



Empatía, Simpatía y Compatía (Compasión) Tres disposiciones afectivas fundamentales en el vínculo humano-terapéutico.

Dra. Teresa Sánchez Sánchez¹

Departamento de Psicología Básica, Universidad Pontificia de Salamanca

Empatía, Simpatía y Compasión son tres emociones y actitudes humano-terapéuticas indiscutiblemente positivas y saludables, pese a compartir la raíz griega 'pathos' con términos sesgados de enfermedad y sufrimiento como 'patología' o 'apatía'. Se estudian aquí los significados psicológicos de estos términos de uso cotidiano y se vierten a la psicoterapia como espacio de interacción transformadora, como lugar para la co-creación de nuevas pautas de vida y relación proyectadas hacia el futuro y la salud.

Palabras clave: Empatía, simpatía, compasión, relación terapéutica, transformación interna.

Empathy, sympathy and compassion are three human-therapeutic emotions and attitudes indisputably positive and healthy, despite sharing the Greek root 'pathos' with biased terms of sickness and suffering as 'pathology' or 'apathy'. The psychological meanings of these everyday terms are studied here and are dumped into the psychotherapy as a space of transforming interaction, as a place for the co-creation of new patterns of life and relationship projected toward the future and health.

Key Words: Empathy, sympathy, compassion, therapeutic relationship, internal transformation.

English Title: Empathy, Sympathy and Compassion. Three fundamental affective provisions in the human-therapeutic link.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Sánchez Sánchez, T. (2014). Empatía, Simpatía y Compatía (Compasión). Tres disposiciones afectivas fundamentales en el vínculo humano-terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (3): 434-451. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Las vertientes positivas del ‘pathos’: Simpatía, Empatía, Compatía

“Si consigues aprender una sola cosa, te llevarás mejor con todos sus semejantes: nunca llegarás a comprender a una persona hasta que no veas las cosas desde su punto de vista, hasta que no logres meterte en su piel y sentirte cómodamente”

(Atticus Finch en *“Matar a un ruiseñor”* de Harper Lee, 1960).

El sentido etimológico del ‘pathos’ (pasión, padecimiento) se alineó pronto con la enfermedad, con lo morboso y con lo alterado y perturbado, perdiendo las resonancias de experiencia, vivencia y sensibilidad. Sin embargo, este lexema está presente en emociones y disposiciones afectivas sin las cuales no seríamos humanos y, menos aún, podríamos ser terapeutas. De los 5 criterios que Moya Santoyo (2012) propone para fundamentar las decisiones morales a partir de nuestras emociones² y que están en la base de los “universales morales” investigados por Hauser (2008), los dos primeros (emociones/decisiones relacionadas con el daño-cuidado hacia los otros; emociones/decisiones relacionadas con la equidad/reciprocidad respecto a los otros) tienen una relación indiscutible con los conceptos cuyo estudio e importancia acometemos. Los tres vocablos pertenecen al territorio de las intuiciones/emociones³ antes que al juicio o teoría de la mente, por lo que su acción es más rápida y eficaz.

1. Empatía

Para Hume, la empatía es la base del sentimiento y la elección moral, pues es basándonos en nuestro juicio como intuimos el juicio de los otros. Los humanos somos animales capaces de una verdadera imitación porque no es meramente operatoria, sino que nace de dentro, de nuestra genuina vivencia profunda. Gracias a ello, puede surgir un tipo de comunidad con los otros que no es meramente gregaria, sino fraterna, que no es simplemente comunal, sino intersubjetiva:

“La tendencia a la imitación y de las neuronas espejo a volver a capturar tal intimidad puede representar una forma más primaria y originaria de intersubjetividad a partir de la cual el yo y el otro cobran forma” (Iacoboni, 2009, p. 73).

La empatía es una actividad pre-reflexiva, estrechamente ligada a las neuronas espejo que los humanos alojamos en distintas partes de nuestro cerebro. Iacoboni, de la Universidad de Parma, descubridor de las mismas distingue entre ‘Neuronas congruentes’ (que reflejan la actividad del otro contemplado) y ‘Neuronas estrictamente congruentes’ (que nos permiten

comprender la acción del otro, el contexto y la intención de sus actos): “Las neuronas espejo nos ayudan a simular en el cerebro las intenciones de los demás, lo que nos brinda una amplia comprensión de sus estados mentales” (Ibid, p. 81).

Por su parte, Gallese (2007) habla de la empatía como resultado de la simulación corporeizada. Él entiende que comprendemos los estados mentales de los demás simulando literalmente estar en la situación del otro. “Es como si el otro se transformara en el yo”⁴. Uno y otro, tanto como Rizzolatti (2006), conjeturan que las neuronas espejo se forman durante el vínculo de apego primario; esa diada relacional o ‘urdimbre afectiva’ que tan sutiles como indelebles hilos teje.

“Las neuronas espejo son los diminutos milagros gracias a los cuales atravesamos el día” (Ibid).

La empatía puede ser primitiva e irreflexiva (“contagio emocional”) o reflexiva e imaginativa, requiriendo esfuerzo de conocimiento por parte del otro porque si no podemos presuponer cosas del otro que no sean ciertas. Debemos distinguir entre resonar los sentimientos ajenos (vibración especular), la proyección imaginativa (atribución de los sentimientos propios para luego conmovernos con lo que suponemos que siente) y la meditación y *reverie* de los sentimientos ajenos. La sorprendente y sugerente teoría de la “simulación encarnada” nos permite entender el proceso que subyace a la empatía:

“En todos los campos anteriores –de acciones, intenciones, emociones y sensaciones– percibir automáticamente la conducta del otro activa en el observador el mismo programa motor que subyace a la conducta observada. Es decir, uno simula internamente la conducta observada, estableciendo automáticamente una línea experiencial directa entre el observador y el observado en la que en ambos se activa el mismo substrato neuronal. (...)La simulación corporeizada constituye una base fundamental para una comprensión automática, inconsciente y no inferencial de las acciones, intenciones, emociones, sensaciones y, tal vez incluso, las expresiones lingüísticas del otro” (Gallese, Eagle, Migone, 2007, p. 9).

“La empatía no es ni altruista ni egoísta. Más bien ejemplifica la solidaridad implícita en la naturaleza humana” (Solomon, 2007, p. 105).

Todos nos hallamos en algún lugar del espectro de la empatía, entendida ésta como:

“nuestra capacidad de identificar lo que otra persona piensa o siente y responder ante sus pensamientos y sentimientos con una emoción adecuada” (Baron Cohen, 2012).

