

## ENTREVISTA CON SANDRA BUECHLER

Por Alejandro Ávila,  
Rosario Castaño,  
Carlos Rodríguez Sutil,  
y Sandra Toribio<sup>i</sup>

Sede de IPR, Madrid,  
19 de Junio de 2015<sup>ii</sup>



**Alejandro Ávila:** Es un honor recibirla en nuestro Instituto, y contar con sus intervenciones estos días, y ahora con su disponibilidad a dialogar con nosotros y responder a nuestras preguntas. Aunque algunos datos y comentarios figuran en sus publicaciones, ¿nos podría relatar ahora con más detalle su trayectoria formativa personal como psicoterapeuta y psicoanalista, su experiencia de los seminarios formativos, las controversias con sus profesores, los conflictos y contradicciones vividos en su formación, su análisis personal, sus casos de formación y la relación con sus supervisores?

**Sandra Buechler:** En la sesión de esta noche voy a intentar hablar sobre las experiencias personales que me han influido clínicamente, pero ahora os voy a contar algunas historias de mi entrenamiento en el White. Mejor voy a empezar un poquito atrás.

Cuando estaba al final de mis 20 años, cerca de la treintena fue un periodo muy duro en mi vida personal, y un amigo mío me recomendó una psicoanalista para que fuera a verla. En ese momento no sabía nada sobre las diferentes orientaciones, y resultó ser una Freudiana de la NYU<sup>iii</sup>, pero era casi tan freudiana como lo soy yo, no utilizaba la técnica clásica. Cuando llegó la psicoanalista me preguntó que por qué venía a tratamiento, y le dije que estaba deprimida y que seguramente yo tenía una personalidad depresiva; fue al principio de mi carrera en la Universidad de Adelphi, en Nueva York. Durante un tiempo ella estuvo escuchándome y me dijo: Si, estas triste pero desde luego que no eres una personalidad depresiva. Esa experiencia significo mucho para mí, porque me enseñó la diferencia entre los síntomas y el carácter o la personalidad, y en el último de mis libros he insistido en aclarar esa

diferencia. Así que diría que tuvo una influencia muy importante en mí, no sólo ese día.

La analista con la que yo me formaba tenía muchas influencias de Sullivan y Fromm, y me encontraba entonces, y me sigo encontrando ahora, con muchas dificultades para integrar las perspectivas de Sullivan y Fromm. La gente que me enseñó se formaba en la corriente de Sullivan y me transmitió una manera muy formal de utilizar a Sullivan, de forma que una fase se sucede a la otra y te dicen que hacer en cada momento; es un método de tratamiento muy estructurado, muy diferente del de Erich Fromm, quien de hecho también tuvo mucha influencia en muchos de mis analistas y profesores pero en cuanto a lo que yo podía decir, no tenía mucha estructura. Así que una de las tensiones ha tenido que ver con esto, tratar de integrar a Sullivan y a Fromm y en lo que he pensado recientemente y aun sigo pensando, es que no se trata tanto de que teoría es la correcta sino de que teoría me permite el uso de quién soy yo como persona. Creo que cada teoría me permite utilizar una parte diferente de mí misma, por ejemplo Sullivan me permite ser una buena observadora, pero Fromm me ayuda a ser pasional, y creo que los dos juntos van bien pero a veces es difícil integrarlo, y creo que la analista con el que me formaba era muy buena la hora de integrarlos.

Al principio de mi formación tuve varios conflictos con una de los miembros veteranos del Instituto White. Durante mi segundo año de formación en el White, estaba atendiendo a una paciente que era muy pobre y que estaba muy deprimida, además el gobierno le daba dinero para su tratamiento a modo de subvención, de ayuda, pero por algún motivo ese dinero no llegaba al White y este miembro veterano se enfadó con ella por este motivos, porque el White no estaba siendo pagado debidamente y en tiempo, y este miembro me dijo que dejara el tratamiento y yo sentía que eso estaba mal y en consecuencia dije que no lo iba a hacer, lo cual supuso un gran conflicto, una pelea importante.

En ese momento, un día mi analista vino a buscarme a la sala de espera donde yo aguardaba para entrar en sesión y me dijo: hoy no quiero que tengamos la sesión como de costumbre, quiero que vayamos a comer juntas; y durante el almuerzo me dijo que creía que yo tenía razón sobre esta paciente y que debería seguir luchando. Después de ese almuerzo volvimos a las sesiones como de costumbre, era una persona que creía en la técnica estructurada de Sullivan y seguimos en esa forma tan estructurada pero sí que hablamos más tarde de la “sesión a modo de almuerzo”. De alguna forma sentí que con lo que hizo me estaba apoyando mucho con eso, me ayudó mucho en ese momento, pero también me enseñó mucho sobre el tema de la neutralidad y de la abstinencia. Me enseñó que a veces hay que inventar una forma diferente, pero que aun así se pueden mantener los conceptos tradicionales, no se trata de que haya que desecharlos. La neutralidad significa mucho para mí, pero en esa tensión existente a veces es necesario inventar una forma nueva, parecido a la dialéctica entre el ritual y la espontaneidad (el concepto

y obra de Irwin Hoffman), sostenerlos ambos en tensión creativa; creo que eso es lo que mi analista hizo ese día.

