

## Las emociones en la práctica clínica con un caso ilustrativo<sup>1</sup> (Seminario clínico)<sup>2</sup>

Realizado por Sandra Buechler<sup>3</sup>

En este trabajo, sugiero que, para poder llevar a cabo el trabajo, ambos participantes en el tratamiento necesitan tener acceso a una gama completa de emociones. Mientras que en ocasiones las emociones pueden llegar a niveles insoportables, en intensidades más bajas son ingredientes esenciales en toda vida interpersonal. Hoy hablaré de cómo creo que unas pocas emociones específicas juegan un papel vital en el tratamiento psicológico. También sugeriré que las emociones son los moduladores más poderosos de otras emociones. Sin el poder de un profundo cambio emocional, no creo que ni los clínicos ni sus pacientes puedan mantener la suficiente motivación para el tratamiento y aguantar el dolor que a veces conlleva.

En primer lugar, quiero comentar brevemente algunas de mis presupuestos básicos sobre la contratransferencia de las emociones en el tratamiento, ya sean agresivas, de alegría u otras. Creo que cada uno de nosotros tiene una “teoría” emocional, aunque normalmente esté mayormente sin formular (Stern) y no somos conscientes de sus bases. Esto es, cada uno de nosotros tenemos un conjunto de creencias sobre cuáles son los sentimientos normales: cuándo; su intensidad y lo que es normal expresar. Esta “teoría” tiene un gran impacto en nuestro enfoque en la sesión, nuestra comprensión global de los objetivos del tratamiento, la salud emocional y patología. Por ejemplo, cada uno tenemos creencias sobre la pena “normal”. Si alguien nos llega habiendo sobrevivido a la pérdida de la pareja de toda la vida hace un mes, *versus* alguien que llega habiendo sobrevivido a la pérdida hace 10 años, posiblemente tengamos distintas expectativas, haremos preguntas

<sup>1</sup> Texto para la primera parte del Seminario Clínico con Sandra Buechler en Ágora Relacional, Madrid, 6 de Octubre 2018, para el Programa de Formación en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional. Traducción castellana de María Hernández Gázquez.

<sup>2</sup> Referencia para cita de este trabajo: Buechler, S. (2019). Las emociones en la práctica clínica con un caso ilustrativo. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(1): 32-43. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2019.130103

<sup>3</sup> Sandra Buechler, Ph.D. (New York) es Analista Didacta y Supervisora en el William Alanson White Institute. Supervisora en el Programa postdoctoral y de Residentes del Columbia Presbyterian Hospital, así como en el Institute for Contemporary Psychotherapy. Entre sus obras: *Valores de la Clínica: Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico* (2004, 2018); *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes: Experiencia emocional en el contexto terapéutico* (2008, 2015); *Permanezco ejerciendo: Las alegrías y angustias de una carrera clínica* (2012); *Comprendiendo y tratando pacientes en Psicoanálisis Clínico: Lecciones desde la Literatura* (2015) y *Reflexiones psicoanalíticas. Formación y práctica* (2018).

diferentes, y tendremos una actitud distinta sobre lo que estamos oyendo. Pero, ¿de dónde sacamos nuestras nociones sobre cuánto tiempo de duelo es normal (ver Joan Didion - "The Year of Magical Thinking")? De forma similar, ¿Cuál es la expresión normal de la ira, o del miedo en un niño a partir de los 9-11 años? ¿De dónde salen estas creencias? ¿Cómo impactan nuestro enfoque en una sesión? Cuando un paciente me dice que no está interesado en su mujer, lo que ocurre después depende del juego sutil de nuestras creencias sobre las emociones en las relaciones. Si pregunto cuántos años llevan juntos, estoy implicando que el tiempo con frecuencia afecta las emociones entre las parejas. Si lo trato como un problema, o no digo nada, lo que haga o no haga, expresará mis creencias y valores sobre lo que hace que una relación funcione. Es importante que los clínicos hagamos nuestras hipótesis sobre las emociones sanas de forma consciente, y examinemos sus orígenes. No creo que importe si vienen de Freud, o de Joan Didion, o de nuestras abuelas, pero sí creo que importa si las hemos observado.

