

ENTREVISTA CON: SANDRA BUECHLER (II)¹

Realizada por Alejandro Ávila Espada, Carlos Rodríguez Sutil, Rosario Castaño, Sandra Toribio Caballero, María Hernández Gazquez y Lucía Martínez Domínguez²

Alejandro Ávila: Buenas tardes. Bienvenida nuevamente a Madrid y al Instituto de Psicoterapia Relacional. Es un placer tenerte de vuelta en España (primera ocasión en 2015 con su publicación en castellano de *MARCANDO LA DIFERENCIA EN LA VIDA DE LOS PACIENTES*, esta vez para compartir tu enseñanza nuevamente con nosotros y con motivo de la edición en español del que fue tu primer libro, *VALORES DE LA CLÍNICA*. Hemos tenido una entrevista con usted en 2015, principalmente sobre su carrera profesional, su experiencia en el WAWI, y en esta ocasión para presentar sus obras y sus contribuciones, en base a su nueva obra "REFLEXIONES PSICOANALÍTICAS", publicada este mismo año en Estados Unidos.

María Hernández: Nos parece muy interesante preguntarle ¿por qué ha tenido siempre la inquietud por narrar su experiencia y explorarla a través de la escritura?

Sandra Buechler: Creo que una vez alguien mencionó que yo dije que escribir me dice lo que realmente pienso, y lo hace. Por ejemplo, con *Valores de la Clínica* esperé dos años antes de

¹ Ávila, A., Rodríguez, C., Castaño, R., Toribio, S., Hernández, M. Y Martínez, L. (2019). Entrevista con Sandra Buechler (II). *Clínica e Investigación Relacional*, 13 (1): 251-263. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2019.130116

² Traducción y transcripción de Lucía Martínez Domínguez. Una entrevista anterior realizada a esta autora fue publicada por CeIR en 2015 ([acceda en este link](#))

que encontrase el tema, no he usado la mayoría de las cosas que escribí durante esos dos años, estuve documentándome sobre lo que quería transmitir. Escribí trabajo sobre la esperanza, la soledad, la tristeza, la alegría en la clínica; pero no lo había relacionado y juntado todo como valores y emociones. Escribir me ayudó a tener más claro lo que me importa e interesa, y en lo que creo. Creo que es bueno animar a todo clínico a que escriba, lo publiquen o no, no es lo importante realmente si no encontrar y crear la voz propia a través de la escritura.

Por supuesto me encanta escribir, es algo que llevo haciendo desde los seis años y desde entonces nunca he parado, aunque el estilo haya cambiado. Así que personalmente me gusta mucho, no en todo momento, pero la mayoría del tiempo lo paso escribiendo, por eso personalmente me inclino mucho hacia la escritura.

En resumen, escribir me ayuda a pensar, me ayuda a encontrar una voz para crear una manera personal y resiliente de pensar en el trabajo clínico; por eso creo que es bueno para los candidatos y los clínicos que intenten escribir, aunque sea únicamente para definir sus ideas y creencias. De hecho, creo que muy a menudo las creas escribiéndolas, porque te hace formular algo, puedes tener un buen sentido intuitivo sobre cómo trabajas, pero cuando tienes que ponerle palabras realmente estás formulando los conceptos, y esto lo encuentro muy útil.

Cuando empiezo a escribir un trabajo o un libro, comienzo con una viñeta clínica, con una historia de alguna interacción con un paciente, y es posible que finalmente no utilice la historia de este paciente en lo que finalmente escribo pero me ayuda a situarme en la experiencia real. No solo respondo a la teoría de otro o a la mía propia, o a lo que sea que esté respondiendo, sino que me ayuda a posicionarme en la historia personal con esa persona. Por eso empiezo siempre cuando escribo con un momento clínico y dejo ver hacia donde me lleva.

Alejandro: A propósito de estas ideas, Sandra Toribio tiene una pregunta.

