también para los terapeutas, para que sean activos ante situaciones con pacientes en las que la tentación sería dejar pasar situaciones incómodas o que causan temor.

Facilitar la creación de *un lenguaje compartido*, palabras, frases que se co-crean en las sesiones, que sólo ambos conocen, que generan cierta complicidad, que dan un tono afectivo y un sentido específico al usarlas. Suponen la creación de un facilitador terapéutico de confort, incluso de modulador de la soledad del trabajo.

Trabajar en el nivel preconsciente como medio de añadir algo nuevo de lo que le ocurre al paciente, en forma de idea corta y siendo co-creada, de manera que se establezca una conexión con su pasado y lo pueda evocar. Y, además, según nos dice Buechler, porque centrarse profundamente fuera de la consciencia del paciente cuando interpretamos pueden resultarle ideas demasiado desconocidas o ajenas.

Se plantea la idea de *cómo influye la teoría psicoanalítica* en nuestro proceso de pensamiento mientras trabajamos, y cómo moldea nuestras decisiones clínicas si aplicamos sobre un paciente modelos de diferentes autores, por ejemplo si aplicamos el modelo de Kohut o de Sullivan, o de Winnicott. (pág. 328) A este respecto yo añado a autores que por mi experiencia son teóricos referentes actuales. Por ejemplo, si aplicamos el modelo de los sistemas motivacionales de Hugo Bleichmar (1), o si queremos profundizar en una teoría contemporánea de los sueños y seguimos a Rosa Velasco (2). Son estos, autores, todavía en activo, los que nos van ofreciendo marcos teóricos producto a su vez de las distintas lecturas de otros autores de los cuales ellos se han impregnado y a través de los cuales nos ofrecen su experiencia práctica. Ellos son ese "coro interno" del que nos habla Buechler y cuya idea sigue con tanta fidelidad y hace tan magnífica interpretación Donna Orange cuando habla del trabajo con los pacientes devastados en su artículo *El guardián de mi hermano* (2013) (3), son ellos los que nos puede llevar clínicamente en direcciones distintas. "Cada modelo propone una serie de habilidades interpersonales, patrones cognitivos y fortalezas emocionales... ya que no existe un modelo único que actualmente domine el pensamiento psicoanalítico" (pág.331)

El coro interno. Es una idea que ha desarrollado a través del tiempo y que define como "los objetos internos que portamos en nuestras cabezas, quienes nos ayudan a soportar los esfuerzos que requiere nuestro trabajo por medio de frases memorables que capturan su sabiduría particular" (pag. 335). Son frases, actitudes, creencias teóricas, voces, entusiasmo o un toque particular que incluye a las diversas personas tanto en el campo profesional como en el campo personal, y a teorías que han pasado por nuestra vida y que han sido significativas y de las cuales hemos sido influenciados. A este respecto recuerdo que Atwood hablando en una videoconferencia en Ágora Relacional (Madrid) de la psicoterapia como ciencia humana (2104)(4), también nombraba a sus héroes y hablaba de ellos igualmente con gran fervor y ayuda. Ellos, y lo mismo el "coro interno", nos puede ayudar a sentirnos menos solos y menos inseguros cuando hemos de tomar una decisión, y cuando nuestra respuesta sea verdaderamente trascendente y haya de marcar una diferencia. Al acudir a ese coro interno nos sentiremos fortalecidos, sólidos y apoyados por esas personas que han sido y son significativas y que según Buechler, adquieren el papel de solistas en cada uno de nosotros. A continuación va desgranado autores que son para ella personajes de su "coro interno".

Actitudes del supervisor. Cómo el supervisor pone en movimiento su patrón personal, su estilo de ver ciertos detalles como importantes o no y la utilidad dada a la contratransferencia como punto de información y no como crítica y juicio.

Las supervisiones

Al final hace unas reflexiones sobre el trabajo analítico y la supervisiones. Se refiere a las cualidades emocionales que requiere el trabajo terapéutico y cómo evitar sentirnos agotados debido a lo que nuestro trabajo de analistas se lleva de cada uno de nosotros, incluso por nuestros desalientos. También incorpora una teoría que denomina "teoría pus" que es cuando desde la cultura analítica y la popular se dice que las emociones negativas es mejor que salgan fuera, de ahí lo de pus. Ella sugiere como preferible que nuestras emociones sean una fuente importante de información, de curiosidad, de interés por conocerlas, de saber de ellas. No importa que alguien esté muy enfadado, o ansioso o culpable. Los

sentimientos no son peligrosos en su justa medida, son una fuente de conocimiento, de aprendizaje de las propias emociones, no es peligroso conocer nuestra intensidad emocional, no debe ser una amenaza, ni para nosotros ni para el paciente.

