

LAS EMOCIONES DEL PSICOTERAPEUTA: SU USO EN PSICOTERAPIA Y EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES.

Resumen.

En la labor del psicoterapeuta, con pacientes individuales, grupos y familias, es de especial relevancia el manejo de las emociones y afectos. Dentro de este manejo, es destacable el uso que es posible realizar de las propias emociones del terapeuta. Reconociendo las aportaciones realizadas en los estudios sobre la contratransferencia en psicoanálisis y, en especial, en la visión que defiende la necesidad de incorporar lo que el/la terapeuta siente, como instrumento al servicio del proceso terapéutico, se aconseja la importancia de que, para ello, el terapeuta conozca bien su familia de origen y sus patrones relacionales más destacables. En esta misma línea se asumen las aportaciones de la terapia familiar transgeneracional y de otras corrientes del enfoque relacional sistémico como ocurre con los conceptos de resonancia y ensamblaje. Se realiza un análisis de los niveles de comunicación que concurren en la psicoterapia y se enfatiza una propuesta metodológica para el trabajo con las emociones, en especial con aquellas que surgen en el terapeuta como resultado de la emergencia de los afectos en el sistema paciente (individuos, grupos y familias). Por último, se propone un trabajo para los terapeutas en formación al objeto de facilitar el conocimiento de su historia familiar y de su posicionamiento dentro de esta.

Palabras clave.

Contratransferencia,
resonancias, emociones,
psicoterapia,
psicoterapeuta,
terapia familiar.

Juan Miguel de Pablo Urban.

Psicólogo clínico, psicoterapeuta
y supervisor docente.
Codirector de COOPERACION, Instituto
de Formación Sistémica (Cádiz).
Director de la revista SYSTEMICA.
jmdepablo@hotmail.com



Abstract.

The work with individuals, groups and families in psychotherapy, and the management of the therapist's own emotions and affections has a special relevance. Within this handling it is very important how the therapist manages her own emotions. Recognizing the contributions made by the psychoanalysis, in its studies about countertransference, and especially the point of view that defends the need to incorporate the therapist's feelings as an essential tool for the therapeutic process. Therefore the recommendation for the therapist is to know well her family of origin, specially its relational patterns. The contributions of the transgenerational family therapy and other approaches of systemic relational therapy are equally important. This is also the case for the concepts of resonance and assembly. An analysis of the levels of communication that concur in psychotherapy is performed and a methodological proposal is emphasized for working with emotions, especially with those that arise in the therapist as a result of the emergence of affections in the patient system (individuals, groups and families). Finally, a work is proposed for training therapists in order to facilitate the knowledge of their family.

Key words.

Countertransference, resonances, emotions, psychotherapy, psychotherapist, family therapy.

1. La incorporación de las emociones del psicoterapeuta en la intervención terapéutica y en la formación de profesionales de la psicoterapia.

En el artículo "*De la contratransferencia a las resonancias: las emociones del profesional en psicoterapia*" (De Pablo, 2017), realicé un recorrido por las diferentes aportaciones que, desde el psicoanálisis y la terapia relacional sistémica, se han venido efectuando en referencia a las emociones que los profesionales de la psicoterapia experimentan en su trabajo con pacientes. De otra parte, intenté reseñar las distintas consideraciones que se han venido manifestando sobre la naturaleza de su aparición y su posible uso o función.

De la atenta lectura de la literatura existente queda meridianamente claro que, en primer lugar, resulta inevitable la aparición de emociones en la figura del profesional durante el proceso terapéutico y, como consecuencia de ello, la importancia de valorar este fenómeno como un recurso a utilizar para la mejora en el desempeño profesional en psicoterapia.

Para profundizar en las formas en que la experiencia emocional surge, se precisa primeramente analizar las diferentes vías de comunicación que se presentan en el proceso terapéutico y, posteriormente, en qué forma es posible su utilización para una más adecuada intervención psicoterapéutica. De aquí que sea preciso destacar la necesidad de establecer herramientas metodológicas para mostrar posibles fórmulas que incidan en la mejor forma de afrontar esta emergencia emocional y convertirla en motor de activación y cambio en el consultorio, con nuestros pacientes.

Esto nos lleva, al final, a destacar la importancia de implementar, en los procesos de formación de psicoterapeutas; contenidos y espacios para el trabajo personal que incluyan la profundización en la historia emocional de los futuros terapeutas, en el conocimiento sobre su familia de origen y en los roles, conflic-

tos, coaliciones, creencias; en las que se ha visto representado. En esta misma línea, es muy importante dar prioridad a los aspectos personales y emocionales del profesional en los procesos de supervisión clínica. Las reacciones emocionales del terapeuta, su emergencia en el proceso psicoterapéutico y la adecuada utilización de los mismos en la atención de pacientes (individuos, grupos y familias) deben estar en el centro de los procesos formativos y de supervisión.

En los siguientes epígrafes se pretende desarrollar una descripción de los posibles niveles de comunicación que se presentan en el proceso terapéutico, dando especial énfasis a los que hacen referencia a la aparición de reacciones emocionales en los terapeutas. De la misma forma, se procura mostrar un procedimiento de análisis de esas reacciones y su uso en la terapia. Por último, propondré un diseño de trabajo con los aspectos emocionales y de familia de origen para terapeutas en formación.

