

La esperanza como agente motivador

Hope as a motivational agent

Sandra Buechler

William Alanson White Institute

Resumen

Este artículo explora la esperanza como un agente de cambio en el tratamiento psicoterapéutico. A través de mi carrera clínica, los trabajos de H. S. Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann y Erich Fromm inspiraron la esperanza en mí. Me beneficié ampliamente de sus perspectivas sobre las fuentes de motivación de sus pacientes para crecer. Su esperanza inflexible, su dedicación al su trabajo, coraje, integridad, creencia en el potencial humano, y otras cualidades hicieron de ellos modelos inspiradores. Cada uno de estos tres psicoanalistas contribuyó a mi esperanza de una forma única. Estudiar las aportaciones teóricas de H. S. Sullivan y ser supervisada por sus seguidores me proporcionó un marco básico para el tratamiento, lo que aumentó mi confianza como clínica. Frieda Fromm-Reichmann me sirvió de modelo de dedicación terapéutica y convicción absoluta en el valor de la terapia. Los escritos de Erich Fromm me orientaron sobre los objetivos últimos del tratamiento (y de la vida), sobre cómo mantener la fe en el proceso (incluso en ausencia de signos de progreso), sobre cómo vivir una vida apasionada, socialmente responsable y éticamente comprometida, y sobre cómo trabajar para aprovechar al máximo mi propio potencial.

Palabras clave: esperanza, psicoterapia, motivación

Abstract

This paper explores hope as an agent of change in psychotherapeutic treatment. Throughout my clinical career, the work of H.S. Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, and Erich Fromm inspired hopefulness in me. I greatly benefitted from their perspectives about sources of their patients' motivation to grow. Their unyielding hope, dedication to their work, courage, integrity, belief in human potential, and other qualities made them inspiring role models. Each of these three psychoanalysts contributed to my hopefulness a unique way. Studying the theoretical contributions of H.S. Sullivan, and being supervised by his followers, gave me a basic framework for treatment, which increased my confidence as a clinician. Frieda Fromm-Reichmann served as a model of therapeutic dedication and absolute conviction in the value of therapy. The writing of Erich Fromm provided guidance about treatment's (and life's) ultimate goals, maintaining faith in the process, (even in the absence of signs of progress), living a passionate, socially responsible, ethically committed life, and working toward the fullest use of my own potential.

Keywords: hope, psychotherapy, motivation

Traducción: Lola J. Díaz-Benjumea

Una de las fuentes más poderosas de la motivación a crecer es una combinación de esperanza y amor. Por el amor por su marido y la esperanza por su futuro, un paciente apostó porque podrían criar un hijo juntos, a pesar de su historia de depresión paralizante. Por esperanza y amor otra madre afrontó su alcoholismo y el vacío interno que lo provocaba. Otro paciente, un hombre de mediana edad, esperaba que el tratamiento lo capacitaría para formar una relación duradera, a pesar de décadas de esfuerzos infructuosos en un análisis clásico previo. Una víctima de abuso en silla de ruedas, severamente deprimida, se atrevió a empezar una carrera y una relación íntima y afrontar lo que parecían obstáculos imposibles. Una mujer, acosada por terribles pesadillas y fantasías suicidas, vino a tratamiento esperando la salud que la capacitara para llegar a ser una persona y una esposa más libres. Una mujer de mediana edad, que había vivido la mayor parte de su vida en instituciones, se atrevió a esperar una vida en el mundo exterior. Un hombre joven, liberado recientemente de un hospital mental, lleno de compulsiones, todavía interiormente atado a sus padres abusivos, de algún modo preservó la esperanza en una vida normal. Una mujer mayor con una progresiva pérdida de salud todavía esperaba preservar, y mejorar, su comunicación con su hermana. Otro paciente, que había sufrido de cáncer e iba probablemente a morir de una recidiva, esperaba aprovechar al máximo el tiempo libre de enfermedad que le quedaba. Un hombre, hospitalizado después de perder sus brazos y piernas en batalla, esperaba aprender a pintar con su boca. Otro hombre, recientemente ciego por un accidente de tráfico, luchaba por descubrir nuevos intereses que no requirieran la visión. La combinación de esperanza y amor puede ser un motivador poderoso de la determinación a beneficiarse del tratamiento. El amor puede ser amor por uno mismo, una pareja, o incluso la vida en sí misma. Para los clínicos, el reto es nutrir esa esperanza, en el paciente y en sí mismos.

