



La alegría, la vergüenza, el arrepentimiento y la tristeza en la terapia¹

Sandra Buechler, Ph.D.²

William Alanson White Institute, New York, USA

En este seminario vamos a explorar el papel que juegan las experiencias de alegría, vergüenza, arrepentimiento y tristeza de paciente y analista. Después de introducir la idea de que las emociones forman un sistema en los seres humanos, vamos a debatir cómo este concepto se puede aplicar en una sesión de tratamiento. El resto del seminario estará dedicado a cuatro emociones: alegría, vergüenza, arrepentimiento y tristeza. Cada una juega un papel crucial en el tratamiento. En resumen, creo que la alegría es el "antídoto universal", porque creo que puede ayudar a los seres humanos a hacer frente a todas las experiencias vitales que resultan más dolorosas. Como clínicos me parece importante que nos preguntemos cómo podemos ayudar a los demás y a nosotros mismos a acceder al potencial de la alegría. Hago una distinción entre tres formas de vergüenza, y sugiero algunas formas de trabajar con cada una de ellas. Dado que el tratamiento saca a la luz áreas de ansiedad, no debería sorprender que con frecuencia evoque sentimientos de inadecuación o vergüenza. ¿Cómo podemos ayudar a ambos participantes a soportar y aprender de estos sentimientos?. El arrepentimiento (y el miedo anticipatorio de arrepentimiento) puede jugar un papel oculto, pero altamente significativo, en el tratamiento, a pesar de que rara vez se menciona en nuestra literatura. Las secciones finales del seminario abordarán experiencias de arrepentimiento y pérdida, tal y como aparecen en las sesiones, en la ficción, y en nuestras propias vidas

Palabras clave: Emociones, Tratamiento Psicoanalítico, Alegría, Vergüenza, Arrepentimiento, Tristeza.

In this seminar we will explore the roles of the patient's and the analyst's experiences of joy, shame, regret, and sorrow. After I introduce the idea that the emotions form a system in human beings, we will discuss how this concept can be applied in a session. The rest of the seminar will be devoted to four emotions: joy, shame, regret, and sorrow. Each plays a crucial role in treatment. Briefly, I think of joy as the "universal antidote," because I believe it can help human beings cope with all our most painful life experiences. As clinicians it seems to me to be important to wonder how we can help others, and help ourselves access the power of joy. I distinguish three forms of shame, and suggest some ways of working with each. Since treatment exposes areas of anxiety, it should not be surprising that it often elicits feelings of inadequacy, or shame. How can we help both participants bear, and learn from these feelings?. Regret (and anticipatory fear of regret) can play a hidden, but highly significant part in treatment, yet it is rarely mentioned in our literature. The final sections of the seminar will deal with experiences of regret and loss, as they play out in sessions, in fiction, and in our own lives.

Key Words: Emotions, Psychoanalytic Treatment, Joy, Shame, Regret, Sorrow.

English Title: Joy, Shame, Regret, and Sorrow in Treatment.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Buechler, S. (2015). La alegría, la vergüenza, el arrepentimiento y la tristeza en la terapia. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2): 345-357. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

I. Premisas Básicas

1. La vida cura.

La “acción terapéutica” más poderosa es la experiencia vital. Ninguna otra se le aproxima siquiera. Nuestro papel como clínicos es maximizar lo que haya y lo se pueda aprender de la propia vida. El poder beneficiarse de nueva experiencia es la definición que Sullivan hace de salud.

2. Los motivadores más poderosos para los seres humanos son nuestras emociones. Emprendemos acciones porque tenemos curiosidad, amamos, tenemos miedo, odiamos, nos sentimos solos, sentimos vergüenza.

3. Las emociones son principalmente comunicaciones, tanto inter como intrapersonales. Nos conocemos a nosotros mismos a través de nuestras emociones. Si no estamos conectados a ellas, estaremos alejados de ellas. El extraño puede ser alguien a quien se maltrate más fácilmente si no es descifrado o interpretado, o si es interpretado de forma incorrecta, a nivel emocional. Por ejemplo, en mi práctica, los niños fueron maltratados con más frecuencia por madres quienes interpretaron su miedo como ira. Creo que esto puede jugar un papel importante en los prejuicios.

4. Las emociones conforman un sistema, donde una alteración en cualquiera de las emociones influirá en el nivel de todas las emociones. Esto significa que, por ejemplo, que si alguien empieza el tratamiento estando deprimido, podemos causar un impacto en la depresión si influimos en cualquiera de las otras emociones que siente. Si le ayudamos a sentir enfado o vergüenza o curiosidad de forma diferente, esto influirá en su depresión. De esta forma no nos quedaremos fijados intentando modular la depresión, cuando posiblemente no tengamos forma de hacerlo.