Comentarios

1.- Me ha parecido una obra realmente interesante para clínicos que comienzan su andadura y para los que llevan/llevamos mucho tiempo en la ardua e interesante tarea de la psicoterapia. Trabajar con las emociones de los pacientes, que ellos conozcan qué es lo que sienten, que conecten con ellas, que las puedan poner nombre, e incluso localizar el lugar corporal dónde se les produce, me parece una tarea sumamente útil y curativa. En los últimos años pongo mucha atención en esto y lo hago con verdadero afán. Por eso elegí este libro, el título estaba muy en consonancia con lo que hacía con mis pacientes y era una ocasión muy buena para seguir conociendo nuevas ideas sobre este tema. Y agradezco mucho a Alejandro Ávila y a cuantos han colaborado con él en la traducción al castellano de este libro que relaciona el psicoanálisis y las emociones.

2.- Me ha parecido muy interesante el concepto de que las emociones se sienten en cadena. Por ejemplo cuando algún paciente mío ha tenido un sentimiento de soledad interesará ver qué otras emociones se despiertan que estén relacionadas y que aparecen en ese momento de soledad y lo que esta soledad les ha despertado. Y que se llegue a producir lo que una compañera, en una situación de revisión de casos clínicos con Rosa Velasco (2) decía: cuando la paciente me contó eso en la sesión, sentí que en nosotras se había producido no una comunicación, sino una *comunidad interpersonal*.

3.- Y este tema de las emociones lo he relacionado con la idea que David Wallin transmite en su artículo sobre el apego: "*Heridas que deben servir de herramientas: la historia de apego del terapeuta como fuente de impasse y de inspiración*" (5). En él aconseja tener en cuenta que ante ciertas reacciones de apego de un paciente pueden aparecer en nosotros ciertas emociones que se producen según nuestros propios patrones de apego. Por ejemplo es probable que ante un paciente con apego desorganizado aparezca en nosotros la rabia, la impaciencia, la desesperanza, y un apego evitativo. Son las emociones de ambos las que se ponen en movimiento. Y es que cuando hablamos de emociones hablamos también de apego, hablamos del historial de reacciones de nuestro entorno, de cómo nosotros expresamos emociones y este historial forma parte importante de nuestra identidad. Cuando alguien ha sido caracterizado de pequeño como niño rabioso, de mayor lo seguirá siendo pero en mayores proporciones. ¿Y por qué? porque es probable que ese niño, este joven, esa persona adulta, haya ido conociendo desapego y rechazo en multitud de ocasiones. ¿Y cuál es la imagen que tiene de sí mismo?, ¿qué piensa sobre sí mismo?, ¿cuál es su identidad emocional? Posiblemente sienta inseguridad, poca confianza en sus capacidades, dificultad en sus expectativas de vida interpersonal y habrá creado estereotipos rígidos respecto a poder esperar apegos seguros. Ahí coincido con la autora cuando expresa: "el aspecto más poderoso de la interacción analítica puede ser una experiencia emocional que jamás es verbalizada o siquiera es formulada" (página 63)

4.- Es curioso y me llama mucho la atención de forma muy agradable cómo cuenta Buechler en primera persona sus emociones, sus sentimientos en diferentes situaciones, su confesión de las limitaciones en las que ha incurrido a lo largo de su vida profesional. Creo que puede ser muy estimulante esto para algunas personas que, como yo, podemos pensar y hablar de nuestras emociones, personas que como yo, encontramos que esto tiene un gran poder curativo con los pacientes. Y esto sí que es estar a cien leguas de ser el terapeuta neutro.