Después de más de 50 años de trabajo clínico, yo todavía encuentro misteriosa la esperanza. ¿De dónde viene?, ¿Qué podemos hacer cuando está ausente? ¿Por qué pueden algunas personas sostener la esperanza, a través de una vida de traumas aplastantes? ¿Alguien cree en ellos en algún punto crucial? ¿Conocen a alguien que es un modelo de esperanza? Incluso cuando, de algún modo, existen todavía destellos de esperanza, a pesar de circunstancias horribles, ¿qué puede mantenerla viva suficiente tiempo para alistarla a motivar cambio?

En este artículo, exploro cómo los escritos de tres psicoanalistas interpersonales me ayudaron a mantener esperanza como clínica. H. S. Sullivan, Frieda Fromm Reichman y Erich Fromm eran como mis abuelos psicoanalíticos, ya que ellos eran los profesores de todos mis profesores en el William Alanson White Institute, donde me formé desde 1979 a 1983. Aunque yo nunca me encontré con ellos personalmente, sentí su presencia en las personas que fueron mis modelos como analista, incluyendo a mi analista formador, supervisores y profesores. Intentaré identificar algunos de los modos en que su pensamiento promovió la esperanza en mí como clínica y, más generalmente, como ser humano. Primero, una cita de Stephen Mitchell, de su libro (1993) sobre esperanza y miedo en psicoanálisis:

Mientras más he explorado las complejidades de la contratransferencia, más he llegado a darme cuenta de cómo el analista tiene una estaca personal en su proceder. Es importante ser capaz de ayudar; esto nos pone ansiosos cuando se

nos previene de ayudar o no sabemos cómo ayudar. Nuestras esperanzas para el paciente están inextricablemente ligadas con nuestras esperanzas para nosotros mismos. (Mitchell, 1993, p. 208).

Mi formación como base para la esperanza

Durante mi formación y mi carrera clínica, frecuentemente miré a H. S. Sullivan, Frieda Fromm Reichman y Erich Fromm como inspiración. La encontraba en su dedicación apasionada al tratamiento. Si bien usaban diferentes palabras, creo que hubo una superposición significativa en sus visiones sobre la necesidad de definir la salud y trabajar para alcanzarla.

La dedicación inspiradora de Sullivan

Sullivan fue mi héroe durante mis días de postgrado y más allá. Mirando hacia atrás, pienso que su trabajo me proporcionó una voz singular de esperanza. Sullivan inspiraba a través de su profunda dedicación al bienestar de sus pacientes. Yo estaba luchando por encontrar un modo de sostener las condiciones desoladoras y las tragedias abrasadoras en hospitales estatales y de veteranos donde yo trabajé como psicóloga joven. Las paredes estaban sucias, el personal profesional estaba casi agotado, los pacientes en diferentes estados de ánimo. Algunos, recientemente liberados de su servicio militar en Vietnam, no eran psicóticos, pero estaban intensamente enojados. Muchos habían perdido el espíritu, además de extremidades y otras partes del cuerpo. En un hospital, la estadía promedio era de veinte años. Muchos pacientes no habían tomado su medicación durante años. Encontraban modos creativos de deshacerse de ella, algunos dándoselas a los gatos que deambulaban por los terrenos del hospital.

Yo no estaba preparada para esos trabajos, en muchos sentidos. Sullivan fue un faro en este panorama desolador. ¡Aquí había alguien que creía incluso que los pacientes en las salas de crónicos eran “¡Más simplemente humanos que otra cosa”! ¡Aquí había alguien que pensaba que él podría realmente ayudarlos! Cuando miro atrás, medio siglo después, pienso que el optimismo fundamental de Sullivan, su espíritu de “puedo hacerlo” de mitad de siglo, me animó muchísimo. Su famoso concepto *un género* era que “... todo el mundo es mucho más simplemente humano que otra cosa...” (Sullivan, 1953, p. 32). Pienso que está diciendo dos cosas importantes en este postulado.

1. Él tiene una intención humanista. El esquizofrénico regresivo es un ser humano que puede, potencialmente, ser comprendido por otros seres humanos, y merece el respeto que esperamos se nos conceda a nosotros mismos.
2. La individualidad única del paciente no es el *enfoque* principal del psiquiatra (pero eso no significa que no exista). Avanzamos más en el tratamiento si asumimos que la vida humana ocurre en patrones característicos que podemos conocer, y usar, para comprender a una persona particular.