5. Las emociones son normalmente más fáciles de modular a intensidades bajas. Esto aboga por una cuidadosa observación de los matices emocionales. El tratamiento sullivaniano está basado en la cuidadosa observación del clínico sobre lo que hace que aumente o disminuya el nivel de ansiedad en el paciente. Observar el impacto de la última intervención debería guiar la siguiente intervención. Idealmente, no queremos que la ansiedad del paciente llegue a un nivel de gran dolor donde no se pueda aprender nada.

6. Evocar la curiosidad, que es una emoción, es una meta crucial en el tratamiento. La “actitud analítica” es un tipo de curiosidad que puede añadir una dimensión en cualquier experiencia. En vez de sólo sentir (X), yo puedo sentir (X) y también preguntarme por qué lo estoy sintiendo ahora. Esta dimensión añadida cambia potencialmente la experiencia vital.

7. Sullivan creía que el paciente debería esperar obtener un beneficio de cada sesión. Esto supone una meta muy alta, pero creo que debe mantenerse. Cada sesión, incluso si se trata de una consulta o asesoría, debería incluir el esfuerzo de serle de ayuda al paciente. Esta

esperanza de que su vida será más rica gracias a que vino a terapia, junto con la curiosidad y el deseo de no estar emocionalmente alienado consigo mismo, son motivaciones principales para comenzar una terapia y permanecer en ella el tiempo suficiente para beneficiarse realmente.

8. Cada uno de nosotros tiene una “teoría” de la emoción, aunque gran parte de ella sea no-formulada (Stern) y no seamos conscientes de sus bases. Esto quiere decir que cada uno de nosotros tiene un conjunto de creencias de lo que es normal sentir, cuándo y cómo de intensamente, y sobre lo que es normal expresar. Esta “teoría” tiene un potente impacto en nuestro enfoque de la sesión, en nuestra comprensión global de las metas del tratamiento, de la salud emocional y de la patología. Todos tenemos creencias sobre duelo “normal”, por ejemplo. Si alguien viniera a vernos después de haber perdido a su pareja hace un mes, o si alguien viniera a consulta diez años después de perder a su pareja, tendríamos diferentes expectativas, haríamos preguntas diferentes, y tendríamos una actitud diferente ante lo que fuéramos a escuchar. Pero, ¿de dónde sacamos nuestras nociones sobre cuánto tiempo es normal que dure el duelo (ver Joan Didion: “*El año del pensamiento mágico*”)? Del mismo modo, ¿cuál sería la expresión normal de ira o de miedo en un niño después del 11-S³? ¿De dónde vienen estas creencias? ¿De qué forma influyen en nuestro enfoque de la sesión? Cuando un paciente me dice que no está demasiado interesado en su mujer, lo que venga después dependerá del sutil interjuego de nuestras creencias sobre la emocionalidad en las relaciones. Si pregunto hace cuánto tiempo que están juntos, esto implica que el tiempo muchas veces afecta la emocionalidad en las parejas. Si trato esto como un problema o si no digo nada, sea lo que sea que yo haga o no haga, eso expresará mis creencias o valores sobre qué es lo que hace que las relaciones funcionen. Es importante para el clínico hacer conscientes sus supuestos sobre la emocionalidad sana y examinar sus fuentes. No creo que importe demasiado si vienen de Freud o de Joan Didion, o de nuestras abuelas, pero sí que creo que es importante haberlas revisado.

9. Las emociones, por dolorosas que sean, tienen 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 estar funcionando como un poderoso motivador para evitar que una de mis pacientes beba demasiado y se vuelva violenta con sus hijos. Su miedo a que esto se haga público es parte de lo que sigue evitando que retome esta conducta.

10. La gente normalmente acude a terapia esperando sentir menos ansiedad o enfado, o vergüenza, o más amor, esperanza o curiosidad. Las emociones no son un termostato que puede subirse o bajarse. Como Henry Krystal dijo, debemos dejar de prestarle atención a la señal y prestarle atención al significado de la señal. Normalmente el problema es cómo está viviendo la persona su vida, no sólo las emociones resultantes. Cuando la forma de vivir

cambia, los sentimientos cambiarán. Otra forma de expresar esto es que la gente a menudo viene a terapia para perfeccionar su neurosis, no para cambiarla, o acuden para obtener un mejor resultado, pero no para cambiar la forma en que viven. Un paciente de un supervisor quiere controlar mejor sus expresiones emocionales faciales. No está interesado, al menos no como motivo de consulta principal, en lo que significan, si no en lo que digan para los demás.