Sandra Toribio: En su entrevista para *New Books on Psychoanalysis*, sobre su libro "Still practicing..." (Aún ejerciendo), usted dijo que escribir le ayudaba a saber lo que pensaba, que pensaba más claramente cuando escribía. Aquí, en nuestro Instituto, desde luego consideramos que escribir es una parte necesaria de la formación (el escribir comentarios sobre libros, reflexiones personales sobre las lecturas sugeridas, etc.), pero normalmente es una tarea que resulta complicada para la gente en formación. ¿Cómo podríamos ayudarles a combatir la vergüenza sobre la vergüenza - en caso de que ésta fuera una emoción central en ese proceso - para que puedan abordar esa tarea? Y en general, ¿Considera que el escribir es necesario para nosotros/as como psicoterapeutas?

S. Buechler: La última parte de tu pregunta la acabo de responder, pero la parte más difícil de esta cuestión es el cómo ayudamos a la gente a escribir, con la vergüenza de exponer los propios escritos. Este sentimiento de vergüenza lo he encontrado actualmente sobre todo en los candidatos de otras culturas, y no se trata de un problema de idioma como el que no sepan inglés, puede ser un factor, pero por lo general en ese ámbito se sienten a gusto, sino sobre exponerse a uno mismo, sobresalir y postrándose ante las posibles críticas, diferentes opiniones, juicios. He tutorizado en el ámbito de la escritura a mucha gente en el White y es increíble lo difícil que es hacerlo bien.

Hay editores profesionales que sienten dificultades a la hora de escribir un trabajo clínico, aunque haya hecho múltiples en otros ámbitos y tengan un buen dominio del lenguaje, lo difícil es exponer material clínico porque es mostrar quién eres como ser humano, lo cual es algo muy complicado.

No podemos dejar de lado el hecho de que cuando uno se exhibe, puede sentir vergüenza. Pero podemos eliminar la vergüenza a sentir vergüenza, esto es lo más importante para mí a la hora de supervisar los trabajos clínicos. A esta gente le digo "está bien sentir el miedo a la vergüenza, o sentir la propia vergüenza cuando te expones.

Pero se trata de no sentir vergüenza a esa vergüenza, porque todos lo sentimos un poco preocupados cuando alguien nos juzga, o alguien que piensen que estoy fuera de mis cabales, o que no soy lo suficientemente lista, o lo que sea. Todos nos sentimos así, es parte del ser humano, cuando te expones potencialmente a sentir vergüenza, por eso es que no te tienes que preocupar sobre la vergüenza, aunque espero que no la sientas muy intensamente, pero es parte de estar vivo, es uno de los sentimientos negativos que todos tenemos.

Intento ayudarles de esta manera y al menos no están avergonzados de sentir vergüenza.

A parte de esto, les ayudo escribiendo esquema, yo los uso y creo que son útiles. Es importante que escriban un momento concreto de una sesión con algún paciente; no es que sea fácil hacerlo, y después de esto les pregunto sobre los pensamientos que le han venido a la cabeza.

También intento enseñar a la gente algo que yo misma desarrollé durante mis estudios de grado. La estructura básica de un trabajo para mí tiene cinco partes: introducción, tema número uno, tema número dos, discusión y conclusiones. Los dos temas deben de tener diferencias, deben contrastar entre sí; pueden ser o no opuestos.

Por ejemplo, lo innato versus lo adquirido, a la hora de entender el desarrollo del niño. Haré una introducción hablando de eso; hablaré de porqué lo innato es muy importante y luego el por qué lo que adquirimos del ambiente resulta también algo muy importante; discutiré

acerca de las dos teorías y finalmente concluiré sobre dónde hemos estado. Normalmente en clase suelo comenzar diciendo a mis alumnos donde quiero ir, voy a ello y finalmente les digo dónde hemos estado. Por lo que, si no lo han entendido en el primer momento porque quizás estaban pensando en la comida, puedan entenderlo la segunda vez, y con suerte lo adquieren formalmente a la tercera. Con todo esto espero poder ayudar un poquito a la gente.

Rosario Castaño: He leído su último libro con entusiasmo y con cierto alivio pues me siento identificada como psicoterapeuta en lo que escribe, con esas emociones que nos guían en el día a día... y que hacen de la psicoterapia un trabajo atractivo, un escenario en el que no solo pasa la vida de un paciente, sino que hay vida propia... no somos meros observadores sino participes de esas emociones vitales, sutiles y complejas. Sin embargo, como psicoterapeuta me encuentro con pacientes que, cuando consultan por algún tipo de conflicto y/o sufrimiento, lo primero que dicen es que no quieren un psicoanálisis porque es largo y no sirve para nada, que lo que quieren es una RESPUESTA YA ¿cómo hace Vd. frente a este escenario?