1. Las emociones, ya sean más o menos dolorosas, tiene sus funciones. Para cambiar una experiencia emocional debemos primero comprender su función en el patrón global de la vida humana. El miedo a la vergüenza, por ejemplo, puede funcionar como una motivación muy poderosa para evitar que una de mis pacientes beba demasiado y sea violenta con sus hijos. Su miedo de que esto se haga público es parte de lo que la retiene de poner en escena este comportamiento.

2. Con frecuencia las personas vienen a tratamiento queriendo sentir menos ansiedad o ira, o vergüenza, o más amor, esperanza, curiosidad. Las emociones no son termostatos que se puedan subir o bajar. Como dijo Henry Krystal, tenemos que dejar de poner la atención en los signos, y poner la atención en el significado de los signos. Normalmente el problema está en cómo la persona está viviendo su vida, no solo en las emociones resultantes. Cuando la forma de vida cambia, las emociones cambiarán. Otra forma de decir esto es que las personas con frecuencia vienen a tratamiento para perfeccionar su neurosis, no a cambiarla, o que vienen para lograr un mejor resultado, pero no para cambiar como viven. Un paciente de un supervisado por mí quiere controlar sus expresiones faciales emocionales mejor. No está, en primera instancia, interesado en lo que significan, sino sólo interesado en lo que le comunican a los demás.

3. En general, las emociones son unas de las fuentes más poderosas de motivación humana. Aprendemos, sobrevivimos, nos relacionamos, nos movemos para poder sentir algunas cosas y evitar otras.

4. Todas las emociones son potenciales fuentes de información para uno mismo y para los demás.

5. Cuando el analista transmite sus respuestas emocionales, éstas son estímulos, ya que pueden evocar datos adicionales del paciente.
6. Cuando se transmiten las emociones del analista éstas pueden, por si mismas, ser terapéuticas en que permiten al paciente vivir la experiencia de tener un impacto interpersonal.
7. Cuando se transmiten juiciosamente, las emociones del analista pueden desmitificar el proceso.
8. El analista debe, en todo momento, utilizar sus propios sentimientos para mantener su compromiso y estar involucrado en el proceso analítico, y a comunicárselo al paciente. Las emociones por parte del analista con frecuencia son tomadas por el paciente como una expresión de cuidado, aunque sean emociones negativas.
9. A veces la expresión por parte del analista de sus reacciones emocionales genera un nuevo tipo de experiencia para el paciente, que entonces se puede explorar. El paciente puede no haber tenido mucha experiencia con alguien que esté presente emocionalmente y que sea expresivo.
10. Es posible que el paciente pueda tolerar mejor la ansiedad de explorar temas nuevos, de miedo o embarazo en la interacción con un clínico responsivo emocionalmente.
11. A veces el transmitir nuestros sentimientos es respetuoso con el paciente, ya que implícitamente le hace responsable de su propio impacto sobre otra persona.
12. La comunicación de los sentimientos por parte del analista puede aliviarle de la interferencia de sentimientos no-expresados, y por tanto contribuir a crear unas condiciones de trabajo más productivas.

## La Alegría

Sentirse como parte de la humanidad es una forma de comprender lo que trae momentos de alegría. Lo llamo el "antídoto universal" porque creo que puede jugar un papel vital modulando nuestras experiencias emocionales más dolorosas. La alegría nos hace sentir que podemos volar por encima de los obstáculos frustrantes. Contrarresta la parálisis de la depresión y el empequeñecimiento de la pena. Su potencial para vivir momentos en los que se para el tiempo nos libera de la ansiosa constricción. Interludios de alegría nos ayudan a liberarnos de la vergüenza, culpa, pena y miedo, e invertir de nuevo

en una vida más plena. Como clínicos, me parece importante preguntarnos cómo podemos ayudar a los demás, y a nosotros mismos, para acceder al poder de la alegría.