Incluye dos habilidades:

- Reconocimiento: tiene más que ver con la teoría de la mente que desarrollamos.
- Respuesta: tiene más que ver con el componente afectivo de nuestras reacciones.

“El empático es, necesariamente, espontáneo: no puede injertarse empatía. Cualquier artificialidad constituiría una traba en el ingreso en el otro. El empático comprende y es comprendido por el otro. Al empático no le hacen falta todas las palabras para comprender una manifestación afectiva que el otro le explica. Tal vez con un gesto baste. La comprensión va de afectividad a afectividad, sorteado la lógica” (Marietan, 2009)

Pero no es una capacidad binaria (presente-ausente; 0-1), sino que se distribuye alrededor de la curva normal y funciona con conexiones de distinta intensidad. Lo distintivo de la empatía es la posibilidad de pensar desde dos focos, en vez de desde un solo foco, pero también incluye la capacidad de pensarse a uno mismo desde la perspectiva de los demás. Singer y Kraft (2011) recuerdan que el tamaño de la corteza cerebral en los monos antropomorfos ha estado en relación con el tamaño de la comunidad en la que viven. Las áreas cerebrales que reaccionan al dolor del otro son las mismas que las de quien lo padece realmente, salvo una (la corteza somatosensorial primaria), pero también reacciona igual ante la anticipación del dolor futuro.

Puede decirse que la empatía contiene elementos de evocación (de experiencias ya sentidas previamente) y otros elementos de anticipación: “...la empatía entendida no únicamente como mera comprensión intelectual de lo que siente el otro, sino como participación viva en esto que siente el otro, como un íntimo y emocional acompañarle; experiencia ésta que conlleva el deseo de ayudarlo sin introducir ninguna exigencia de satisfacción propia” (Orange, 2010, 2011), capacidad ésta que ahora podemos comprender cada vez mejor gracias a nuestro conocimiento del sistema de neuronas en espejo, de la simulación corporeizada (Gallese, 2009), y de la construcción, desde las primeras semanas de vida, del yo-nosotros (Trevarthen, 2009; Emde, 2011)” (Coderch, 2014, p. 167).

Pero la empatía es una aptitud (capacidad/fortaleza) y una actitud (disposición/inclinación) que se va desarrollando a lo largo de la vida a partir de los aprendizajes almacenados. Una forma sencilla de definirla es la utilizada por Bleichmar (2002): “captar al otro sin fusionarse con él, conservando un espacio propio de identidad”. Las experiencias propias son fundamentales para comprender a los demás: “Solo podemos comprender los estados mentales de alguien, sus pensamientos, intenciones, sentimientos, y anticipar sus comportamientos, si hemos vivido experiencias similares. Nuestra propia vida emocional es la base para comprender y compartir las emociones de los otros” (García, 2014, p. 62-63).

Ni el exceso ni el defecto de empatía tienen solo ventajas o inconvenientes respectivamente. El exceso puede tener inconvenientes debido a la hiperconectividad de las neuronas espejo⁵, lo que provocará una identificación proyectiva masiva y confusional con el

otro, mientras que el defecto empático puede resultar protector de la identidad, aunque moralmente lo consideremos egoísta o egocéntrico. Sin embargo, solemos resaltar las ventajas de la alta empatía (sensibilidad a lo ajeno y sociabilidad) así como las desventajas de la baja empatía (cosificación, deshumanización e instrumentalización de los otros). No hay duda de que la Empatía es un recurso fundamental poco utilizado, el mejor solvente universal por encima de leyes, acuerdos, armisticios, armas y religiones. Pero ni la super-empatía de grado 6 resulta muy adaptativa para el sujeto ni la empatía de grado 0 acarrea solo perturbaciones.

Veamos esto: Baron Cohen (2012) habla de la Empatía 0 y la divide entre 0+ y 0-. A priori puede parecer que la empatía 0 solo llevara consigo terribles consecuencias tanto para quien la padece como para sus víctimas directas. A este grupo de Empatía 0- pertenecen tres diagnósticos feroces: Psicopatía, TLP, Trastorno Narcisista. En casi todos los casos de estos tres trastornos se ha producido una falla en el apego seguro que ha sido, cuando menos, inseguro- evitativo o desorganizado. La falta de respeto y valoración que experimentaron les incapacita para la integración del "Otro" en su conciencia moral. Unido a lo anterior, cada uno a su forma, no desarrollan la capacidad de mentalizar la mente del otro –sea madre, amigo, profesor o tendero-. Cada uno a su forma vive en una burbuja donde no hay lugar para el pensamiento del otro. Otros diagnósticos podrían caer en la categoría 0-: ciertos hackers, psicópatas integrados de cuello almidonado, la anorexia, la erotomanía, el Síndrome de Medea...

Ahora bien, a menudo la situación de Empatía 0 puede ser positiva (0+), habida cuenta de que en ellos (Síndrome de Asperger, sobre todo) se expresa un talento especial debido a una forma especial de procesar la información sobre el mundo y a una actitud y posición hipermoralizada. Digamos que es un 0+ porque el déficit empático está compensado con otras ventajas: atribución de intenciones, pensamientos o sentimientos. Su 'ceguera mental' hacia las situaciones ajenas se debe probablemente a la incapacidad para comprender sus propias mentes. Carecen de reflexividad.

Las mujeres muestran más empatía que los hombres, y parece no haber duda (Moya, 2011) que ello se debe, además de a diferencias de tipo cultural, a diferencias de tipo biológico: ciertas hormonas, neurotransmisores y ciertos genes.

Curiosamente, las áreas cerebrales involucradas en la empatía y en la violencia son las mismas, pero cada una de ellas ejerce una función inhibitoria de la otra, aunque no se excluyan. Experiencias como el maltrato anulan con frecuencia la capacidad empática, hasta el punto de que los niños maltratados reaccionan con furia ante el dolor y el malestar de otros niños. A veces se regodean ante el dolor de otros o se irritan ante el llanto de otros niños, con signos de intolerancia y desprecio hacia ellos. Es más que probable que el maltrato vivido en la infancia aumente el potencial violento adulto, debido no solo al aprendizaje sino al daño estructural del cerebro y hasta al fallo en el establecimiento de empatía. Los daños sufridos pueden ser irreversibles, salvo que se tenga mucha resiliencia y se proporcione, tras la

experiencia sufrida, confianza, apoyo y se potencien actitudes de comprensión del otro.

2. Simpatía

Simpatía, del griego (sin-pathos)⁶, significa comunidad de sentimientos, pero la derivación semántica la ha convertido en una ‘inclinación afectiva entre personas, generalmente espontánea y mutua’⁷. También se define como ‘modo de ser y carácter de una persona que la hacen atractiva y agradable a los demás’. Pero lo que es más sorprendente es la asignación de un sentido próximo a empatía: “Relación entre dos cuerpos o sistemas por la que la acción de uno induce el mismo comportamiento en otro”⁸.

