

Saliendo de la oscuridad de la inexperiencia de la mano de Sullivan y Buechler¹

Gerardo Pérez Alcaraz²

AMPPR, México

Comenzar la práctica clínica y ser un psicoterapeuta novato presenta un desafío emocional para muchos, ya que dar los primeros pasos en esta profesión genera ansiedad y un sentimiento de vulnerabilidad. En el presente ensayo, comparto las dificultades emocionales y terapéuticas que atravesé al comienzo de mi práctica clínica. Algunas nociones teóricas, y principalmente prácticas, tanto de Harry Stack Sullivan como de Sandra Buechler, han servido para sostenerme en la clínica, y me han ayudado a ubicar caminos de acción terapéutica. Especialmente, hago hincapié en la importancia de la curiosidad, no solo como una emoción, sino como un valor clínico que nos permite profundizar en la experiencia terapéutica y que, junto a la indagación activa, funcionan como herramientas centrales que nos guían frente a las incertidumbres y ambigüedades que conlleva la profesión. Salir de la oscuridad de la inexperiencia ha sido posible en parte a la calma, inspiración y orientación que estos dos autores me han brindado por medio de sus aportaciones.

Palabras clave: Indagación, curiosidad, ansiedad, Sullivan, Buechler

Entering clinical practice and being a novice psychotherapist presents a challenge for many, walking through the first steps in this profession produces anxiety and a feeling of vulnerability. This paper is meant to share the emotional and therapeutic difficulties I went through at the beginning of my clinical practice. Some theoretical, but mainly practical concepts from Harry Stack Sullivan and Sandra Buechler have helped me bear the struggles of the novice experience in the clinical setting and have also helped me locate paths for therapeutic action. Mostly, I emphasize on the importance of curiosity, not only as an emotion, but also as a clinical value that allows us to deepen in the therapeutic experience. Curiosity, along with an active inquiry, guide us ahead of the uncertainties and ambiguities of the professional work experience. Coming out of the novice darkness experience has been possible due to the calm, inspiration, and guidance that these two authors have offered me throughout their works.

Key Words: Inquiry, curiosity, anxiety, Sullivan, Buechler

English Title: Coming out of the darkness of inexperience at the hands of Sullivan and Buechler

Cita bibliográfica / Reference citation:

Pérez Alcaraz, G. (2022). Saliendo de la oscuridad de la inexperiencia de la mano de Sullivan y Buechler. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (2): 534-548. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2022.160212

¹ Este trabajo ha recibido el Premio del XI Certamen el Devenir del Psicoterapeuta, convocado por el Instituto de Psicoterapia Relacional, Madrid (2022).

² Psicólogo y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica relacional. Miembro de la Asociación Mexicana de Psicoterapia y Psicoanálisis Relacional (AMPPR). E-mail: perezalg8@gmail.com

Introducción

"La pericia del analista no consiste en tener las respuestas para el analizado, sino en disponer de preguntas que le ayuden a cuestionarse con mayor libertad"

- Hoffer, 1985, p.791 (citado por Stern, 1992)

Iniciarse en la práctica clínica no es una tarea sencilla, implica un gran desafío emocional. Situarse como novato en cualquier actividad generalmente produce ansiedad, especialmente afrontando una vocación tan humana como la nuestra en la que recibimos, tratamos y acompañamos a personas que abren íntimas capas de su experiencia que a menudo incluyen algún tipo de sufrimiento o malestar psíquico. De esta manera, me resultó abrumador comenzar a ser testigo de las tragedias inherentes a la existencia que atraviesan algunas personas. Naturalmente, ciertos miedos e inseguridades pueden despertarse en el terapeuta al embarcarse en el mundo de la psicoterapia ya que se enfrenta a nuevas y desconocidas experiencias que por supuesto le moverán en el plano afectivo. Aunque posiblemente es la etapa en la que más entusiasmo sentimos por la profesión, carecemos de la suficiente experiencia para afrontar una ardua labor. En mi experiencia, comenzar como psicoterapeuta trajo una experiencia emocional desagradable. Desde que se abrió este nuevo y aterrador mundo ante mí, sentí que no estaba lo suficientemente listo ni preparado; incluso llegué a dudar de mis capacidades y competencia. Me hallé en un estado de gran vulnerabilidad donde la ansiedad se adueñó de mí self. Me sentí incómodo, alejado de mí mismo y, en consecuencia, de mis pacientes. Recuerdo sufrir cada sesión, pero más su anticipación. La teoría me guiaba, pero sentía que no era suficiente para regularme emocionalmente y orientarme terapéuticamente. Era consciente de que esto que vivía presentaba un fuerte obstáculo en mi devenir como psicoterapeuta.

Actualmente, casi dos años después, mi sentir y experiencia en la clínica va siendo distinta. Las aportaciones de Harry Stack Sullivan y Sandra Buechler han marcado una diferencia en mi experiencia clínica, permitiéndome soportar el miedo y la ansiedad que conlleva la experiencia de ser novato. Sus obras me han brindado calma y alivio, así como inspiración, propósito, y rumbo. Mediante el concepto de la indagación detallada, junto con el desarrollo del valor de la curiosidad, he sido capaz de regular la ansiedad con mayor facilidad. Además, he ido desarrollando la brújula que cualquier psicoterapeuta psicoanalítico necesita, especialmente en los momentos de mayor confusión cuando llega la incertidumbre en el proceso y no estamos seguros dónde ver ni qué hacer con el paciente.