Creo que este postulado fue suficiente para inspirarme, en sí mismo. Me habla de esperanza. El paciente despotricado que me asustó era un ser humano, más parecido que diferente de otras personas que yo conocía. Había sido un bebé y tenía una historia. Había

nacido necesitando contacto con otras personas, sin embargo ahora actuaba hacia ellas. Quizá si lo tratara con esas creencias en mente, podría llegar a él.

Muchas experiencias reforzaron esta idea. Por ejemplo, una paciente no me hablaba, pero tocaba la canción “For once in my life” cada vez que yo andaba por la sala. Aunque extraña y limitada, teníamos una relación.

Pienso que el *postulado de un-genero* de Sullivan me inspiró, en primer lugar, porque comunicaba respeto, por mis pacientes y por el trabajo que yo estaba intentando hacer. Y yo era muy joven e idealista. Necesitaba sentir que lo que estaba haciendo merecía la pena. Más allá de eso, pienso que esto me decía que yo podía usar lo que *sabía* (sobre mí misma y los demás) para empezar a entender a mis pacientes *simplemente humanos*. No eran una especie extraña. Eso empezó a hacerme sentir que era posible, y que merecía la pena, esforzarme para tratar de llegar a ellos emocionalmente.

Estudiar a Sullivan ayudó a mi sentimiento de competencia y confianza

Con la base de los escritos de Sullivan (1953, 1954, 1956), me enseñaron un marco básico para el tratamiento. Esto incluía la configuración del encuadre como primera fase del trabajo. Incluyo en la configuración del encuadre tratar de ser lo más clara posible sobre las expectativas de ambos participantes. La siguiente fase consiste en elaborar una historia de vida del paciente bastante extensa. Esto sienta la base para la comprensión posterior. Si bien cada tratamiento, y cada historia, es diferente, normalmente intentamos conocer las experiencias de vida del paciente en el hogar, la escuela y el trabajo posteriormente, y con amigos y parejas posteriores. Yo normalmente empiezo la historia preguntando sobre “la situación en que naciste” Esto es tanto una afirmación como una pregunta. Todos nacimos en un entorno, un contexto interpersonal, social, geográfico, temporal, que afectará a nuestra experiencia de crecimiento. La mayor parte del tratamiento se denomina exploración detallada. En esta, Sullivan enfatiza mantenerse en contacto incluso con los cambios mínimos en el nivel de ansiedad del paciente. Yo ampliaría eso para incluir estar en contacto con mi propia ansiedad y los cambios en la intensidad de todas las emociones fundamentales, en cada participante. Las emociones fundamentales incluyen curiosidad, alegría, tristeza, asco, rabia, miedo, vergüenza, culpa y desprecio. Durante la exploración detallada se aclaran los patrones interpersonales. Mi forma de hablar sobre esto es tratar de comprender lo que se repite en la vida interpersonal del paciente. Espero inspirar la curiosidad del paciente sobre sí mismo. Yo creo que una gran parte del tratamiento ocurre realmente fuera de la sesión, ya que el paciente percibe reacciones, interacciones, sentimientos que antes podrían haber pasado desapercibidos. Como he escrito en muchas ocasiones, creo que es principalmente la experiencia de vida lo que cura a las personas, pero el tratamiento puede hacer posible una mayor experiencia de vida. Mi esperanza es que la forma en que vivimos la sesión juntos, y la mayor autoconciencia y apreciación de los matices emocionales, facilitaran más la vida fuera de la sesión. Este modo de trabajar puede hacer del tratamiento una verdadera colaboración. Cada participante tiene un papel crucial. Ninguno puede funcionar sin el otro. Pero, quizás igualmente importante, cada uno puede posiblemente cumplir su función, con esfuerzo.

El seguimiento de las fluctuaciones en la ansiedad en el paciente, en mí misma, y los cambios en otros sentimientos, me da una tarea bastante clara. La anamnesis y observar los cambios emocionales son trabajos que requiere vigilancia, concentración, esfuerzo y capacidad de organización. Pero se pueden hacer. Con experiencia, empiezan a hacerse más familiares.

Emocionalmente, tener una tarea bastante clara me ayuda a sentirme más competente y, en cierto sentido, más esperanzada. Hay una cierta cualidad de “puedo hacerlo” en este modo de trabajar. Puede hacerte sentir que es posible, en el lenguaje de Sullivan, sacar provecho de la propia experiencia. Incrustada en esta ideología está una fe, en sus propias palabras, en que las personas tienen un impulso hacia la salud. Además, cuando miramos lo que se ha repetido interpersonalmente en la vida del paciente, es probable que veamos patrones similares en la elación de tratamiento, y, quizá, en nuestra propia vida, o en las vidas de otras personas que hemos conocido. Esto demuestra que somos más humanos que otra cosa. Puede promover una especie de continuidad de lo que hemos aprendido de la literatura, el arte, nuestras relaciones personales, nuestro tratamiento personal y muchas otras fuentes. Nosotros podemos traer todo nuestro conjunto de *selves* a nuestro trabajo.