A juicio de Adam Smith, de Hume, de Rousseau, la simpatía es el sentimiento moral natural y por ello la base de la ética. Para sentir simpatía es preciso desarrollar una identificación imaginativa que nos requiere un gran esfuerzo mental. Es más específica que la empatía y la evolución y uso del lenguaje ha asimilado el término a una conexión con el otro al cual se aprueba globalmente y cuya suerte se desea compartir o cuya compañía se desea gozar. La simpatía busca conseguir el agrado de los demás, presupone un esfuerzo más activo por seleccionar de entre nuestro repertorio conductual y emocional aquellas respuestas que sabemos que agradan al otro o el otro espera. Es el trabajo de gustar, de felicitar al otro, de caerle bien, de que nos evalúe como una influencia confiada y positiva, de ganar su alianza y cooperación.

Adela Cortina (2013) acuñó la expresión “*homo reciprocans*”. En efecto, dice, el hombre no se rige por la dicotomía egoísmo-altruismo (antinomia falsa), cuanto por el sentido de reciprocidad o mutualidad. Invertimos en los demás si recibimos algo a cambio o esperamos recibirlo en el futuro, aunque no nos sea devuelto en la misma ‘moneda’. Esta es la clave por la que socializamos y formamos grupos: el reparto de funciones y la posibilidad de que dando aquello que tenemos y nos es propio recibamos de los demás lo que ellos tienen y de lo que carecemos. No se trata de maximizar el beneficio (como postula la visión del homo oeconomicus), cuanto de cooperar con los otros. Así construimos “capital de futuro” (la gratitud, la amistad, la simpatía...) y garantizamos indirectamente nuestra subsistencia pues advertimos que, dando ayuda ahora, es más probable que la recibamos más tarde cuando la necesitemos.

Cortina nos recuerda la creación de tres figuras ilustrativas de su teoría:

- a) Los demonios estúpidos: Buscan individualmente su beneficio, lo que termina siendo suicida.
- b) Los demonios inteligentes: Buscan la cooperación, aun no teniendo sensibilidad moral, por puro sentido práctico.

- c) Las personas: Buscan cooperar, pero además cultivan la amistad. No se conforman con un simple toma y daca (do ut des⁹).

El principio de prudencia nos avisa que lo sensato es reciprocamente cooperar. Ahora bien, ¿se puede exigir moralmente la cooperación? Si no somos ingenuamente insensatos aceptaremos que cooperamos con aquellos que nos pueden devolver algo a cambio; por lo mismo, arbitramos formas para castigar a los que no devuelven nada a cambio de lo que les dimos o a los que toman lo que no les damos (corrupción, estafa, abuso...).

Sabiendo que somos carne de la misma carne, hueso del mismo hueso, no es tan difícil reconocernos a nosotros mismos en el semejante y darle a cada uno su dignidad. Una ética del cuidado, de la gratuidad, de la generosidad será lo que nos salve. Cada hombre reconoce en el otro a un semejante y conecta empáticamente con él, por eso sabemos que no nos podemos fallar unos a otros, pues el que comete indignidad contra otro hombre ataca, figuradamente, a toda la especie humana, incluso a sí mismo porque rompe un pacto sagrado.

3. Compasión

La compasión es definida por N. Eisenberg (2002) como “una respuesta afectiva que consiste en sentir lástima o preocupación por el otro apurado o necesitado”. Nietzsche pensaba que era un síntoma de debilidad, de autoindulgencia.

El vínculo con los demás (simpatía) es lo que asegura que no nos haremos daño. La común vulnerabilidad, la conciencia de nuestra finitud y de necesidad de consuelo nos acerca y solidariza con el otro/los otros.

¿Qué suscita compasión?: El daño inmerecido. Respecto a la simpatía hay un matiz diferencial: quien siente compasión, se sabe “a salvo” de momento de la adversidad del semejante: no se desea compartir su suerte ni siempre permanecer en su compañía. La ambivalencia hacia el individuo merecedor de la compasión es más clara que en el caso de la simpatía.

¿Quién siente compasión?: El que no es soberbio, pues éste se cree a salvo de cualquier daño. Se compadece el sabio, el sensato, el instruido, pues todos ellos sabrán que el daño que sufre el otro podría sufrirlo él mismo. Siente compasión aquel que acepta su propia condición interdependiente, pues quien juega a ser autosuficiente interpretará la compasión tanto al darla como al recibirla como una debilidad vergonzosa aunque aplaque el malestar de la culpa o del desprecio (en el caso del dador) o el de la necesidad (en el caso del receptor).

¿Qué inspira compasión?: Las circunstancias que me recuerdan mi propia vulnerabilidad (desvalimiento, limitaciones): enfermedad, vejez, fealdad, violencia sufrida... Lejos de la hermenéutica de la sospecha, Levinas y Gadamer (1975) proponen una “hermenéutica de la

confianza”. La visión utilitarista cede ante la visión humanista que reconoce formar una “comunidad compasiva definida por sentimientos compartidos y la aversión hacia la visión del dolor o sufrimiento de nuestros congéneres” (Solomon, 2007, p. 105).

¿Es bueno o malo sentir compasión?: La compasión que sentimos es fruto de la solidaridad con el sufrimiento ajeno, sobre todo cuando se percibe como injusticia. No sentir compasión sellaría mi inhumanidad: “nihil humanum alienum est”. Cuanto más compasivos seamos, más benevolentes. De ahí arrancan un sinfín de emociones positivas: amabilidad, generosidad, gratitud, sociabilidad, conmiseración (compasión por la miseria, tristeza causada por la miseria ajena). La compasión es, tal vez, la virtud más humana, sinónimo de benevolencia y de humanidad. Como afirma E.C. Wilson (2008, p. 144): “... solo cuando experimentamos nuestras extraordinarias limitaciones, somos conscientes de nuestras grandes posibilidades”.

La justicia llega a donde no llega la compasión, por ser ésta incapaz de restañar el daño o la asimetría y desequilibrio padecido. Cuerda (2013), el cineasta, dice: “si hay justicia, fe, esperanza y caridad son prescindibles”. Hanna Arendt consideraba que la compasión es una virtud demasiado corrompida por su subjetivismo excesivo. Frente a ella, propone la solidaridad que es una virtud pública, pues no requiere amor o sufrimiento empático por el semejante, sino solo la idea de que el otro es tan digno como yo por lo que merece ciertos mínimos. Los arquitectos del estado de bienestar desconfían de una política basada en la compasión y proponen una justicia basada en la ciencia: es más ventajoso y fértil un estado basado en la solidaridad. La compasión ha devenido una emoción devaluada por la justicia pues mientras ésta aplica un contrato y garantiza unas prestaciones, aquélla se da gratuitamente pero es incierta (pues depende de la voluntad o del momento del dador).