Otra persona que me influyó mucho y de la que hablaré esta noche<sup>iv</sup> es Ralph Crowley, quien fue mi primer supervisor analítico. Creo que lo que me enseñó, y lo más importante que un profesor puede hacer, es que sus acciones sean parecidas a sus palabras, dicho de otra manera, la forma en la que él me trataba a mi era la forma en la que él quería que yo tratara a mis pacientes. Me enseñó acerca de la autenticidad y la integridad, no es que hablara exactamente de integridad o autenticidad, pero lo vivía conmigo, eso también tuvo una influencia muy importante en mi; en mi primer libro hablo sobre la integridad y sobre los valores. Creo que esto responde a la pregunta.



Intervención de Sandra Buechler en el Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid)

**Alejandro:** El *William Alanson White Institute* es su Institución de Referencia. Nos podría hablar de qué es actualmente el White, como es su funcionamiento, los requisitos de acceso a la formación, las características del programa formativo...

**Sandra B.:** Algunas cosas han cambiado mucho en el White pero otras no tanto. En primer lugar la formación de analistas está integrada por tres partes: cuatro años de clases estructuradas en cursos, la mayoría de los cuales son obligatorios, hay muy poco donde elegir y esto es exactamente igual ahora que en el tiempo en el que yo me formé allí, para daros una perspectiva yo me gradué en 1983, estude en el White de 1979 a 1983.

**Carlos Rodríguez Sutil:** ¿Cuáles son las asignaturas principales de esta formación?

**Sandra B.:** Se empieza por Freud, hay numerosos cursos sobre Sullivan, clases sobre el desarrollo infantil, cursos sobre transferencia y contratransferencia; yo doy clases durante dos trimestres sobre teoría del diagnóstico, hay dos cursos sobre sueños y otros cursos que se pueden elegir sobre el pensamiento contemporáneo, el tratamiento de parejas y otros intereses especiales.

Cuando iba a empezar en la formación, la elección estaba entre el White y la Universidad de Nueva York. En ese momento los psicólogos no eran admitidos en los programas más tradicionales, y elegí el White porque es más o menos como una familia, pasas por los diferentes cursos con los mismos estudiantes durante cuatro años, en el mismo orden, así que llegas a conocerlos muy bien, llegamos a ser un grupo. Esto funcionó muy bien en mi clase, y a veces también funcionó muy mal, pero no sabía eso entonces, tenía suerte. De alguna forma eso no ha cambiado.

Continuando con la pregunta, se exige que pases por al menos tres supervisores analíticos y por un supervisor psicoterapeuta. Yo tenía una beca para estudiar en el White así que yo tenía más supervisores, tenía que atender 20 horas de pacientes a la semana, así que tenía supervisiones extra; lo disfrutaba mucho, fue una formación estupenda. Además tenía que conseguir el dinero suficiente para sobrevivir de manera que tenía que trabajar más aparte de esto, y sobre todo para vivir en Nueva York. Pero los requisitos de supervisión no han cambiado realmente.

El tercer requisito es el análisis personal.

**Alejandro:** ¿Puedes elegir libremente el analista?

**Sandra B.:** Solo se puede elegir entre la gente que sea didacta del White, y ahí acabas de nombrar uno de los conflictos más importantes en los que he estado involucrada durante años, he trabajado muy duro para intentar convencer al White que permita que se amplíe el espectro de los analistas entre los que se puede elegir.

En primer lugar el sistema de formación de analistas, conlleva que muchas de las personas que se forman en el White no llegarán a ser analistas didactas, así que es como si sus talentos se perdiesen. También significa que si alguien ha estado analizándose con alguien de la Universidad de Nueva York, por ejemplo, y quieren formarse en el White, tendrían que dejar ese analista y empezar de nuevo con un analista didacta del White.

Yo llegue a ser analista didacta en el White y lo que eso significa es que una vez que te gradúas, unos años después llegas a ser un psicoterapeuta supervisor, eso es como bastante automático. Pero entonces algunos años después puedes solicitar convertirte en un supervisor analítico, pero para hacer esto tienes que presentarte ante un comité, y es muy difícil, mucha gente ni siquiera lo intenta y a eso es a lo que me refiero con la pérdida de potencial humano y formador.



Te presentas delante de un pequeño comité, ellos recomiendan o deciden si eres aceptado o rechazado, entonces pasas a un comité más grande y después a otro todavía más grande, y si superas todo eso pasas a ser un analista supervisor, entonces puedes supervisar los análisis que conducen los candidatos. Entonces años después puedes solicitar el ser un analista didacta, lo que es todavía más difícil, lo mismo pero más difícil; así que mucha gente no pasa por todos esos pasos, esto limita que puedas ser un analista didacta y trabajes con candidatos. Así que yo, junto con otras muchas personas, hemos intentado cambiar ese sistema pero sin éxito, algo que por el momento significa 30 años de discusiones (risas). El White tiene este sistema burocrático muy instaurado y de alguna forma esto no ha cambiado.