El rol del analista puede describirse como un proceso complicado de observación de sí misma y del otro. La importancia para Sullivan (1954) de ser un buen observador no se puede subestimar. Sin una buena observación no podemos saber qué es lo que pone ansioso al paciente, no podemos monitorear el efecto que estamos teniendo en el paciente, no podemos modular la exploración para mantener la ansiedad en niveles tolerables, y no podemos reconocer las defensas que el paciente usa cuando está ansioso. A través de la observación y la exploración el clínico se imagina la situación que el describe el paciente, obteniendo una idea de lo que el paciente podría estar dejando defensivamente fuera de la historia. La observación es, por supuesto, central en la concepción de Sullivan del analista como observador participante. Yo pienso en nuestro movimiento en el tratamiento como un tipo de cambio oscilante entre la participación y la observación. A medida que la participación cobra impulso empezamos a cambiar hacia una posición de observación, y viceversa. Pero extendería esto para decir que la observación participante es tan importante para el paciente como para el analista. Fomentar esta capacidad es una parte significativa del trabajo.

Algunos de mis supervisores me enseñaron que, con mucha frecuencia, el cambio precede al *insight*. Esto es, por ejemplo, una paciente evitaba la mayor parte del contacto social. A medida que esto cambió, y se expuso a sí misma a los compañeros, empezó a sentir la ansiedad social que el contacto estimulaba en ella. Esto la ayudó a entender por qué había evitado socializar en el pasado. En otras palabras, cambiar su comportamiento la llevó al *insight* sobre sus viejos patrones. Una vez más, creo que este enfoque puede evocar esperanza en ambos participantes.

La convicción como fuente de fuerza en el trabajo de Fromm-Reichmann

Frieda Fromm-Reichman expresó sus fuertes creencias sobre lo que constituía la salud emocional y las puso en práctica en su trabajo con los pacientes. Creo que la fuerza de estas convicciones contribuyó en gran medida a su eficacia terapéutica. Como judía alemana, Frieda (dato biográfico tomado de Hornstein, 2000) había nacido de Adolfo y Clara Reichman el 23 de octubre de 1900, unos diez meses después del matrimonio de sus padres. Desde temprana edad, usó su talento para comprender los matices emocionales para ayudar a calmar los sentimientos heridos de aquellos que la rodeaban. Frieda empezó su formación médica en 1908, el primer año en que las mujeres fueron admitidas en la universidad de Königsberg, la Albertina. Algunos de los profesores eran abiertamente contrarios a enseñar a las mujeres, sometiendo a Frieda, entre otras, a pruebas humillantes. Frieda respondió con la determinación a sobresalir en todos sus cursos y tuvo éxito.

El enfoque de Frieda encarnaba su incontenible esperanza, determinación, trabajo juro, y fuerte creencia en los inherentes poderes autocurativos del paciente. Ella integró esas actitudes con los valores que aprendió de su trasfondo judío. En peligro por los Nazis, Frieda huyó, primero a Palestina, y después a los Estados Unidos en 1935, donde consiguió un trabajo en Chestnut Lodge en Rockville, Maryland y empezó una nueva vida. Chestnut Lodge era un hospital psiquiátrico especializado en el psicoanálisis de pacientes psicóticos. En esta etapa de su vida, Frieda estaba totalmente dedicada a su carrera. Tenía una cabaña en los terrenos del hospital y hacía poca separación entre sus actividades personales y profesionales. Más de cien familiares de Frieda fueron asesinados por los Nazis. Durante esos años Frieda trabajó incansablemente, quizá en parte por su culpa de superviviente, ciertamente por necesidad de dinero, y claramente, por un deseo apasionado de ayudar a sus pacientes.

Una vez en el Lodge, Frieda fue capaz de alistar a otros, incluyendo Harri Stack Sullivan, en sus esfuerzos para salvar a colegas, amigos y sus familiares de los Nazis. Sullivan se convirtió en uno de sus amigos más cercanos e impartió un seminario de cuatro años en el Chestnut Lodge. Ambos médicos eran extraordinariamente capaces de llegar incluso a los pacientes más perturbados. Centrándose en la naturaleza interpersonal del tratamiento, los dos se interesaron intensamente por las ideas del otro.