¿Puede pedirse o exigirse compasión?: No. Puede despertarse pero no evidenciarse que se desea estimular. Tiene un valor indudable a la hora de instigar e inspirar la justicia. De hecho, fundamenta una ética del cuidado. Pero hay que matizar: la compasión podría deslizarse hacia un sentimiento y acción con valencia positiva si es el comienzo de una labor transformadora, lo que H. Jonas llamaba “el coraje de la responsabilidad”¹⁰, o hacia un sentimiento y acción con valencia negativa si mantiene las posiciones de desigualdad y de desequilibrio

¿Es razonable?: Puede serlo; sobre todo, puede racionalizarse. En lugar de practicar una compasión condenando al receptor a una posición pasiva, es importante recordar que posee agencia sobre su situación y algún tipo de control sobre ella que podemos fomentar, ejercitar, desarrollar.

¿Puede humillar la compasión? Sí, si quien la recibe siente que el donante de compasión se eleva ante él al hacerlo, rompiéndose la simetría entre ambos. La compatía es dual, mientras que en la solidaridad interviene una acción o un tercero, frecuentemente anónimo e impersonal, que es el Estado o la ONG o la institución que la tramita o canaliza.

Consecuencias y Aplicaciones para la Terapia

El peor escenario que cabe pensar para un ser humano es que sus cuidadores carezcan de capacidad de resonancia empática. Si sus gestos, palabras, lloros, juegos o experimentos en el mundo no suscitan eco, si lo ignoran, lo invisibilizan, si no se vuelven, no se sonríen o saludan, si no se realiza una función fática o no se ejercita ninguna escucha atenta, esta experiencia les priva emocionalmente (Talarn, 2013), pero lo que es más grave: mutila su empatía porque “no sienten que los demás sienten lo que ellos sienten”, lo que acarreará que ellos tampoco ejerzan respecto a otros objetos (personas) esa misma función de *revèrie*. El terapeuta ha de jugar ese encuentro resonante con la subjetividad del otro, hacerle sentir vivo y valioso, pero no desde una escucha asimétrica y formal sino desde una escucha de encuentro con lo desvitalizado y letárgico del paciente para revitalizarlo y despertarlo desde la “legitimación y confirmación” del dolor de la que el terapeuta sirve de testimonio. (Borgogno, 2005). La función empática del terapeuta será decisiva para reactivar la empatía del paciente. De hecho, Lachman (2007) defiende la tesis de que la empatía es una co-creación entre el analista y el paciente, que debe fluir en ambos sentidos y transformar la experiencia afectiva de ambos participantes. Lo detalla:

“El proceso de tratamiento en que el diálogo paciente-analista incluye la comprensión empática del analista y la capacidad del paciente de recibirla, integrarla o rechazarla, así como la formulación humorística, irónica y creativa de las interpretaciones, son los vehículos para conectar con el afecto y transformarlo” (p. 46)

El entrañable Ferenczi, tantas veces inagotablemente revisitado, manifestaba en su póstumo “Diario clínico” que “sin simpatía no hay curación” (1932). Cualquier paciente que formula una demanda, debe ser atendida (sin que esto entrañe fantasía de omnipotencia terapéutica, desde luego), por ello corresponde al terapeuta buscar la ‘fórmula’ idónea, incluso inventarla, para poder ayudarle. Aun así, su práctica siempre es imperfecta y siempre debe estar reinventándose a tenor de cada nueva conjunción de subjetividades y nuevas dinámicas de relación. La condición hospitalaria de Ferenczi queda patente en sus reflexiones del 10 de marzo de 1932, cuando trata de definir ‘Lo curativo de la psicoterapia’ incluso en los casos desesperados:

“Es cierto que aún nos quedan dos partidos: confesar sinceramente nuestro dolor por no poder auxiliar, y persistir con paciencia en el querer-ayudar y en el trabajo analítico a pesar de toda su aparente inutilidad (...) Años de trabajo paciente, enorme indulgencia..., concreta simpatía humana en momentos de real conmoción... trajeron casi inadvertidamente un cambio (...). En cierto modo me convertí en un símbolo vivo de bondad y sabiduría, cuya sola presencia tenía por efecto curar y poner orden” (Ferenczi, 2008, p. 102)

Ofrecer hospitalidad clínica no se limita a ser anfitrión del paciente, sino osar ser su

huésped. Es una experiencia de totalización: responsabilidad absoluta de comprender, acoger y ayudar al otro que sufre. Levinas ha retomado este concepto y, no sin dramatismo, plantea que la responsabilidad sobre el semejante, incluso en el ámbito de las intervenciones clínicas, está por encima del confort y de la seguridad del propio terapeuta. Una actitud de ‘tienda abierta’, de desposesión de la subjetividad agencial, para prestarse a que el paciente se sienta dueño de la tienda. Escuchar a corazón abierto: he aquí la valiente petición que hacen los terapeutas centrados en el vínculo. Pero el terapeuta puede erigir defensas contra la escucha empática a partir de sus propios miedos y traumas:

“Cualquier apelación voluntarista a que se conmueva con el sufrimiento del semejante despertará el miedo inconsciente a sufrir, convirtiéndose en una barrera infranqueable. En estos casos resulta indispensable encarar y superar, como paso previo al desarrollo de la capacidad empática, el temor a sentir, a involucrarse en un vínculo humano” (Bleichmar, 2002, p. 5).

La formulación ferencziana “Sin simpatía no hay curación”, no hace sino confirmarse, por defecto y por ausencia, en aquellos procedimientos llamados terapéuticos que reducen la experiencia vital del paciente a unos registros y gráficos funcionales pero donde lo esencial permanece en silencio, vetado al sentido porque no es formalizable. Riera señala que lo que convierte en insoportable una experiencia vivida no es tanto la naturaleza misma de esa experiencia o la fragilidad del yo para procesarla o registrarla, sino la falta de respuesta empática y de acogida en el entorno porque no le permite organizar la vivencia que le golpea como caótica y desbordante. (Riera, 2012). El terapeuta ha de validar la experiencia de su paciente desde su conexión emocional empática: “si uno descubre que tiene efectos sobre los otros significa que es real, que existe, por lo tanto también los otros son reales para él, existen” (Güell, 2012). La labor terapéutica consiste en un “lento, tenaz e incansable estar dispuesto a vivenciar sentimientos en nuestra propia carne, una generosidad y continuidad en nuestra comunicación afectiva”.