11. Sugiero que las dos interpretaciones más significativas que podemos hacer son nuestro esfuerzo y nuestro enfoque. Esto, desde luego, es una afirmación muy controvertida, basada en mi experiencia clínica, y sólo ligeramente en la teoría de la emoción y en la teoría interpersonal. Pero, por ejemplo, con alguien en territorio esquizoide, emplear una gran cantidad de esfuerzo es, en sí mismo, una afirmación sobre una forma de vivir la vida. Creo que aquello en lo que elegimos centrarnos, aquello de lo que no nos damos cuenta porque lo damos por hecho, o porque no es importante para nosotros, lo que recordaremos en la siguiente sesión, aquello por lo que preguntamos o por lo que estamos dispuestos a luchar,... todo ello expresa nuestros valores sobre la vida.

12. Una buena parte de la terapia, para mí, toma su forma por tratarse de un desafío de contraste, ser un catalizador y un desafío relacional. Esto también es una posición personal, basada en mi experiencia más que en la teoría. El contraste se basa en la idea de Levenson de que el último en conocer el agua es el pez. Por ejemplo, un paciente que dijo que yo no era competitiva con él acababa de darse cuenta de que esperaba que todo el mundo fuera competitivo. Pudo darse cuenta de esto al experimentar algo nuevo que contrastaba con su experiencia habitual. El desafío relacional significa que, como clínicos, debemos hacer que al paciente le resulte difícil hacer las cosas con nosotros como de costumbre. Por ejemplo, la persona que normalmente utiliza un lenguaje obsesivo para envolver los conflictos, debería encontrarse con que le resulta difícil hacer esto con nosotros en la sesión. Esto hará que el paciente sea más consciente de su patrón defensivo y, finalmente, pueda pensar en cambiarlos. Ser un catalizador significa facilitar el que se experimente con la vida. Cuando animamos a experimentar nuevas conductas en el mundo exterior, estamos, hasta cierto punto, abandonando la neutralidad. Traté este tema en mi libro sobre los *Valores de la clínica*.

13. La meta del tratamiento es facilitar el que el paciente pueda ser más capaz de beneficiarse de su experiencia vital. Esto es continuación de lo que he dicho anteriormente. Creer en esto conforma en qué nos vamos a centrar en la sesión, y lo que entendemos que es importante que cambie.

14. Para facilitar ese proceso, tanto terapeuta como paciente deben convertirse en observadores participantes. Ambos deben sobrevivir juntos a algunas cosas, y entonces detenerse para pensar en lo que ha sucedido. Su asociación se construye en base a los momentos de vivir algo y observarlo.

15. Los seres humanos son inherentemente interpersonales, inherentemente curiosos e inherentemente emocionales. Nuestro trabajo no consiste en conseguir que alguien llegue a ser algo, sino en ayudar a reducir los obstáculos de los procesos naturales de la vida.

16. El tratamiento se verá facilitado si nos centramos en los procesos defensivos tan pronto como nos sea posible. Esto es especialmente cierto con las defensas obsesivas, que tienden a hacer que el material sea más complicado de entender, hasta que se vuelven menos necesarias. En terapia, a cada momento, estamos principalmente centrándonos en la defensa, o en lo que la defensa está defendiendo. Todo lo que hacemos puede categorizarse de esta manera. Nuestro trabajo es ser tan conscientes como podamos de estas elecciones.

17. Por último, cada “diagnóstico” no es una etiqueta o categoría de la persona, sino un nombre para la manera de afrontar las dificultades de ser un ser humano. Cada uno de nosotros tiene cierta facilidad para enfrentarse a la vida de forma paranoide, esquizoide, obsesiva, etc. Cada forma de afrontamiento tiene un lenguaje y patrones de conducta característicos. El funcionamiento esquizoide, por ejemplo, amortigua la emoción, se aleja de la conexión y utiliza con frecuencia imágenes como el estar separado de los otros, de observar la vida desde fuera y de sentirse alienado de los otros. Como clínico puede resultar muy útil darse cuenta de esos patrones, reflexionar sobre ellos con el paciente y darse cuenta de ellos en uno mismo.

18. Las secuencias de pensamiento y comportamiento tienen con frecuencia mucho significado. Más que preguntar por qué alguien hizo algo, normalmente aprenderemos más preguntando a la persona qué es lo que sintió en primer lugar, en segundo lugar, etc. El “cuándo” nos lleva al “porqué”. Si me sentí ansiosa y después dubitativa, probable-mente me sentí dubitativa porque estaba ansiosa. Si me sentí en un momento de intimidad y después ansiosa, probablemente estaba ansiosa por la intimidad. Preguntar por qué alguien se sentía ansioso normalmente nos llevará a teorizar sobre la persona, lo que puede no dar ningún fruto. Preguntar cuándo puede acarrear más insight.