Lo que sí que ha cambiado es que hay más variedad de programas, así que no está solo la formación más clásica analítica, hay programas sobre el tratamiento infantil, trastornos de la conducta alimentaria, programas de psicoterapia breve y programas de corta duración, de una semana, y conferencias o seminarios breves, hay mucho más de eso ahora de lo que solía haber. Creo que eso responde a la pregunta.

**Alejandro:** Se ha discutido mucho sobre si en Fromm hay un déficit de propuestas de técnica analítica. Pero Vd. subraya que “Fromm nos incita a tener el coraje a abandonar nuestras propias zonas de confort, con el fin de que ayudemos a los pacientes a superar limitaciones que les han limitado en su habilidad de vivir plenamente”

**Sandra B.:** Creo que Fromm pero no solo Fromm, muchos de los interpersonales, dirían que el tratamiento debe ser inventado en cada sesión, y Erich Fromm era de esta creencia. Os contare una breve historia sobre esto. Uno de mis profesores fue Erwin Singer, y yo estuve en la última clase que impartió antes de fallecer, estaba muy enfermo y había mucha controversia sobre si se le debería permitir dar clase en ese estado. Yo quería estar en ese curso porque él había sido muy cercano a Erich Fromm, y pensaba que podría aprender la esencia de Erich Fromm con él. La forma en la que Erwin estaba en clase, la forma en la que impartía el curso encarnaba el estilo de Fromm, nunca se podía predecir lo que iba a decir en clase, aunaba la libertad y la pasión, y algunas veces era muy difícil estar ahí entre esos puntos. Como profesor diría que rompía muchas reglas, no creo que hubiera durado mucho como académico, pero hacía y decía cosas muy interesantes. Por ejemplo empezaba cada clase con una misma frase *¿Qué hay en la mente, no en tu mente, en la mente?*, nunca explicaba a que se refería con esto, pero llegué a pensar a que el grupo tenía una mente, pero esa era la forma en la que él era, nunca explicaba nada. Así que diría qué hay en la mente y después se quedaría callado, y entonces todos nos íbamos poniendo más y más ansiosos a cada minuto que pasaba, entonces alguien se rompía y decía: *vale, presento un caso*, y un día esa fui yo.

Describí mi trabajo con un hombre extremadamente obsesivo y Singer me miró, señaló a la ventana y me dijo *más te vale que saltes ahora*, y no lo explicó. Me pasé muchísimo tiempo tratando de entender esto. No salté por la ventana, no me lo

tomé tan en serio (risas). Poco a poco a lo largo de los años llegué a pensar que lo que me estaba diciendo era que si iba a sufrir tanto durante el tratamiento más me valía saltar por la ventana, pero no lo entendí entonces. Él decía cosas que marcaban profundamente, sus interpretaciones eran como golpes secos, de karateca, eran muy agresivos pero a la vez inolvidables. Significó mucho para mí el hacerme cargo de la pasión que transmitía, la pasión de vivir plenamente, de no malgastar el tiempo y tratar de integrar eso con la actitud integradora más calmada de Sullivan.

Hay un libro sobre Erich Fromm que me gustaría recomendar, es una edición de Rainer Funk (2011), que se titula "*Recordando a Erich Fromm. Testimonios de sus alumnos sobre el hombre y el terapeuta*". Es el único libro que conozco sobre Fromm en el que se traduce qué es lo que debes hacer clínicamente. Reproduce dos trabajos de Fromm, creo que ambos habían salido originalmente en el *Contemporary Psychoanalysis*, uno es un trabajo muy bueno, otro creo que no lo es tanto, pero en esos trabajos Fromm hablaba de cómo trabajamos los terapeutas, y en particular de cómo trabajaba él.



Sandra Toribio traduce para Sandra Buechler las intervenciones de los asistentes

**Alejandro:** ¿Qué otras figuras, aparte de Vd., han continuado el desarrollo de las ideas de Erich Fromm?

**Sandra B.:** Michael Macobbi, quien fue un paciente de Fromm y escribió un libro con él, después de su análisis creo yo, sobre un pueblo mexicano titulado *“Sociopsicoanálisis del campesino mexicano: estudio de la economía y la psicología de una comunidad rural”*<sup>vi</sup>. Erich Fromm es muy conocido ahora en México donde tiene muchos seguidores, pues Fromm vivió allí durante unos años y estableció en México D.F. el *Seminario de Sociopsicoanálisis*, en el que destacan dos de sus miembros: Sonia Gojman y Salvador Millán.

**Carlos:** Hemos estado hablando aquí de un libro de Lawrence Friedman que se titula *“Las vidas de Erich Fromm: el profeta del amor”*<sup>vii</sup>, ¿qué opina de esta obra?