Para que la terapia provea una ‘experiencia emocional correctora’ (Alexander, 1945) es preciso que cree un vínculo que sirva no solo de contención y de comprensión de los patrones deficitarios y patológicos del pasado, sino que sirva de réplica, de experiencia de algo profundamente nuevo”. A veces la terapia no rectifica sino que crea, inventa, establece *ex nihilo* formas de relación inéditas hasta entonces. No prestarse a ello, según Borgogno es una “omisión de socorro”. La compasión es una vía para mostrar que el paciente no es un ‘objeto’ de relación, un mero cliente, sino un sujeto acogido; esto es particularmente relevante en el caso de los pacientes traumatizados:

“Sin amor el paciente no puede sentir confianza y superar el temor a sentirse de nuevo traumatizado y adentrarse, junto al analista, en la investigación en profundidad de los principios organizadores que le obligan, una y otra vez, a sufrir las mismas ansiedades y pautas

de comportamiento que le impiden la construcción de su auténtico self” (Coderch, 2013, p. 345).

Un terapeuta audaz, que haga una “escucha de riesgo”¹¹, debe estar dispuesto a generar una impronta nueva y configuradora, organizadora del psiquismo, que sirva para fundar un molde para el futuro. Nada mejor para ello que crear el espacio fecundo de un encuentro en el que el paciente se sienta presente, vivo, real, existente y especularizado por el otro: “es toda nuestra persona, y no solo nuestro equipamiento racional, nuestros mitos teóricos y nuestro bagaje intelectual, la que opera como médium en la escucha” (Sánchez, 2010, 175). Hay que ‘co-pensar’ antes que interpretar. Tres ingredientes emocionales son esenciales para ello: empatía, simpatía, compasión. A través de la relación terapéutica se reinicia el patrón relacional futuro. Al principio, el terapeuta puede funcionar como un yo-auxiliar, que heterorregula al paciente, para luego ir fomentando la autoconfianza en la propia regulación. El encuadre terapéutico es una escuela donde no se mimetiza ni se reproduce sino que se interioriza la forma de conexión que se ha ‘co-creado’:

“(El paciente) solo desarrollará la verdadera empatía, el caminar con el otro en los distintos contextos de su vida, si siente que el terapeuta camina y sufre a su lado (Coderch, 2014, 178).

Ante ello, la neutralidad terapéutica clásica derivada de la ley de la abstinencia terapéutica ligada al psicoanálisis más pegado a sus orígenes, puede resultar iatrogénica pues probablemente condenará a una terapia demasiado intelectualizada y cargada de resistencias. Éstas se deben, según la perspectiva relacional, al miedo que el paciente tiene a no ser del todo comprendido y aceptado por el terapeuta. Por ello, si se acepta que no solo no es posible ser neutral-aséptico-especular, sino que la subjetividad del clínico se incluye como resorte terapéutico imprescindible, junto con sus conocimientos teóricos, será posible que el paciente propicie cambios en su propia subjetividad. La terapia no es un ensayo cuasi-científico de descubrimiento quirúrgico de traumas y conflictos, sino un lugar de construcción de vínculos promisorios y más electivos, flexibles y libres que aquellos que le causaron malestar o sufrimiento. Así, lo importante y decisivo será valorar el potencial de entendimiento, la “bondad de ajuste” (Ávila, 2009) en el sistema terapeuta-paciente.

La capacidad mutativa de una terapia va a depender, cuando menos, tanto del insight cognitivo cuanto de la simpatía afectiva (“conexión emocional”); sintonía que es una mezcla de empatía, simpatía y compasión. Tacto, prudencia y sensatez serán determinantes para fijar el límite entre la empatía y la pérdida de rol, el análisis mutuo u otros excesos que terminarían siendo iatrogénicos para quien solicita nuestra ayuda. Respirar empáticamente la subjetividad de nuestro paciente no es incompatible con señalarle aquellos códigos de sí mismo que le llevan a aferrarse a sus traumas o a su identidad de enfermo y de víctima: “(Hay que) ir introduciendo con sutileza el análisis de lo que el paciente no puede ver por sí mismo” (Bleichmar, 2005). A fin de cuentas, hemos de hacer terapia, no solo encuentro humano o

acompañamiento. Y en eso consiste la diferencia entre lo humano terapéutico y lo meramente humano.

Íñigo Fernández (2014) concreta poéticamente lo que diversos autores de la órbita del psicoanálisis relacional han expresado con muchos sintagmas distintos como “mirada empática”. Es un acierto porque la mirada trasmite un nivel de acogida, comprensión, reconocimiento, disponibilidad y atenta escucha superior a cualquier otro factor interpretativo o no verbal. En efecto, todo lo antedicho ha recibido nombres distintos: “encuentro de inconsciente a inconsciente”, “comunicación transfero-contratransferencial profunda”, “entonamiento emocional”, “resonancia no mediada”. El otro y yo estamos embarcados en la misma aventura y en la misma escucha que no es solo de lo dicho sino de lo que no precisa decirse porque se expresa en gestos, en el cuerpo, en los cambios somáticos y faciales. Sincréticamente lo expresó Ávila (2005): “Al Cambio psíquico se accede por la relación”.

El encuentro con ese “extraño que sufre” (Orange, 2013a) ha de sustituir modos de pensar y trabajar interpretativos por conexiones más compasivas y confiadas. La hermenéutica de la sospecha que alentaba desconfianza hacia la veracidad del relato del paciente, suponiéndole necesariamente un distorsionador tendencioso o pulsionalmente impelido a la deformación, ha sido sustituida por la hermenéutica de la confianza, de la responsabilidad sobre el otro y de la hospitalidad cuyo principal exponente y adalid es Gadamer, y por la ética del cuidado, liderada por Levinas¹². Cuidar es:

“... crear un espacio para el paciente en mi propio corazón sin hogar, de forma que el otro devastado pueda tener una segunda oportunidad para el desarrollo” (Orange, 2013b, 16).

Los modelos humanistas, tanto como los modelos vinculares, relacionales e intersubjetivos dentro del Psicoanálisis, coinciden en esta inflexión ética en la terapia, donde la empatía, la escucha valorativa, el respeto, la atención y la mutualidad de reconocimiento¹³ provocan esa experiencia singular e irrepetible, pero que es hontanar de otros encuentros posteriores. En este encuentro de dos mentes y de dos vivencias complejas se da una ‘fusión de horizontes’, como nombró Gadamer, o una ‘relación implícita compartida’¹⁴ de donde emanarán nuevas pautas y esquemas de relación con los demás y con uno mismo que resulten propedéuticos, promesa de caminos nuevos.