Vemos como el niño al que queremos da su primer, tambaleante paso y sonreímos. Como otras personas, el analista y el paciente celebran la emoción del triunfo sobre los obstáculos. Sugiero que esta emoción puede ser considerada una de las muchas formas de alegría, y creo que puede enfatizar la experiencia analítica de cada participante. El análisis provee muchas oportunidades para ver logrados algunos desafíos, mientras otros son evitados, a lo mejor a la espera de un futuro crecimiento. El analista escucha al paciente cómo excava para encontrar una verdad sobre él, a lo mejor avanzando dolorosamente. De forma similar el paciente puede oír la batalla del analista hacia una mayor autenticidad. No importa lo que resulte por el momento, el esfuerzo mismo puede ser una ocasión para un tipo de alegría (“Marcando la diferencia...” p 205-6)

En otros lugares, he explorado las fuerzas y poderes reparadores naturales de la alegría (Buechler, 2002b). En un sentido general, la alegría humana se puede comprender como “un sentido de armonía y unidad con el objeto de la alegría, y en alguna medida, con el mundo. Algunas personas han informado que en la alegría eufórica tienden a perder su identidad individual, como en el caso de algunas experiencias místicas asociadas con la meditación” (Izard, 1977, p.271). En otras palabras, la alegría puede ser un producto de desprendernos de nuestro habitual sentido del aislamiento e individualidad única (Buechler, 2012, en “Still Practicing,” p. 181).

## El arrepentimiento

El arrepentimiento (y el miedo anticipatorio del arrepentimiento) se pueden ocultar, pero es una parte extremadamente significativa a lo largo de toda nuestra vida. Me resulta extraordinario lo poco que lo nombramos como un factor en tratamiento. ¿Cuántas veces cada uno de nosotros hemos mirado atrás y deseado habernos fijado en una palabra, un tono, una expresión facial que posiblemente nos hubiera ayudado a desbloquear mucho más? Los clínicos tenemos tantos “camino no elegidos” cada sesión, ya que cada momento viene con una infinidad de elecciones sobre en qué poner nuestra atención, a qué le damos privilegio, a qué respondemos, dejamos pasar, recordamos, etc. Tenemos muchas oportunidades para el lamento, pero también, la misma cantidad de oportunidades para reparar. El concepto de reparación es cada vez más importante para mí, personal y profesionalmente. Lo abordo aquí desde varios ángulos, incluyendo la idea

(tomada de fuentes religiosas) que esa reparación<sup>1</sup>, se puede alcanzar a través de una forma de auto-integración, así como una integración del individuo con una comunidad más amplia.

*Algo que no he hecho, por W.S. Merwin*

¿Cómo soportamos nuestros propios arrepentimientos, y ayudamos a otros a soportar los suyos? Creo que Merwin capturó el sentimiento de sentirse atrapado por el fantasma o las lamentaciones.

Como clínicos, creo que con frecuencia podemos marcar una diferencia sustancial en la vida de nuestros pacientes si estamos dispuestos a enfrentarnos a nuestros propios arrepentimientos y a los suyos, sin esperar evitar el dolor, pero esperando que existan formas para la expiación.

En su poema, "Algo que no he hecho", W.S. Merwin captó la esencia de muchos de mis arrepentimientos.

Algo que no he hecho  
me está siguiendo,  
no lo he hecho una y otra vez  
por lo que deja muchas huellas  
como la baqueta de un tambor que ha envejecido y que nunca ha sido usada.

Al final de la tarde lo oigo acercarse  
a veces emerge de un mar  
y se sube a mis hombros,  
y no le hago caso  
perdiendo otra oportunidad.

Cada mañana  
embriaga una parte de mi aliento para el día  
y sabe por qué camino  
estoy yendo,  
y ya no se ha hecho allí.

Pero una vez más digo que me voy a hacer con ello,  
Mañana,  
y añade sus pisadas a mi corazón  
y su historia a mi arrepentimiento

y su silencio a mi brújula.

Creo que Merwin tiene una relación conflictiva con su arrepentimiento ¿Cuál de ellos llegará a absorber todo el aliento de vida? ¿Cuál de ellos capturarán al otro? En sus encuentros más cercanos, Merwin fracasa en la aceptación de su arrepentimiento y, en cambio, trata de no hacerle caso "perdiendo otra oportunidad". Así, el tormento continúa.