5.- Su lectura es muy amena y facilitadora porque siempre va poniendo pequeñas viñetas clínicas sobre lo que va teorizando, con las cuales se puedan entender con más facilidad sus ideas y sean más cercanas para el lector. Se nota su interés por la emoción de la curiosidad, a la cual recurre mucho y se detiene con mucho afán en ella, en muchos capítulos a lo largo de todo el libro

6.- Otro tema que me gusta mucho de Buechler es cuando habla del "coro interno" del analista como el resultado de todas las ideas imágenes, que hemos ido tomando de los distintos profesores, supervisores, analistas, autores que hemos leído, de lo que hemos oído y que hemos ido haciendo nuestro. A ese "coro interno" acudimos para ayudarnos en momentos en que necesitamos obtener el equilibrio de nuestra experiencia emocional. Me parece una magnífica idea para compensar la intensa formación a que estamos "sometidos" todos los terapeutas en el devenir de nuestra profesión. Ella habla más de frases, de lecturas, etc. Yo añado a eso las imágenes. Me parece muy útil y una forma de mantenernos en un proceso activo en la psicoterapia. Y a tenor de ello este libro de emociones de Sandra Buechler me hizo relacionarme con otros autores. Y al estilo de lo que hace Sandra Buechler haciéndonos conocer las personas de su "coro interno", yo también puedo decir que Hugo Bleichmar, pertenece a mi "coro interno". Hacer análisis con él supuso un cambio total en mi vida, hubo un antes y un después. Con él supe muchas cosas de mí, de mis valores, de mis capacidades, de mis emociones, de mis gustos, de mi afición por la psicoterapia y de lo que disfruto trabajando con pacientes.. Su frase: ante un paciente con dificultades hemos de pararnos a pensar qué le pasa a ese paciente para que haga lo que está haciendo. Eso se presenta ante mí en numerosas ocasiones que me sirven para no juzgar y comprender. Algo parecido le he oído a Ramon Riera decir: qué le tiene que pasar a un individuo de pequeño para que la vida le merezca la pena y qué le tiene que pasar para que se tenga que defender organizando la patología. O cuando escribe en su libro *La conexión emocional* (2011) (6)

lo que más valora un paciente de un terapeuta es que éste sea honesto, que tolere la incertidumbre de no saber y la vergüenza de equivocarse, y que también sea capaz de mantener de forma auténtica y sin simulaciones una actitud de interés y esperanza en el cambio (pág. 219).

Él también pertenece a mi "coro interno". Y con Kohut me uno a la idea de que la empatía es la única herramienta que permite validar la certeza de las teorías que vamos formulando sobre los pacientes. Y de esta empatía habla mucho Buechler. Y asimismo este libro me ha hecho conectar con lo que le he oído en muchas ocasiones a Rosa Velasco, revisando la clínica, acerca del impacto que en pacientes produce una detención en el desarrollo emocional. Y cómo desarrollar mente en las sesiones de terapia, puede después ayudar al paciente a protegerse. Ella también forma parte de mi "coro interno". Yo, lo mismo que nos decía Alejandro Ávila en la introducción, he sido impactada por muchas de las ideas de Sandra Buechler. Y esto porque en mí había un caldo de cultivo creado anteriormente. Alejandro, con su paciencia conmigo en alguna ocasión, lo cual agradecí mucho, y con la imagen de su constancia en lo que emprende, también forma parte de mi "coro interno". Y mi abuela Remedios. Ella fue siempre un referente para mí de reconocimiento y de disposición a ayudar. Y la señorita Manolita de la clase de párvulos que puso mucha paciencia y entusiasmo para que yo aprendiera a leer.

Los que llevamos bastantes años en este trabajo de psicoterapia experimentamos cuan significativo es conocer nuestra influencia emocional con el paciente, y cómo es un elemento esencial en el tratamiento. Y sabemos también que conviene poner el énfasis en que un elemento principal en el proceso de cambio en la psicoterapia es no sólo ir viendo qué traumas y sus secuelas, que por supuesto esto también, sino que lo que servirá y mucho, -aunque sea lo más sordo, lo más invisible pero quizá sea lo más eficaz-, es que desde el principio y a lo largo del tratamiento el paciente note que puede confiar en que el analista sabe por su experiencia que pueden recorrer los caminos de experiencia emocional a los que él teme sin que se quede sumergido en el fondo de un pozo. Y que el paciente puede ir viendo que en esos momentos de recorrer heridas el analista está muy a su lado, que ir con él le va a suponer una manera nueva de tener compañía. Es decir, algo esencial en la cura es el resultado de la implicación emocional, ir dando un giro a sus emociones fuertes y que acompañado, puede ir viviéndolas en sentido contrario. Cuando siente una actitud de respeto y de querer entender lo que le pasa, una actitud de valoración genuina de su capacidad de luchar y no rendirse, cuando siente que se le valida su inteligencia..., esa interacción de actitudes emocionales son impactos fuertes que han ido abriendo nuevos circuitos procedimentales que a él le resultan más atractivos, más fáciles y que poco a poco se van haciendo automáticos. Y quiere decir que hemos ido logrando que ciertas emociones dominen menos porque vamos recurriendo a otras emociones iguales o más potentes que son las que van cogiendo el mando