Kohut (1986) habló de ‘inmersión empática’ pues no puede tratarse de una pose, de una disponibilidad periférica, atenta y cordial al modo social, sino algo más profundo y comprometido. La actitud ética y empática es, en palabras de Levinas, la de “Me voici” (heme aquí). Esa disponibilidad no es simple escucha de la contratransferencia -para servirse de ella en la interpretación del problema del otro-, sino apuesta firme para no quedarse indiferente ante el sufrimiento del otro, disposición a encajar, a vibrar empáticamente, a resonar con el latido del otro. D. Orange (2013) lo expresa diciendo que en terapia, el terapeuta ha de –al menos- desear quedarse con parte del sufrimiento del otro, para que el otro se alivie al menos

temporalmente¹⁵. En ocasiones, Orange incluso se lo confiesa, para testimoniarle que la sintonía le hace responsable de contener, soportar (holding), aliviar y simpatizar con el dolor del otro. Dejarse ser rehén del sufrimiento ajeno, sin perder la perspectiva de que es el otro y sin perder los dos focos¹⁶. E. Young-Bruehl radicaliza el calibre de la exigencia empática para el clínico:

“Empatizar implica más bien poner a otra persona en ti mismo, llegando a ser el hábitat de otra persona... Pero esto depende de la habilidad para hallar la diferencia entre el sujeto y tú mismo” (citado por Orange, 2013b, p. 16).

Sin embargo, se subraya que hay que evitar la fusión/colusión entre la vibración especular de uno y la genuina vibración del otro. Siempre hay que preservar la separatividad del otro, en el sentido de que siempre somos extranjeros en el lenguaje del otro, en sus significados, en sus matices y en su subjetividad. Nuestra tarea sin arrogancia terapéutica es invitarle a que nos permita participar de toda esa diferencia, sin ‘invadirla’, violarla, anexionarla o convertirla a nuestra propia singularidad. No podemos obrar como ‘reyes del castillo’ poseedores de la verdad.

Terapeutas ni timoratos ni temerarios

Como ya nos advirtiera Aristóteles respecto a la virtud del punto medio, también en esto se desprende que el terapeuta prudente y capaz de realizar un buen trabajo debe estar atento para no chocar contra dos escollos fundamentales: la rigidez técnica llena de pudores, distancia, comedimiento, interpretaciones intelectualizadas y construcciones cognitivas (exceso de neutralidad, abstinencia y estrategia pero defecto de empatía) y la imprudencia peligrosa de una escucha de riesgo practicada desde su ser como persona con disociación u olvido de la encomienda terapéutica de ayudar al otro como profesional (exceso de empatía que podría derivar en ‘análisis mutuo’, relaciones duales confusas, extralimitación del encuadre, actings-out, etc). Escorarse hacia ambos lados es equiparablemente peligroso (Usandivaras, 1982).

Es preciso mucho coraje para permitirnos ser afectados íntimamente, en nuestra condición de sujetos¹⁷, y no de científicos o de teóricos, o de intelectuales que categorizan y buscan una etiqueta o una fórmula de cambio. Coraje de permitirnos ser transformados y reorganizados en el encuentro, sin perder por ello la responsabilidad de rol ni nuestra condición de portadores de conocimientos, de técnica y de experiencia. J. Coderch lo expresa con claridad meridiana:

“La más sublime de las emociones humanas es el amor al otro y su cuidado. Si el paciente siente que el terapeuta le atiende únicamente empleando procedimientos técnicos, permaneciendo su personalidad al margen, asépticamente y sin amor, no podemos esperar que el paciente aprenda a amar y cuidar al otro, ya que solo desarrollará la verdadera empatía, el caminar con el otro en los distintos contextos de su vida, si siente que el terapeuta camina y

sufre a su lado” (Coderch, 2014, pp. 177-178).

No se trata, en modo alguno, de auspiciar un tratamiento terapéutico recíproco, donde la asimetría técnica necesaria para la realización del proceso terapéutico quede rota y la función observadora quede totalmente anulada por la confusión entre el paciente y el terapeuta, por el borramiento de los límites entre ellos, sino que el trabajo se haga en medio de una sintonía que resulte validatoria, confirmatoria del otro (Stolorow, 2012). La práctica de la empatía terapéutica arranca a ambos de ese guión predeterminado y rígido que convierte el encuentro terapéutico en algo ritual y burocrático con los salvavidas de las interpretaciones, herramientas técnicas y registros. La empatía exige escuchas de riesgo, en el abismo de la existencia, como diría Binswanger, escuchas de profundidad. Nos examina de calidad técnica, pero sobre todo de calidez humana. Riera dice:

“Para un paciente es tan importante el sentirse sentido como el sentir lo que el terapeuta siente para tener acceso a formas de sentir y reaccionar diferentes” (Entrevista de R. Naranjo).

En definitiva, esta práctica del altruismo maduro (que no patológico, ni pseudoaltruismo, ni conflictivo) es la que nos humaniza, tanto al receptor de la ayuda como al dador de la ayuda: es la que nos valida como terapeutas¹⁸. En todo esto se está bocetando una manera de afrontar la terapia -hasta ahora tabuizada, herética y proscrita por peligrosa o descontrolada constransferencialmente- y que al fin se reivindica y se propone sin complejos: una relación real, con la depuración del encuadre y la profesionalidad, con los filtros de la responsabilidad clínica y los límites deontológicos, pero una relación “ómnium” en el núcleo de la cual se producen fenómenos genuinos, espontáneos y transformadores:

“La principal dificultad que enfrentan psicoterapeutas y analistas es que, aunque mantengan sus ‘rituales’ no pueden refugiarse detrás de un esquema técnico prescriptivo, sino que han de estar disponibles para el surgimiento de lo espontáneo (...) y la improvisación (...) donde el ‘error’ (técnico, o sea, humano) puede ser redefinido como oportunidad, en el marco del respeto que merece a las personas implicadas (el paciente, y él o ella mismos” (Ávila, 2013, p. 5).

Las cualidades y aptitudes que debe presentar ante el paciente un terapeuta desde esta posición humanista reivindicada por el psicoanálisis relacional son:

Disponibilidad (Moi voici) – Sostenimiento (contención) – Sintonización emocional (Empatía) – Reverie (Ensoñación) – Reconocimiento (Validación) – Experiencia Emocional Correctora – Dasein (Darse cuenta conjunto, cooperar en la comprensión) – Apertura a la experiencia (separación/introyección del sujeto o función terapéutica) – Desvinculación en el fin de la terapia (pero ‘comunidad’ humana para siempre).