Al presentarse esta incesante ansiedad en mi experiencia escuchando a mis pacientes, sentí una urgencia en aliviar su ansiedad o dolor tratando de disponer, de forma inmediata, de algunas explicaciones o significados que pudieran dar un sentido lógico y coherente a sus problemáticas. El poderoso mecanismo de defensa de la racionalización imperó en mi práctica. Creí ingenuamente, sin hacerlo consciente, que ambos nos desprenderíamos de la ansiedad al disponer de respuestas y explicaciones. Por lo tanto, me conduje terapéuticamente de una manera apresurada e impertinente, pasando por alto que disponer de certezas y razones absolutas es una tarea imposible en cualquier aspecto de la vida. Afortunadamente, Sullivan y Buechler llegaron a mi rescate modificando mi manera de sentir, pensar, y vivir el proceso terapéutico; estos autores me transmitieron la serenidad y orientación que necesitaba. Ahora, me voy permitiendo conocer en lugar de responder, preguntar en lugar de interpretar, y comprender en lugar de resolver. Las implicaciones teóricas y técnicas de las propuestas de estos autores me han impulsado a salir de ese oscuro lugar que habité en mi etapa de novel.

La intención del presente ensayo es desarrollar principalmente algunas contribuciones técnicas/prácticas que han facilitado mi labor terapéutica bajo estas difíciles circunstancias. Principalmente, me baso en la obra compilada con el título "La Entrevista Psiquiátrica" de H.S. Sullivan (1954), aparte del libro "Valores de la Clínica: Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico" de S. Buechler (2018). A pesar de la diferencia temporal de cada publicación, considero que los autores comparten una visión en común y que el trabajo de Buechler alimenta lo conceptualizado por Sullivan décadas atrás.

¿En qué consiste el trabajo de un entrevistador?

En la introducción de "La Entrevista Psiquiátrica", Otto Allen Will opina que entrevistar es un arte dado que la mayoría de los procesos interactivos entre paciente y analista son difícilmente observables a simple vista. A lo largo de su obra, Sullivan propone sustituir el método psicoanalítico clásico de localizar y revelar el conflicto inconsciente por la acción de investigar. Este autor -fundador de la teoría interpersonal y pilar en la construcción de esta perspectiva psicoanalítica- postula que para lograr una buena comprensión del paciente es necesario conocer cómo trata y se relaciona con las personas en su entorno. Es decir, es fundamental conocer el mundo interpersonal del individuo. Sullivan nos anima a indagar tanto en la historia relacional del paciente, como en los aspectos cotidianos de su vida enfocados en las interacciones con otros. Zucker (1989) considera que en el método de Sullivan la aplicación de conceptos no es tan importante como la investigación individual.

El concepto de la ansiedad es un elemento nuclear en el pensamiento de Sullivan, quien afirma que esta está intrínsecamente ligada al proceso y a la relación terapéutica desde el momento de la primera entrevista. El autor deduce por observación que la ansiedad es la causante por la que algunos procesos se mantienen ocultos durante la entrevista. En palabras de Sullivan, "la presencia de la ansiedad es mucho peor que su ausencia" (1954, p.71). Al ser una experiencia peligrosa, el sistema del self se activa, protegiéndonos por medio de *operaciones de seguridad*. Una de estas operaciones de anti-ansiedad es la *desatención selectiva*, que es la más frecuente manifestación de la restricción de la consciencia. A mayor ansiedad mayor el despliegue de la desatención selectiva; por ello, su presencia obstaculiza la obtención de información relevante del paciente.

Pese a la presencia de mecanismos como la desatención selectiva, Sullivan nos ofrece una fórmula para combatirla: la *indagación detallada*. Una estrategia crucial que permite, entre otras funciones, conocer lo que el paciente oculta a sí mismo y al terapeuta. Además de reconocer la ansiedad que subyace en las operaciones de seguridad, el terapeuta habrá de indagar activamente en la vida del paciente, permaneciendo alerta a los pequeños detalles que discurren junto al contenido. Dentro de la narrativa del paciente habremos de escuchar con atención no sólo lo que el paciente incluye, sino también lo que omite, asimismo, habremos de interesarnos en la apreciación de sus declaraciones, observar de cerca la comunicación para-verbal, entre otras tareas. Como sugiere Ávila Espada (2013), con indagación detallada se abre el camino hacia lugares ocultos o facetas "no formuladas" de la experiencia del paciente.

Para Sullivan, el clínico debe aspirar a desarrollar las habilidades de entrevistar hasta lograr convertirse en un experto. Cooper (en Lionells, et al, 2015) entiende la definición de "experto" como la capacidad de saber dónde buscar y qué preguntar. "¿Quién es esta persona y cómo es que ha llegado aquí?" es una pregunta sugerida por Sullivan que ha potenciado el trabajo de indagación en mi práctica clínica.