Yo también estoy atormentada por algo que no hice con mi paciente James, cuyo suicidio describí en las primeras páginas de este capítulo. A medida que se acerca la hora de la sesión con ciertos pacientes, me prometo a mí misma que esta vez será diferente. Voy a encontrar el coraje y las palabras, para nombrar lo que siento. Pero entonces, en sesión, todo se envuelve en una niebla sombría y las palabras no vienen. Incluso antes de que se acabe el tiempo el fracaso se convierte en una conclusión inevitable. A pesar de intuir hacia dónde quería ir, mi inexpresividad, mi adversaria, llegó primero. Y lo peor de todo, el recuerdo de esta sesión perseguirá a la siguiente. ¿Y si este paciente es otro James? ¿Y si haber encontrado tan sólo unas pocas palabras más hubiera marcado la diferencia? ¿Y si no vuelvo a tener otra oportunidad?. (Buechler, *Marcando la diferencia...*, pp. 188-89)

## La Pérdida

Soportar la pérdida claramente es uno de los mayores retos de la vida. ¿Cómo podemos ayudar a las personas con esto?

1. Distinguiendo la tristeza de la depresión. La tristeza es una reacción normal ante la pérdida. No es una patología. La depresión, sin embargo, lo es. Es una gama más complicada de sentimientos, siendo la pena o tristeza uno de sus componentes. La depresión de cada persona tiene un patrón personal. No podemos generalizar entre tu depresión y la mía. Es posible que yo esté más avergonzada que tú cuando estoy deprimida.

2. Soportar bien la pérdida significa soportar sólo la pérdida necesaria. Así John Bayley perdió la presencia física de Iris Murdoch (Elogio por Iris) pero no su espíritu. Siguiendo a Freud, pensamos equivocadamente que el objetivo del duelo era desprenderse del objeto, para hacer lugar a nuevas conexiones. Esto estaba basado en un modelo económico, en el que había una cantidad finita de libido, y si estaba vinculado a una persona no estaba disponible para otros. Desde entonces hemos rechazado este modelo y

comprendemos que amar a alguien o el amor por uno mismo, puede *incrementar* nuestra capacidad para amar a otros. Así que el objetivo del duelo no es “superar” la pérdida, sino trabajar en una relación continua.

3. El tratamiento nos ofrece muchas oportunidades para trabajar sobre cómo soportamos la pérdida.

Un año después del 11 de marzo 2011, terremoto, tsunami, y colapso nuclear en Japón, un escritor del *New York Times* reflexiona sobre los efectos de los desastres. Citando los relatos publicados, Iyer (2012) concluye que muchos de los japoneses son capaces de ver que “la vida significa una participación con alegría en las penas del mundo” (p. 6). Los momentos de felicidad no borran las pérdidas, y las pérdidas no nos evitan conocer la felicidad. Ambas ideas se pueden sostener en la mente al mismo tiempo.

No pienso en la idea de trabajar con el duelo como “tratarlo”, sino en acompañarlo y trabajar con el paciente sobre sus otros sentimientos para que el dolor sea soportable (Buechler, 2015, “Understanding...” p. 109). Específicamente, mi propia creencia sobre el trabajo con la pena, es que estoy trabajando para ayudar al paciente a que realice el duelo sin llegar a estar clínicamente deprimido. Es decir, estoy intentando ayudar a esta persona a sentir la pena sin que se complique relativamente con la vergüenza excesiva, la culpa ni otros poderosos sentimientos autocríticos. Me parece que esta postura es similar en espíritu al pensamiento de Sullivan. Mi comprensión de Sullivan (1953, 1956) es que él creía que los seres humanos pueden encontrar formas de soportar si no nos abrumamos excesivamente por las “distorsiones paratáxicas” de nuestras experiencias interpersonales. Así, en este pensamiento, el tratamiento ayuda al paciente a acceder a la capacidad natural para sobrellevar la vida. De forma similar, pienso que los seres humanos pueden soportar la pena si *solo* es pena. Cuando se acompaña con vergüenza severa, culpa, u otros sentimientos debilitantes se convierte en una depresión paralizante.

Por ejemplo, en un estado de vergüenza no tenemos los recursos necesarios para sobrellevar la pérdida significativa. En la ausencia de emociones potencialmente reparadoras, y en la presencia de emociones que nos vacían del sentido del Self, no podemos mantener nuestro equilibrio emocional. Entonces “caemos” en la depresión (Buechler, 2015, “Understanding...” p. 111).

