

Entrevista a Sandra Buechler

Interview to Sandra Buechler

Javier Ramos García

Hospital Universitario 12 de Octubre

Transcripción de la entrevista publicada en la [sección videos](#) y en el canal de [YouTube](#) de *Aperturas Psicoanalíticas*



Aperturas Psicoanalíticas tiene la oportunidad de conversar hoy con la Profesora Sandra Buechler, una de las figuras más importantes y carismáticas del panorama del psicoanálisis interpersonal contemporáneo.

Profundamente comprometida con la clínica y con sus pacientes durante 50 años de ejercicio profesional en la ciudad de Nueva York, Sandra Buechler es también una autora prolífica y de gran fuerza y originalidad.

Psicoanalista, analista didacta y supervisora en el William Allanson White Institute de Nueva York, ha sido supervisora en el Programa Postdoctoral y de Residentes del Columbia Presbyterian Hospital, así como en el Institute for Contemporary Psychotherapy, y es miembro del consejo editorial de Contemporary Psychoanalysis.

- APERTURAS PSICOANALÍTICAS: Permítanos en primer lugar saber un poco más de Vd, de su formación como psicoanalista, de sus autores de referencia... Vd se sitúa en la tradición del psicoanálisis interpersonal, y menciona con frecuencia a Eric Fromm y a Harry Stack Sullivan, que no son quizás autores citados tan frecuentemente como autores fundamentales. Cuéntenos cómo llegó al psicoanálisis interpersonal y cómo llegaron a convertirse estos autores en referencias tan importantes para Vd.

SANDRA BUECHLER. Bueno, cuando estaba en mi primer año de instituto mi idea era estudiar literatura, ya que esto era algo que siempre me había interesado. Pero un día vino a dar una charla un psicólogo clínico, y lo que nos contó me resultó fascinante. Empecé entonces a leer a Freud e hice un seminario sobre La interpretación de los sueños. Me encantó el libro, y empecé a pensar que tal vez la psicología podría ser una buena profesión para mí. Mientras tanto empecé a tener diversas experiencias en el ámbito de la

enseñanza, a diferentes niveles. Leía por ejemplo a los ciegos, y accedí así a diversas experiencias en las cuales yo sentía que era posible hacer cosas que tenían un efecto directo sobre la vida de otras personas. En el instituto pude leer a autores muy diversos, pero cuando llegué a la universidad me encontré con varios profesores que se habían formado en el William Alanson White Institute, y hubo un par de ellos, y en especial Gordon Derner, que era el director del programa, que me recomendaron directamente formarme allí. Durante mi formación trabajé también en diferentes hospitales, en concreto en un hospital para veteranos de guerra, en la época de la guerra de Vietnam, y atendía a hombres gravemente heridos, que habían perdido, por ejemplo, diversos miembros. Recuerdo un paciente que había perdido los dos brazos y las dos piernas. Era gente muy dañada en el plano físico, pero también en el plano emocional, severamente deprimida, por ejemplo. Trabajé en dos hospitales de veteranos y en un hospital estatal. En el sistema público, en Nueva York, hay hospitales en los que los pacientes ingresan durante períodos de tiempo muy cortos, y otros, como el hospital en el que yo trabajé, en el que la gente pasa tiempos muy largos. Había en la planta en la que yo trabajaba pacientes que llevaban allí 20 años, y que habían perdido todo: amigos, familia, habilidades, y también toda esperanza. Yo era aún una estudiante, al tiempo que trabajaba como psicóloga en ese equipo, y me sentía por completo desbordada. No sabía cómo ayudar a estos pacientes, ya que no tenía ni herramientas, ni conocimientos, ni teorías ni nada en lo que apoyarme. Hacía diversos cursos al tiempo que trabajaba, y en uno de esos cursos empecé a leer a Harry Stack Sullivan. HS Sullivan, al igual que Frieda Fromm Reichman, desarrolló la mayor parte de su carrera trabajando en hospitales. HS Sullivan tuvo que dejar su país huyendo de la persecución nazi, y se estableció en Estados Unidos, donde trabajó en el ámbito hospitalario. Tanto HS Sullivan como F Fromm Reichman aportaban ideas acerca de cómo aplicar conceptos psicoanalíticos en el trabajo con pacientes psicóticos severamente perturbados. Y esto para mí fue esencial, y marca para mí una línea de vida en lo que se refiere a cómo mantener la esperanza en el trabajo con esos pacientes que estaban tan dañados. Al mismo tiempo yo estaba leyendo a Erich Fromm, que no hablaba específicamente sobre el trabajo hospitalario, y ni siquiera sobre el trabajo en la clínica, pero sí de una filosofía acerca de cómo pensar la vida, algo que yo encontré muy útil. Fromm fue para mí un autor muy inspirador. HS Sullivan y F Fromm Reichman no eran grandes escritores, a pesar de tener grandes ideas, pero E Fromm sí que lo era, y era capaz de combinar la filosofía, la interpretación del Talmud, la mitología, el psicoanálisis, y era capaz de integrar todas esas disciplinas para construir un modo de mirar la vida y también la terapia. Me gustaban mucho estos autores, y decidí seguir el consejo de formarme en el William Alanson White Institute, pero antes me hice aún con un poco más de experiencia clínica trabajando con niños, y también formándome a través de la National Science Foundation, donde estudié durante un tiempo el desarrollo emocional en los dos primeros años de vida y las diferentes teorías sobre las emociones, de modo que pude empezar a desarrollar mis ideas acerca de las emociones y del equilibrio emocional. Hice después mi doctorado en Psicología, y ya entonces inicié mi formación en el William Alanson White Institute entre 1979 y 1983, y allí fue donde estudié con más profundidad los textos de HS Sullivan y todos estos autores. Allí estudiábamos a todos los psicoanalistas, pero nos centrábamos fundamentalmente en HS Sullivan y en E Fromm y en F Fromm Reichman. Y esa es mi formación. Muchas veces la gente pregunta acerca de la diferencia entre psicoanálisis relacional y psicoanálisis interpersonal, y esa es una pregunta difícil de responder, ya que hay mucho solapamiento, y al final, la única manera en que puedo dar una respuesta es diciendo que el psicoanálisis interpersonal es el legado de HS Sullivan, E Fromm y F Fromm Reichman. Sus enseñanzas fueron las que yo