**Sandra B.:** No se le tiene en mucha consideración en el White a esta obra, no está del todo aceptada, a pesar de que aporte investigaciones. Mucha gente a la que se le ha preguntado en el White para esta obra contribuyó a la investigación, pero en algunos aspectos sí que hubo algo de sesgo y quizás algunos datos malinterpretados.

Siguiendo con los continuadores de Fromm, como ya he dicho, están Sonia Gojman y Salvador Millán, dos de los seguidores de Fromm que están en activo y que formaban parte de ese seminario con Fromm en el D.F., y tras la muerte de Fromm ellos se hicieron cargo de ese seminario y ahora lo continúan realizando en la ciudad de México. Otro seguidor importante de las ideas de Fromm es Rainer Funk, quien está al cargo de los archivos de Erich Fromm en Tubinga, Alemania, el cual tiene publicada una biografía (Funk, 1999) que está traducida al castellano<sup>viii</sup>. Diría que es una persona que ha hablado con mucha precisión acerca de Fromm. El junio pasado asistí a una conferencia en Berlín sobre la influencia de Erich Fromm en la que se preguntaba por qué Fromm no tiene más influencia en algunos lugares, pero pensando su ámbito de influencia no solo en el psicoanálisis sino también en la filosofía, la sociología, la lingüística, pues yo diría que su influencia en esas áreas es todavía más fuerte que su influencia en psicoanálisis; también diría que su influencia actual en Europa es más fuerte que en Norteamérica, quizás con la excepción de México, no puedo explicar realmente esto, no sé por qué esto es así.

**Alejandro:** Sobre el papel relativo de la comprensión y de la emoción que tiene el analista en el encuentro clínico, Vd, nos dice que *“En 1993 confiaba en que si el analista conscientemente formulaba sus creencias, investigaba sobre sus orígenes y las examinaba, su impacto terapéutico sería nada más que positivo. Hoy en día encuentro esta perspectiva demasiado cognitiva. Se apoya demasiado en el insight, demasiado en lo que el analista piensa y no lo suficiente en lo que pueda sentir o en cómo actúe”* y vuelve a ello en su caracterización de los enfoques de Sullivan y Fromm como... *“El enfoque Apolíneo, más frío y cognitivo, enfatiza el conseguir una mayor claridad sobre los patrones interpersonales propios, mientras que el enfoque*

Dionisiaco, más cálido y pasional, empodera el movimiento y acelera el cambio”.  
¿Nos puede hablar un poco más de todo esto, de Sullivan y Fromm?



Parte del grupo de colaboradores que han participado en la preparación de la edición castellana del libro de Sandra Buechler: “Marcando la diferencia...”

**Sandra B.:** Diría casi que Sullivan es alguien imposible para transmitirlo adecuadamente, su lenguaje es muy difícil de comprender, de penetrar, pero diría que algunas partes de Sullivan han tenido una influencia muy importante en mi trabajo. Una de las cosas que me enseñó es a permanecer en contacto con los cambios en los niveles de ansiedad, tanto los del paciente como de los míos; entonces cada sesión se convierte en una especie de experimento.

Así que te preguntas por esto, pensando en cada momento si la ansiedad del paciente ha subido después de que yo hablara, qué es lo que he podido decir que pueda haber incrementado esa ansiedad en el paciente, qué puede haber dicho el paciente que pueda haber aumentado mi ansiedad, y los cambios que se observan de los niveles de ansiedad que son expresados mediante claves no verbales. Así que lo que se enseña es a monitorizar, a mirar, a registrar en ti mismo los cambios en los niveles de ansiedad.

Yo ampliaría eso al hablar de todos los cambios que se dan en cada una de las emociones; mi formación en la teoría de las emociones me inclina a pensar en las emociones como elementos separados; no creo que sea la ansiedad lo único que es importante monitorizar, sino que cuando cada emoción se vuelve más intensa hay que pensar por qué. La idea Sullivaniana es que si ves que la ansiedad del paciente



se va haciendo cada vez más y más grande, no dejas que eso continúe y siga escalando, haciéndose más grande.

Aquí hay una pequeña diferencia entre Sullivan y Fromm. Fromm creía que un cierto nivel de ansiedad es necesario, mientras que Sullivan pensaba que la ansiedad es como un golpe en la cabeza y que interfiere en los procesos cognitivos. Pero la idea de Sullivan de estar siempre observando, observando, observando los cambios en la ansiedad y en que defensa parece estar el paciente utilizando contra esa ansiedad, para mí esa idea es muy importante.

Utilizo mucho las ideas de Sullivan para trabajar en las fases tempranas del tratamiento con las defensas obsesivas, así que si veo que un paciente se va poniendo cada vez más ansioso, moviéndose como si está cada vez más ansioso y que entonces empieza a utilizar muchas palabras, más palabras de las que yo necesito utilizar, es lo que llamaría un uso obsesivo del lenguaje, entonces es que he aprendido algo sobre la personas y eso me resulta útil. Pero la pregunta clínica que es verdaderamente importante es la que tiene que ver con el foco que pongamos en ese momento. ¿Nos centramos en la defensa en si misma o en lo que la defensa está defendiendo?, es una diferencia fundamental. Podría utilizar cualquier sesión, por ejemplo una grabación en cinta de una sesión, y la podría situar en uno de los dos planteamientos, ¿Se ha centrado el analista principalmente en la defensa, o en lo que la defensa estaba defendiendo? Me da igual cual sea la orientación, esa sigue siendo una de las opciones, así que si me fuera a centrar en la defensa, me centraría en ella a través de un contraste.