S. Buechler: Es una pregunta difícil y creo que mi respuesta es un poco controvertida porque hay mucha gente que difiere conmigo, incluso mis amigos más cercanos. Mi respuesta es que estoy orgullosa de que quieran una respuesta inmediata, porque cuando yo voy al médico quiero una respuesta en ese momento, porque querer ayuda es humano y quererla más pronto que tarde también.

Creo que es desmoralizante e irritante esperar que la gente venga a terapia con los problemas que tienen, que le estén motivando para venir y luego tener que esperar años para ser ayudado; no tiene sentido en términos emocionales, y no quiero preguntar algo a las personas, que no me preguntaría a mí misma.

Por lo que yo diría "ojalá pudiese darte una respuesta y una ayuda más rápido", y no me guardaría una respuesta si creo que la tengo, pero puede que lleve más tiempo llegar a la misma. Pero no creo que estas personas no sean capaces de posponer o demorar la gratificación durante cinco años antes de pedir ayuda.

Así que creo que pedir ayuda inmediata es una buena motivación para asistir a terapia y quiero que sea preservada al mismo tiempo que quiero que sea realista porque puede o puede que no pase. Hay gente que encuentra la ayuda muy rápidamente, pero se trata de que no puedo prometer nada, pero puedo esperar y desear con ellos que la ayuda llegue lo más pronto posible, no llegará de repente si no que va apareciendo a lo largo de todo el proceso.



Alejandro: Más allá de Sullivan y Fromm, a los cuales has identificado como tus mayores influencias en tu pensamiento, ¿qué otros autores o principales psicoanalistas han contribuido significativamente en tu pensamiento clínico y tu práctica, por ejemplo, Winnicott?

S. Buechler: Si. Me encanta leer a Winnicott, el cual realmente me ha influido y afectado profundamente. Pero también fue importante para mí las lecturas de H. Guntrip y su libro sobre el fenómeno esquizoide, el cual tengo que leer todos los años de nuevo ya que lo enseño en clase.

Esto ocupa un lugar relevante en todo mi pensamiento la mayoría del tiempo, hay gente para los que, como yo digo, menos, es más. Me refiero a que todos tenemos un elemento esquizoide, pero la idea es que la persona nunca ha aprendido a confiar que la relación puede ser de ayuda; piensan fundamentalmente que la gente hará las cosas más duramente. Y muchas veces es complicado para el clínico entender esto, porque la mayoría de nosotros a pesar de que tengamos nuestra parte esquizoide no nos inclinamos realmente a la estructura más puramente esquizoide.

Por eso es difícil introducirte en ese pensamiento por otra persona; nunca aprenden a confiar en que otra persona les va a ayudar, y esto es algo fundamental. Creo que nuestra parte esquizoide es la más temprana porque las defensas esquizoides son la ausencia de algo, la ausencia de confianza; y dicha carencia estuvo ahí desde el nacimiento.

Estas ideas que adquirí de Guntrip son profundamente importantes para mí. En esta categoría también añadiría a mis profesores. Philip Bromberg fue uno de ellos, al igual que Edgar Levenson, los cuales han tenido un impacto inquietante en mí. No creo que haya escrito

nada sin haber pensado en ellos, tanto si los he nombrado como si no, siempre pensaba en ellos mientras escribía.

Mencionaré también a mi analista Rose Spiegel, M.D., quien no escribió mucho, aunque realizó algún artículo; en 1980 presentó un trabajo sobre los aspectos emocionales y cognitivos del tratamiento. Su pensamiento por supuesto me influyó mucho, era mi analista, al igual que su artículo. También Ralph Crowley, M.D., que fue mi primer supervisor analítico, y en este último libro³ (*Reflexiones Psicoanalíticas*) he publicado una carta para él en la que intento poner en palabras cómo me influyó como supervisor, como aprendí exactamente lo que me enseñó, y qué actitudes tuyas me ayudaron.

Todas estas personas son en las que pienso primero, pero añadiría que no se trata solo de analistas. Mucha gente que está en mi cabeza y que me ayuda en las sesiones son poetas, escritores y gente que he conocido personalmente. No solo importan las teorías.