aprendí como forma de pensar acerca de la terapia. Fuera de esto, yo creo que el psicoanálisis interpersonal y el psicoanálisis relacional son muy muy parecidos.

AP. Hacía yo referencia antes a uno de sus libros, que tiene el sugerente título de “Cómo cambiar la vida de nuestros pacientes”. ¿Cómo podemos nosotros, los terapeutas, cambiar la vida de nuestros pacientes?

SB. Empezaría con la idea, y querría encontrar frases cortas para cada idea, porque creo que eso ayuda a la gente a recordar, empezaría con la idea de que la vida cura. Creo que son las experiencias vitales las que, sobre todo, hacen que cambie la vida de la gente. Y la terapia es una de las experiencias que alguien puede tener en la vida. La terapia es una experiencia vital. Pero desde mi punto de vista esto no es suficiente. La terapia debería de ser capaz de hacer que la persona tenga más experiencias vitales. Hacer que la persona salga al mundo y se relacione y aprenda cosas y piense cosas y lea cosas y tenga más vida. Así que para mí la pregunta es cómo hacemos los clínicos para que la gente tenga más vida. Para que se abra al mundo, a la vida y nuevas experiencias vitales. HS Sullivan definía la salud psicológica como la capacidad de aprender de nuevas experiencias. Es una muy buena definición desde mi punto de vista. Y ése es el modo en que podemos ayudar a la gente. Y en cierto modo, esto sucede si los terapeutas somos internalizados en alguna medida. Todos conocemos el planteamiento de Freud de que el oro en psicoanálisis es lograr un cambio estructural. Yo estoy de acuerdo con esta idea en gran medida, en el sentido de que si somos internalizados cambiamos la estructura interna del paciente y de su funcionamiento psicológico. En otro sentido, y si empleamos la terminología más tradicional, lo que hacemos los terapeutas es aligerar el superyó del paciente, de tal forma que la persona dispone de una mayor cantidad de energía para ponerla a disposición del yo, logrando así un mejor funcionamiento en el mundo, ya que hay menos energía dedicada a la autocrítica, a la vergüenza, a la culpa. Así que yo creo que se produce un cambio estructural porque se produce un reequilibrio, si utilizamos estos conceptos, en el balance del superyó, el yo y el ello. Aunque yo creo que este lenguaje tiene sus limitaciones, y a mí no me gusta demasiado utilizarlo. Me gusta más pensar en términos de que somos internalizados como una nueva voz que se incorpora en la mente del paciente. Y nuestro modo de ver las cosas, nuestras opiniones, nuestra forma de pensar tiene que ser relevante para el paciente, y evidentemente esto solo sucede si existe una relación, ya que no hay terapia si no hay una relación. Siempre he sentido que lo más importante para el desarrollo de una relación es el sentimiento del paciente de que nunca le vas a mentir. La gente no siempre está de acuerdo con esta idea, pero yo creo que es muy importante. Yo quiero que el paciente sepa que si yo no sé la respuesta a algo se lo diré; o si me pregunta algo que yo no quiero responder, también se lo diré, le diré que prefiero no contestar a eso que me pregunta, porque no creo que haya que contestar necesariamente a todo... pero quiero que sepa que nunca mentiré. Yo creo que esto es crucial. Y, de hecho, cuando he formado parte de comisiones en las que se determina la admisión de candidatos para iniciar la formación, siempre he dicho que lo que un candidato tiene que tener para convertirse en analista es una valoración clara de la importancia de la verdad. Todo puede enseñarse, excepto esto. O lo tienes o no lo tienes. Y si no lo tienes, creo que no puedes convertirte en analista. Yo creo que tienes que transmitirle al paciente que valoras la verdad en sí misma, y no solo como un medio para llegar a un fin. Creo que eso es un elemento fundamental. Junto a esto, el paciente tiene que sentir que estás de su lado, que tu objetivo es que él se encuentre mejor, y esto se transmite especialmente a través de aquello en lo que colocas el foco durante la sesión. La cuestión del foco es fundamental en psicoanálisis. Porque en cada momento de cada sesión hay diferentes formas en las que se puede colocar el foco sobre el material. La