2. Niveles de comunicación en la relación terapéutica.

En la bibliografía es habitual poder encontrar diferentes clasificaciones de los diferentes niveles que se pueden encontrar en la comunicación existente entre las personas. Paul Watzlawick, Don D. Jackson y Janet Beavin Bavelas (1965), en su emblemático trabajo *Teoría de la Comunicación Humana*, realizaron un excelente acercamiento al fenómeno de la comunicación que, posteriormente, ha sido alimentado y perfeccionado por otros estudiosos del proceso comunicativo. De otra parte, es preciso destacar las aportaciones de Otto Kernberg (1977) sobre los canales de expresión afectiva en la comunicación en psicoterapia, en primer lugar, por su especificidad en referencia al contexto donde ocurre la comunicación y, en segundo lugar, por incorporar niveles no contemplados en estudios anteriores. Aunando la información recopilada y analizando este proceso en la relación terapéutica pueden observarse, al menos, tres niveles diferenciados de comunicación a los que podemos describir de forma separada: el nivel de comunicación verbal y no verbal, el nivel de metacomunicación y el nivel de comunicación inconsciente. Vamos a detenernos en cada uno de ellos.

2.a. Comunicación verbal y no verbal.

El primer nivel, donde el eje está en la comunicación verbal y no verbal; conlleva de una parte, la información contenida en el mensaje o relato del paciente, así como, de otra, y de forma contingente, las señales no verbales que acompañan a los mensajes, siendo ambos más o menos concordantes o discordantes entre sí.

Este primer nivel es el más observable de forma directa. Podemos registrar la información contenida en los comentarios realizados, el relato primordial que refleja la visión o mapa del mundo del paciente, la coherencia o incoherencia

de los mensajes o la relación entre lo que se dice efectivamente y lo que se infiere del mensaje emitido, o sea, entre lo que decimos y lo que queremos decir. Igualmente pueden observarse los aspectos gestuales, la mirada, la posición corporal, la proxemia.

Siguiendo a Watzlawick y colaboradores (1965), se debe hacer especial referencia al quinto axioma de la comunicación descrito en su libro de referencia, donde se señala que la comunicación incluye dos modos: la digital (verbal) ("lo que se dice") y la analógica (no verbal) ("cómo se dice"). *"El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa, pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el analógico posee la semántica, pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones"* (Watzlawick et al., 1965, pág. 68). Es preciso recordar que Watzlawick nos habla de tres áreas, la sintáctica, la semántica y la pragmática. El área sintáctica hace referencia a la transferencia del mensaje, la semántica se interesa en el significado o esencia del mensaje que se transfiere y la pragmática se centra en la afectación que la comunicación tiene sobre la conducta humana.

Desde cualquiera de estos órdenes se han realizado estudios de interés que, según cada caso, se interesan en diferentes formas de acercamiento al proceso de comunicación y, por ende, a profundizar en lo que acontece entre terapeuta y paciente. Se pasan a destacar aquellos que, por su particularidad, aportan elementos novedosos en el análisis de la comunicación.

Son de especial interés los estudios derivados de la aplicación del *principio de cooperación*, enunciado por el filósofo lingüista británico Paul Grice (1989, 1975) y sus cuatro máximas (cantidad, cualidad/consistencia, pertinencia/relevancia y forma). El trabajo de Mary Main (2000) es un ejemplo excelente del uso de este acercamiento, en el trabajo aplicado sobre la relación entre las máximas de Grice y los tipos de apego descritos por Ainsworth (1978). En el artículo de Main (2000), *"Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego"*, se puede leer:

"Desde la perspectiva de las máximas de Grice, podemos afirmar que los interlocutores capaces de mantener un discurso coherente y cooperador mientras describen y evalúan sus experiencias tempranas relacionadas con el apego tienden a tener infantes seguros. Lo que es más la violación de máximas particulares predice categorías particulares de apego inseguro. Los interlocutores que violan las máximas de forma, relevancia y cantidad tienden a tener infantes resistentes/ambivalentes mientras que los que violan las de verdad o consistencia (la máxima de la cualidad) tienden a tener niños evitativos" (pág. 1055-1127).

También son de especial relevancia aquellos estudios realizados en el ámbito del constructivismo y del construccionismo social. Preciso recordar que existe, en este caso, una premisa común consistente en entender que el lenguaje es el eje central desde donde parte la intervención en psicoterapia. Villegas (1992) manifiesta al respecto:

“El instrumento de constitución de esta intersubjetividad es el lenguaje, no en cuanto a sistema de códigos o reglas gramaticales, sino en cuanto a discurso o vehículo de constitución del mundo de significados compartidos” (págs. 8-9).

John Shotter (1993 y 1996) manifiesta en esta misma línea que:

“Nos constituimos y constituimos nuestro mundo en la actividad conversacional” ...” hablar de una nueva manera es construir nuevas formas de relación social, y construir nuevas formas de relación social (de relaciones entre el yo y los otros) es construirnos nuevas maneras de ser (de relación entre las personas y el mundo)” (pág. 24).

Pueden consultarse numerosos estudios y descripciones de mucha utilidad en los procesos de comunicación entre terapeuta y paciente desde la clínica psicológica. Autores como Harlene Anderson y Harry Goolishian desde la perspectiva dialógica colaborativa, Michael White y David Epston desde las terapias narrativas, Steve de Shazer en la terapia de las excepciones, William H. O'Hanlon y M. Weiner-Davis en la terapia centrada en soluciones, Marcelo Pakman, Carlos Sluzki entre otros; realizan en sus trabajos numerosas referencias en esta dirección.

En un trabajo anterior (De Pablo, 1998.b), desde el punto de vista de trabajo narrativo, detallé la importancia de discriminar los relatos que utilizan los pacientes, diferenciando aquellos que son saturados de problemas de lo que denominamos relatos alternativos, en el sentido de que presentan y permiten el desarrollo de una historia diferente, más abierta y flexible, al relato oficial que el paciente presenta. En el mismo artículo se desgranaron cuáles son las características del relato saturado de problemas, a saber: suelen ser relatos que son cerrados en su trama sin permitir modificaciones, reiterativo en sus argumentos y estructura, centrado en y saturado de problemas, absoluto en los planteamientos, disyuntivo en las soluciones, articulado como una necesidad y justificado en sí mismo.