Rosario: Ud. habla en su libro *Valores de la clínica* de la dificultad del abordaje de habitar ciertos lados oscuros, ¿cuál es el autor que más le ha ayudado en el caso de la histeria?

Buechler: ¿Histeria? Yo diría que Marylou Lionells, quien fue la directora del W.A. White durante ocho años y mi co-profesora en el módulo que dimos juntas sobre Histeria durante años hasta que Mary Lou se jubiló y me hice yo completamente cargo de él. Ella tenía un enfoque interpersonal acerca de la histeria y la entendía no tanto como una reacción conversiva, sino como un estilo interpersonal. Esto fue un gran cambio en el entendimiento de la histeria desde Freud, y ella tuvo un impacto muy profundo particularmente en mi mirada sobre este aspecto caracterial.

Rosario: Bion, como usted menciona en *Valores de la clínica* (p. 48), pone énfasis sobre el hecho de que el clínico no debería tener memoria ni deseo, sin embargo Vd. se atreve a trabajar con una y con otro, ¿cómo explicarle a un psicoterapeuta que se acerca a la psicoterapia relacional las características de esta forma de trabajo clínico?

Buechler: Este concepto me ha llevado a varias discusiones conmigo misma porque para tomar este concepto para mí conlleva aceptar una paradoja, y claro, literalmente tengo memoria y deseo. Afortunadamente recuerdo cosas del paciente, de mí misma en sesión y de quién, y tengo deseo de que la gente se sienta mejor, y consiga una vida en mejores condiciones, no puedo estar sin todo esto.

Pero también creo que es muy importante estar libre para entrar a la sesión del día sin esperar que vaya a ocurrir nada concreto, sin intentar reproducir algo que quiero para el paciente, o

³ N. de E.: En el momento de publicación de esta entrevista, Sandra Buechler ha publicado un nuevo y muy interesante libro más: *Psychoanalytic Approaches to problems in Living* (Routledge, 2019)

algo que pensé en la sesión anterior en lo que debía hacer en la siguiente. El *dejar ir* cualquier recuerdo o deseo me permite la libertad de ir hacia cualquier lado en la sesión. Si no, no se vive de manera espontánea, no se vive en ese momento concreto, si no que estoy en mi propia mente tratando de recordar algo o intentar que algo ocurra.

Por lo tanto, estoy tanto de acuerdo como en desacuerdo con Bion, aunque tiendo más a coincidir con su pensamiento; teniendo en cuenta que otra parte mía, la parte de Erick Fromm se puede llamar, que tiene deseos; mi parte sullivaniana tiene memoria y detalles en su mente. Aunque, recalco, que estoy más de acuerdo que en desacuerdo con Bion.

Creo que para los candidatos es aún más complicado estar libre de memoria ni deseo, por eso es importante durante la formación enfatizar y promover la conciliación con Bion, aunque tengan sus propios deseos.

Carlos Rodríguez-Sutil: Me gustaría hacer una pequeña intervención sobre la última respuesta. Es difícil entender la propuesta de Bion. Para mí es prácticamente imposible entrar a la sesión sin memoria ni deseo, tengo muchas memorias y muchos deseos. Pero quizás Bion quiso decir que de alguna manera deberíamos conseguir poner todo esto entre paréntesis, no se trata de perderlo, sino centrarnos en el aquí y ahora. Pero hay muchas ocasiones en las que lo que ocurre en el aquí y ahora está muy relacionado con lo que ocurrió la sesión pasada.

S. Buechler: Si, tienes razón. Pero a menos que estés completamente en el ahora, no captarás todo lo que está ocurriendo en el momento, no serás capaz de hacer la conexión con lo que pasó la semana pasada. Tienes que estar lo suficientemente presente en el momento para captarlo, y después ya llegará la analogía con lo ocurrido en la sesión anterior o con el pasado del paciente, con el sueño de ayer, con tu propio sueño de ayer sobre la sesión, o lo que sea. Una vez captas ese momento ya puedes realizar el resto de las asociaciones.