Por ejemplo, digamos que estamos hablando sobre la madre del paciente, y éste se pone muy ansioso y dice de forma muy obsesiva, *la vida es muy dura para las mujeres en esta sociedad*, y creo que lo que el paciente estaba realmente diciendo era que su madre estaba deprimida, pero no lo puede decir eso directamente. Si me voy a centrar en la defensa entonces diré: ¿estás intentado decir que tu madre está deprimida?, me estoy centrando de la defensa en el lenguaje obsesivo. Pero si en lo que me voy a centrar es en por qué la persona tenía tanto conflicto sobre su madre, le preguntaré que cómo era para él cuando su madre estaba deprimida; es un foco diferente. Estas son cosas que aprendí sobre todo a través de Sullivan y las he adaptado a una forma mía personal.

**Alejandro:** Cómo el terapeuta use su narcisismo resulta un tema de gran trascendencia. Siguiendo sus palabras “¿Cómo se puede ser mínimamente narcisista, de manera que el analista no necesite el tratamiento, y para que el paciente, para darle salida de alguna manera, termine reforzando la autoestima del analista?”

**Sandra B.:** Es una pregunta muy difícil (risas, varios dicen a la vez “Es lo que pasa todos los días”) Uno de los motivos por los que escribí mi tercer libro es para abordar este tema. En primer lugar creo que en este trabajo que hacemos tenemos

muchas oportunidades para la vergüenza y la pena. Este trabajo que hacemos resulta muy duro para nosotros por el dolor de las pérdidas, por el dolor de escuchar las cosas más duras de la vida, así que hay mucha pena en nuestro trabajo, perdemos a cada paciente con el que trabajamos, y a lo largo de una carrera profesional eso puede significar miles, pero también hay mucho sentimiento de vergüenza en cuanto sentimiento de inadecuación; y si somos honestos creo que todos tenemos muchos momentos en los que nos sentimos inadecuados.

Creo que estos momentos hacen que nos veamos dañados en nuestro narcisismo, y a veces eso tiene un impacto muy malo en el trabajo que hacemos, esto quiere decir que necesitamos un mínimo de éxito o de resultados del paciente. Ese investimento narcisista en el tratamiento no es bueno para el tratamiento. Creo que me debo preocupar de que el tratamiento vaya bien, en ayudar al paciente, pero no debería verme implicada de forma narcisista en si el paciente quiere tener hijos, si decide vivir en otro país, sea lo que sea lo que decida. Debería verme implicada, pero no de forma narcisista.

Pero es muy difícil como puede pasar esto, como puede impactar en nuestro propio narcisismo. En primer lugar creo que es muy importante que hablemos de las heridas narcisistas en nuestro trabajo, hablar de cómo nuestro trabajo a veces nos hace sentir inadecuados, insuficientes, de los sentimientos de vergüenza. Una de las cosas que hago es que estoy en un grupo de supervisión por pares y hablamos de estos momentos durante todo el tiempo. Creo que tenemos que hablar de los problemas que tiene el clínico, y las heridas narcisistas son uno de los problemas más importantes.

**Rosario Castaño:** Has hablado de narcisismo y vergüenza y el trabajo que los clínicos tenemos que hacer nosotros mismos. Me parece muy interesante, me interesa mucho que nos digas cómo crees que se puede tratar la vergüenza en las primeras fases del tratamiento, si es diferente en las primeras y en las últimas fases del tratamiento.

**Sandra B.:** Sí. En las fases más tempranas trato de intentar que se expresen, que el paciente se sienta orgulloso de sí mismo por el hecho de ponerse delante del espejo, independientemente de lo que vean. Así que intento diferenciar entre el valor de mirarse del juicio que cada uno haga de sí mismo. Eso es algo que intento hacer en los primeros momentos de la terapia. Otra segunda cosa que intento hacer tempranamente es diferenciar la vergüenza de la culpa y de la ansiedad. Esto viene de la teoría de las emociones, aunque no haya hablado todavía de esto, pero es parte de lo que yo he estudiado. Intentar separar y diferenciar cada emoción de la otra, y ayudar al paciente a tener un vocabulario de las emociones, tal y como un niño aprende a decir manzana, naranja, fruta; intentamos ayudar al paciente a conectar determinados sentimientos con la palabra, ahora estoy sintiendo vergüenza pero no culpa. Un ejemplo que siempre pongo: estás haciendo un

examen y consigues un 4 sobre 10 pero habías estudiado mucho, es posible que sientas vergüenza porque es posible que te sientas insuficiente, inadecuado; pero si consiguen un 4 sobre 10 y no habías estudiado y crees que normalmente las personas deberían estudiar es posible que lo que sientes sea culpa, y si sacas ese 4 y estas preocupado por la reacción de tus padres posiblemente sentirás ansiedad. O sea que el mismo 4 puede generar diferentes emociones.