A diferencia de este tipo de relatos, se contraponen los relatos alternativos que son descritos con las siguientes condiciones: son relatos abiertos, flexibles en

sus planteamientos, articulados en torno a preferencias o deseos, conjuntivos, se centran en las posibles soluciones que están en nuestra mano, reúnen diversas posibilidades sin que unas excluyan a otras, potencian la acción dirigida y el deseo de mejora.

Todo el trabajo, tanto en psicoterapia como en intervención psicosocial en contextos no clínicos, se centra en reconocer el tipo de relato que el paciente presenta y que le mantiene en una situación de infelicidad y angustia, y comenzar a rescatar relatos alternativos de la vida del paciente que presentan planteamientos diferentes, más flexibles y abiertos, permitiendo una identidad más positiva y resolutiva ante las dificultades de la vida.

En resumen, este nivel de comunicación puede ser abordado de muy diferentes formas. No sólo tiene que ver con la recepción que el terapeuta hace de los mensajes de los pacientes, con el posible análisis sintáctico y semántico que realicemos, con la estructura argumental del relato, con el acercamiento socioconstruccionista (deconstrucción y coconstrucción), sino que incluye importantes observaciones que, por ejemplo, señalan qué tipo de apego ha sido preponderante, qué modo sensorial es preferente en el sujeto (visual, auditivo o kinestésico), cómo son los descriptores del mapa del mundo para obtener una concordancia comunicativa, para permitir diseñar el tipo de intervención y contrastar resultados de su aplicación.

2.b. Metacomunicación.

Existe un segundo nivel que podríamos llamar metacomunicacional, es decir, que hace referencia a los aspectos relacionales de las personas sujetas al proceso comunicativo, al contexto donde se ubican y a los juegos de poder, entre otros, presentes en la relación.

En este segundo nivel pueden enmarcarse los axiomas de la teoría de la comunicación humana (Watzlawick et al., 1965) siguientes:

- Toda comunicación tiene un *nivel de contenido* y un *nivel de relación* (segundo axioma), siendo este último quien establece el marco donde se ubica el primero. Esto significa que toda comunicación tiene, además del significado de las palabras incluidas en el mensaje, más información sobre cómo quiere ser entendido quien habla, y cómo la persona receptora va a entender el mensaje recibido. Es la relación que las personas involucradas tienen, en cuanto al poder que se ejerce en la propia relación.
- Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios (quinto axioma): si la relación de las personas comunicantes está basada en intercambios igualitarios, es decir, tienden a igualar su conducta recíproca se puede apreciar una relación simétrica; en cambio, si está basada en intercambios aditivos, es decir, donde uno y otro se complementan, produciendo un acoplamiento recíproco de la relación, genera la producción de una relación complementaria.

La relación terapéutica es una relación asimétrica por definición, es decir, compone una relación complementaria basada en el poder-saber, donde el terapeuta ocupa la posición alta y el paciente la posición baja (como en la relación médico-enfermo). No en vano, muchos de los problemas como de las posibilidades de la propia relación terapéutica se sostiene en esta complementariedad. Jay Haley (1986) ha distinguido dos posiciones en el interior del comportamiento complementario: *one-up* (que designa a quien tiene el control y define la relación) y *one-down* (relativo a quien se encuentra en posición secundaria, inferior).

Las reacciones transferenciales que el psicoanálisis describe en la relación terapéutica, entre paciente y analista, son más factibles y productivas por la propia complementariedad que la relación implica y que, a su vez, se dibuja como una réplica de la relación complementaria básica: padre/madre-hijo/hija. Esta relación primordial reúne gran parte de los esquemas y patrones relacionales que las personas reproducimos en las relaciones humanas, ya sea en las relaciones de pareja como en las relaciones con los hijos, en el trabajo, con los compañeros y amigos, etc.

Desde otro punto de vista, este diferencial de poder puede alimentar aspectos de *desempoderamiento* en el paciente, es decir, donde el poder del paciente no emerge, asfixiado por el ejercicio del poder-saber del terapeuta. De ahí que, desde otras corrientes psicoterapéuticas, se realicen propuestas diferentes a la realizada desde el psicoanálisis, como pueden ser las propuestas del constructivismo social (De Pablo, 1998), de los enfoques narrativos, etc. Es destacable, en este sentido, la denominada posición de "ignorancia deliberada" (*Not-Knowing*) que proponen Anderson y Goolishian (1992).

En este momento lo que interesa destacar es la presencia del nivel metacomunicacional en la relación terapéutica. Hay terapeutas que no se cuestionan, o lo hacen de forma meramente residual, cómo es la metacomunicación en la relación terapéutica con cada uno de sus pacientes. Qué elementos invitan a ciertas simetrías positivas, cuáles suponen entrar en escalada simétrica con el paciente, qué aspectos de la complementariedad de la relación son nutritivos o estructurantes, y cuáles son opresivos y asfixiantes. Qué elementos favorecen el crecimiento y libertad de los pacientes y qué elementos son un remedo de situaciones donde se fomenta la indiferenciación y la pasividad.

2.c. Comunicación inconsciente.

El tercer nivel que pretendo describir es el que hace referencia a la comunicación inconsciente. Evidentemente, gran parte de la información, verbal y no verbal (primer nivel descrito) así como la metacomunicación establecida en una relación (segundo nivel), coadyuvan a la comunicación inconsciente aportando multitud de referencias e indicadores: parte de lo dicho, de lo sugerido, de lo metacomunicado, de la información gestual, de las inflexiones y el tono de voz, etc. A través de estos bits de información, el terapeuta tiene mucha más infor-

mación que a la que se tiene acceso a nivel consciente. El terapeuta tiene sensaciones, intuiciones, a veces poco sustentadas en hechos y datos, al igual que se generan emociones, unas más directamente ligadas a lo contado y sentido por el paciente en el momento de la terapia, mientras que otras para nada parecen estar vinculadas con lo contado.