II. La alegría en el tratamiento

(Cita de *Marcando la diferencia...*, p.120⁴) “Creo que es posible entender la alegría como algo esencial en la experiencia de ser analista o paciente en el tratamiento (además de ser un componente clave de la salud emocional). De hecho, me parece que la situación analítica es especialmente rica en oportunidades para la alegría. Por otro lado, sin momentos significativos de alegría, la investigación analítica verá muy limitado su impacto”.

Este punto de vista está basado en una serie de supuestos:

1. La alegría es especialmente adecuada para compensar la experiencia negativa emocional y hacerla así más tolerable. La alegría compensa potencialmente el sentimiento de

pérdida en la tristeza, la impotencia en la ansiedad, la frustración en la ira, el aislamiento en la soledad, el dolor en el arrepentimiento y el sentimiento de fracaso en la vergüenza y en la culpa.

2. Ya que el análisis revisa detalladamente quiénes somos cada uno, incluyendo partes de nosotros mismos con las que no nos hemos enfrentado anteriormente, genera muchas oportunidades para la ansiedad, pero también para la alegría del autodescubrimiento, al expandir lo que podemos llegar a conocer de nosotros mismos.

3. El análisis nos ayuda a ser conscientes de lo que tenemos en común como seres humanos, así como a saber qué es lo que nos hace únicos. Estos dos aspectos del análisis pueden evocar alegría (para ambos participantes) de diferentes maneras. Esto significa que la alegría puede ser el resultado de darnos cuenta de lo que todos tenemos en común y de sentir que somos simplemente humanos, que todos y todas somos parte de la familia humana. Pero también puede resultar de una conciencia de nuestra propia y diferenciada personalidad, nuestra forma particular de ser humanos. Esto significa curiosamente que podemos sentir alegría al ver lo que todos tenemos en común Y al ver cómo cada uno somos una persona en particular. Las oportunidades de ambos tipos de experiencias de alegría son muy frecuentes en el tratamiento para ambas personas.

4. El análisis puede proporcionar oportunidades para nutrir, experimentar y presenciar saltos hacia delante, auto-trascendencia, la inmersión en un proceso creativo, movimientos estimulantes, milagrosas segundas oportunidades, comprensión curativa, profunda aceptación, autodescubrimiento y generatividad. Todas estas pueden estar asociadas con la alegría.

(Cita de la p.121, *Marcando la diferencia...*). “Vemos a un niño al que queremos dar sus primeros y vacilantes pasos, y rebotamos felicidad. Al igual que el resto de la gente, analistas y pacientes celebran la emoción de un triunfo sobre los obstáculos. Creo que esta ilusión puede entenderse como una de las muchas formas que tiene la alegría, y creo que puede enfatizar la experiencia analítica para cada uno de los participantes. El análisis proporciona múltiples oportunidades de acometer determinados desafíos, mientras que otros se evitan, quizás esperando un futuro crecimiento. El analista escucha al paciente excavando en busca de una verdad sobre sí mismo/a, ganando terreno dolorosamente. De forma parecida, el paciente puede escuchar la lucha del analista por encontrar una mayor autenticidad. No importa lo que vaya a resultar de ese momento, el esfuerzo en sí mismo puede ser una ocasión para un tipo de alegría”.

III. La vergüenza en el tratamiento

Aquí tenemos una definición de vergüenza aportada por un teórico de la emoción:

La vergüenza tiene lugar normalmente, sino siempre, en el contexto de una relación emocional.

El abrupto incremento de la atención hacia uno mismo (y a veces de la sensibilidad aumentada que

se produce en la cara al sonrojarnos) provoca que la persona se sienta como si estuviera desnuda y expuesta ante el mundo. La vergüenza causa el deseo de escondernos, de desaparecer. La vergüenza puede también provocar un sentimiento de ineptitud, incapacidad y de no pertenencia. (Izard, 1977, p. 92)

En esta parte del seminario, hablaré en primer lugar de algunas formas de pensar la vergüenza en terapia y diferenciaré entre tres formas de vergüenza en el tratamiento y en la vida en general. Creo que la experiencia de vergüenza es ligeramente diferente dependiendo de los sentimientos que acompañen a la vergüenza. Esto significa que la vergüenza junto con la ansiedad no es exactamente la misma experiencia que la vergüenza junto con la ira, o la vergüenza junto con la culpa. Pero creo que estas combinaciones tienen lugar con frecuencia. Hablaré un poco sobre cada una de ellas.

Ya que el tratamiento puede conllevar que uno mismo se exponga (a veces ambas personas), no debería sorprender que sus participantes sintieran vergüenza con cierta frecuencia. Hagamos primero algunos comentarios generales sobre lo que supone trabajar con la vergüenza en terapia (cita de *Marcando la diferencia...*, p. 55).