Pero lo que intento hacer con el paciente es ayudar a que tenga este lenguaje que le facilite diferenciar unas emociones de otras.

**Carlos:** ¿Qué haría con el paciente que se siente orgulloso por no haber estudiado y conseguir el 4?

**Sandra B.:** (Risas) Creo que la teoría dice que hay algo debajo de eso que hace que se sienta avergonzado. Así que probablemente no haría nada excepto escuchar que es lo que hace que se sienta avergonzado. Pero el llegar a desarrollar este vocabulario se hace con el fin de que la persona pueda conocer como la persona se maneja con cada una de las emociones. Así que en las fases tempranas intento ayudarles a desarrollar este nuevo vocabulario, de forma que puedan recopilar todas sus experiencias de vergüenza, de la misma forma en la que puedes coger la manzana, la naranja y decir frutas, esto es también diferenciar la vergüenza del miedo a la vergüenza; por ejemplo cuando tienes ansiedad porque te toca subirte a un escenario, esto es realmente el miedo a la vergüenza.

Así que el poder hacer estas distinciones es algo realmente importante para mí en las primeras fases del tratamiento; es como plantar semillas, con el paso del tiempo el paciente podrá decir *yo ayer tenía miedo a la vergüenza*, y tenemos el conocimiento de todas las veces que esa persona ha tenido miedo a la vergüenza, asique nos podemos preguntar juntos qué es lo que evoca esto. Estas son algunas formas en las que trabajo con la vergüenza en las fases tempranas, creo que en las fases posteriores realmente tampoco es tan diferente, la única diferencia es que ya tenemos este vocabulario que hemos desarrollado juntos.

**Rosario:** Podemos afirmar que el concepto de improvisación está siendo un nuevo recurso en la práctica clínica, un recurso que trata de dar un lugar al paciente, y que sin embargo, es difícil de transmitir a nivel didáctico, requiere experiencia y confianza, algo que los candidatos necesitan alcanzar ¿cuál es tu experiencia en este esto con tus supervisados? ¿Cómo viven ellos el hecho de improvisar con el paciente y cómo les trasmites tú este concepto?

**Sandra B.:** En primer lugar en la supervisión, el medio es el mensaje. La forma en la que tratas al supervisado es lo que más les enseña. Por ejemplo si tratas duramente al supervisando pero le estás diciendo que sean amables con el paciente, van a estar confusos y es posible que ni si quiera sepan que están confusos, creo que eso es lo más importante que puedo decir acerca de la supervisión.

Pero también es cierto que el ser transparente en la supervisión le está diciendo al supervisado tu proceso de pensamiento en la forma en la que va pasando, lo que les enseña acerca de la improvisación en el tratamiento. O sea que el demostrarlo, el serlo, es lo que más les enseña. Pero también se puede hablar directamente de la improvisación, por ejemplo con los candidatos que empiezan intento que me traigan ya sea una grabación de una sesión o las notas de las sesión, directamente lo que han dicho, como una transcripción, y en algunos puntos de la transcripción de la sesión pararé a la persona y le preguntaré qué podrían haber dicho, así que de alguna forma llevamos a cabo una especie de improvisación y a veces incluso lo representamos, yo podré ser el terapeuta y el supervisado podrá ser el paciente, o al revés, y lo representamos. Creo que esto enseña de forma más eficaz que el hablar sobre ello.

Uno de mis profesores fue Bromberg, y él realmente tiene esta forma de estar contigo también como piensa que debes estar con el paciente, él mismo improvisa mucho, es una persona muy viva, tiene 90 años y sigue dando clase. Creo realmente que el tratamiento debe inventarse en cada sesión, lo que aprendes de las teorías, aprendes un lenguaje, un vocabulario, aprendes algunas frases que te sirven mucho, pero no puedes llegar a saber qué es lo que tienes que decirle al paciente después de 5 minutos. Os contaré una historia sobre esto.

Hace muchos años fui directora de una pequeña clínica donde los estudiantes de la universidad eran terapeutas y los profesores de la facultad eran los supervisores. Estaba este universitario muy joven que nunca antes había visto un paciente, y yo le puse su primera sesión con una niña de 6 años que no hablaba. El era un chico muy listo, muy brillante. Sabía mucho sobre los libros pero muy poco sobre las personas, era bastante tímido conmigo, y justo antes de que tuviera esta primera sesión con esta niña llamo a mi puerta y me dijo doctora Buechler, solo tengo una pregunta: *¿qué es lo que tengo que hacer?* (risas). Me acuerdo de esto y pienso que realmente ninguna teoría te dice qué es lo que tienes que hacer. Estos primeros momentos, estos primeros días de nuestras carreras inevitablemente producen sentimientos de inadecuación, y es muy difícil no hacer esto. Creo que tenemos que improvisar, realmente no nos queda otra opción, en realidad la única opción es como pensamos acerca de esto, a menos que queramos hacer una terapia muy estructurada y no psicoanalítica, lo que llamamos en Estados Unidos *terapia de manual*.