Mi énfasis interpersonal me lleva a tener una visión particular sobre la experiencia humana de la pérdida. Mientras creo que puede haber algún consuelo en retener una continuidad de relación con el “objeto interno”, no hay nada que pueda reemplazar el cuerpo de un otro vivo, sorprendente, cambiante y viviente. Aquellos que han perdido a un hijo, o compañeros de vida, o padres, o cualquier persona muy

significativa tiende a expresar esto mismo. Echan de menos el tacto, el olor, el sonido del otro. Quieren sentir de nuevo, lo que la *presencia* real de esa persona les hacía sentir. Nada puede devolverles ese *Self* que fueron, cuando el otro estaba aún vivo.

Quisiera añadir que creo que la pérdida es un proceso continuo, tanto en el tratamiento como en el resto de la vida. La pérdida máxima cristaliza nuestros sentimientos sobre los más sutiles pero penetrantes. ¿Cuántas veces, en una sesión, cada uno de nosotros perdemos un poco de la esperanza de ser realmente comprendidos? Cuando abrimos el periódico por la mañana, ¿cuánto de nuestra creencia en un mundo sano y humanitario se rompe en pedazos? Estas "micro-perdidas" se reúnen en el punto de la finalización del tratamiento, o en otras ocasiones de pérdida concreta. En estos momentos la pena se formula parcialmente, quizás, porque no habrá más oportunidades para recuperar lo que se ha perdido por el camino.

## I. Ilustración Clínica

Cuando Anne entró en tratamiento conmigo, estaba cansada de luchar contra impulsos suicidas. Deseaba superar ya el suicidio, y dejar que ocurriera cuando estaba conduciendo. O se imaginaba bajándose de la acera sin molestarse en mirar en ambas direcciones. Una mujer atractiva, bien vestida, enamorada de un hombre de su misma profesión e igualmente enamorada de su trabajo, su alegre apariencia no reflejaba en absoluto su oscura obsesión con la muerte. Desde fuera parecía que su vida estaba tan bien montada como sus estilosos conjuntos. ¿Por qué una joven mujer, aparentemente radiante de salud, tenía un impulso tan fuerte para terminar con su propia vida?

Gradualmente, Anne compartió conmigo parte de su obsesión con la muerte. Por ejemplo, cuando su marido salía de la ciudad en uno de sus muchos viajes de negocios, ella se imaginaba que el había contratado a alguien para asaltar su casa y matarla.

Pasarían muchos años, miles de sesiones, para que Anne revelara su traumática niñez. Incluso ahora, tantos años más tarde, aun siento que hay más por conocer. De lo que le entendí su padre era un sádico. Torturaba animales delante de ella y la obligaba a hacer representaciones para divertir a sus amigos. Un alcohólico que había tenido muchos amoríos, pasó sus últimos años solo, en una casa desordenada, llena de los inútiles cachivaches que coleccionaba. Gran parte de la niñez de Anne la pasó limpiando tras él, en muchos sentidos. Criaba perros y ella era responsable de su cuidado diario. Le encantaba escandalizarla utilizando a los perros para ilustrar posiciones sexuales. Solo recientemente Anne ha recordado algún buen momento con su padre, cuando le ayudaba con los deberes.

Pero estos recuerdos están totalmente sobrepasados por su comportamiento dañino tanto hacia Anne como hacia su madre. La mayoría de las fiestas las pasaba o escuchando a sus padres pelear o en esperas interminables a que su padre volviera a casa, con la comida especial, y el humor de su madre, simultáneamente arruinados.

Me resultaba más difícil comprender a la madre de Anne, aunque parece clara su tendencia a la depresión. Aunque era constantemente insultada por su marido, la madre no era solo una víctima maltratada. Ella trabajaba duramente en su profesión, haciendo que fuera posible que la familia se trasladara a una casa mucho más grande en una zona buena, cuando Anne era una joven adolescente, principalmente para que ella pudiera acudir a un buen instituto en la zona.

Anne se convirtió en la pareja de su madre, en más formas de las que al principio comprendí. Pasaban su tiempo libre juntas, saliendo al cine, cocinando, y trabajando ya que a Anne se le requería pasar todo su fin de semana ayudando a su madre. A Anne no se le permitía casi nada de tiempo libre para tener su propia vida social. Su única vía de salida era ser miembro de un club extra-escolar, donde sobresalía en muchas actividades al aire libre.