- “1. El tratamiento puede proporcionar un diálogo sobre la vergüenza que aclare las diferencias entre vergüenza, vergüenza de la vergüenza, miedo a la vergüenza, vergüenza y culpa, vergüenza y ansiedad, vergüenza y envidia, y otras distinciones.
2. El analista tiene con frecuencia la oportunidad de ahorrarle al paciente vergüenza haciéndose él o ella misma cargo de esa vergüenza, o al compartirla.
3. El analista puede a veces re-encuadrar la vergüenza no teniéndole miedo.
4. El significado de la vergüenza puede verse alterado si otros sentimientos que están siendo experimentados cambian. Por ejemplo, he descubierto clínicamente que uno de los “antídotos” más efectivos contra la vergüenza es el orgullo. Sentirse orgulloso del coraje de enfrentarse a uno mismo puede contrarrestar la vergüenza sobre lo que uno debe confrontar”.

Por lo tanto, lo que estoy diciendo, es que en realidad hay más de un tipo de vergüenza. La vergüenza es un *rango de experiencias*. En todos los tipos de vergüenza hay un sentimiento de insuficiencia, de no ser suficiente, o de no ser adecuado, de ser un fracaso en algún sentido. Pero cuando alguien está muy ansioso y avergonzado, eso puede sentirse como un trauma y llevar a la disociación. Otro tipo de vergüenza es la sensación que tenemos cuando sentimos que alguien nos quiere provocar vergüenza, que es algo deliberado. Con frecuencia esto evoca vergüenza airada. Un tercer tipo es la vergüenza culpable, donde sentimos que hemos violado un patrón personal de conducta, y estamos avergonzados de nosotros mismos por ello. No se trata de diferencias absolutas, sino más bien de diferentes “sabores” que puede tener la vergüenza.

En terapia, creo que puede resultar muy útil pedirle al paciente que hable de experiencias de vergüenza, en su vida y en las sesiones. Puede resultar útil ayudar al paciente a poner esas experiencias en palabras, aunque esto pueda ser bastante difícil de hacer. Es difícil centrarse

en la vergüenza y también expresarla. Por su propia naturaleza, es el único sentimiento que normalmente empeora cuando piensas en él. Mucha gente no se ha centrado en su vergüenza lo suficiente como para tener palabras para expresarla. Pero puede suponer un gran alivio poder hablar de ella en el tratamiento.

Una forma en la que podemos ayudar al paciente con su vergüenza es sintiéndonos cómodos cuando nosotros mismos nos equivocamos, o no sabemos algo, o revelamos algo que podría ser embarazoso.

En ocasiones, estar dispuestos a exponer una debilidad puede ser una expresión de amor por el paciente, una forma de cuidarle. Esta es una cita de "*Marcando la diferencia...*" (pp. 72-73):

"Creo que el miedo a la vergüenza y a las diferentes formas de la vergüenza puede modularse con amor. No es sólo el amor del analista lo que mitiga el miedo del paciente a la vergüenza, sino también el amor propio del paciente. Claro que el miedo del analista a la vergüenza puede modularse de forma parecida. El amor es como una vía paralela que bordea la vergüenza. Esto supone que la vergüenza no va a ser el único sentimiento reconocible. Delimita el miedo a la vergüenza porque el amor supone que la vergüenza no tendrá un poder absoluto sobre el sentimiento del self. El amor promete que va a quedarse, independientemente de lo que pase, y se mezclará con cualquier vergüenza que pueda acontecer. Merma el miedo a la vergüenza al ofrecerse a servir como contrapeso. Me pregunto si es alguna forma de amor la que con más frecuencia mitiga la vergüenza airada, ya que el amor sugiere que sea cual sea la vergüenza que se siente probablemente no habrá sido infligida de forma deliberada o gratuita. Además, el amor normalmente tiene el poder de contrarrestar y modular la vergüenza, ya que si nos sentimos queridos, pensaremos que somos "suficiente", por lo menos a los ojos de alguien"

A veces decimos que no tenemos miedo a la vergüenza, y que nos preocupamos por el tratamiento más de lo que nos preocupamos por nuestro propio orgullo, cuando compartimos nuestros pensamientos incluso antes de haberlos formulado por completo. Estamos dándole una oportunidad a ese pensamiento que puede no tener sentido o resultarnos embarazoso. Nuestra *conducta* dice que estamos dispuestos a arriesgar nuestro propio orgullo por el bien de decir algo que pueda ayudar al paciente y a que el tratamiento avance.