Otto Kernberg describe tres canales de expresión afectiva en la terapia psicoanalítica y el psicoanálisis, el uno y el dos coincidirían con los aspectos (verbales y no verbales) descritos en el nivel primero de este artículo, no figurando en la descripción de Kernberg los aspectos metacomunicacionales que considero importante diferenciar (nivel dos de este artículo). El canal tres que menciona Otto Kernberg es el más cercano a lo que se postula en este nuevo apartado. Hace referencia a las reacciones subjetivas del terapeuta hacia el paciente, como un radar que capta los afectos del paciente proyectados en él, sobre todo los que aquel tolera mal. El terapeuta además debe preguntarse hasta qué punto sus propios afectos provienen del problema del paciente o de sus propios conflictos irresueltos. La atención a los tres canales determina el diagnóstico dinámico del paciente (Kernberg, 2012) (Ruiz, 2013).

La experiencia clínica nos lleva a intentar comprender el por qué de ciertas emociones en ciertos momentos del proceso terapéutico, el por qué de la aparición de algunas imágenes propias, de recuerdos más o menos ajenos a lo que ocurre, del por qué de ciertas sensaciones físicas en el terapeuta.

No es habitual en la bibliografía y publicaciones sobre el tema encontrar descripciones de este nivel comunicativo. Exceptuando los estudios sobre la contratransferencia en psicoanálisis (De Pablo, 2017) y las aportaciones de los terapeutas sistémicos transgeneracionales (Bowen, 1978 y Framo, 1992; entre otros) así como las descripciones sobre las resonancias y los ensamblajes de Mony Elkaim (1995).

Por otro lado, hay visiones inequívocamente críticas que cuestionan este planteamiento, a modo de ejemplo:

“las emociones del terapeuta no son ni una reacción a estímulos externos, ni reflejo de las emociones de los otros, ni proyecciones de instancias fantasmáticas. Las indicaciones de la investigación más reciente sugieren considerar las emociones del terapeuta como indicadores del modo en el cual el terapeuta participa a través de sus propios mapas, sistemas de creencias y de significado en la construcción de la relación terapéutica” (Fruggeri, 1992) (págs. 23-24).

Si intentamos conciliar las aportaciones del psicoanálisis y de la terapia familiar, se producen complicaciones porque pueden darse conflictos epistemológicos que provienen de las conceptualizaciones diferentes de ambos modelos.

“Hablar de transferencia y contratransferencia en su propio sentido implica necesariamente la referencia a una epistemología, a una metapsicología y a un método de indagación que están centrados en la estructura del inconsciente...”, continuando con la observación: “en la óptica sistémica relacional no se puede, obviamente, hacer referencia al inconsciente en el sentido analítico del término, por todos las referencias teóricas y prácticas que derivarían de esto” (Loriedo y Vella, 1985) (pág.7).

A pesar de estas visiones más críticas, considero que es posible y recomendable adoptar una posición integradora. En esta perspectiva conciliadora se debe hablar de las emociones, de las reacciones del terapeuta en el proceso terapéutico, alimentada desde de los estudios y observaciones que se han venido realizando desde diferentes ópticas teóricas y epistemológicas. Ya sea desde lo que desde el psicoanálisis se ha profundizado sobre el fenómeno de la contratransferencia, asumiendo también la referencia a las dinámicas referentes de la estructura del inconsciente, ya sea desde las observaciones que, desde la propia terapia relacional sistémica, y sus diferentes corrientes, se ha propuesto. Es tentador reivindicar y defender una propuesta sumativa e integradora entre los diferentes puntos de vista, incorporando aspectos relacionales diádicos propios de las terapias individuales (en referencia al mundo interno del terapeuta) y aspectos familiares y grupales, más cercanos a los enfoques relacionales y sistémicos.

Las aportaciones que provienen de la terapia familiar confluyen, en general, sobre una idea clave. Lo que en esta se postula es:

“las hipótesis de naturaleza sistémica, según las cuales la familia en su relación con el terapeuta tendería a reproducir patterns (patrones) interactivos que la caracterizan y el terapeuta vendría a ocupar una posición en el sistema de relaciones que ocupa normalmente alguno de sus miembros de la familia cada vez que dicha interacción se activa. Implica entonces que ocupando la misma posición el terapeuta pruebe los mismos sentimientos que se asocian a esa posición. Las emociones del terapeuta se vuelven así una “insustituible guía para entender lo que está sucediendo en la familia” y para escoger la modalidad de intervención más útil (Selvini e coll., 1989; Selvini, 1990). Las emociones del terapeuta son valorizadas, constituyen un elemento fundamental del proceso de auto-observación concebido en su acepción de espejeo. El terapeuta también en este caso, se observa a sí mismo para ver al otro” (Fruggeri, 1992) (págs.23-24).

En otro ámbito, desde el enfoque cognitivo, Giovanni Liotti (1992) se acerca a los fenómenos que acontecen en el terapeuta a través de la noción de los siste-

mas comportamentales. Manifiesta así que los sistemas comportamentales de dos individuos implicados en una relación significativa tienden a sintonizarse (Liotti, 1993). Por ejemplo, las señales emocionales y comportamentales de demanda de ayuda tienden a activar en nosotros el sistema de cuidado; las señales de competición por la dominancia en la relación tienden a activar en el otro el mismo sistema de lucha y competencia; las señales de seducción erótica tienden a activar también en el otro el sistema sexual, etc. Estas aportaciones de Liotti, las entiendo más cercanas al segundo nivel de comunicación que se ha propuesto, al que hace referencia a los aspectos metacomunicacionales.