De esta forma, el interés y la curiosidad son la chispa que encienden el motor de cualquier tratamiento, y hacen un contraste esencial con la desatención selectiva y la ansiedad. Por esta razón, Buechler (2018) considera que la curiosidad es uno de los valores del psicoterapeuta. Inspirada en el poeta Rilke, la autora nos alienta a vivir y amar las preguntas. Esto implica huir de las comodidades y certezas, optando por abrazar la incertidumbre, las dudas, y el no saber. En la tarea de conocer al paciente, Buechler me inspira a portar la vestimenta de un explorador, siendo activo y vivamente observador, encarando la tarea analítica con una actitud abierta, interesada y curiosa. Hoy en día, prefiero tomar el riesgo de verme ignorante a pretender que soy un experto con respuestas.

El sistema del self del terapeuta

Las operaciones de seguridad no atañen únicamente al paciente. El psicoterapeuta, de la misma manera, está sujeto a protegerse creando mecanismos inconscientes para evitar o reducir al mínimo la ansiedad. El terapeuta no es inmune a sentir; el paciente, o una situación analítica en particular, pueden inducir ansiedad en su experiencia sin ser consciente de ella. Sullivan subraya que el analista forma parte del marco terapéutico, es decir, observa y participa en la relación; de ahí el concepto del *observador participante*. Desde el modelo relacional, sabemos que la actitud y presencia del terapeuta modula la experiencia emocional del paciente y viceversa.

En los inicios de mi práctica clínica, sin ser consciente en el momento, mis operaciones de seguridad se pusieron en marcha. La ansiedad ocupó un papel central en mi sistema de emociones, manteniéndose oculta debajo de lo que yo atribuía como "solamente una incomodidad". De este modo, fui víctima de su sutileza e imperceptibilidad. Más adelante descubrí que el sentimiento de incomodidad era sólo la punta del iceberg. Como resalta Sullivan, la incomodidad, o la sensación general de malestar, son indicadores de ansiedad.

Con una de mis primeras pacientes, Roxana, la ansiedad dificultó el desarrollo del tratamiento. Recuerdo que al conocerla percibí mucha ansiedad en su experiencia, su modo de conducirse era acelerado y desorganizado. Deduje que parte de las dificultades de relacionarse con sus compañeros del colegio, precisamente su motivo de consulta, se relacionaban con la ansiedad y posible vergüenza que conformaban una parte central de su self. Fascinantemente, fue más rápido y eficaz detectar estos sentimientos en su experiencia interna que en la mía. La ansiedad nos mantuvo alejados el uno del otro, podía sentir una barrera -que en el momento pensé era creada por ella- entre nosotros que nos imposibilitaba acercarnos. Otto Allen Will, en el prefacio de "La Entrevista Psiquiátrica" afirma que si bien hay motivos poderosos para que paciente-terapeuta se reúnan, "están al mismo tiempo movidos por la ansiedad a retirarse uno del otro" (1954, p.6). Por lo cual, era importante que dejara de culpabilizar a Roxana y, en cambio, observara mi participación en la diada. En algún momento comencé a darme cuenta de que no era la paciente quien creaba esta barrera, sino yo. Oculté esta ansiedad en mi modo de estar con Roxana, específicamente por medio de una seriedad no característica de mi persona. Observar mi participación en la interacción, y llevar mi contratransferencia a mi propio análisis permitió destrabarnos y avanzar.

Hoy en día, nuestro modo de estar el uno con el otro se ha ido transformando. Uno de los logros principales ha sido derribar esa barrera. Antes, Roxana apenas mantenía contacto visual conmigo, y esto en parte era originado por mi actitud; mi incomodidad y ansiedad provocaron que la interacción fuera incómoda y ansiosa. Actualmente, desenvolverme de una

manera más auténtica ha dado lugar a un modo de estar distinto en el que nos vemos el uno al otro, e incluso jugamos y reímos. Identificar mis operaciones de seguridad y verme a mí mismo ha posibilitado que Roxana me vea, y de esta manera ha consentido que pueda mirarla de regreso.

La curiosidad en mi contratransferencia, así como en mi implicación en la interacción con Roxana, condujeron a cuestionamientos cruciales que modificaron el curso del tratamiento, entre ellos: ¿De dónde viene esta seriedad en mí? ¿Por qué me siento tan incómodo? ¿Por qué sufro tanto este encuentro y experiencia? Para Buechler, la curiosidad nos permite usar la contratransferencia de una forma productiva al utilizarla como una fuente de información sobre nosotros mismos y del paciente.