He trabajado muchas veces intensamente para ayudar a la gente a sentir orgullo en su forma de vivir una situación, más que vergüenza sobre la situación en sí misma. Esto significa mucho para mí. No creo que siempre podamos cambiar nuestra situación, pero creo que sí podemos causar un impacto en la forma en que la vivimos. Creo que el orgullo en la manera en que afrontemos una determinada situación puede determinar la vergüenza. También creo que tener curiosidad genuina puede ayudar. El preguntarnos sobre el porqué estamos en la situación puede en ocasiones alterar la forma de sentir la experiencia. Se convierte en algo que entender, más que algo que pueda provocar una dura autocrítica.

IV. Arrepentimiento

(Cita de “*Marcando la diferencia...*” p. 95).

“Mientras que las definiciones de diccionario (*American Heritage*, 1969, p. 1096) enfatizan la aflicción en el arrepentimiento, a mí me parece que cuando utilizamos la palabra con frecuencia da a entender que es un híbrido entre la pena y la culpa. Decimos que sentimos pena por una pérdida, pero nos lamentamos o arrepentimos de una oportunidad desperdiciada. Creo que el arrepentimiento conlleva más un sentido de agencia que la pena. Lamento los errores que me han costado algo significativo pero me apenan las pérdidas que me trae la vida. Para mí esta diferencia tiene más significado académico. El arrepentimiento contiene un conjunto diferente de significados e información diferente sobre nosotros mismos. Sea lo que sea aquello de lo que me arrepiento me espolea *tanto* hacia el luto como hacia la expiación. Lo uno sin lo otra no abordarán suficientemente mi pesar”.

El arrepentimiento conlleva pena, así como culpa. Al no poder vivir de acuerdo a una norma, nosotros mismos hemos provocado que suceda algo terrible. Enfrentarnos al arrepentimiento significa, para mí, encontrar un modo de hacer el duelo así como de reparar algo. Hago el duelo por mi pérdida, y reparo mi culpa, o mi papel al provocar esa pérdida.

(Cita de “*Marcando la diferencia...*”, p. 97).

“En la clínica me he encontrado con que una forma concreta de arrepentimiento es el anhelo que las personas que han sido maltratadas desarrollan hacia lo que yo llamo el self ileso. Puede darse un tipo de apego psicológico con una versión fantaseada de ese self. Este self “más sano” es la persona que quien ha sido maltratado siente que podría haber sido si no hubiera sucedido el trauma. El arrepentimiento o pesar de que este “doble” de uno mismo no existe en la realidad puede ser exquisitamente doloroso”.

Mucha gente viene a terapia porque se han arrepentido dolorosamente de lo que han hecho o de lo que no han hecho con sus vidas. Algunos vienen porque les asusta pensar que conforme se hagan mayores, ese pesar se agrave. Pienso que a veces podemos ayudar a la gente pensando en formas de reparar algo cuando se arrepiente de su *propia* conducta. Pero, ¿qué pasa con los arrepentimientos del self ileso?

(Cita de “*Marcando la diferencia...*”, p. 97).

“Cuando veo a alguien lamentándose por un self que podría haber sido, que debería haber sido, a menudo siento que el enfado podría ayudar a incorporarse a la determinación de sobrevivir, pero la vergüenza y la culpa podrían hacer más débil al que sufre y dejarle incapaz de luchar por sí mismo. Desde luego que sé que las emociones no pueden valorarse como si fueran ingredientes a incluir en una tarta. Pero (como explicaba en el capítulo uno) estoy convencida de que pensar acerca de combinaciones de emociones podría ayudarnos a tener una visión sobre cómo ayudar. Cuando alguien ha sufrido una pérdida terrible, como desde luego lo es la pérdida de un self ileso, creo que tenemos que aceptar su tristeza. Es inherentemente triste perder esa mejor vida que podrías haber vivido si no te hubiera sido arrebatada de golpe por una violencia sin sentido. Si le pedimos al paciente que renuncie a su tristeza (quizás comunicándoselo en lo elegimos

centrarnos o ignorar) creo que estaríamos haciendo un mal servicio. En el mejor de los casos, por el cariño que nos tienen, intentarán cumplir, y ganar así algo, no por el hecho de cumplir sino quizás por el hecho de querer a alguien lo suficiente como para hacer este sacrificio.

Pero creo que hacemos mejor al centrarnos en otras emociones que hacen más compleja la tristeza, como la vergüenza, la culpa y el arrepentimiento, y, especialmente, la soledad. Si escuchamos dolor que no podemos cambiar, si estamos dispuestos a enfrentarnos a lo inalterable, si no intentamos hacer que desaparezca, reducimos el dolor compartido. Es diferente, porque es compartido, aunque siga siendo dolor y siga doliendo. Pero, como en tantos otros momentos, si alguien está dispuesto a escuchar, y a no cerrar los ojos ante lo que es crudo e insoportable, la soledad, al menos, se hará más liviana. Aunque la tristeza perdure, puede que sea una tristeza un poco menos amarga. El self que hubiera podido existir, que podría haber sido más ligero y más libre, ha sido, al menos, visto por alguien”.