Reiterando esta perspectiva, Liotti (1992) señala que para identificarlo explícitamente es necesario que se establezca un trabajo en tres etapas en las que se requiere hacer referencia a las complejas emociones que el paciente evoca en el terapeuta, indagar hasta los sistemas motivacionales activos en el paciente y, por último, investigar las experiencias interpersonales originarias del paciente, responsables de la activación simultánea de diversos sistemas comportamentales.

Desde mi propia experiencia puedo intentar describir, desde una lectura personal, cómo entiendo el funcionamiento de este nivel y de qué forma podemos acceder a la información que aporta la comunicación inconsciente al objeto de poder usarla para la mejor atención de los pacientes y familias.

Al igual que, en las familias que atendemos, se puede observar la transmisión emocional entre sus miembros, por ejemplo, cuando un hijo actúa en sesión de forma automática cuando la madre o el padre se han sentido incómodos ante una intervención del terapeuta; existe análogamente una inevitable transmisión emocional en las relaciones que mantenemos en consulta entre terapeutas y pacientes, ya sea en el contexto de terapia individual como en el de familia, pareja o grupos. Evidentemente los miembros de una familia están en perfecto encaje emocional, no en vano la familia comparte un campo común único, mantenido en el tiempo, siendo la intensidad emocional de las relaciones una de sus características. En esto participan factores biológicos, factores culturales e importantes elementos de transmisión intergeneracional.

Efectivamente, los terapeutas no pertenecen a esa familia concreta, no han compartido una vida, unos compromisos y unas lealtades que les caracteriza como clan (por ejemplo: "la familia Pérez"), pero provenimos de familias que no son diferentes, al contrario, nuestras familias pueden ser extremadamente similares a las que atendemos. En lo amoroso, en lo patológico, en los modos de triangulación, en la participación de los juegos familiares, nos sentimos reconocidos y nos reconocemos en esas familias y pacientes. Podemos incluso ir a más, sería sumamente peligroso y delicado que esto no fuera así, que pudiéramos acercarnos con una asepsia absoluta, porque el reconocimiento emocional de los procesos es más fácil y certero cuando conecta en la propia experiencia emocional del terapeuta.

Me parecen de especial interés, las descripciones de Enrique Pichon Riviere (1985) con el concepto de emergente, cuando señala que: *“la aparición del emergente mental del paciente está en relación directa con la aparición de tensiones particulares en el grupo familiar”. Concepto que, en su inicial formulación, “equipara al “emergente” con el “portavoz”, sujeto que enuncia, y con ello denuncia, una problemática latente del grupo al que pertenece y lo siguen en su evolución conceptual hacia todo aquel elemento que aporta un sentido a lo que sucede en la dinámica grupal”* (Cifuentes et al, 2014).

Las emociones del terapeuta y sus reacciones son, de igual forma, emergentes solo que en este caso el portavoz no es un miembro del sistema familiar, sino que acontece en el terapeuta como vehículo, como participantes en el campo psicosocial del sistema terapéutico (Familia/Paciente – Terapeutas). Como tal esas reacciones son signos del proceso latente en el sistema paciente (en plena participación del sistema de los terapeutas).

Pichón habla del campo psicológico como el campo de las interacciones del individuo y el medio, y lo señala como el objeto de la intervención.

“La resonancia del terapeuta de los factores psicológicos y emocionales de la sesión, hacen que él/ella se transforme en un radar ultrasensible puesto al servicio de sus pacientes. La propia contratransferencia es un recurso fundamental para captar vibraciones íntimas del alma de los pacientes, entenderlas y utilizarlas para una mejor comprensión y resolución de los problemas presentados” (Canevaro, 2010) (pág. 171).

El aspecto energético de las emociones es el que subyace en la transmisión entre las personas que participan en el proceso. Considero que las emociones son los componentes más fácilmente transmisibles desde el punto de vista inconsciente. No se requiere información explícita de un estado de ánimo, simplemente la permanencia junto a otras personas ofrece la posibilidad de recibir información inconsciente, en forma de emoción.

Alberto Eguer (1987), en su libro *El parentesco fantasmático* nos indica que;

“...a la familia se le presenta la posibilidad de vivir el fantasma que no puede fantasmaticar, los deseos que no puede desear y las palabras que no puede hallar, a través de lo que el terapeuta pueda, él sí, pensar, fantasmaticar o decirse. Añadiendo más delante “La contratransferencia constituye, en terapia familiar, el conjunto de las emociones, representaciones o actos del terapeuta que se manifiestan como ecos de la transferencia de la familia y, por lo general, sin que él lo perciba, es decir, inconscientemente”. (Pág. 64).

Evidentemente, la conexión es algo más compleja, no consiste tanto en una réplica, o en una vibración, fruto de una emoción intensa sentida por el otro. En mi experiencia, cuando la emoción sentida por el paciente es expresada de forma coherente, a nivel verbal y/o no verbal, o reconocida e identificada en el proceso conversacional, no ocurre que esa transmisión afecte o emerja en forma de reacción contratransferencial. Por el contrario, cuanto mayor disonancia existe entre la comunicación verbal y/o no verbal realizada, respecto a la situación emocional del paciente, más probable es que el terapeuta experimente reacciones, imágenes, sentimientos de lo que podríamos entender como emergentes del proceso.