7.- A mí me parece que son muy bienvenidas investigaciones hechas acerca de las emociones desde el psicoanálisis y cómo poder reconocerlas, sentir las y después transformarlas. Transformarlas formará parte de la toma de conciencia de nuestra autonomía, del conocimiento del Si mismo y de la elección de lo que podemos o no hacer para cambiarlo. Me ha gustado este libro porque se trata de una autora que investiga sobre el mundo intrapsíquico pero dentro de un contexto interpersonal, no aisladamente en el mundo interno. Aprecio y mucho la valoración que se está dando en los últimos años al contexto interpersonal en autores como Sandra Buechler, Hugo Bleichmar, Stephen Mitchell, George Atwood, Robert Stolorow, Donna Orange, Joan Coderch, Alejandro Ávila, Carlos R. Sutil y tantos otros que han ido pasando por delante de mí y a los que sigo con mucho interés.

Referencias

(1) HUGO BLEICHMAR (Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular-transformacional. Publicado en la revista *Aperturas Psicoanalíticas* nº001), www.aperturas.org

"Recent work by Hugo Bleichmar" fue publicado en el *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56, 295-304 (2008). Traducido y publicado con autorización de la revista con el título La obra reciente de Hugo Bleichmar. Publicado en la revista *Aperturas Psicoanalíticas* nº030, www.aperturas.org

BENZION WINOGRAD. El Modelo Modular Transformacional. *Revista "Psicoanálisis: Ayer y Hoy. Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*. Buenos Aires- Argentina

HUGO BLEICHMAR (1997): *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Paidós. Barcelona.

HUGO BLEICHMAR: El Enfoque Modular. Conferencia realizada en el COP (Colegio Oficial de Psicología de Madrid) el 14/06/2013

(2) ROSA VELASCO. Seminarios Clínicos impartidos con el tema "Cómo Utilizamos Los Analistas Contemporáneos La Producción Onírica De Los Pacientes". Sesión Científica de la Sociedad de Psicología de Barcelona (SEP). Cursos 2015 y 2016

ROSA VELASCO (1999): «El sentiment de vergonya». *Rev. Catalana de Psicoanàlisi. Vol XVI no 2*. Barcelona.

ROSA VELASCO Trabajando con lo Implícito. *Revista Clínica e Investigación Relacional*, (CEIR) volumen 6 (1).

ROSA VELASCO. “*Arte para dar cuenta del dolor del pasado*” Ponencia presentada en la 6ª reunión de Asociación Internacional de Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. Sección España (IARPP-E) . Cáceres Mayo de 2014

ROSA VELASCO . Ponencia presentada en el congreso de la Asociación Internacional de Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. (IARPP)- Roma 2016. HIF (Hora de Interacción Filmada) “*Formas de revitalización entre padres e hijos*”,

(3) DONNA ORANGE: El Guardian de mi hermano. *Revista Clínica e Investigación Relacional*, (CEIR), Volumen 10 (1) Febrero 2016.

(4) GEORGE E. ATWOOD La psicoterapia como ciencia humana: Estudios de casos clínicos que exploran el abismo de la locura, *Revista Clínica e Investigación Relacional* CEIR Vol. 8 (3) – Octubre 2014

(5) DAVID WALLIN. “Heridas Que Deben Servir De Herramientas: La Historia de Apego del Terapeuta Como Fuente de Impasse y de Inspiración”. Artículo enviado como lectura previa a la videoconferencia impartida en Barcelona el 14/11/2014,

(6) Ramón Riera: *La Conexión Emocional* (Ediciones OCTAEDRO, Barcelona. Mayo de 2011)

6.465.708 visitas