V. Pérdida, tristeza y depresión

Enfrentarse a una pérdida es claramente uno de los mayores desafíos de la vida. ¿Cómo podemos ayudar en esto a alguien? Aquí van algunas de mis ideas.

1. Creo que es muy importante que distingamos la tristeza de la depresión. La tristeza es una reacción normal ante una pérdida. No es patología. Sin embargo, la depresión sí que lo es. Es un conjunto de sentimientos más complejo, siendo uno de ellos la tristeza. La depresión muestra un patrón personal en cada persona. No podemos generalizar de tu depresión a la mía. Puede que yo esté más asustada cuando estoy deprimida de lo que tú lo estás.
2. Siguiendo a Freud, pensamos equivocadamente que la finalidad del duelo era dejar marchar al objeto, para dejar espacio para nuevas conexiones. Esto se basaba en un modelo económico, que decía que había una cantidad finita de libido, y que si éste estuviera fijado en una persona, no estaría disponible para otras. Desde entonces hemos rechazado este modelo y comprendido que el amar a alguien, o el amor propio, puede aumentar nuestra capacidad de amar a otros. Por lo tanto, el objetivo del duelo no será “superar” una pérdida, sino más bien trabajar en la relación actual con la persona.
3. El tratamiento nos proporciona muchas oportunidades de trabajar viendo cómo los seres humanos pueden soportar las pérdidas. No puedo abordar todas ellas aquí, pero esta idea es central en todos mis libros. Algo que sugiero es que el cómo soportemos una pérdida depende de cómo afecte a nuestro balance emocional. Por lo tanto, podremos ayudar a la gente con su pérdida si les podemos ayudar con el enfado, o la vergüenza, o la culpa, o la soledad, o con cualquier sentimiento que se dé junto con la pena.
4. (Cita de p.141, *“Marcando la diferencia...”*).

“En mi opinión, las concepciones sobre el duelo que sugieren que podemos voluntariamente renunciar a la persona de carne y hueso con el fin de aferrarnos a una representación o identificación del objeto internalizado no hacen justicia a la experiencia de la vida real. Exageran el poder de la idea cognitiva de una persona para reemplazar a la persona palpable. En nuestros apegos más profundos amamos más que la simple idea de quién es alguien. Amamos su cuerpo. Saboreamos su habilidad de sorprendernos. Los objetos internalizados no tienen la capacidad de sorprender que tiene un ser viviente. Una representación de objeto no puede cambiar por sí misma y no puede provocar cambios en nosotros. No puede entretener y deleitarnos con sus inesperados giros en el desarrollo”.

Resulta tentador pensar que nos podemos deshacer del duelo doloroso, pero no creo que eso le haga plena justicia a la condición humana y a nuestra inherente e interpersonal naturaleza. Una persona real, querida, no puede ser reemplazada. Necesitamos sentir su respiración cerca, tocarla, darle la mano. Queremos reírnos con ella, experimentar el momento que vivimos con ella, conocerla a través de cada sentido. Nada menos que eso podrá satisfacer nuestra necesidad.

1. Creo que con demasiada frecuencia patologizamos sentimientos que son normales, como la pena en respuesta a una pérdida. Intentamos deshacernos del sentimiento demasiado rápido.

(Cita de p.143, “*Marcando la diferencia...*”).

“Al patologizar e intentar erradicar aspectos de la condición humana, malvendemos algo de nuestra pasión y del significado potencial que puede llegar a tener nuestra vida. Irónicamente, dado que las emociones son los más poderosos moduladores de otros sentimientos, podemos estar embotando inintencionadamente nuestra capacidad de recuperación. Por ejemplo, una mujer que ha perdido recientemente a su marido, creyendo que se supone que debe de “pasar página” tan pronto como le sea posible, toma medicación, ya que siente que le es imposible hacerlo por sí sola. Esto amortigua todos sus sentimientos, incluyendo el de soledad, que debería haberle empujado a establecer nuevas conexiones. Por querer reducir una emoción, podemos estar utilizando enfoques que truncan todas las emociones. Podemos estar desconectándonos de nuestras herramientas más potentes para regular el afecto, incluyendo aquellas que finalmente nos ayudarían a sobrellevar la pena. Por elegir estar entumecidos nos alejamos del otro y de nuestra experiencia vital más vívida. Como la gente que mata el tiempo, al matar nuestra pena nos matamos a nosotros mismos.

Específicamente en relación a nuestro duelo y a nuestra pena, esperamos “dejar que salga” y “superarlo”. Pero creo que cada vez son más los y las terapeutas que se dan cuenta de los efectos potencialmente perjudiciales de este enfoque”.