forma en que se coloca el foco denota tus valores, aquello que tu crees que es importante. El paciente tiene que sentir (y esto habitualmente no se registra en un plano consciente) que la forma en que colocas el foco tiene como objetivo ayudarlo, y no “pillarle” o avergonzarle, o mostrar sus fallas, o competir con él, o aparecer como mejor que él. El foco se coloca a partir del interés de ayudar al paciente, y creo que esto es muy importante. He dividido la tarea terapéutica en tres niveles: cognitivo, emocional y relacional. Podemos profundizar después en eso, pero creo que cuando preguntas acerca de cómo cambiar la vida de nuestros pacientes, creo que tenemos que recurrir a estos tres medios: el cognitivo, el emocional y el relacional.

AP. Emociones. Vd insiste en que son las emociones las que deben guiar el tratamiento. ¿Podría decirnos algo más acerca de esta idea?

SB. Bueno, todo esto estaría en relación con ideas que proceden de la teoría de las emociones, a la que me dediqué durante mis años en la National Science Foundation. En el estudio de la expresión emocional, se habla de emociones fundamentales, que se desarrollan en los dos primeros años de la vida. Se estudian situaciones en las que el bebé parece sentir miedo, o enfado, o vergüenza, o sorpresa, o alegría, y se piensa acerca de lo que está sucediendo. Una de las ideas centrales en esta teoría es que las emociones componen un equilibrio determinado, de tal forma que un cambio en una de las emociones supone un cambio en la intensidad de las emociones restantes. Por ejemplo, si tienes más curiosidad, esto afecta a todo lo que puedas estar sintiendo, a la intensidad de las demás emociones: la rabia, la pena, etc. Si sientes más miedo, esto va a afectar también al resto de tus emociones, estrechando el campo emocional. El cambio en una emoción altera el equilibrio del conjunto. Lo que esto implica es que si un paciente se presenta deprimido es muy frecuente que el foco se sitúe en la depresión, mientras que desde la teoría de las emociones una idea sería que al trabajar sobre cualquiera de las emociones, las restantes se ven también afectadas, generándose un equilibrio diferente. Esto amplía nuestras posibilidades de trabajo, ya que ante un paciente deprimido puedes preguntarte si hay también rabia, o qué es lo que pasa con su curiosidad, o si hay también momentos de alegría, o si también hay vergüenza... Piensas de un modo más amplio acerca del sistema emocional en su totalidad. La idea fundamental es que si puedes trabajar sobre la curiosidad, o sobre la alegría, esto va a tener un impacto sobre todas las emociones, de modo que no se trata ya de hacer que alguien esté menos triste, sino de respetar una pena que forma parte de la vida, que debe sentirse, que debe comprenderse, que puede tener aspectos positivos (y no solo negativos). Lo que yo creo que puede ser de ayuda en relación a la pena es incluir la curiosidad acerca de esa pena: ¿Por qué será que me siento así? ¿Me he sentido antes así? ¿Qué me ayudó entonces? ¿Qué dice de mí mismo mi forma de sentir la pena? ¿Cuál es mi forma personal de sentir la pena? Porque yo creo que cada uno de nosotros tenemos un modo particular de sentir las emociones, y eso es parte de nuestra identidad, de lo que somos. ¿Cuál es mi estilo personal en relación a la vergüenza? ¿Cuál es mi estilo personal en relación a la alegría? Así que, sí, si añadimos una emoción, todo el conjunto cambia.