Anne no tardó mucho en contarme sobre las burlas de su padre y su miedo al escucharle llegar a casa. También sé que su madre la obligaba a dormir con ella, hasta bien entrada la adolescencia. Gradualmente comprendí como su padre resentía esto, y como él se metía sigilosamente en la cama con ellas, y probablemente dejaba crecer su erección contra el cuerpo de Anne. Tardé mucho más tiempo en darme cuenta de que la madre de Anne metía una de sus piernas entre las piernas de Anne, probablemente estimulando sentimientos sexuales en la niña.

Anne fue incapaz de objetar a esta situación hasta bien entrada la adolescencia, cuando finalmente le dijo a su madre que ya no podía dormir con ella más. No se volvió a decir nada sobre el tema. Anne nunca confrontó a ninguno de sus (ahora fallecidos) padres sobre este abuso.

El principal objetivo durante la niñez de Anne era mantenerse fuera del camino de su padre, e intentar que su madre sonriera. Aparte de pasar la mayor parte de su tiempo extra con su madre, limpiaba la casa, y hacía sorpresas especiales para que su madre comiera cuando llegara del trabajo. Poco a poco llegué a comprender lo desesperada que estaba Anne por mantener a su madre viva, por amor a su madre, pero también por terror a verse sola con su padre. Tardé años en ver los frecuentes gestos suicidas de la madre de

Anne, o quizás intentos reales, una vez casi ahogándose y una vez estrellando el coche, sobreviviendo con importantes lesiones.

Es llamativo, dado lo unidas que estaban, que Anne nunca ha llorado por la muerte de su madre tras una larga lucha contra el cáncer, ni ha sufrido un duelo de alguna forma que hayamos podido discernir. Una vez le pregunté por qué piensa que no ha sufrido un duelo y ella me dijo que era porque aun no creía que su madre hubiera muerto. Aunque desde luego no es psicótico, Anne dijo esto en un tono de voz muy contundente

## II El papel de las Emociones en el tratamiento de Anne

En primer lugar, debo aclarar que todo mi pensamiento se basa en la aplicación de la teoría de la emoción, la teoría psicoanalítica interpersonal, y mi propia experiencia, a la situación clínica.

### A. Premisas Básicas

1. Las emociones son los motivadores más poderosos en el ser humano. Pasamos a la acción porque tenemos curiosidad, amamos, tememos, odiamos, estamos solos y sentimos vergüenza. Las emociones nos empujan, y la experiencia emocional interpersonal, tanto dentro como fuera del tratamiento, con frecuencia nos cambia.

2. Las emociones son primariamente comunicaciones, tanto interpersonalmente como intrapersonalmente. Intrapersonalmente nos conocemos a través de nuestras emociones. Sin una conexión con nuestras emociones nos alienamos con nosotros mismos. Interpersonalmente, necesitamos leer las emociones en otros para sentirnos conectados.

3. Las emociones forman un sistema, donde la alteración en una emoción afecta el nivel de todas las demás emociones. Esto significa, por ejemplo, que si alguien entra deprimido en el tratamiento podemos tener un impacto sobre la depresión afectando cualquier otra emoción que el paciente siente. Si le ayudamos a sentir ira o vergüenza o curiosidad de forma diferente, esto afectará su depresión. Así no estamos atados a intentar modular la depresión, cuando posiblemente no tengamos forma de hacerlo.

## **B. ¿Cómo informan estas tres ideas mi trabajo con Anne?**

En primer lugar, mis creencias sobre la emoción me indicaban que una fuerte curiosidad y otras emociones poderosas podría disminuir la depresión de Anne. Evocar la curiosidad, que es una emoción, es un objetivo crucial en el tratamiento. La "actitud analítica" es un tipo de curiosidad que puede añadir una dimensión a toda experiencia. En lugar de solo sentir (X) yo puedo sentir (X) y también preguntarme porqué lo estoy sintiendo ahora. Esta dimensión adicional potencialmente cambia la vida. Anne es una persona altamente curiosa, y nuestro trabajo la ha ayudado a ser más curiosa, sobre sí misma y sobre los demás.