La hija de una amiga mía estaba yendo a la universidad estudiando Psicología Clínica y un día en una cena trajo un libro de texto y el libro decía, *en la primera sesión tienes que decir...* y daba un guión con las palabras que el terapeuta debe decir, era lo contrario a la improvisación; creo que es necesario ser capaz de improvisar.

Algo más sobre esto, una cosa que te ayuda es la curiosidad. Para mí la curiosidad es como si un niño trae una pelota, la tira al aire, la lanza para ver qué es lo que pasa, sin más propósito. Creo que tienes que tener este tipo de curiosidad, que pasaría si



expresara una emoción sobre esto, tienes que tener este espíritu en ti, el poder improvisar.

**Carlos:** ¿Cuál es su opinión al respecto, porque muchos enfoques relacionales, interpersonales están en contra del diagnóstico, precisamente por tener la sesión como una experiencia aparte?

**Sandra B.:** Es una pregunta muy importante. Dejadme decir primero, creo que al igual que Jung pensaba que había una parte masculina y femenina en cada uno de nosotros, creo que en cada uno de nosotros hay un potencial paranoide, un potencial obsesivo, un potencial histérico, un potencial esquizoide, un potencial narcisista, un potencial depresivo. Es la interacción lo que destaca un aspecto más que los otros, pero también es cierto que cada uno tenemos una tendencia más hacia algo, nos inclinamos más hacia algo, así que es posible que sea más difícil hacerme paranoide que esquizoide, pero con un determinado paciente, en una determinada sesión, es posible que me ponga más paranoica.

En mi tercer libro trabajo sobre los diagnósticos a modo de interacción, puedo pensar para mí misma, *creo que el paciente y yo estamos en territorio paranoide hoy*, ¿por qué será esto, que ha pasado? Estas ideas me son muy útiles, es como cualquier vocabulario, que te ayuda a ordenar el pensamiento. ¿Podré decir en que otros momentos he estado en territorio paranoide con este paciente? ¿Qué es lo que se acerca de que es lo que me lleva a mí a ese territorio? ¿Qué es lo que he aprendido de la teoría, de leer los libros sobre ese territorio?

De esto trata mi último libro, sobre los territorios. No entiendo el diagnóstico como una descripción completa de cada persona, como cajones cerrados, no creo que alguien sea obsesivo, pero sí que creo que puedan estar enfrentándose a la vida de forma obsesiva. Creo que aprender ese lenguaje, ese vocabulario es útil durante la formación, y en un sentido práctico por lo menos en América, con los seguros médicos, tienes que conocer ese lenguaje, y también para debatir con los psiquiatras tenemos que conocerlo.

Asique en realidad si, el diagnóstico sirve en algunos propósitos para mí. Pero creo que estas exponiendo una de las tensiones ante las que tenemos que enfrentarnos en el trabajo. Si tomas la propuesta de Bion de que debemos trabajar sin memoria ni deseo, diría que tenemos que recordar y no recordar quién es el paciente, y una de las formas fáciles de recordar es tener algunas ideas de cómo la persona se ha manejado en el pasado, este es el lenguaje diagnóstico.

**Sandra Toribio:** Me ha parecido muy enriquecedora la viñeta en la que cuenta que, estando Usted en su análisis didáctico, se vio metida en una discusión notoria con un miembro veterano del instituto en el que usted se formaba. Se lo contó a su analista y ésta, en la sesión siguiente, decidió que tendrían la sesión almorzando juntas. Habla usted de su sorpresa, y de cómo su analista le explicó que creía que usted tenía razón y que debía de mantenerse firme, pero que necesitaba un

encuadre diferente para poder decírselo. Hace también referencia a cómo en su libro *Clinical Values* habla sobre cómo la esperanza, amabilidad, coraje, integridad y otros valores afectan al tratamiento. ¿Cree usted que es necesario ser una “buena persona” para ser un “buen terapeuta”?

**Sandra B.:** ¿Qué es una buena persona? ¿Cuánto tiempo tenemos? (Risas). Te diré una cosa, creo que tenemos que tenemos que ser gente honesta, no puedo enseñar o transmitir el amor por la verdad. Siempre que me han preguntado quien debe comenzar la formación analítica o no, este es mi único requisito, me tiene que parecer que esa persona tiene la capacidad de amar la verdad, no con otro fin o propósito, no como un medio, sino por los fines. Es algo que no se puede enseñar, creo que tiene que ser algo dentro de uno mismo, creo que todo lo demás se puede enseñar.