Levenson nos enseña que a menos que puedas entender algo en tres dimensiones, no has conseguido comprenderlo del todo. En otras palabras, si ves algo en un sueño o tienes otras ideas sobre con lo que está luchando el paciente, lo que sea que pienses, a no ser que lo hayas visto y sentido en la interacción y tener una idea por su historia en las tres diferentes dimensiones, no es todavía una idea completamente formada. Puedes compartirlo o no, ese es tu estilo, pero solo cuando lo ves en al menos tres maneras diferentes y lo ves en tres dimensiones es cuando será una ayuda profunda y completa para la persona.

Esta es una de las diferencias entre el análisis y la psicoterapia; buscas la profundidad y las dimensiones. Creo que debes estar en el momento para experimentarlo profundamente, y solo después afortunadamente relacionarlo con otras cosas en otros lugares que veas pertinentes.

Carlos: Usted subraya la diferencia entre estar triste y tener una personalidad depresiva. Qué relación puede haber entre ambos hechos y la experiencia de la confianza básica (aceptación, reconocimiento) recibida en etapas tempranas del desarrollo.

S. Buechler: Lo primero de todo, creo que la tristeza es una emoción fundamental en la teoría de las emociones. La tristeza o la pena es una reacción normal a la pérdida, no es una condición, no es un diagnóstico, es parte del estar vivo. Supuestamente se vincula con una personalidad depresiva, y normalmente ocurre así en relación con experiencias tempranas donde el sentimiento negativo se está desarrollando como parte del Self.

En otras palabras, digamos que estoy experimentando la pérdida de un ser querido, si me siento triste y siento dolor, es algo completamente normal. Si trato de expulsar ese dolor fuera de mí mismo de una manera autodestructiva, entonces esto puede ser un síntoma de una personalidad depresiva, un patrón que comenzó muy tempranamente cuando los aspectos dolorosos de la vida se convierten en algo que utilizo para atacarme a mí misma; "no tengo el suficiente valor como para vivir buenas experiencias, por esto es que acabo de sufrir esta pérdida".

Freud enfatiza la ambivalencia hacia el objeto, las emociones relacionadas con el enfado hacia el objeto como la complejión de la queja en la melancolía. La diferencia entre el duelo y la melancolía es que la primera hay pena y tristeza, pero en la melancolía existe cierto grado de ambivalencia relacionada con la hostilidad. creo que ocurre, pero creo que hay otras emociones que complican la tristeza, como el arrepentimiento. Cuando esto ocurre es cuando el sentimiento se vuelve autodestructivo, te mueves destruyéndote a tí mismo en vez de ayudándote con la pena. Uno se siente no merecedor de la esperanza, te atacas a ti mismo. Entonces, para mí es un punto importante, el que la pena no se patologicé.

Carlos: "Teoría del diagnóstico" es una asignatura que usted da en el *William Alanson White Institute*. Tanto el diagnóstico como la técnica es rechazada por muchos autores del enfoque relacional. La vez anterior que estuvo con nosotros, hace tres años, comentó que no acepta el diagnóstico como una descripción completa de cada persona, como cajones cerrados, sino como interacción, idea que nos parece muy interesante y con la que consonamos. ¿Podría ampliarnos un poco la información al respecto? Personalmente creo que para tener un diagnóstico completo no es sólo el diagnóstico del paciente, y por supuesto también la relación que mantienen en ese momento.

S. Buechler: Tendría que escribir otro libro con todas estas preguntas (risas). Bueno, la tristeza para mí es abrirse a nuevas partes de la vida y de uno mismo, y creo que la profunda creatividad no se puede lograr si esa apertura a uno mismo. Hay un artículo en la colección de trabajos sobre Melanie Klein, Hanna Segal es la autora de esta recopilación, que trata sobre

el bloqueo artístico de gente depresiva que escribe, es un muy buen trabajo sobre ayudar a la gente con depresión a escribir. Dice que, si tienes miedo de la fuente o causa de la posible y potencial depresión, no serás capaz de profundizar realmente en ninguna acción creativa porque estarás demasiado asustado para rozar siquiera la depresión; te mantienes en la superficie. Por eso creo que la depresión o melancolía en este sentido, limita la creatividad, el miedo a dichas fuentes, porque todos tenemos el potencial para desarrollar una depresión de algún tipo. Por lo que si tienes que estar alejado de esto debes hacerlo desde a nivel profundo y no superficialmente.