La importancia del enfoque en mi práctica

Más adelante aprendí que la curiosidad no basta por sí sola, tiene limitaciones si no se emplea adecuadamente. Elena es una paciente que acudió a terapia con el propósito de reducir un alto nivel de ansiedad que interfería con su vida cotidiana. Al conocerla por primera vez me pareció una joven agobiada, preocupada, e intranquila. Por lo tanto, parte del trabajo consistió en ofrecerle un espacio seguro donde pudiera platicar con la mayor comodidad posible acerca de sus temores y preocupaciones que le atormentaban diariamente. El proceso avanzó, establecimos una buena alianza de trabajo y después de un tiempo los ataques de ansiedad cedieron. Los procesos de regulación interactiva y autorregulación cumplieron una parte importante para que Elena gradualmente recobrará el equilibrio emocional; cada vez la veía menos acelerada y agobiada. Sin embargo, habiendo alcanzado este objetivo comencé a sentir que el proceso comenzaba a estancarse. Tanto los temas que traía la paciente, como mis preguntas, se tornaron repetitivas y, aunque ella hablaba mucho durante las sesiones, el contenido dejó de ser novedoso y en mi punto de vista relevante. Al no llegar a ningún lugar sentí que no le sacábamos el suficiente provecho a las sesiones. Una sensación de inconformidad me invadía cada vez que nos despedíamos. En esta etapa me sentí a la deriva, la curiosidad comenzaba a atenuarse cada vez más y sentía que habíamos perdido claridad y rumbo del proceso. No obstante, fue a través de las aportaciones de Sandra Buechler que pude corregir la marcha en el tratamiento con Elena.

Como clínicos, tonificamos nuestra práctica si a la curiosidad le añadimos el elemento del enfoque. Buechler señala que el enfoque es un método necesario que debe desarrollarse junto con la curiosidad para darle forma y significado a la narrativa del paciente. Este consiste en “poner el punto de mira sobre algunos temas, relegando otros al fondo” (p.47). Con Elena, inicialmente participé tomando el rol de un espectador curioso, la escuché con atención, pero

sin poner el punto de mira sobre algunos temas. Es decir, esperé pasivamente a que algo nuevo surgiera. Me di cuenta de que estando con ella participaba poco, la dejaba hablar demasiado e interrumpía escasamente para intervenir. Se estableció una dinámica en la que ambos nos acostumbamos, una forma de funcionar en la que ella parecía sentirse cómoda y satisfecha. Sin embargo, yo no lo estaba, sabía que algo tendría que modificarse para desplazarnos hacia un proceso terapéutico más profundo.

Lo que marcó la diferencia en el tratamiento con Elena fue el enfoque. Comencé a conducir las sesiones de forma distinta, particularmente más activa. La observación expectante se transformó por búsqueda. Me atreví a detener su discurso para enfocarnos en algunos temas en específico. De esta forma, le propuse implícitamente crear una nueva forma de estar e intercambiar información, menos acelerada y más reflexiva. A partir de este momento se abrieron muchos caminos, el proceso recobró un sentido y pudimos trabajar en aspectos profundos y centrales acorde con sus dificultades. Como enuncia Buechler, el enfoque no significa mirar por mirar, sino implica el esfuerzo de buscar algo.

Este caso pone de relieve el concepto de la asociación libre en el tratamiento psicoanalítico. Esta técnica, que puse en práctica involuntariamente, surtió un efecto negativo; obstaculizó mi comprensión del caso y me mantuvo apartado de la experiencia de la paciente. Ahora me pregunto si utilicé la asociación libre como una defensa ante el despertar de la ansiedad de ambos. Sullivan (1954) señala que hablar libremente y sin censura supone un nivel muy bajo de ansiedad, y el terapeuta requiere, cuando menos, un poco de esta. El concepto del enfoque se contrapone con la práctica de la asociación libre. Con el excesivo uso de asociación libre corremos el riesgo de escondernos, como sucedió en mi caso.

Para Sullivan el enfoque también es importante. En "La Entrevista Psiquiátrica", el autor dedica un capítulo entero que titula "El Bosquejo sugerido por la obtención de datos", en el que recomienda áreas de interés en las que el terapeuta puede enfocarse a fin de amplificar y enriquecer nuestro conocimiento del paciente. Parte de este bosquejo incluye áreas como: hábitos de higiene, dificultades en el aprendizaje del lenguaje, actitudes hacia los juegos y los compañeros, actitudes hacia la competencia, ambición, experiencia en la universidad, camaradería preadolescente, pubertad, relaciones infortunadas en la adolescencia temprana, actitud hacia el cuerpo y hacia la soledad, consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias adictivas, hábitos de la alimentación, higiene y calidad del sueño, vida sexual, paternidad/maternidad, historia vocacional y entretenimientos, entre muchos otros. Para Sullivan, estas áreas representan "esfuerzos, tensiones, índices de dirección del desarrollo, y poderosas insinuaciones de torcimiento perdurable, y así sucesivamente en las que tratamos por todos los medios a nuestro alcance de saber quién es la persona entrevistada" (1954, p.

18) Por medio del enfoque e indagación activa en estas áreas, y otras, descubrimos el camino por cual el paciente llega a donde está; ofreciéndonos la oportunidad de identificar experiencias que hayan influido en lo que Sullivan refiere como “el torcimiento de la personalidad”.

De esta manera, Sullivan manifiesta que al paciente no hay que concederle control total en el mando de las sesiones. Poner el punto de mira en ciertos temas o áreas nos permite conducir las sesiones hacia lugares prometedores, alcanzando una comprensión psicológica más profunda del individuo. En lo personal, la aplicación del concepto del enfoque me organiza y moviliza.