AP. Continuando con las emociones, Vd habla de la alegría como una emoción fundamental. ¿Podría explicarnos cómo incluye Vd la alegría en su trabajo cotidiano con el paciente?

SB. Bueno, en cuanto a la alegría, hay diferentes tipos de situaciones que evocan alegría en los seres humanos. Una de ellas es la de sentirse conectado, con el resto de los seres humanos, la de sentirse parte de la humanidad, parte de la vida. La alegría de sentirse

conectado con otra gente, de sentir que uno puede comprender empáticamente a otra persona, y también ser entendido por el otro. Y está la alegría también, y esto puede sonar contradictorio, pero yo creo que no lo es, de identificar una y otra vez la propia particularidad, aquello que nos define a cada cual. Lo específico de mi forma de vivir la vida. Lo que podría denominarse mi estilo personal. Algo así como, “sí, esto es lo que yo hago en estas situaciones”, o “esto es lo que yo diría en este momento”. Está también la alegría de superar obstáculos en la vida, o en el poder ayudar a otros a superarlos. Sentimos alegría cuando vemos a un niño dar sus primeros pasos, superando la dificultad que conlleva la fuerza de la gravedad. Sentimos alegría cuando le escuchamos pronunciar sus primeras palabras. Y no es algo que nadie nos enseñe, sino que surge como un sentimiento espontáneo. Y hay también múltiples fuentes de alegría que son particulares para cada uno de nosotros. Hay gente que accede a la alegría con la música, y otra gente no, hay diferencias individuales. Pero creo que en general hay alegría en la conexión con el resto de la humanidad, en el sentir la conexión en la sesión, en el sentirse comprendido, en el sentir que se reduce el sentimiento de soledad. También en el sentir que te conoces, en el reconocerte a ti mismo. Reconocer tu propio modo de ver la vida y de hacer las cosas y la capacidad para superar obstáculos creo que son las dos fuentes fundamentales de alegría. En sesión hay muchas posibilidades de tener la experiencia de superar obstáculos psicológicos, incluyendo la posibilidad de identificar las propias defensas que uno pone en juego, y el coste que esto tiene; o la posibilidad de desarrollar nuevas formas de funcionar, o nuevas formas de relacionarse, como la posibilidad de contraargumentar en una discusión para alguien que nunca antes ha hecho algo así. Hay alegría en la posibilidad de levantarte por ti mismo, en el descubrir que has llegado a ser capaz de hacer algo así. Todo esto genera alegría.

AP: Habla Vd también acerca lo útiles que pueden ser ciertas emociones negativas o dolorosas. Rabia, culpa, pena, arrepentimiento... ¿pueden ser estas emociones importantes y beneficiosas para el tratamiento y para el paciente?

SB. Sin duda. Sí, yo creo que las emociones son comunicaciones en lo interpersonal y en lo intrapersonal. Las emociones que yo siento me dicen algo de mí mismo, y también le dicen a los demás cosas acerca de mí. Nuestra primera emoción se expresa a través del llanto. Al llorar expresamos que algo nos duele, o que necesitamos algo, o que queremos algo, o que algo anda mal. Nuestra primera lengua es la emoción. Antes de usar palabras lloramos, o sonreímos, o nos sorprendemos, y nuestra cara muestra nuestra emoción antes de que seamos capaces de usar las palabras. Y así las emociones como la rabia pueden proporcionarnos la energía que necesitamos para luchar por algo. Si sentimos rabia por la destrucción del medio ambiente, tenemos la capacidad para luchar en contra de esa destrucción. Creo que la rabia es muchas veces el motor de la vida, lo que te activa para luchar por cosas que pueden ser muy importantes, y eso es algo constructivo. La pena, por otro lado, forma parte aquello que nos impulsa como seres humanos a mantenernos unidos. Puedes reconocer la pena del otro. Abres el New York Times y ves las caras de la gente de un país desgarrado por la guerra, y sientes algo por ellos, sientes pena entre otras cosas que puedes sentir. Y esa pena es la que nos mantiene unidos. Reconoces la pena del otro porque sabes perfectamente como es sentirse apenado. Y somos más empáticos porque somos capaces de sentir pena. El arrepentimiento nos dice algo acerca de lo que deseamos, de lo que queremos. Así que las emociones nos posibilitan la construcción de un futuro mejor para nosotros mismos. Nos comunican internamente a nosotros mismos qué es lo que queremos hacer con nuestro futuro. Por supuesto que son también emociones dolorosas, eso es cierto, pero como plantean muchos poetas, y pienso por ejemplo en Rainer Maria Rilke, es importante sumergirse en la pena,