Pues si fuimos hermanos en la misma oscuridad¹⁹, podemos ser hermanos en la misma alegría.

REFERENCIAS

- Ávila Espada, A. (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7: 195-220.
- Ávila Espada, A. (2009). La psicoterapia psicoanalítica relacional: conceptos fundamentales y perspectivas. *Interpsiquis*. www.psiquiatria.com
- Ávila Espada, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. *Temas de Psicoanálisis*, 11: 1-10.
- Baron-Cohen, S. (2012). *Empatía 0. Nueva teoría de la crueldad*. Madrid: Alianza.
- Bion, W. (1969). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.
- Bleichmar, H. (2002). La empatía desde el enfoque modular-transformacional en Psicoanálisis. Presentación en la Jornada anual Laureano Cuesta. Doc. Internet. https://www.google.es/?gws_rd=ssl#
- Bleichmar, H. (2005). Violencia, venganza, autojustificación. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23.
- Boston PCSG (1998). Non interpretative mechanism in psychoanalytic therapy, *International Journal of analysis*, V: 35-58.
- Borgogno, F. (2005). Llegar a ser: la importancia de la respuesta afectiva del analista a los sueños de una paciente emocionalmente deprimida. *Revista de Psicoanálisis*, 20.
- Celis, M. de; Bohart, A.C.; Greenberg, L. (2003). Reconsideración del concepto de empatía: Nuevas direcciones en la Psicoterapia. *Aperturas Psicoanalíticas*, 13.
- Coderch, J. (2002). La trama interactiva en el proceso psicoterapéutico. *Temas de Psicoanálisis*, VII: 21-32.
- Coderch, J. (2013). Los traumatismos emocionales en la infancia y adolescencia y la necesidad de amor. *Investigación relacional*, 7 (2): 338-347.
- Coderch, J. (2014). Las emociones que parecen superfluas e innecesarias. *Psicoanálisis y Humanismo*. *CeIR*, 3 (2): 160-179.
- Cortina, A. (2013). ¿Tiene futuro la democracia? En I. Murillo (2014). *La Filosofía Práctica*. Madrid: editorial filosófica ed.
- Cuerda, J.L. (2013). *Si amañas una cabra llevas mucho adelantado*. Madrid: Martínez Roca.
- Ferenczi, S. (2008) *Sin simpatía no hay curación*. *Diario clínico*. Buenos Aires: Amorrortu, (Original: 1932).
- Gadamer, H.G. (1975). *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme (1977).
- Gallese, V., Eagle, M. N., Migone, P. (2007). Entonamiento emocional: neuronas espejo y los apuntes neuronales de las relaciones interpersonales. *Aperturas Psicoanalíticas*, 26. www.aperturas.org
- [García García, E. \(2014\). Neuropsicología del comportamiento moral. Neuronas espejo, funciones ejecutivas y ética universal. En J. de la Torre \(Ed\). Neurociencia, Neuroética y Bioética. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.](#)
- Güell López de Lamadrid, M. (2009). Sin simpatía no hay curación. A propósito de los trabajos de Borgogno y Sándor Ferenczi. *CeIR*, 3 (2): 444-450.
- Hauser, M. C. (2008). *La mente moral: cómo la naturaleza ha desarrollado nuestro sentido del bien y del mal*. Barcelona: Paidós Ibérica,
- Hustvedt, S. (2010). *La mujer temblorosa o la historia de mis nervios*. Barcelona: Anagrama.

- Iacoboni, M. (2010). *Las neuronas espejo*. Buenos Aires: Katz.
- Íñigo Fernández, M. (2014). La mirada empática: Las miradas de los otros significativos que nos mantiene a través de los vínculos. *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (2): 505-513
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder.
- Kohut, H. (1986). Papel de la empatía en la cura psicoanalítica (pp. 251-277), en *¿Cómo cura el análisis?*, Aires: Paidós.
- Lachman, F.M. (2007). El proceso de transformar. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1): 42-52.
- Marietan, H. (2009). La empatía en los psicópatas, *Interpsiquis*. Congreso Internacional. www.psiquiatria.com
- Marina, J. A. (2002). *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.
- Moguillansky, R. (2007). Algunas reflexiones sobre la regla de abstinencia en el siglo XXI. *A, Psicoanalíticas*, nº 25. www.aperturas.org.
- Moya Albiol, L. (2011). La violencia: la otra cara de la empatía. *Mente y Cerebro*, nº 47.
- Orange, D. (2013a). El extraño que sufre: actitudes para la comprensión y la respuesta clínica cotidiana. *Investigación relacional*, 7 (1): 33-44.
- Orange, D.M. (2013b). Hospitalidad clínica: Acogiendo el rostro del otro devastado. *CeIR*, 7 (1): 11-24.
- Punset, E. (2009). Entrevista a Marco Iacoboni. "Mentes conectadas sin brujería". En *Redes para la Temporada 14*. Disponible en <http://www.redesparalaciencia.com/2644/redes/2010/redes-56-conectadas-sin-brujeria>
- Riera, R. (2011). *La conexión emocional*. Barcelona: Octaedro.
- Riera, R. (2011). Entrevista (por R. Naranjo). *CeIR*, 5 (3): 543-551.
- Riera, R. (2012). Hacia una mayor aceptación de la vulnerabilidad humana. Comentarios a Stolorow. *Investigación Relacional*, 6 (3): 396-404.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Ba Paidós.
- Rodríguez Sutil, C (2013). ¿Qué es una emoción? Teoría relacional de las emociones. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (2): 348-372.
- Sánchez Sánchez, T. (2010). Cambios en la escucha psicoanalítica de los trastornos ligados a la hipermod (pp. 159-179). *Actas de las VIII Jornadas sobre 'El Psicoanálisis ante las nuevas formas de e'* (Valladolid, 2009). Madrid: Ediciones Oskar Pfister.
- Seeling, B. y Rosof, L.S. (2002). Altruismo normal y patológico. *Aperturas psicoanalíticas*, 10. www.aperturas.org
- Singer, T. y Kraft, U. (2011). Empatía. *Mente y Cerebro*, 47.
- Solomon, R. C. (2007) *Ética emocional: Una teoría de los sentimientos*. Barcelona: Paidós.
- Talarn, A. (2013). *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental e'* Barcelona: Herder.
- Usandivaras, R. J. (1982). Introgenia en Psicoterapia psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis de la A.P. Ar* XXXIX, 5: 695-705.