El tratamiento empantanado y la construcción de una visión general

La descripción que hacen Cooper y Witenberg (1985) sobre un “tratamiento empantanado” habla por sí misma, se refiere a la traba del curso de un tratamiento. Puede asimilarse con la experiencia de embotellamiento vehicular en la que sentimos que no hay espacio de maniobra para liberarse y avanzar, un estado en el que me he encontrado en varias ocasiones. Para los autores, el “tratamiento empantanado” deriva de una falla en la *visión general (overview)* del caso. La construcción de un panorama global del paciente permite al terapeuta ubicar espacios donde pueda desplazarse. De esta forma, salir del empantanamiento se logra alcanzando una visión coherente del paciente. En mi experiencia, me ha sido fácil atribuir el estado de empantanamiento en el paciente; por ejemplo, en su poca participación, en su escasa habilidad social, en su falta de capacidad reflexiva, o en su misma patología.

Responsabilizar al paciente la causa del empantanamiento es un error, es una injusta culpabilización si antes el terapeuta no revisa su contribución. En cuanto a mi experiencia, no eran los pacientes sino yo el que creaba las condiciones de empantanamiento. Mi limitada experiencia en la clínica, junto con la ansiedad, me imposibilitaron cubrir dos aspectos imprescindibles para la construcción de una *visión general* como son la organización de la información y la formulación de pertinentes preguntas (Cooper en Lionells, et al, 2015). Cabe resaltar, que la *visión general* se teje entre ambos participantes. No solamente la indagación de experiencias presentes y pasadas es fundamental, encima de esto, la función del terapeuta reside en comentar con el paciente lo que observa y entiende para que este corrobore o disienta su impresión; algo que Sullivan denominó la *validación consensual*, que consiste en preguntarle al paciente repetidamente si su comprensión es correcta y si le hace sentido. Entre más coherente sea el panorama más fluido y menos empantanado será el tratamiento.

Parte importante de cualquier proceso terapéutico se conduce bajo la percepción que tiene el terapeuta de su paciente, la cual es la encargada de configurar y darle forma a la *visión general*. Por tanto, para que el tratamiento empantanado se movilice, el terapeuta debe ser lo suficientemente flexible para transformar, si es necesario, la percepción que tiene del paciente. Sullivan, de manera burda indica “es tonto pensar que una primera impresión es buena”. Considero que tiene razón, añadiendo que es probable que una segunda, tercera, o cuarta impresión tampoco sean del todo acertadas. Levenson (2017), advierte del peligro en asumir que nuestra impresión o entendimiento de un caso sea verídico o acertado, y cuestiona a los psicoterapeutas que parecen estar siempre seguros de lo que ven y entienden de sus pacientes. Existe un riesgo en asumir que nuestra percepción es depurada y que nuestras impresiones son siempre buenas. Ya sea de manera sensorial o intelectual, todo ser humano está condenado a alterar, distorsionar, o simplemente no leer lo suficientemente bien algunos procesos perceptivos. Clarificar las *distorsiones paratáxicas* permite ampliar la percepción del terapeuta y, en consecuencia, del paciente. De esta manera, habrá que hacer consciencia de nuestras limitaciones y renunciar a actitudes omniscientes. Paradójicamente, el terapeuta debe confiar y desconfiar en sus impresiones al mismo tiempo.

La *visión general* y percepción del terapeuta deben ser dinámicas y cambiantes. Para Sullivan es importante que las impresiones que tengamos del paciente sean continuamente revisadas conforme avanzan las sesiones; sugiere que deben ser puestas a prueba como se hace con cualquier hipótesis en una investigación. Siguiendo esta línea de pensamiento e inspirándome en un supervisor, pienso que las impresiones funcionan como un sistema de GPS. Son estas las que guían nuestro recorrido en los mapas de cada paciente, territorios en su mayor parte desconocidos para nosotros. El GPS interno del terapeuta funciona de forma similar al de un coche; al manejar el GPS nos avisa si nos extraviamos o si conducimos en la dirección equivocada, de igual modo, nos ofrece rutas alternas que son en su mayoría vías directas a fin de evitar el tráfico (¿empantanamiento?). Por ello el GPS, particular en cada encuentro terapéutico, debe contar con propiedades flexibles y dinámicas. La experiencia de sentirme a la deriva va siendo modulada gracias a mi analista y supervisores, quienes me invitan a conocer el diseño y funcionamiento de sus GPS y, a la par, me auxilian a desarrollar el propio.

La fase del reconocimiento

“La Entrevista Psiquiátrica” está compuesta por una serie de etapas: el comienzo formal, el reconocimiento, el interrogatorio detallado, y la terminación. En este apartado me ocupo

brevemente de la segunda, pues trasmite de fondo dos lecciones esenciales que han marcado mi devenir psicoterapeuta.