no tratar de eludirla o pasar de puntillas por ella, sino vivirla, en su totalidad, y creo que es muy importante desarrollar la fuerza necesaria para poder hacer esto.

AP. Valores. Otro de sus libros tiene el título de “Valores de la clínica”. Desde su perspectiva, ¿de qué forma cree que los valores están o deben estar presentes en el encuentro psicoterapéutico?

SB. Hay valores que todos los clínicos tenemos independientemente de nuestra orientación. Todos nosotros valoramos la curiosidad, y valoramos el coraje, y valoramos la integridad. Y necesitamos tener una sensación de propósito, la sensación de que el tratamiento tiene sentido. Todos necesitamos sentir estas cosas para poder trabajar como clínicos. Necesitamos tener valores para poder situar de algún modo el foco en el material clínico. Si valoras la curiosidad, esto va a tener un impacto en el modo en el que sitúas el foco, en qué es aquello que preguntas, en la forma en la que escuchas y, desde luego, en qué es aquello que recuerdas. Nuestros valores configuran aquello que recordamos de las sesiones previas, porque si para mí algo es importante, si ciertas cosas de la vida son relevantes, sin duda recordaré aquella información que tenga que ver con esas cosas que yo creo que son importantes. Daré un ejemplo: un paciente llega a consulta y me cuenta que ya no está interesado en su mujer, y que ése es su problema. Pues bien, el modo en que yo entiendo las relaciones, cómo yo entiendo el matrimonio, todo esto va a tener un impacto, y va a determinar mi forma de situar el foco, o mi idea acerca de cuáles pueden ser los objetivos terapéuticos. Creo que en psicoanálisis, por desgracia, la noción de neutralidad, nos ha limitado como clínicos. Y yo creo que la neutralidad es un valor, no tengo nada en contra de la neutralidad, creo que no estamos ahí para adoctrinar a los pacientes, o para animarles a pensar del mismo modo en que nosotros lo hacemos, o para que sean versiones de nosotros. Otra cosa es pensar que podemos entrar en consulta y desprendernos de nuestros valores, o de nuestras prioridades, o de nuestras creencias, o de aquello que pensamos que es importante. Eso es imposible. Así que la única posibilidad es tomar conciencia de cuáles son nuestros valores, comprender el impacto que estos tienen en nuestra forma de afrontar el trabajo terapéutico. Y poder admitir con franqueza que tenemos valores que tal vez no concuerden con los de nuestros pacientes y que determinan nuestra perspectiva, la forma en que situamos el foco, nuestra forma de escuchar, de comprender, de preguntar, de responder, de considerar algo como problemático, de entender los objetivos de la terapia. Y no es posible afrontar una sesión sin tener en cuenta todos estos elementos.

AP. Nos gustaría tratar la cuestión de la esperanza. Vd comenta con frecuencia que infundir esperanza en el paciente es una de las tareas fundamentales de la psicoterapia. Una tarea que debe ser asumida por el terapeuta. ¿De qué forma cree que debe abordarse esa tarea, la de infundir esperanza, sin dejar de ser honestos y realistas con el paciente?