2. Ya que el encuadre a menudo evoca sentimientos de pérdida, el tratamiento proporciona a ambas personas muchas ocasiones de trabajar sobre sus experiencias de pérdida. (Cita de pp. 152-153, “*Marcando la diferencia...*”).

“A veces el encuadre puede romper el corazón del paciente (y a veces incluso del analista). El

encuadre garantiza que no siempre estaremos disponibles cuando más se nos necesite. Puede ayudar a cada participante a comprender con cuánta frecuencia, en cualquier relación, la presencia del otro es inoportuna, desde el punto de vista del self. A veces, como analista, siento que la sesión se acaba demasiado deprisa. Quiero más tiempo, y tengo que experimentar, una vez más, el mismo arrepentimiento que sentimos cuando alguien muere antes de que hayamos tenido oportunidad de decirle algo vital. Claro está que el final de una sesión no está tan cargado de significado como eso supondría. En un día cualquiera una sesión va detrás de otra, sin que normalmente se rompan corazones. Desde el encuadre actuamos las limitaciones de toda conexión humana de forma atenuada. Pero de vez en cuando aparece un recordatorio muy real del dolor del amor y la necesidad que no tienen fin, y de cómo piden más de lo que se les puede dar. El encuadre es tanto un símbolo como algo simbolizado. *Representa* las limitaciones de la conexión humana, pero también es un límite *real*. Es una experiencia vivida, un ejemplo real, de cómo de mal regulada está normalmente la conexión humana desde el punto de vida personal. Pero también representa simbólicamente cómo puede suceder esto en cada relación y no sólo en el tratamiento. En realidad no es cada martes, jueves o viernes a las 4 cuando uno más necesita a alguien. Para cada cual habrá ocasionalmente un miércoles lleno de añoranza, y habrá algún jueves cuando sería maravilloso estar sólo”

Todas las pérdidas significativas nos recuerdan, en algún punto, a la muerte, la mayor de las pérdidas. Tengo mi propia manera de pensar en la pérdida en mi vida. (Cita de pp. 163, “*Marcando la diferencia...*”).

“Cuando miro a alguien en quien soy consciente de haber dejado huella y que vivirá más que yo, mi propia mortalidad no significa tanto como significaría de no ser así, ya que va paralela a una vida que va a continuar. Siendo esto así, puedo echarle un vistazo a la mortalidad con mayor frecuencia. Soy muy consciente de que esta es una afirmación muy personal y no quiero decir que sirva para otras personas. Pero creo que merecería la pena para nosotros como analistas el pensar en nuestro propio trabajo (entre otras cosas) como algo que da significado a nuestras vidas, que nos sostiene, que nos fortalece al enfrentar las pérdidas, incluyendo, eventualmente, nuestra pérdida de la propia vida”.

(Tras esta sección del seminario, siguió un debate abierto con numerosas intervenciones de los asistentes).

REFERENCIAS

- Buechler, S. (2004). *Emociones que Guían el Tratamiento Psicoanalítico. Valores de la Clínica*. México: Seminario de Sociopsicoanálisis, A.C. [V. original: *Clinical values: Emotions that guide psychoanalytic treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 2004]
- Buechler, S. (2015). *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes. Experiencia emocional en el ámbito terapéutico*. Madrid: Ágora Relacional. [V. original: *Making a difference in patients' lives*. New York: Routledge, 2008]
- Didion, J. (2005). *The Year of Magical Thinking*. New York: Alfred A. Knopf

Original recibido con fecha: 5-3-2015 Revisado: 20-6-2015 Aceptado para publicación: 27-6-2015

NOTAS

¹ Texto base del Seminario Clínica desarrollado por Sandra Buechler en el Programa de Formación del Máster/Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional, Madrid, Sábado 20 de Junio de 2015. Traducción castellana de Sandra Toribio Caballero.

² Sandra Buechler, Ph.D. (New York) es Analista Didacta y Supervisora en el *William Alanson White Institute*. Es asimismo 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)*; *Marcando la diferencia en la vida de los pacientes: Experiencia emocional en el contexto terapéutico (2008)*; *Permanezco ejerciendo: Las alegrías y angustias de una carrera clínica (2012)*; y *Comprendiendo y tratando pacientes en Psicoanálisis Clínico: Lecciones desde la Literatura (2015)*.

³ N. de T.: 11 de Septiembre de 2002, el ataque terrorista a las Torres Gemelas de Nueva York.

⁴ N.de la T. Esta y sucesivas indicaciones de página se refieren a la versión original (New York: Routledge, 20089. No a su traducción castellana publicada en 2015 (Madrid: Ágora Relacional).