1. No hay que conformarse con la simple respuesta del paciente

La finalidad de la fase del reconocimiento, considerada una etapa inicial, es obtener un bosquejo de la historia social y personal del paciente. Para lograr obtener alguna noción de la identidad del sujeto es necesario conocer su matriz relacional, pasada y presente. Es decir, comprendemos al paciente en función de las personas que están y han estado a su alrededor, ya sean familia, amigos, grupos de compañeros, maestros, vecinos, entre otros. Indagar detalladamente en el contexto interpersonal del consultante es vital. Por ejemplo, para Sullivan no basta con saber que el paciente tiene cinco hermanos, se requiere indagar adicionalmente en: el orden en que se encuentra, las edades y años de diferencia entre cada uno, si son mujeres u hombres, ¿son todos del mismo padre y madre? ¿cuál fue el rol de cada uno? ¿hubo tratos preferenciales? ¿dónde crecieron? ¿tuvieron las mismas oportunidades educativas? ¿Cómo estuvo distribuido el espacio en el hogar? ¿en qué dormitorios habitaba cada uno? Etc. Lo mismo sucede con una paciente que dice es casada, en este caso Sullivan se habría tornado curioso y me imagino le habría preguntado: ¿Cuántos años de casada? ¿Cómo es tu matrimonio? ¿Por qué decidiste casarte? ¿Fue tu primer amor? ¿Antes de casarte cómo fueron tus noviazgos pasados? Es decir, cuanto más conozcamos la historia y situación interpersonal del paciente, más posibilidades de devolverle algo útil y potenciador. Sin embargo, recordemos el postulado de Sullivan en el que asegura que debido a la ansiedad los procesos de la entrevista se mantienen ocultos; el paciente involuntariamente encubre datos relevantes de su experiencia. Por ello, es importante no conformarnos con la simple y no elaborada respuesta del paciente. Formular preguntas desde la curiosidad e interés son la vía hacia lo oculto, tomando en cuenta que la diferencia suele estar en el detalle.

2. No suponer haber entendido la respuesta del paciente

Frecuentemente, el terapeuta cree haber entendido lo que el paciente ha querido comunicarle, sin embargo, no siempre es preciso. La herramienta de la indagación detallada nos aproxima a una comprensión más real de la respuesta del paciente. Para Ávila Espada la indagación detallada:

“[...]reduce los malentendidos o sobrentendidos que provoca el carácter marcadamente idiosincrático del lenguaje, pues las palabras que usan las personas para describir experiencias- sobre todo las emocionales-están llenas de significados personales y supuestos no examinados o desatendidos que implican datos relevantes de su

experiencia, además de los contextos interpersonales en las que se generaron o aprendieron” (2013, p. 143)

Teresa, paciente mía, suele entretenerse con su tiempo libre en casa de su pareja con quien juega videojuegos mientras consumen, en sus palabras, “un poco de alcohol”. En el trabajo con la paciente cometí el error en suponer por un largo tiempo que “poco” significaba una o dos bebidas a lo mucho, hasta que un día se me ocurrió preguntarle qué consideraba ella como “poco”. La respuesta me dejó sorprendido, Teresa y su novio bebían durante las tardes ya sea entre 12 y 15 cervezas cada uno o una entera botella de licor. Este hecho no indica que Teresa me haya mentado, ella de verdad creía que 15 cervezas en una tarde era poco y normal. Su idea sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol se genera a partir de su contexto interpersonal, en el que más tarde pudimos observar la predominancia de la dependencia de esta sustancia en su entorno. La enseñanza que trasmite esta experiencia incita a preguntar al paciente de forma directa e individual con el fin de lograr el conocimiento personal de sus palabras.

El terapeuta adquiere claridad en la medida en que pregunta al paciente acerca de sus relaciones interpersonales a detalle. Si un paciente dice que apenas pelea con su pareja, el terapeuta interpersonal o relacional le plantearía: ¿A qué te refieres con apenas? ¿De qué temas suelen discutir? ¿Qué detona estas discusiones? ¿Cómo son las peleas? ¿Cómo suelen reparar el conflicto? ¿Cómo es tu sentir en la relación? Así como cualquier otra pregunta que desemboque de estas. Como bien precisa Cooper (en Lionells, et al, 2015), la mayoría de los pacientes se enfocan en sus síntomas o dificultades sin tomar en cuenta como sus relaciones y entorno inciden en su malestar.

Por tanto, es conveniente que el terapeuta no suponga que lo ha entendido todo y clarifique los significados personales del paciente al describir sus experiencias y emociones. Los malentendidos o sobreentendidos se pueden reducir con simples preguntas, por ejemplo, puede ser muy útil preguntar, ¿a qué te refieres con _____? Además, esta herramienta terapéutica fomenta la autorreflexión del individuo orientada a observarse y entenderse.