En 1950, Frieda publicó su principal trabajo, *Principios de psicoterapia intensiva* (Fromm Reichmann, 1950) Los colegas estuvieron de acuerdo en que ella veía el tratamiento como una aventura mutua, instaba a sus pacientes a guiar el proceso, y tenía una creencia inquebrantable en la psicoterapia. Una y otra vez se negó a darse por vencida con sus pacientes, haciendo todo lo posible para llegar a ellos. Como era de esperar, no pudo alcanzarlos a todos. Pero, como Ferenczi, trabajó incansablemente y sufrió mucho por ellos. Además de los pacientes a los que trató, también tuvo un impacto significativo en toda una generación de jóvenes clínicos. ¿Cuál es el legado que Frieda dejó para futuras generaciones de médicos? Seguramente parte de ello es que encarnaba ciertas actitudes hacia la vida en general, y el tratamiento en particular. Por ejemplo, incluso sus detractores consideraban que su trabajo clínico y sus escritos expresaban un sentido permanente de propósito. Como yo lo entiendo (Buechler, 2004), tener un fuerte sentido de propósito requiere que el analista acepte algunas verdades aparentemente contradictorias. El trabajo clínico ocurre en un tiempo y un lugar particular, en cierto sentido, fuera del tiempo. Se basa en una aceptación profunda de los pacientes tal como ellos son ahora y en una poderosa necesidad de que se produzca el cambio. Intenta conocer lo inconsciente en última instancia incognoscible. Es un proceso interpersonal donde dos seres humanos iguales juegan roles muy diferentes que pueden, a veces, sentirse jerárquicos. Al analista se le paga como “experto” en un proceso que, por definición, es en gran parte inefable.

La formación es el proceso en el que los clínicos aprenden a sostener estas verdades aparentemente contradictorias simultáneamente. Con suerte, al mismo tiempo, aprenden a incorporar un sentido de propósito, y lo inspiran en sus pacientes.

La necesidad de experimentar que nuestro trabajo tiene un propósito está incorporada en un conjunto de valores clínicos fundamentales que los clínicos absorben de nuestra cultura profesional. Este sentido de propósito incluye una expectativa de que el trabajo será significativo. El sentido de propósito del clínico se expresa con mayor frecuencia en lo que nosotros privilegiamos. Es decir, nuestra actitud de propósito se muestra en un enfoque que busca sentido y a la vez abraza y erradica el tiempo.

La aproximación de Frieda ha sido inmortalizada en un libro escrito por Green (1964), anterior paciente, titulado *Yo nunca te prometí un jardín de rosas* [I Never Promised You a Rose Garden] En él, la Dra. Fried (que representa a Frieda) afirma claramente que puede sostener cualquier cosa que Deborah, su paciente, piense y sienta. Tal como lo entendí, esto libera a Deborah para hablar sin preocuparse por su impacto. Por ejemplo, en un momento (p. 53), la Dra. Fried le dice a Deborah que diga a sus demonios internos que esta terapeuta no se dejará intimidar por ellos. Su trabajo continuará, pase lo que pase. Dado que Deborah piensa de sí misma como un veneno, la Dra. Fried debe convencerla de que él tiene la capacidad de resistir la ira, terror, atracones de autodestrucción y desprecio mordaz de su paciente.

Al mismo tiempo, la Dra. Fried permite que se muestre su permeabilidad empática. Pienso que la combinación de fuerza duradera y sensibilidad empática es crucial para inspirar esperanza en su paciente. Una sin la otra no habría sido suficiente. A lo largo del libro la Dra. Fried expresa claramente su enfado con los torturadores de Deborah, desde los niños y adultos antisemitas que la rechazaban, hasta los médicos insensibles que le mintieron sobre el dolor insoportable que le causarían sus procedimientos médicos. La Dra. Fried le muestra que es un ser humano sensible pero robusto. En otro lugar (Buechler, 2008) sostuve la necesidad de que el clínico sea *semipermeable*. Debe ser posible comunicarse con nosotros, pero no destruirnos. Debemos mostrar que somos porosos, que nuestra piel emocional puede ser penetrada. Pero no perder nuestra propia forma. La Dra. Fried es penetrable y firme como una roca. Esto permite a Deborah desatar su ira, expresar su desesperación, susurrar su terror.