Carlos: Por otra parte: ¿Cree en el realismo depresivo? es decir, que la tristeza sirve para ver la realidad de forma más exacta. (Según escribo estas preguntas, escucho una versión muy melancólica de *Fly Me to the Moon*, por Diana Panton).

S. Buechler: Imagino que cuando todos podamos volar e ir a la luna, seguirá habiendo depresión allí también (risas).

Diría que la pena es parte de ser realista, por eso lo diferenciaría de la depresión. No creo que tengamos que estar necesariamente deprimidos, pero creo que tenemos que estar abiertos a la pena y la tristeza; y creo que la gente que consigue esta apertura ven mejor la realidad porque hay una parte de ésta que efectivamente es triste. Ocurren cosas en el mundo, en nuestra vida, por las que es normal estar tristes. En conclusión, la tristeza y el realismo van de la mano, para mí.

Volviendo al papel del diagnóstico, brevemente mencionaré, ya que hay un capítulo entero sobre esto en "*Still practicing*", que he vivido sesiones con gente que denominaría sesiones paranoides o interacción paranoide. en otras palabras, ninguno de los dos confiábamos en el otro; el paciente puede despertar e infundir una parte paranoide en mí, y yo puedo hacer lo mismo en otra persona.

Ocurre lo mismo con las obsesiones, quién no ha estado en una sesión obsesiva en la que se vive la relación como una lucha sin saber exactamente por qué se está luchando; o tener una conversación con palabras muy elegantes y complejas sin saber siquiera por qué. Mi parte obsesiva puede provocar eso en otra persona, o quizás si ese día no está tan obsesivo puede que no traiga esa parte de dicha persona.

Creo que el concepto más importante en la terapia es el *diagnóstico interpersonal*. El otro escenario posible es estar en un periodo esquizoide con el paciente, donde tú te encuentras con la otra persona en ese aspecto. Esto es incluso más útil para mí, el esquizoide sigue con el paciente que el intentar imponer al mismo lo que nosotros creemos que es él; porque es

importante ver cómo emergemos a esa fase esquizoide del tratamiento y evolucionamos hacia algo más.

Por estos motivos es que me resulta tan difícil hacer investigación sobre las terapias. Puedes preguntarle al paciente al comienzo cuáles son sus metas, pero al cabo de un año dichos objetivos habrán cambiado, la fase del tratamiento cambia, y dichas metas ya no son relevantes. Por esto que no puedes investigar nada antes del tratamiento si los objetivos cambian, lo cual ocurre muy a menudo. Encuentro este concepto más útil que la concepción más clásica de *diagnóstico*.

Alejandro: Esta pregunta es también propuesta por Rosario, quien es una gran defensora del pensamiento de Fromm y veo que Vd lo menciona en sus escritos con bastante frecuencia, pero me pregunto hasta qué punto su (el de Fromm) entusiasmo puede ser un obstáculo para el clínico pues puede dar la sensación de que hay que tener una actitud permanente de mirar hacia delante y eso puede fomentar la culpa en el paciente y también en el analista por sentir que no se avanza. ¿Qué piensas sobre esto?

S. Buechler: No se si conocéis a Michael Maccoby, pero él fue un paciente de Fromm, y además trabajaron juntos. Escribió un artículo muy importante sobre dos voces diferentes de Fromm, el profeta y el analista. Admiro este trabajo, considero que es muy abierto; en él Michael cuenta cómo sentía la parte de Fromm como profeta, la parte misionaria, de verle como un hombre con una misión, abrumaba la otra voz, la del clínico. Fromm estaba muy centrado en su deseo propio, en lo que él creía que sería de ayuda para Michael Maccoby y no era capaz de escuchar lo suficiente en qué es lo que Michael deseaba y sentía, y estar con él.

Ese es el problema con Fromm, el conflicto que tengo con la parte de Fromm que vive en mí. Es muy complicado tener la voz de Fromm en mi cabeza y aún así trabajar sin memoria ni deseo; es muy duro contener, poniendo énfasis en esta parte mía frommiana. Se convierte en mi objetivo, es difícil, pero lo intento.