La idea de que las emociones forman un sistema me ha ayudado a enfocarme en la ira de Anne, y el impacto en su depresión. He notado que es más probable que tenga una ideación suicida cuando está enfadada conmigo o con su marido, especialmente cuando no es totalmente consciente de su miedo. Así que cuando habla sobre las fantasías de matarse busco en el material para encontrar algo sobre lo que pueda estar enfadada. Últimamente estas fantasías son muy infrecuentes, pero antes ocurrían con gran frecuencia. Creo que ha sido de ayuda la mayor conciencia y expresión directa de su ira.

Con Anne en general he confiado en una mayor experiencia emocional interpersonal como el mayor agente de cambio. Es decir, su creciente afecto por mí, su aumentada curiosidad, su mayor gusto por su matrimonio y sus amigos, la disminución de la soledad y un creciente sentimiento de orgullo por su competencia en el trabajo, han cambiado el balance general de sus sentimientos.

También tomo de la teoría de las emociones que las emociones, sin importar lo dolorosas que puedan ser, tienen su función. Para cambiar una experiencia emocional primero debemos comprender su función en el patrón general de la vida humana. El miedo a la vergüenza, por ejemplo, puede funcionar como una poderosa motivación para evitar que una de mis pacientes beba demasiado y sea violenta con sus hijos. Su miedo de que ésto se haga público es parte de lo que la retiene de poner en acto este comportamiento.

Para Anne, con el tiempo, su ira hacia sus padres ayudó a motivarla para vivir de forma más plena. Tras años de repasar recuerdos dolorosos, Anne vino un día y enfadada y dijo que no iba a dedicarles más tiempo. En sus palabras, no iba a darles ni un día más. Creo que su ira sobre cuánto de su vida ya habían dañado, así como otros sentimientos, la empujaron para intentar hacer de su vida desde ese momento, una vida mejor.

Con frecuencia las personas vienen a tratamiento queriendo sentir menos ansiedad o ira, o vergüenza, o más amor, esperanza, curiosidad. Las emociones no son termostatos

que se puedan subir o bajar. Normalmente el problema está en cómo la persona está viviendo su vida interpersonal. Cuando la forma de vida cambia, las emociones cambiarán.

### C. Otras Premisas Básicas

1. Sullivan dijo que un objetivo del tratamiento es ayudar al paciente a ser más capaz de aprender de las experiencias nuevas. Yo añadiría que, con frecuencia, el objetivo es ser capaz de aprender de las nuevas experiencias emocionales interpersonales.

2. Para facilitar ese proceso, el clínico y el paciente, ambos, deben ser observadores participantes. Ambos deben vivir cosas juntos, y luego pararse a reflexionar sobre lo ocurrido. Su alianza crece sobre esos momentos de vivir algo y observarlo.

3. Los seres humanos son inherentemente interpersonales, inherentemente curiosos, inherentemente emocionales. Nuestro trabajo no es hacer que nadie sea algo, sino ayudar a reducir obstáculos para el proceso natural de la vida. Sullivan creía que la mayoría de las personas pueden tener los recursos para sobrellevar su vida si les ayudamos con su "equipamiento para la vida", o habilidades básicas, especialmente la habilidad para comunicar de forma clara.

4. Creo que el tratamiento mejora enfocándose en los procesos defensivos lo antes posible. Esto es especialmente cierto con las defensas obsesivas, las cuales tienden a hacer que sea más difícil comprender el material, hasta que llegan a ser menos necesarias.

5. Para mí, tal y como desarrollé en mi libro "Comprender y Tratar a los Pacientes en Psicoanálisis Clínico: lecciones desde la Literatura", cada "diagnostico" no es una etiqueta o categoría de una persona, sino un nombre de cómo sobrellevar las dificultades de ser un ser humano. Cada uno de nosotros tenemos una facilidad para enfrentarse a la vida de forma paranoide, esquizoide, obsesiva u otras formas. Cada forma de "enfrentarse a" tiene un lenguaje característico y patrones de comportamiento. El funcionamiento esquizoide, por ejemplo, silencia la emoción, se aleja de la conexión y a menudo utiliza imágenes tales como estar separados de los demás, observar la vida desde fuera, sentirse alienado de los demás. Como clínico puede ser útil tomar nota de estos patrones, devolvérselos reflejados al paciente, y luego observarlos en uno mismo.

### NOTAS

---

<sup>1</sup> N.de.T.: En inglés *atonement* con la que hace un juego de palabras – at-one-ment – es decir, de una vez.