Cómo Frieda inspiró esperanza

Sería difícil imaginar un ser humano más desesperado que Deborah al comienzo de este tratamiento. Su experiencia es la de un mundo monótono, sin color. Esto es cierto para ella en un nivel tanto literal como figurado. Ella se siente permanentemente relegada a una posición fuera de la especie humana. Ella siempre será “otra”. Entonces cuando (p. 143) la Dra. Fried declara que ella no traicionará a Deborah, la paciente la reta para provocarla. Deborah ha escuchado demasiadas promesas que resultan ser sin sentido. La Dra. Fried no se desanima, y responde que el tiempo le mostrará a Deborah que es digna de confianza. Yo creo que la esperanza que se enciende en la paciente empieza como una creencia en la absoluta integridad de la Dra. Fried. Cualquier cosa que este clínico prometa se cumplirá. Ella no promete “jardines de rosas”. Pero promete esfuerzo. Y lo dice en serio.

En varios libros y capítulos, he pensado sobre lo que inspira esperanza en los clínicos y en nuestros pacientes. En otro lugar (Buechler, 2004) sugerí que en el tratamiento la esperanza más crucial no es una mera expectativa cognitiva sino, más bien, una emoción activa, impulsora. La esperanza puede ser un regalo que una persona da a otra como, creo, ocurre en este caso. Muchos regalos cambian de manos en la historia de Deborah y su terapeuta, y la esperanza es esencial para todos ellos.

Inicialmente es tarea del clínico mantener la esperanza sobre nuestro trabajo, ya que con frecuencia es imposible para el paciente tener esperanza. Pero para ser fuerte, y contagiosa, la esperanza ha de ser realista, basada en el autoconocimiento. La Dra. Fried puede esperar porque sabe que hará lo que sea necesario en este tratamiento.

En este tratamiento la esperanza de la paciente es un logro difícil de conseguir, pero impresionante. La Dra. Fried es alentadora, y declara su propia esperanza sin exagerar. Por ejemplo (p. 198) le dice a Deborah que el proceso no será fácil pero con paciencia y trabajo duro lo lograrán. Su integridad brilla tanto que es imposible no creerla. Contra su gran resistencia, la esperanza de Deborah (que nunca murió completamente) se enciende y crece.

La Dra. Fried no miente y espera lo mismo de su paciente. En un momento (p. 199) registra su creencia de que ambas tienen eso en común. Con ingenio irónico, la Dra. Fried le dice que, como Deborah es alérgica a las mentiras, su terapeuta debe intentar no decir las. Creo que decir verdades inconvenientes es vital para el trabajo. Es crucial para ambos participantes que sean capaces y estén dispuestas a expresar sus verdades subjetivas, incluso cuando ambas sepan que están diciendo algo que la otra puede no querer escuchar, o algo que ellas mismas detestan admitir.

Creo que es la perseverancia incansable de la Dra. Fried lo que activa algo similar en su paciente. Al final, Deborah se siente orgullosa de su propia fuerza, mientras lucha para conseguir un diploma en la escuela secundaria. Ahora tiene la experiencia de ser alguien con excelentes cualidades. Sus autorreflexiones positivas no son elogios vacíos, sino logros precisos ganados con esfuerzo, modelados por la persistencia devota y confiable de su doctora.

La creencia de Frieda en la fuerza vital de la paciente

Al principio, y en muchas ocasiones a través de este tratamiento, ciertamente fue difícil discernir la fuerza vital de Deborah. Después de cada *insight* o avance, sus tendencias autodestructivas dominaban, y se cortaba o se quemaba, y terminaba con bolsas de hielo. Y, sin embargo, había algo vivo y coleando, y la Dra. Fried nunca lo olvida y aprovecha toda oportunidad para señalarlo. Por ejemplo, (p. 192) después de uno de los ataques de ira autodestructivos extremadamente sangrientos de Deborah, la Dra. Fried señala que Deborah se aseguró de programar el momento en que sería más probable que su enfermera favorita la rescatara. Mientras reconoce la tremenda fuerza suicida en Deborah, la Dra. Fried nunca pierde la visión del lado autoprotector. Comunica su creencia de que, en algún momento, la voluntad de vivir de Deborah será el motivo más fuerte. Yo veo esta creencia inquebrantable en el lado más sano de Deborah como parte de la habilidad de la Dra. Fried para inspirar esperanza de su paciente.