Dicho esto, es preciso explicar cómo se recoge y se expresa, en el mundo interno del terapeuta, el contenido emergente del sistema paciente. Pongamos un ejemplo, Pedro, 41 años, que lleva varios meses en terapia individual, acude a consulta y manifiesta de forma tranquila que se encuentra bien, que no tiene grandes preocupaciones y comienza a contar al terapeuta acontecimientos más o menos inocuos de su última semana. El terapeuta, mientras escucha lo que Pedro cuenta, experimenta una fantasía en torno a una comunicación profesional en un seminario que tiene que realizar, donde podría ser criticado, sintiendo una mezcla de rabia y desazón si así fuese. El terapeuta piensa, entre preocupado e incómodo, “¿qué hago?, debo de estar atento a mi paciente y no dejarme interferir por mis temas personales”, con lo que se dispone a hacer un esfuerzo para intentar reconducir su atención y aislar esa fantasía incómoda que lo disturba.

Ahora bien, este movimiento puede ser interpretado como una excelente acción correctora del terapeuta en la medida que consigue “anular” interferencias



personales en el diálogo terapéutico con el paciente. En este caso, podría realmente ser cierta esta aseveración, sobre todo si el terapeuta está preocupado con este seminario donde debe hacer una comunicación profesional y, además, en otros momentos fuera y dentro del consultorio ha barajado fantasías y emociones del mismo tipo en torno a ese futuro acontecimiento. Pero imaginemos que, por el contrario, no haya sido un tema presente en nuestra ideación ni en nuestras preocupaciones o ansiedades en el periodo de tiempo transcurrido en torno a la sesión de referencia. En este caso, ¿por qué resulta que, en el terapeuta, surge esta imagen acompañada de emociones incómodas en un momento concreto y ante una persona determinada?

En este caso, propongo al paciente lo siguiente: “Pedro, puede que esto sea algo que no tiene que ver contigo, pero me gustaría preguntarte si en estos días ha habido alguna situación en la que te hayas sentido criticado y enfadado por ello”. Lo que se propone al paciente y se pone sobre la mesa es el sustrato emocional de la ideación del terapeuta. No es infrecuente que tras una negativa inicial: “¡no, no recuerdo nada!”, surja un poco más adelante la comunicación de una experiencia que esté en consonancia con esa emoción que emergió en el terapeuta. Pedro comenta un poco después: “Bueno, estos días se ha dado una situación incómoda. Mis padres se han mudado de casa. Ellos me han pedido que les ayude y he terminado discutiendo con ellos porque nada de lo que les propongo es aceptado ni bien visto...”.

Cuando aparece este hecho relatado por el paciente podemos reconocer que, emocionalmente, este acontecimiento había estado presente en la vida del paciente en los días anteriores a la sesión de forma constante. Estaba molesto por una conducta, bastante habitual de sus padres, en la que no se siente reconocido ni escuchado y que, por ende, le suscita rabia y enfado.

El paciente no ha omitido de forma voluntaria esta experiencia ni ha pretendido ocultar ante el terapeuta lo ocurrido, simplemente se ha producido un acontecimiento en el que se reactivan los patrones relacionales construidos en la relación con sus padres y que se encuentra presente, de forma intermitente, en sus quejas o demandas. Al no ser comunicado de forma directa, pero tener presencia emocional de importancia en la vida del paciente, emerge en el terapeuta a través de imágenes, de una ideación propia. La utilización de la experiencia emocional del terapeuta, expuesta respetuosamente, permite reconducir la conversación en la sesión a temas de mayor pertinencia. Este acontecimiento permite focalizar en terapia una situación de triangulación habitual en la relación de Pedro con su familia de origen, donde además se presenta una vivencia de fuerte reactividad emocional (enfado, rabia) por parte del paciente. De otra parte, va a permitir que, en el contexto de la terapia, se puedan realizar acciones correctoras de diferenciación en su familia de origen y que pueda, a su vez, generalizarlas en otros contextos (amigos, pareja, trabajo).

Cómo entiendo que ocurre este proceso. En párrafos anteriores se detalla que los elementos primordiales de este nivel de comunicación son las emociones.

En el campo psicosocial del sistema terapéutico (familia/paciente – terapeutas), cuando no se presentan manifestaciones explícitas y directas de lo emocional (porque esto permitiría una expresión del nivel energético presente), lo que esté ocurriendo en lo emocional inconsciente habrá de emerger de alguna forma en el contexto terapéutico. Una de las posibles maneras de que esto ocurra será a través del terapeuta, entendiendo que actuará como portavoz del sistema conformado por la familia o paciente y equipo terapéutico.

El terapeuta recibirá de forma inconsciente la emoción básica y flotante del sistema paciente. Esta emoción deberá estar presente, de forma más intensa, en el campo psicosocial que se recrea en sesión y sin posibilidad de ser expresada por los diferentes miembros de la familia o por el paciente (emoción negada, oculta, sorda). En estas circunstancias lo que acontece en el sistema paciente, y que contagia a todos los miembros del grupo social recreado, tomará forma a través de contenidos propios del terapeuta (ideas, recuerdos, situaciones de su vida) que se engarzan al corresponder con estados emocionales concordantes a los que la familia o paciente experimentan.

El proceso por el que se produce una transferencia emocional entre sistema paciente y terapeuta podría formularse así descrito:

1. Existe una emoción básica presente que, además, no es expresada desde el sistema paciente, es decir, no es canalizada para su expresión y se mantiene en estado latente y, en gran medida, inconsciente (o preconscious).
2. Esta emoción irradia y contagia al sistema de los terapeutas, enmarcados todos los participantes en un mismo campo psicosocial recreado en el consultorio.
3. La emoción básica se enlaza, en el terapeuta, a través de un mosaico de experiencias, imágenes y sensaciones que son propias hasta engarzar con aquella que permite de una forma certera y adecuada la expresión y emergencia de esa emoción presente en el sistema.
4. El terapeuta experimenta en sí mismo una fantasía, recuerdo, sensación, de su mundo personal y privado, generado por la presión de las emociones para su expresión en el grupo humano en el que está inscrito en ese momento específico.