SB. Bueno, he pensado sobre la esperanza de formas diversas, y una de esas formas es que en ocasiones he podido sentir la esperanza de mis pacientes como un regalo hacia mí, lo cual puede sonar un poco extraño. Pienso por ejemplo en una paciente a la que vi durante muchísimo tiempo, una paciente que venía luchando con una depresión desde hacía mucho tiempo, durante la mayor parte de su vida, de hecho. A pesar de ello, ella llegaba a cada sesión con la esperanza de que la sesión tuviese algún impacto positivo sobre ella, con la esperanza de que podíamos ayudarla de algún modo. Y yo sentía su esperanza como una suerte de regalo hacia mí, como un acto interpersonal. Creía en mí, creía que yo no seguiría viéndola si no pensase que podía ayudarla. Que yo no estaba allí

por dinero o por sentirme yo bien conmigo misma. Yo tenía esperanza por ella, porque confiaba en que el tratamiento podía beneficiarla. Y su esperanza era, de algún modo, una declaración de confianza hacia mí, era un regalo para mí. Esa es una manera de entender la esperanza en la terapia. Desde mi punto de vista la esperanza es una emoción. En muchas ocasiones se ha escrito sobre la esperanza en términos de una expectativa de tipo cognitivo, en el sentido de tener la esperanza, por ejemplo, de que uno puede ganar un premio. Desde mi punto de vista, esa es una forma muy superficial de conceptualizar la esperanza. Desde mi punto de vista, la esperanza es una emoción activadora, que nos lleva a hacer cosas, que nos lleva a creer en cosas, que nos lleva a intentar cosas. Y la esperanza tiene que ser insuflada en el paciente. La esperanza del analista es esencial para que se active la esperanza del paciente. En ocasiones, se equipara la esperanza con la fe. Se define la fe como la creencia en algo que no necesita ser probado. Yo creo que la esperanza es algo así. No podemos aportar pruebas de por qué, tras tres años de terapia, confiamos en que vamos a poder ayudar a un paciente al cuarto año. No podemos probarlo. Es una creencia, un sentimiento, una emoción que nos lleva a seguir intentándolo. Y es algo que transmitimos, de nuevo, en nuestra forma de enfocar el material clínico, y también en nuestro tono, y en nuestro nivel de actividad. Expresas esperanza cuando tratas de entender de veras a alguien; o cuando haces el esfuerzo por recuperar una sesión perdida. Creo que todo esto es importante, y tiene un impacto. Sí, hay muchas formas de expresar la esperanza.

AP. Profundizando un poco más en el papel que juega la esperanza, Vd habla con frecuencia acerca de la importancia de perseverar en los momentos de impasse en la terapia. Sin embargo, no es nada fácil dilucidar cuándo conviene persistir en un punto y cuando conviene rectificar y tomar una dirección diferente. ¿Qué nos podría decir acerca de esta cuestión?

SB. Bueno... Si tratas a un paciente durante un tiempo, y en un momento dado tú crees que a este paciente le beneficiaría consultar con otro terapeuta, o crees que a este paciente le iría mejor si estuviese en terapia con otra persona, no creo que hayas perdido la esperanza. No creo que la esperanza consista en hacer hoy lo mismo que hiciste ayer, o en mantener siempre la misma dirección. Yo creo que la esperanza es un sentimiento general de que las cosas pueden ir mejor en un momento dado. Un confiar en la fortaleza de los seres humanos y en el poder de las relaciones. En realidad, es una actitud ante la vida. Si lo que quieres decir es que hay momentos en que se debe admitir que las cosas no están funcionando, yo creo que no hay ningún problema con eso. Al contrario, yo creo que es esperanzador enfrentarse al hecho de que algo no está yendo bien, preguntarse qué es lo que está pasando, hacer algo para resolverlo, plantearse en un momento dado, si es preciso, que el paciente consulte con otra persona. Esto me hace pensar también en la cuestión del timing, que es algo realmente complejo y difícil de enseñar. En qué momento hacer una cosa u otra, tomar una dirección u otra. Y me gustaría decir una cosa aquí en relación a HS Sullivan. Sullivan planteaba que el clínico debe atender siempre a los cambios en los niveles de ansiedad del paciente. Si el nivel de ansiedad del paciente no para de crecer, el terapeuta debe preguntarse si está yendo en la dirección correcta, o si debe hacer algo diferente. Todos mis profesores planteaban esto.

AP. Cultura y, en concreto, literatura. Hace unos años, Elisabeth Roudinesco vino a Madrid a presentar su biografía sobre Freud. Dijo entonces que los psicoanalistas debían ser no solo inteligentes, sino cultos también. Vd recurre con mucha frecuencia a la poesía y a la literatura clásica para entender a sus

pacientes y para ilustrar esa comprensión. ¿Hasta qué punto cree que la cultura es importante para los psicoanalistas?