La humildad y la voluntad de aprender de Frieda

La Dra. Fried está siempre abierta a aprender de su paciente. Por ejemplo, cuando Deborah la reta (p. 143) diciendo que, como la doctora nunca ha sido una paciente mental, no comprende su experiencia, La Dra. Fried reacciona con humildad en vez de defensivamente. Admite que solo puede adivinar cómo es y le pide a Deborah que sea paciente con ella y le explique todo completamente. Sin ser modesta, la Dra. Fried muestra su disposición a que la enseñe y su reconocimiento de que la empatía solo llega hasta cierto punto. Creo que ella está mostrando respeto por su paciente, así como modelando priorizar la verdad sobre el orgullo. Claramente el tratamiento (y Deborah) significan más para la Dra. Fried que aparecer siempre como la experta.

Hay una escena (pp. 198-199) que muestra la marca de esperanza y empatía de la Dra. Fried más que cualquier otra, en mi opinión. Deborah ha declarado que no quiere

pensar más. ¿Por qué debería seguir trabajando tan duramente cuando no parece llevarla a ningún sitio? ¿Cuál es el motivo del tratamiento? Cuando leo la réplica de la Dra. Fried, escucho frustración y exasperación, así como también profunda empatía y dedicación. La Dra. Fried alza su voz y dice que el objetivo del tratamiento es conseguir que Deborah salga del hospital. Deborah se resiste y dice que no le dirá nada más a la Dra. Fried. La doctora se vuelve más silenciosa pero no menos decidida. Ambas se implican en una verdadera batalla. La Dra. Fried moviliza su propia agresión para contrarrestar activamente la obstinada autodestructividad de Deborah. Esencialmente, de un modo provocador, ella le ofrece a su paciente una elección. Deborah tiene que decidir si quiere o no permanecer en hospitales mentales durante el resto de su vida. El tono de la Dra. Fried no es suave. Es desafiante y, por momentos, sarcástico. Ella da a entender que Deborah puede sentir lástima por sí misma e intentar provocar lástima al resto del mundo o ayudar a la Dra. Fried a luchar para salvar la vida de su paciente. La doctora no promete a su exhausta y desmoralizada paciente ningún cómodo jardín de rosas. Ella no deja de presionar. Enfrenta la agresión con una especie de agresión de acero propia.

En otras ocasiones (Buechler, 1999, 2008) he explorado la noción de empatía en el tratamiento. Yo diría que en este encuentro, la Dra. Fried ejemplifica la empatía, tal como yo la entiendo. Brevemente, pienso que la empatía con frecuencia requiere que sintamos lo que el otro está sintiendo, pero ese es solo el primer paso en una interacción empática. Por ejemplo, cuando un niño está teniendo una rabieta, no es empático que un padre simplemente se una a la rabieta también. Un momento de resonancia con la rabieta puede ser el primer paso necesario para entender realmente la experiencia del niño, pero la empatía no acaba ahí. Continúa proporcionando algo que el niño necesita. El padre usa la fortaleza de su yo para modificar el enfado lo suficiente como para transformarlo, y luego (re)presentarlo al niño, en una forma que lo ayude a encontrar salidas constructivas.

En el intercambio fundamental que acabo de describir, veo a la Dra. Fried al principio reverberando con la ira de Deborah. Pero después la ira de la doctora cambia a su propia versión de ira, que incluye un fuerte empuje asertivo. La Dra. Fried ha sentido la ira de Deborah (en lo que puede llamarse identificación proyectiva) pero después la ira es *transformada* dentro de la Dra. Fried. Ya no es simplemente una copia de la ira de Deborah. Cada uno de nosotros traemos a la situación clínica nuestra propia historia con cada una de las emociones básicas. Nadie puede poner *su* ira en mí, sin ser *transformado por mi experiencia de vida*. Yo tengo una historia de Sandra sintiendo ira, Sandra sintiendo miedo, Sandra sintiendo alegría, etc. Similarmente, La Dra. Fried tenía una historia del uso de la ira para forjar su fuerza, antes de que encontrara a Deborah, y la trajo a su trabajo con su paciente.

El legado de pasión y esperanza de Erich Fromm

Cada vez que releo a Erich Fromm su pasión me aturde. ¿Puede alguien leer su insistente prosa sin sentirse profundamente afectado? Aquí hay solo una breve muestra de las declaraciones de Fromm sobre la salud emocional, ya que esta afecta a la tarea analítica.

1. Fromm fue absolutamente claro sobre los objetivos del tratamiento. “El objetivo del proceso analítico es ayudar al paciente a comprender su experiencia total oculta” (citado en Funk, 2009, p. 20). En esto, creo que no se diferenciaba fundamentalmente de otros analistas, pero su visión de

lo que está *oculto*, o disociado, era algo más amplia. Incluye llegar a ser consciente del *filtro* que viene con la pertenencia a una cultura particular.