Entonces, a la pregunta de si es Fromm un obstáculo, si Fromm puede provocar culpa, además diría que también vergüenza, arrepentimiento; y culpa y vergüenza en ambos, en el paciente y el analista cuando parece que no hay progreso, ahí mi respuesta sería que si, esto ocurre. Pero, la pasión que Fromm inspira hace que merezca la pena para mí esta lucha. Creo que me da una gran parte de motivación y pasión sobre el trabajo. Por eso estoy expectante en tener que lidiar con los problemas de tener a Fromm en mi mente. Además, tanto mis profesores como mis analistas fueron alumnos de Fromm, por lo tanto, hay influencias.

Sandra: ¿La perspectiva relacional expone más al terapeuta a nivel emocional que en el pasado desde una perspectiva más clásica? ¿Hay menos asimetría interpersonal profesional-

paciente? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuáles son sus recomendaciones para preservar la salud de los profesionales?

S. Buechler: Esta pregunta es complicada. Mi primer analista fue una mujer llamada Ruth-Jean Eisenbud, Ph.D., no sé si la conoceréis. Ella daba clase, el módulo sobre Freud, en la Universidad de Nueva York (NYU), y era de lejos la clínica más personalmente involucrada que he conocido nunca. Su formación y conocimientos eran freudianos, al igual que su teoría a la hora de entender los casos, pero su manera de relacionarse era muy abierta y accesible, su presencia era la más intensa que he conocido.

Entonces, es muy difícil encasillar a la gente, tanto casillas diagnósticas como teóricas. En resumen, creo que el enfoque relacional expone a uno mismo un poco más, en el sentido de que no te acoges a la neutralidad teórica estandarizada como alguien que se basa más en la teoría clásica. La asimetría se mantiene, aunque es cierto que en el enfoque relacional se rebaja, es menos acentuado porque la contratransferencia no es considerada como una resistencia al trabajo, sino que se la ve como algo útil y bueno, en el mismo grado que la transferencia del paciente.

Por ello hay menos asimetría y todo esto te expone más, pero es una cuestión de grado y del uso individual que haga. Yo conozco clínicos intersubjetivos y relacionales bastante toscos.

Acerca de las recomendaciones para mantener el cuidado y la salud del clínico, os daré una en pocas palabras: supervisión con colegas. En el año 83 tenía un grupo de supervisión con colegas con los que quedaba todas las semanas; y aquello fue un gran apoyo para mí. Es probablemente una de las mejores cosas de haber estado en el W.A. White, haber podido crear este grupo cuando nos graduamos. Creo que la supervisión rutinaria es muy útil al estar recientemente graduado, continuar o comenzar tratamientos puede ser igualmente provechoso, como comenzar un análisis propio en el momento de terminar el grado.

Pero la supervisión conjunta con compañeros es mi recomendación.

Sandra: Ampliando esta idea, y en relación con la formación: tengo la sensación de que ejercer desde una perspectiva relacional es algo que se siente como mucho más natural y cómo después de haber ejercido durante algunos años, pero quizás, al principio de la formación, trabajar desde una perspectiva más clásica puede hacer que los candidatos se sientan más seguros, ya que el camino a seguir y las reglas están más definidos. La mayoría de nuestros profesores han/habéis tenido una formación "clásica", y ahora enseñáis desde lo relacional... ¿Qué podríamos rescatar de esas formaciones más clásicas?

S. Buechler: Mi formación realmente fue interpersonal, no clásica ni relacional, basada fundamentalmente en Sullivan, con el que creamos una buena base de aprendizaje sobre

cómo abordar las primeras sesiones con un paciente. Brevemente, obtienes una visión general sobre la historia del problema que trae, sobre la historia cronológica del paciente, esto puede ocupar de 8 a 10 sesiones, y luego pasas a una indagación más detallada, y posteriormente, posiblemente después de años, la terminación del tratamiento o fase final.

Pero acabas teniendo una base muy clara sobre el comienzo del tratamiento, desarrollas unas pautas muy claras.

Sin embargo, todo esto conlleva también ciertos problemas, no es algo que aconseje ni que haga con todos los supervisados para que practiquen con todos los pacientes, sobre todo en los más tempranos propósitos en el tratamiento. Es importante, tener en tu mente una manera de organizar cómo trabajar en las primeras fases del tratamiento, qué es lo que buscas, lo que intentas averiguar.