SB. Yo creo que es algo crucial. En primer lugar, porque algunos de los grandes escritores son los que mejor han descrito la condición humana. Las situaciones humanas, los patrones de funcionamiento, las personalidades, ellos las han descrito mejor que nadie, porque escriben mucho mejor que nosotros, eso está claro. Tolstoi, Thomas Mann, Dostoievski... describen a los seres humanos de un modo mucho más vívido, con más emoción y con más precisión que ningún psicoanalista. Y deberíamos beneficiarnos de ellos, y aprender de ellos, acerca de la condición humana, acerca de que es un ser humano, acerca de las emociones. Los poetas a menudo valoran realmente la verdad de un modo físico, y yo creo que podemos aprender de ellos. Podemos aprender de los poetas cómo hacer interpretaciones concisas. Porque en poesía cada palabra hace mucho trabajo. Frases cortas... Con frecuencia le digo a los clínicos en formación que lean poesía, que lean haiku japonés, porque ahí aprendes que a veces cinco palabras pueden expresar más que tres párrafos. Aprendes concisión. Yo creo que la literatura puede enseñarnos mucho... Mi cuarto libro era un libro que partía de relatos breves. Utilizaba 77 relatos breves para explorar diversas alteraciones de la personalidad. Y creo que no habría podido escribir este libro utilizando otro medio que no fuese la literatura.

AP. Vd hace referencia con frecuencia a la idea de disponer de un coro interno que pueda acompañarnos y ayudarnos en la práctica clínica. ¿Podría explicarnos un poco más esta idea? ¿Y podría desvelar algo acerca de esas personas que forman parte de su propio coro interno?

Sí, se trata de una suerte de objeto interno, si quieres llamarlo así. En él se incluyen supervisores, maestros, autores a los que lees, tal vez poetas, pacientes, amigos, experiencias vitales, gente de nuestra familia... Son personas a las que podemos escuchar dentro de nuestra cabeza, aunque no sea de una forma literal, y a las que acudimos en especial en momentos de dificultad, por ejemplo, en una sesión. Así, si en un momento dado yo estoy en dificultades con un paciente, puedo pensar: en un momento así, mi primer analista, Ralph Crowley, que es, sin duda, una de las personas que forman parte de mi coro interno, ¿qué es lo que haría? ¿Qué es lo que diría? ¿Qué me diría si yo le presentase este caso? Y yo puedo recordar cosas que él decía, y generalizar a partir de ahí para pensar que me diría hoy si pudiera hablar con él, si estuviera vivo. Ralph es, desde luego, uno de los integrantes de mi coro interno. También lo es Paul Lippmann, uno de mis profesores, que ha fallecido hace un par de semanas, y al que tengo en mente y al que echo de menos. Él forma parte de mi coro interno. Era una persona con una mente muy abierta, capaz de pensar acerca de muchas cosas tomando direcciones diversas, saliéndose de los caminos trillados, y él me ayuda mucho en este sentido, de modo que cuando me veo atascada en una sesión pienso en él, en lo que él me diría en una situación así. Creo que cualquier persona que haya tenido un impacto sobre ti, independientemente de la forma o del ámbito en que ese impacto haya tenido lugar, ésa es una persona a la que puedes acudir mentalmente, de modo que no estás solo cuando trabajas. Y esto en ocasiones te aporta una guía, y te permite pensar si es mejor tomar un camino u otro; pero otras veces, la mayoría de las veces de hecho, sencillamente te proporciona esperanza, fuerza para seguir adelante.

AP. Vd ha hablado acerca de diversas experiencias que le han resultado de ayuda en su desarrollo profesional. Y de otras que ojalá no hubieran tenido lugar. Si

pensamos en los candidatos y en los clínicos en formación, ¿qué podríamos hacer (y qué no deberíamos hacer) si nuestro deseo es ayudarles?