Haciendo buenas preguntas

La habilidad terapéutica se mide por la capacidad del analista en hacer preguntas (Moses, 1992). Muchos autores coinciden en que el método psicoanalítico clásico de esperar el despliegue de la transferencia, como el desarrollo del material, es inútil e innecesario. El planteamiento de la indagación activa surge como una alternativa, pues facilita las asociaciones del paciente y amplía el material en menor tiempo. Formular preguntas directas

e individuales nos brinda una vía real y práctica hacia los principios organizadores inconscientes del paciente, también conocidos como patrones relacionales, memoria procedimental, esquemas mentales, conocimiento relacional implícito, entre otros. Lionells (1992) puntualiza que el recurso técnico de preguntar suele ubicarse en la parte inferior de la jerarquía técnica psicoanalítica. En efecto, posiblemente las preguntas sean infravaloradas cuando en realidad tienen un efecto potenciador; por ejemplo, Moses (1992) considera que son más determinantes que el uso de la interpretación. El autor sugiere que quizás todas las interpretaciones deban ser, en un nivel u otro, preguntas. Asimismo, Stern (1992) subraya, desde un modelo constructivista, que una interpretación en forma de pregunta deja más espacio para la formulación de una experiencia que una interpretación en el sentido psicoanalítico tradicional. Las preguntas son conductos más amigables que las interpretaciones y amplían de igual modo la consciencia del paciente con relación a sus procesos internos, pero removiendo la designa del terapeuta como omnisciente.

Mi desempeño inicial como psicoterapeuta estuvo plagado de malas preguntas. Parte fue por la ansiedad que me mantuvo trabado intelectual y emocionalmente y, por otra parte, la falta de destreza terapéutica. Las experiencias más desafiantes fueron -y en realidad siguen siendo -en el trabajo con pacientes poco participativos y motivados, con dificultades al expresarse, con pensamientos planos y concretos, con trabas en la asociación de ideas, así como con una escasa capacidad reflexiva y de elaboración. Ángel fue uno de estos pacientes, estando con él recuerdo pensar a menudo "¿ahora qué digo? o ¿qué le pregunto?" Me doy cuenta de que el no saber qué hacer me conduce a interpretar e intelectualizar. Afortunadamente, el arte de preguntar es una habilidad con posibilidad a desarrollarse, y yo sigo fortaleciendo mi capacidad indagatoria. Basándome en Stern (1992), presento a continuación una serie de cualidades que una pregunta debe abarcar para ser considerada como "buena".

En primer lugar, aunque parezca evidente, una buena pregunta se origina del no saber. Situarnos en la posición de la ignorancia es ventajoso pues desde este lugar nacen las preguntas más reales. El objetivo de una pregunta es descubrir algo novedoso; sabemos que lo logramos cuando emerge una reacción de sorpresa, señal que indica que la pregunta ha tenido un efecto positivo. Si el paciente se sorprende significa que hemos alcanzado una zona inexplorada en su consciencia, antes no percibida por la *desatención selectiva*. Por otro lado, es natural que el terapeuta igualmente se sorprenda por su propia pregunta, es posible que este no sepa cómo ha llegado a su mente. Habiendo dicho esto, por más absurdas que parezcan, habremos de evitar enterrarlas y atrevernos a formularlas, no perdiendo de vista que las preguntas pueden ser iniciadas también por el paciente.

Otra característica que indica el surgimiento de una buena pregunta es la intriga y goce que alcanza el paciente al escucharla. Opina Stern, "cuando encontramos una buena pregunta, ya sea que la hagamos nosotros mismos o la aceptemos de otra persona, recibimos con ella el poder de reconocer su respuesta" (p. 334). Reconocer lagunas en el autoconocimiento estimula y motiva a muchos. Una buena pregunta, junto con la elaboración de la respuesta, produce en muchas personas una gran satisfacción, pues ha emergido algo nuevo en la consciencia. Formular una experiencia, que hasta el momento había permanecido invisible, es liberador.

Por otra parte, la buena pregunta suscita emoción. Stern considera que estimular el intelecto no es lo primordial, sino generar un significado emocional inmediato en la experiencia del paciente. Las preguntas pierden valor al buscar significados, ya sea en forma de sueños, imágenes, fantasías, o experiencias. El principal error que cometí con Ángel, como con otros pacientes, fue enfocarme en buscar significados y ofrecer explicaciones. Mis preguntas no surtieron efecto alguno al estar cargadas de un fondo puramente cognitivo. Las preguntas deben provocar un interés en el paciente y esto ocurre si le mueven emocionalmente.

Por último, a pesar de que la buena pregunta es la que existe dentro del campo emocional del paciente, debe colocarse al borde de la tolerancia afectiva. El terapeuta puede contar con una serie de preguntas que quisiera hacerle al paciente, pero no siempre será buen momento para formularlas. Incluso, en ocasiones una buena pregunta puede resultar contraproducente si contiene componentes afectivos que el paciente no está listo para experimentar. Recordemos el postulado de Sullivan, la ansiedad producida en el paciente debe mantenerse en un nivel soportable. De ahí el arte de preguntar, puesto que el terapeuta debe moverse entre dos finas líneas, propiciando emoción e intriga en el paciente, pero sin traspasarse. Por ende, el buen timing es fundamental en el proceso de indagación. De esta manera, Stern nos enseña que la mejor pregunta es la que el paciente puede aceptar en el momento, respetando desde luego, su tiempo, ritmo, necesidades y proceso.