Wilson, E.C. (2008). *Contra la felicidad. En defensa de la melancolía*. Madrid: Taurus.

Wolf, C. (2014). Debate en torno a las neuronas espejo. *Mente y Cerebro*, 65.

Original recibido con fecha: 3-8-2014 Revisado: 17-10-2014 Aceptado para publicación: 27-10-2014

NOTAS

¹ Doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología Básica y Psicología Dinámica en la Universidad Pontificia de Salamanca. Profesora de Psicología de las Emociones e Intervención Psicodinámica. Psicoterapeuta acreditada de la FEAP, miembro de la Asociación Psicoanalítica “Oskar Pfister”, psicoterapeuta del Centro de Psicoterapia Dinámica “Athamor” de Salamanca. Autora de diversos artículos de temática psicoanalítica y relacionados con el duelo, procesos clínicos, emociones y epistemología del Psicoanálisis. Autora de los libros “Psicoanálisis: Evaluación epistemológica y procesos de validación empírica” (Ed. Universidad Pontificia de Salamanca, 1991); “La mujer sin identidad” (Ed. Amarú, 1996); “Psicoanálisis y Psicología: Convergencia y confrontación” (Ed. Biblioteca Nueva, 2001); “Tendencias y dolencias psicológicas del siglo XXI. Los vórtices postmodernos” (Ed. Universidad Pontificia de Salamanca, 2006); “¿Qué es la Psicósomática?: Del silencio de las emociones a la enfermedad” (Ed. Biblioteca Nueva, 2008); “Maltrato de género, infantil y de ancianos” (Ed. Universidad Pontificia de Salamanca, 2005). Dirección Postal: Facultad de Psicología. Calle Compañía, nº 5.37002 Salamanca. Email: tsanchezsa@upsa.es

² Los cinco bloques de ‘universales morales’ de los que trata Hauser reúnen emociones en torno a: 1) emociones relacionadas con el daño/cuidado propio/de otros, 2) emociones ligadas a la equidad (justicia)/reciprocidad, 3) emociones vinculadas con el endogrupo y la lealtad, 4) emociones que remiten a la autoridad y el respeto al otro (superior/sabio/protector), 5) emociones que emanan de la santidad y pureza (emociones religiosas).

³ Emoción (de *e-movere*) es una respuesta primaria, automática, psicofísica, irracional, no deliberada, que nos ‘mueve desde’ y nos lanza hacia... Por eso, emoción y motivación comparten un espacio de intersección: el que implica movimiento. Una emoción nos saca del punto neutro, estable, de equilibrio, en el que estábamos, y nos empuja a otro punto. Las emociones propenden, por ello, a iniciar o perseverar en actitudes que, éstas sí, poseen un componente mucho más voluntario, deliberativo, intencional y teleológico.

⁴ García (2014) lo expone de forma franca y comprensible: “Si yo entiendo la acción de otra persona es porque tengo en mi cerebro una copia para esa acción, basada en mis propias experiencias de tales comportamientos. A la inversa, tú sabes cómo yo me siento porque literalmente tú sientes lo que yo estoy sintiendo”.

⁵ Siri Hustvedt (2010, p. 128-129) relata su experiencia de exceso empático en un síntoma que se denomina “sinestesia de tacto-espejo” y que se produce “cuando alguien experimenta en su propio cuerpo sensaciones táctiles o de dolor solo con observar a otra persona” Eso la lleva a sentir la tortura que sufre la víctima de una película de crímenes como si se la infligieran a ella. “Mi empatía es extrema y, para ser franca, hay veces que mis sentimientos alcanzan tanta intensidad que necesito protegerme de una exposición excesiva a ciertos estímulos, si no acabo tensa y con dolores en todo el cuerpo”. ¡Cuántas veces oímos definir a ciertas personas como demasiado sensibles para este mundo. Claro está tienen una reactividad empática de grado 6 a los asuntos ajenos y acaban sufriendo un ‘desgaste por empatía’.

⁶ Aclaremos que el prefijo ‘sin-’, en griego, significa ‘con’, por lo que sim-patía y com-patía resultan sinónimas, aunque el uso haya derivado su valor semántico por distintos derroteros. (Marina, 2002).

⁷ DRAE, 22ª edición. 2005.

⁸ Ibid.

⁹ ‘Do ut des’ significa ‘doy para que me des’.

¹⁰ Jonas (1995) se pregunta a tenor de su concepto de responsabilidad: “¿Qué le pasará a esto si no me ocupo de ello?”

¹¹ El concepto ‘escucha de riesgo’ fue propuesto por Bion en contraposición al concepto ‘escucha de escuela’. Alude a la dificultad maravillosa de escuchar al paciente no desde los dictados teóricos o las consignas técnicas aprendidas durante la formación, sino desde la incertidumbre de lo que se va a encontrar y de lo que va a ocurrir: “escuchar sin memoria ni deseo”. Véase para mayor ampliación Bion (1962) y Sánchez (2010).

¹² Levinas designa experiencia de ‘totalización’ a la responsabilidad absoluta sobre el otro que pasa a ser un huésped vulnerable en la ‘casa’ de su hospitalario terapeuta.

¹³ Sin que ello equivalga a reciprocidad, simetría, espontaneidad del todo vale, intuición sin reflexión, etc.

¹⁴ El Grupo de Boston PCSG (1998) denomina así a ese espacio transaccional que se teje en la terapia entre ambos participantes y sus mundos internos complejos.

¹⁵ El pensamiento de Frieda Fromm-Reichmann se resume en la frase “redimir a una persona es redimir al Mundo”.

¹⁶ Muchas reticencias al abandono de la abstinencia expresa Moguillansky (2007) juzgando que solo propicia actings intra y extraterapéuticos por parte de los terapeutas de línea intersubjetiva y relacional. Se pregunta si acaso servirá de algo el “encuentro pleno” dentro del encuadre terapéutico cuando el paciente salga de allí y tenga que enfrentarse a otros escenarios e interacciones. ¿Acaso esa vivencia empática de encuentro empático será extrapolable fuera de allí?

¹⁷ Coderch (2002, p. 29) escribió hace ya algunos años: “cuando ‘curamos’ a un paciente, al mismo tiempo nos curamos a nosotros mismos”.

¹⁸ Altruismo generativo lo llaman Seeling y Rosof (2002), pues no supone sacrificio por el otro, sino gratificación por la contribución y la disposición de uno al bienestar y a la realización del proyecto del otro.

¹⁹ Así registra C Rodríguez Sutil (2013) las enseñanzas sobre la intersubjetividad de R. Stolorow.