Para ayudarles yo creo que debemos contribuir a que puedan tener un coro interno, eso por supuesto, pero también a que puedan anticipar lo que una vida dedicada al trabajo clínico conlleva, en especial en términos de remordimiento y de pena. Siempre les digo a los clínicos que deben pensar que tarde o temprano perderán a los pacientes con los que trabajan. Y esto es algo evidente, pero lo cierto es que no es algo en lo que la gente piense demasiado cuando empieza a formarse. O no lo suficiente. Y esto es importante, porque si piensas que la relación es algo importante, ¿cómo no pensar en el impacto que tiene sobre ti el ir perdiendo a esas personas con las que tienes relación? Es algo fundamental. De modo que conectar con el sentimiento que conlleva una pérdida tras otra es muy importante, en especial si pensamos que con cada pérdida pierdes una parte de tu self, no solo pierdes al paciente. Porque ya nunca vas a volver a ser exactamente el clínico que eras con ese paciente. Pierdes una parte de lo que has llegado a ser cada vez que un paciente termina el tratamiento. Y esto es algo que va a suceder de un modo u otro, y tiene un impacto, aunque creas que ése es el momento adecuado para terminar y puedas estar feliz de que un paciente termine una terapia que ha sido positiva para él. Aun así es una pérdida. En lo que se refiere al remordimiento, creo que se conecta con el sentimiento de insuficiencia. Lo cierto es que como terapeuta, al trabajar con pacientes, te enfrentas las partes más duras de la vida, hora tras hora. No hacemos las preguntas sencillas, sino las más difíciles, y en muchas ocasiones nos sentimos inadecuados e insuficientes al enfrentarnos con las cuestiones que se presentan ante nosotros. Y tenemos que ser capaces de soportar todo esto hora tras hora, y aun así sentir que somos relevantes, significativos, que tenemos algo bueno que ofrecer como clínicos. Y junto a estos sentimientos de tristeza y de remordimiento, creo que hay que dar mucha más importancia a la cuestión del cuerpo. Qué supone estar sentado durante tanto tiempo escuchando contenidos dolorosos, conteniendo todas las emociones que sentimos... qué supone todo esto para el cuerpo, y también, claro, para el psiquismo, para el alma, estar en esa posición. Creo que tal vez no preparamos suficientemente a los clínicos para esto. Otra cosa que lamento es el elemento competitivo que encontramos en nuestro campo, en los institutos de formación. Creo que en todo caso lo suyo es ser competitivo contigo mismo, con el objetivo de ser mañana un terapeuta mejor de lo que lo eres hoy, pero no competir con tus amigos o con alguien que tiene una posición teórica diferente. Creo que esto no es algo positivo, aunque tal vez no quede más remedio que convivir con ello. Por otra parte, yo siento que soy mejor cuando me libero del argot psicoanalítico, y esto tal vez es difícil. Pero creo que todo va mejor cuando hablas en términos más humanos. A partir de ahí es mucho más sencillo comunicarse, por ejemplo, con gente que procede de otros campos, que va a poder entonces escucharnos o aprendernos con mucha más facilidad. Y nos va a ser también más sencillo a nosotros integrar experiencias vitales propias en nuestro trabajo clínico. Nuestras experiencias como amigos, como padres, como niños, como lectores... Es mucho más difícil integrar todas nuestras experiencias si nuestro trabajo clínico está codificado en un argot, en una jerga que supone colocar el trabajo clínico en un compartimento separado del resto de nuestra vida. Yo creo que todo funciona mejor cuanto menos argot se utilice durante la formación.

AP. Y para terminar esta entrevista... Vd ha reflexionado mucho acerca de los duelos del terapeuta. Terminar esta conversación es también una suerte de duelo. ¿Podría contarnos algo acerca del modo en que los terapeutas podemos encarar los diferentes tipos de duelo a los que debemos hacer frente?

SB. La pena en relación con la pérdida es algo inevitable, no se puede obviar ni se debe evitar. Lo que sí me parece importante es poder trabajar con esas otras cosas que también están ahí en ese momento, como puede ser el sentimiento de soledad. Tal vez no podemos disminuir la pena, pero sí el sentimiento de soledad, y eso le da un matiz diferente, un color diferente al duelo. Y creo que muchos de los rituales que tienen lugar alrededor de la muerte tiene que ver con eso, con que la persona en duelo se sienta menos sola en ese duelo. Por ejemplo, en el acto que tuvo lugar en memoria de Paul Lippmann, la gente que estaba allí hablaba de su vivencia acerca de él, y éstas eran muy similares a mi propia vivencia de él, y eso me permitía sentirme en conexión con esa otra gente, y me hacía posible sobrellevar la pena que sentía por el hecho de ya no iba a volver a ver a Paul. Así que mi posición en relación cómo lidiar con el duelo es más la de acompañar a la persona en duelo, estar con la persona, escucharla y ayudar a que se sienta menos sola.

AP. Profesora Buechler, Sandra, muchísimas gracias por habernos acompañado, ha sido todo un placer.