Las preguntas no son útiles únicamente en la medida que enriquecen el material. Ciertamente, tienen la facultad de ampliar el conocimiento que tiene el paciente de sí mismo. Sin embargo, debajo del juego de preguntas y respuestas subyace una experiencia emocional. A través de preguntas miramos y reconocemos a nuestros pacientes. De igual modo, el proceso de indagación opera como una vía de dos sentidos, puesto que además de obtener información, transmitimos al paciente nuestro profundo interés en él o ella, así como el deseo de conocerlos y el compromiso que sentimos por ayudarles. Sentir como alguien se muestra genuinamente interesado y curioso en uno -desafortunadamente inhabitual para algunos- es

una experiencia poderosa que moviliza y transforma. Asimismo, la metacomunicación y los elementos paraverbales que discurren junto al lenguaje verbal juegan un papel crucial; el tono de voz, la entonación, el ritmo, las pausas, el gesto, la mirada, entre otros, determinan el efecto que puedan producir las preguntas. En suma, por medio de preguntas comunicamos al paciente nuestro interés, curiosidad, compromiso, e implicación.

El terapeuta no formula preguntas con el simple objetivo de obtener respuestas. Desde una perspectiva relacional, no es tanto el hallazgo intelectual lo que importa sino la experiencia de búsqueda y co-construcción de significados que les vayan dando a ambos participantes un poco de sentido al enigma de la vida del paciente. La tarea analítica no consiste necesariamente en encontrar la última pieza del rompecabezas, sino en crear una experiencia al armarlo junto con el paciente, aceptando la imposibilidad de que quede del todo resuelto. Esta búsqueda compartida compromete a ambos participantes y crea *momentos de encuentro*, definidos como esos momentos especiales de conexión auténtica de persona a persona, los cuales son considerados como un agente importante de cambio según las investigaciones de Daniel Stern y colaboradores (1998).

Conclusión

Visualizo mis primeros pasos en la práctica clínica como conducir en una carretera con niebla. Una experiencia que implicó sentir miedo y ansiedad. En parte por la limitada visibilidad, procedente de condiciones externas y, por otra parte, provocada por la desconfianza en mis aptitudes y competencia profesional; conducir en la niebla en un carro que desconfías crea una experiencia aún más atemorizante. Tener poca visibilidad me forzó a conducir con una extrema precaución, de manera lenta, y manteniendo una considerable distancia con el otro en todo momento. A través de esta analogía se ponen de manifiesto dos grandes obstáculos que se interpusieron en mi devenir como psicoterapeuta; primero, la neblina que representa la ambigüedad e incertidumbre que comprende la experiencia clínica, sobre todo careciendo de la suficiente experiencia y, por otro lado, el vehículo que representa mis procesos emocionales internos. De esta manera viví el comienzo, un tanto asustado, solo, abrumado, y perdido.

Mediante la presencia de ciertas figuras como mi analista y supervisores, así como los aportes prácticos que he desarrollado a lo largo del ensayo, mi experiencia ha ido transformándose, encontrando ahora en ella una mayor calma, sentido y orientación. Autores como Sullivan y Buechler me han instruido a conducir bajo estas difíciles condiciones. De este modo, voy aprendiendo a utilizar mejor las luces de niebla, así como el resto de los faros del coche, para ver mejor y ser visto. Sullivan, Buechler, mi analista y supervisores forman parte

de los pasajeros que ocupan un asiento en mi carro, pues no es la misma experiencia manejar bajo estas condiciones solo que bien acompañado. Es a través del acompañamiento y guía que puedo atravesar la zona de niebla, ubicando y alcanzando climas despejados que me permiten conducir con una mayor libertad, soltura, y autenticidad. Abrazar la ambigüedad e incertidumbre, amar y vivir las preguntas, al igual que mantener una mente abierta y continuamente curiosa, desarrollando mi GPS interno, forman parte del arsenal terapéutico más importante en el desarrollo de mi trabajo clínico.

REFERENCIAS

- Ávila Espada, A. (2013). *La Tradición Interpersonal: Perspectiva Social y Cultural en Psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional (Colección del Pensamiento Relacional).
- Buechler, S. (2018). *Valores de la Clínica: Emociones que Guían el Tratamiento Psicoanalítico*. Madrid: Ágora Relacional (Colección del Pensamiento Relacional).
- Cooper, A., & Witenberg, E.G. (1985). The "bogged down" treatment: A remedy. *Contemporary Psychoanalysis*, 21:27-41.
- Levenson, E. (2017). *The Purloined Self: Interpersonal Perspectives in Psychoanalysis*. London: Routledge.
- Lionells, M. (1992). Things aren't what they used to be, but they never were. *Contemporary Psychoanalysis*, 28:309-326.
- Lionells, M., Fiscalini, J., Mann, C. H., & Stern, D. B. (2015). *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Moses, I. (1992). The analyst's questions. *Contemporary Psychoanalysis*, 28:300-308
- Stern, D. B. (1992). What makes a good question? *Contemporary Psychoanalysis*, 28(2): 326-336.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Bruschiweilerstern, N. Tronick, E.Z. (1998). Non-Interpretative Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:903-921
- Sullivan, HS. (1954). *La Entrevista Psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique, 1971.
- Zucker, H. (1989). Premises of Interpersonal Theory. *Psychoanalytic Psychology*, 6:401-420.

Original recibido con fecha: 20/6/2022

Revisado: 30/9/2022

Aceptado: 30/09/2022