Evidentemente, hay que explicitar de qué forma podemos rentabilizar este proceso. Las opciones existentes son básicamente dos:

- a) obviar este tipo de emergentes emocionales, intentando minimizarlos o anularlos,
- b) aprovechar la reacción vivida desde el terapeuta para facilitar el trabajo emocional de lo que está presente y es silenciado desde el sistema paciente (individuo, grupo o familia).

En el primer caso no se debe olvidar que, a pesar de las pretensiones para controlar estos fenómenos emocionales, estos no cesarán de ocurrir y estarán activos cuando las condiciones sean las necesarias, en las sesiones que mante-

nemos con nuestros pacientes. El que desdeñemos o hagamos oídos sordos a estas sensaciones, no implica absolutamente nada, y se desaprovechará el potencial que significa incorporar estos fenómenos y su complejidad a la dinámica relacional de la técnica psicoterapéutica.

Si se opta por la opción de trabajar estas emergencias por parte del terapeuta, es importante contar con unas condiciones previas, estas consisten en garantizar la realización de una adecuada discriminación entre aquellas reacciones que son producto de la inmersión en el campo psicosocial de la terapia y aquellas que son fruto de nuestra historia personal y familiar, nuestros conflictos y nuestros fantasmas.

En la misma línea de lo propuesto por el psicoanálisis, por la terapia familiar transgeneracional y por otras corrientes y enfoques de la psicoterapia (en todos estos casos preocupados por la importancia de que el terapeuta sea consciente y conozca los patrones relacionales, los conflictos y coaliciones presentes en su historia con su familia de origen); se requiere que la persona que se dedique al trabajo con pacientes, haya realizado un trabajo personal que le permita conocer su historia familiar con la suficiente profundidad, que le permita mirar críticamente su participación en los triángulos, coaliciones y alianzas presentes en su familia; y le ayude a reconocer las heridas existentes, constitutivas de queja en las relaciones mantenidas con las personas afectivamente significativas, así como los efectos en su funcionamiento.

En el caso de que esto no fuese así, la otra opción que se articula es la de pervertir el sentido del emergente emocional y suscitar una conducta o actuación por parte del terapeuta, más relacionada con un mecanismo de defensa, expulsivo e incontrolado, donde se pierde la oportunidad terapéutica de analizar su motivo, así como de su revelación ante el paciente. Esta actuación impulsiva, exoactuación o paso al acto (descrita en psicoanálisis como *Acting Out*) (Freud, 1914 y 1940), hace referencia a un mecanismo de defensa del terapeuta donde emerge una acción irreflexiva que permite evacuar la ansiedad evitando la comprensión del fenómeno y el valor de su uso. Aunque las referencias bibliográficas a este término suelen estar relacionadas más con lo que los pacientes pueden actuar, ya sea en el marco analítico o fuera del mismo, también se puede hablar del *acting out* del terapeuta cuando se dan fenómenos de resonancia transferencial en los que el terapeuta actúa sin control sus propios conflictos, precisa ser detectado precozmente y resuelto con ayuda de la supervisión del terapeuta (Ávila, 2014).

Además de la descripción realizada en torno a la emergencia de ideas, fantasías y recuerdos en el terapeuta en el momento de la terapia, hay otras fórmulas a través de las cuales se hace presente la situación emocional del paciente/familia. Por ejemplo, la aparición de sensaciones físicas, orgánicas, en el psicoterapeuta durante la sesión.

Una familia acude a consulta por problemas con una de sus hijas adolescentes. Los padres, ambos profesionales, comentan preocupados la desidia y nula

implicación de su segunda hija, Susana (15 años), tanto en el instituto como en las relaciones sociales con los iguales y, de igual forma, en las propuestas que los padres le van presentando para motivarla. Aunque el tono de la sesión es divertido y la familia actúa con complicidad y buen tono, se produce una sensación de cansancio en el terapeuta, sintiendo incluso, por momentos, una fuerte somnolencia.

Ante estas sensaciones, y la incomodidad que conllevan, busco primero razones en mí que pudieran justificarlo. Al no encontrar inicialmente ninguna justificación personal (falta de sueño, cansancio, temperatura, temas personales que puedan estar afectándome), y pensando en la descripción que del síntoma de la paciente identificada (apatía, desidia...) hace la familia; les comento: "Sois una familia agradable y se os ve divertidos y cómplices, pero tengo una sensación extraña como si algo pesado, triste, también estuviera presente entre vosotros. Puede ser que sea más una sensación mía que una realidad, pero quiero exponerlo por si es pertinente o tiene sentido para vosotros". La familia responde con cierta perplejidad, no saben qué decir al respecto, hasta que Susana, la paciente identificada, dice: "Desde la muerte de la abuela las cosas son diferentes...". Tras este comentario, el tono de la sesión cambia, se hace más sólido y transparente. Dejo de sentir las sensaciones de cansancio y somnolencia, mientras la familia habla de lo doloroso de esta pérdida, de las dificultades para asumir el fallecimiento de la abuela materna.