2. La salud también incluye una conciencia de que "... todo está dentro de nosotros- no hay experiencia de otro ser humano, que no sea también una experiencia que nosotros seamos capaces de tener" (Funk, 2009, p. 22). Yo veo eso similar al postulado de un género de Sullivan.
3. Esencialmente, tal como lo entiendo, nosotros ayudamos a las personas relacionándonos con ellas de un modo muy directo, para que se sientan menos aisladas, y evitando la intelectualización. "... la tarea del analista es que el paciente *experimente* algo y no que *piense* más" (cursivas de la autora) (Citado en Funk, 2009, p. 34, cursivas en el original). No debemos retener lo que vemos, por temor a que el paciente no esté listo para escucharlo, porque eso no le llegaría plenamente. En palabras de Fromm, cuando crees que ves algo, tienes que *arriesgarte* citado en Funk, 2009, p. 36) y decirlo. Mi forma de describir esto (Buechler, 2004, 2008) ha sido que el analista tiene que tener el coraje de poner en palabras verdades inconvenientes. La formación (incluyendo el análisis personal y la supervisión) debería capacitarnos para convertirnos en narradores radicales de la verdad. Idealmente el paciente deja la sesión con una sensación de júbilo y mayor vitalidad.

Fromm llamaba a su modo de trabajar *relacionalidad central*. Como él la describió, "Entonces no pienso en mí mismo, entonces mi Yo no se interpone en mi camino. Sino que ocurre algo enteramente diferente. Existe lo que yo llamo una relación central entre él y yo. Él no es una cosa ahí a la que yo miro, sino que él me confronta completamente y yo lo confronto a él completamente..." (En Funk, 2009, p. 18).

La esperanza de Fromm. Abrazar las contradicciones

Esta es una de las propuestas más evocadores e inspiradoras de Fromm:

Tener fe significa atreverse, pensar lo impensable, pero actuar dentro de los límites de lo realísticamente posible; es la paradoja de la esperanza esperar al Mesías todos los días, pero no desanimarse cuando no ha llegado a la hora señalada. (Fromm, 1973, p. 485)

Para mí esto significa que las contradicciones no significan, necesariamente, que deberíamos elegir un lado como verdadero y el otro como falso. El Mesías no ha venido a la hora señalada, pero eso no significa que debamos alterar nuestras expectativas.

Fromm tiene un lugar permanente en mi propio *coro interno*. Es decir, es una especie de ideal del yo profesional. Particularmente cuando mi resistencia flaquea, pensar en él me anima. Lo que mi Fromm internalizado puede hacer, más que ningún otro teórico, es inspirarme para que me involucre apasionadamente en el tratamiento. El clínico necesita una inspiración adecuada para estar motivado a apuntar a lo improbable. En el trabajo clínico, con frecuencia estamos operando contra lo extraño. ¿Por qué deberíamos mi paciente y yo creer que lo que hacemos hoy ayudará, cuando no ha ayudado antes? Y sin embargo debemos estar inspirados para intentarlo. Cada uno de nosotros busca, durante toda su vida, lo que realmente ayuda a cualquiera a tener una vida más rica.

Conclusión

Aparte de estar entre los primeros psicoanalistas fundadores del W. A. White Institute en New York, ¿qué tienen en común Fromm-Reichmann, Fromm y Sullivan? Como muchos otros, tenían el poder de creer fervientemente en lo que hacían, lo que facilitó las esperanzas de sus alumnos y pacientes. Formada por sus alumnos y colegas, su pasión me afectó profundamente. Más que tomar conciencia de ello en ese momento, fui preparada para inspirarme en el legado de esos tres grandes clínicos.

Referencias

- Buechler, S. (1999). Searching for a passionate neutrality. *Contemporary Psychoanalysis*, 34, 221-237.
- Buechler, S. (2004). *Clinical values: Emotions that guide psychoanalytic treatment*. The Analytic Press.
- Buechler, S. (2008). *Making a difference in patients' lives: Emotional experience in the therapeutic setting*. Routledge.
- Fromm, E. (1973). *The Anatomy of human destructiveness*. Holt, Rinehart, & Winston.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. University of Chicago Press.
- Funk, R. (2009). *The clinical Erich Fromm: Personal accounts and papers on therapeutic technique*. Brill/Rodopi Publisher.
- Green, H. (1964). *I never promised you a rose garden*. Holt, Rinehart, & Winston.
- Hornstein, G. (2000). *To redeem one person is to redeem the world: The life of Frieda Fromm-Reichmann*. Free Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton.
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. Norton.
- Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. Norton.