Creo que no es tanto que tengas que ser una buena persona, pero sí que tienes que ser honesto. Una vez dije que uno de los prerrequisitos para el trabajo analítico es el poder ser capaz de decir las verdades incómodas, creo que eso es un requisito para la supervisión y también en la terapia, creo que es necesario.

**Rosario:** ¿Usas la palabra integridad también?

**Sandra B.:** *Integridad* es una palabra interesante en inglés, se relaciona con la palabra *integer* (*completud*), que significa un número completo, entero. Significa que hay una consistencia entre lo que valoras y lo que haces, sí esa es una cualidad muy importante pero creo que esa se puede desarrollar.

**Alejandro:** Vd. ha cumplido a principios de este mes 69 años, y como dice en el título de uno de sus libros “Permanece ejerciendo”, y no parece que se esté planteando la jubilación. ¿Qué experiencias de su vida personal le han ayudado a lo largo de su carrera profesional a mantenerse ilusionada e implicada en la tarea clínica, y a permanecer en ella?

**Sandra B.:** Diría que más que ninguna otra cosa son los estudiantes jóvenes. Su entusiasmo, el sentimiento, la sensación de que voy a tener un impacto en ellos, el sentimiento de que algo va a vivir más allá, el hacer una inversión en el futuro, creo que eso es lo que me ayuda a seguir más que ninguna otra cosa. Pienso en esa fuerza que me ayuda a continuar como algo que tiene que ser inspirado, creo que es la única forma en la que puede pasar que algo te inspire.

Me supuso mucho trabajo el hablar de la palabra *inspiración* cuando estaba escribiendo, porque realmente no creo que la esperanza se evoque a través nada más que de la inspiración y creo que es importante tanto para el paciente como para el analista el tener alguna forma de esperanza, creo que la esperanza es parte de lo que me ayuda a continuar, a seguir. Y diría que muchos de los profesores de los que he hablado hoy me han inspirado y pienso en ellos, me refiero a personas que llevo dentro, que me han inspirado; creo que ellos también me ayudaron a continuar. Así que, básicamente, gente joven y gente mayor.

**Carlos:** Me gustaría que explicara un poco su concepción sobre las emociones, desde un punto de vista más teórico. Tiene mucha inspiración en Tomkins, e Izard, aquí es más conocido también Ekman.

**Sandra B.:** Paul Ekman fue también estudiante de Silvan Tomkins. Carroll Izard desarrolló una teoría en la que a cada emoción la llamaba una emoción discreta y cada grupo de emociones básicas tiene una emoción facial característica o propia. Cuando le conocí a principio de los años 70 había estudiado las expresiones faciales de estas emociones en las diferentes culturas. El y yo llevamos a cabo un proyecto para observar estas emociones en los dos primeros años de vida. Lo que creo de haber estado trabajado en esto, con él y del tratar aplicar esto al trabajo clínico es que cada uno de nosotros tiene una historia con cada una de las emociones, de forma que yo sé cómo soy cuando estoy enfadado, se cómo se siente, se algo de como he respondido a esto en el pasado, esto es una parte muy importante del sentido de quién soy yo. Conozco mi historia de ira, de enfado, mi historia de alegría. Creo que es importante en el trabajo clínico ayudar al paciente a conocer estas cosas. Pienso que cada una de las emociones en el vocabulario que tenemos hoy como si fueran diferentes estados del *Self*, no es la forma en la que hablábamos en 1970.

**Alejandro:** Muchas gracias por todos tus comentarios y por tus respuestas a nuestras preguntas.



Madrid, 19 de Junio de 2015.

## Notas

<sup>i</sup> Ávila, A., Castaño, R., Rodríguez Sutil, C. y Toribio, S. (2015). Entrevista a Sandra Buechler. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (2): 495-510. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de <http://www.ceir.org.es>]

<sup>ii</sup> Sandra Toribio Caballero se ocupó de la traducción al castellano, y Lucía Martínez Domínguez de la transcripción y revisión de la grabación de la entrevista.

---

<sup>iii</sup> Universidad de Nueva York, en la Ciudad de Nueva York.

<sup>iv</sup> En la conferencia que esa noche pronunció en la sede del Instituto de Psicoterapia Relacional: “Desarrollando mi enfoque terapéutico” publicada en este mismo número de CeIR.

<sup>v</sup> Funk, Rainer (2011). *Recordando a Erich Fromm. Testimonios de sus alumnos sobre el hombre y el terapeuta*. Barcelona: Ediciones Paidós.

<sup>vi</sup> Fromm, Erich & Maccoby, Michael. *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano: estudio de la economía y la psicología de una comunidad rural*. México: Fondo de Cultura Económica.

<sup>vii</sup> The Lives of Erich Fromm. Love's Prophet By Lawrence J. Friedman. Assisted by Anke M. Schreiber, Columbia University Press, 2013.

<sup>viii</sup> Funk, Rainer (1999). *Erich Fromm. El amor a la vida. Una biografía ilustrada*. Barcelona: Ediciones Paidós; También: Funk, Rainer (2009). *Erich Fromm. Una escuela de vida*. Barcelona: Ediciones Paidós.