Creo que lo que se puede rescatar del enfoque más clásico, brevemente, es el concepto de neutralidad con el que he tenido continuas luchas durante décadas, es muy importante como un ideal, aunque sea algo con lo que difiero continuamente, pero como algo de tener en mente. Los conceptos de encuadre y neutralidad son muy importantes, a parte del concepto básico de inconsciente ya que no hay ningún análisis sin éste; además el concepto de transferencia y contratransferencia, que son las ideas básicas.

No resulta fácil mantener cierto grado de neutralidad porque en ocasiones yo diría que no tengo ni idea, la neutralidad entre el yo y el superyo. No puedo saber si alguien debería casarse o no, tener hijos, comprarse un perro...pero podría pensarlo en base a conceptos de paranoia, obsesiones, etc. Pero puedo pensar sobre qué es lo que podría poner obstáculos en la vida. No sé cómo alguien debería vivir o qué decisiones debería tomar; esta es una manera de aplicar la neutralidad. No quiero empujarles a tomar la decisión de tener un perro, pero creo que la vida es más enriquecida si no estás paranoico con eso.

María: Para alguien empezando como terapeuta, ¿cuál de las habilidades que detallas como importantes para un analista, es para ti, la principal? has hablado de la neutralidad, de las habilidades que acompañan a la persona.

S. Buechler: La observación de uno mismo y de los demás. La observación del comportamiento y lenguaje no verbal. tener en mente, cada vez que menciono la mujer de este hombre cada vez que está ansioso; la autoobservación cada vez que hablo de un tema y darme cuenta de que me siento ansiosa. La observación es algo primordial en Sullivan, el observador participante, es la base de todo demás, es lo que te permite acceder a todo lo demás.

Carlos: En libro que ahora se presenta en español intenta usted responder a la pregunta: ¿cómo influyen nuestros valores en las sesiones, ya seamos capaces o no de percibirlos? ¿Qué nos podría adelantar de forma breve sobre la respuesta a tan relevante pregunta?

S. Buechler: Lo resumiría con una sola palabra: el enfoque. tus valores dan forma al enfoque que tendrás en una sesión. En lo que te centras y lo que dejas pasar revela lo que es importante para ti en la vida, la relación que vas a crear con ese paciente. El enfoque es el medio por el cual expresas tus valores.

Carlos: Los valores son lo que te hacen decidir lo que es importante y lo que no.

S. Buechler: Exacto. Creo que si, ser amable con las personas es uno de mis valores más importantes, cuando el paciente habla sobre su relación con sus hijos, lo escucharía a través de ese asunto de la amabilidad, que sería el molde que diera forma a cómo escucho la sesión.

Alejandro: Para finalizar, usted está escribiendo ahora un libro sobre los retos de la vida que enfrentamos las personas y los psicoanalistas, entre ellos el envejecimiento. ¿Puede avanzarnos las principales ideas que desarrolla en este libro?

S. Buechler: Bueno, este libro mirará algunos de los retos de la vida como el envejecimiento, el duelo, el sufrimiento físico, el perdón del otro, y las cuestiones principales que abordo en este libro es ¿Hasta qué punto la salud es un asunto de adaptarse a algo o simplemente es cuestión de transformarlo? ¿Hasta qué punto nos estamos adaptando a la edad o simplemente estamos luchando por permanecer jóvenes? ¿Qué es la salud? ¿En un duelo, hasta qué punto intentamos salir del mismo, o estamos transformando el duelo en otra cosa diferente?. Lo mismo ocurre con el sufrimiento físico.

La línea principal del libro es la adaptación, transformación, y obviamente la respuesta es que siempre necesitamos hacer las dos cosas. Hago mucho de uso de la poesía en este libro; utilizo historias cortas y en el que estoy trabajando ahora, me centro en la poesía para estudiar lo que los poetas pensaban sobre estos retos básicos de la vida.

Alejandro: ¿Algo más que quieras añadir antes de terminar?

S. Buechler: Disfruto mucho este tipo de interacciones, no sabía que la tendríamos en esta ocasión, y la aprecio mucho.

Alejandro: Muchas gracias por tus respuestas y tu proverbial apertura.

Realizada en Ágora Relacional, Madrid, viernes 5 de Octubre de 2018.