Podemos ver, entonces, diversos posibles niveles de respuesta emocional por parte de los terapeutas, a saber:

1. La familia, en su menú habitual de patrones relacionales, realiza una propuesta inconsciente en la que se adopta al terapeuta como miembro postizo de la familia, a través de una sugerencia tácita para la asunción de un rol determinado. Por ejemplo, el padre busca una coalición con el terapeuta, alegando la difícil situación de su esposa con una depresión de largo recorrido, para confirmar la visión que de la situación él presenta. Esta propuesta iría en consonancia con el concepto de Edith Goldbeter-Merinfeld (2003) del "Tercero Pesante" (ausencias con peso). En este caso es importante conocer qué lugar ocupa el terapeuta en el sistema del paciente, lugar que le otorga un papel y una función en su espacio emocional (juez, madre...) previamente desempeñado por personas que ya no están.
 - a) Si el terapeuta, por su historia familiar, resuena con esta situación (coalición con el padre ante una madre difícil), puede verse arrastrado y actuar la coalición, no solo confirmando la visión del marido sobre lo que ocurre, sino que, en correspondencia lógica, reforzando y alentando la desconfirmación de la esposa (estigma, diagnóstico...).
 - En este caso sería aconsejable realizar supervisión del caso y sería recomendable que el terapeuta realice algún tipo de trabajo personal (psicoterapia) para evitar este tipo de reacciones y actuaciones en los procesos terapéuticos con sus pacientes.

- b) Si el terapeuta, aunque no aparezcan resonancias especiales con su familia de origen, acepta el rol propuesto por otro tipo de razones personales (inseguridad, deseo de ayudar, juventud).
- En este caso, se recomienda supervisión del caso. Si este tipo de situación se reproduce con frecuencia, también sería recomendable la realización de algún tipo de trabajo personal.
2. La familia/paciente, no pretende un rol predeterminado para el terapeuta o, el terapeuta, en el caso de que se le proponga no lo acepta ni lo asume. En el proceso terapéutico, a pesar de esto, se generan emergencias de lo emocional en el terapeuta. Estas emergencias pueden ocasionar diferentes reacciones o acciones:
- a) El terapeuta actúa (*acting out*) la emergencia emocional del sistema, no se produce proceso de mediación para analizar lo que ocurre ni se intenta anular o reducir su influencia. En este caso ocurre algo similar a lo planteado cuando se acepta el rol asignado por la familia, lo que hace recomendable la supervisión del caso y, si ocurre de forma frecuente, un trabajo personal del terapeuta.
- b) El terapeuta es consciente de la emergencia emocional y actúa para minimizar su presencia, la aparta o anula, al objeto de evitar que interfiera en el proceso comunicativo con el paciente. Se alimenta sobre el presupuesto de la neutralidad como excelencia. En mi modesta opinión esta alternativa ocasiona una importante pérdida de la veta de recursos que poseemos para el trabajo con los pacientes y familias.
- c) El terapeuta experimenta la emergencia emocional, la analiza y revisa, al objeto de dilucidar (lo que no siempre es fácil) que esta no procede de dificultades actuales o históricas de sí mismo. Una vez realizado este paso: se puede permitir ponerla sobre la mesa y someterla a la opinión del paciente o la familia para que pueda ser utilizada y rentabilizada en el proceso terapéutico si así se estima adecuado.

Para mejorar la disposición de la persona del terapeuta en el afrontamiento de las reacciones emocionales que se presentan en los procesos terapéuticos, es importante dedicar el tiempo y la energía necesaria para la investigación y el desarrollo de los aspectos personales del profesional para el desempeño del trabajo en psicoterapia. Para ello, es importante diseñar un plan de trabajo que permita conocer nuestra familia de origen, nuestros roles o funciones, nuestro genograma, las pautas de comunicación más habituales en nuestra familia de origen, las secuencias interactivas de nuestra vida con las personas emocionalmente significativas, las transmisiones transgeneracionales, las lealtades invisibles (Boszormenyi-Nagy I. y Spark G., 1973), las coaliciones y triángulos en los que hemos subsistido, el sistema de creencias heredado, entre otros aspectos.



El proceso de formación y supervisión de psicoterapeutas debe incorporar en sus programas y en su metodología, la presencia de espacios de trabajo personal que incidan en el descubrimiento y análisis de estos aspectos para la mejora del desempeño profesional (López Barberá, 2006) (Espina, 1995, 1997 y 2014). Por ello, se van a proponer una serie de áreas y técnicas para el trabajo personal de las emociones del terapeuta. Esta propuesta no entra en colisión con la importancia del trabajo personal a través de la psicoterapia en los profesionales que se dedican a la salud mental o a la atención de familias en dificultad. Este elemento, la terapia personal, lo considero primordial y aconsejable en todos los casos.

La propuesta es que cada terapeuta en formación debe asumir y canalizar la atención hacia la importancia de su historia personal, de su familia de origen, en la elección vocacional realizada y en el desempeño de tareas que el trabajo clínico o social le va a imponer. Partimos de la base de que no existe una fórmula que permita mantenerse en una posición aséptica e impermeable, las opciones que restan son: la actuación ciega del profesional (a todas luces inadecuada), la minimización de la emergencia emocional en el terapeuta (en el que se obvia esta información del proceso pero donde se evita la interferencia en el proceso terapéutico) y, por último, el aprovechamiento de la experiencia como un indicador del paciente o de la familia en dificultad para mejorar el conocimiento del proceso emocional de los pacientes.

3. Áreas y técnicas para el trabajo personal de las emociones del terapeuta.

Considerando la importancia que el trabajo de las emociones y del mundo personal del terapeuta tiene en el desempeño de su trabajo con las personas y familias que se atienden, se propone un trabajo vivencial que recoja diferentes áreas con las que profundizar. Este formato fue presentado en el XXXV Congre-

so Nacional de Terapia Familiar, celebrado en Sevilla en el año 2014. En el diseño que se va a exponer se recogen, de una parte, aspectos estructurales de la familia de origen; de otra, pautas de interacción y secuencias conductuales y, por último, mitos y creencias de la persona del terapeuta enraizados en su historia familiar. Evidentemente, se precisa también conocer cómo esto afecta a su vida personal y profesional (De Pablo, 2014). No es un menú único con el que trabajar, pero se intenta realizar una sistematización en el que se señalan áreas de trabajo y, en correspondencia, técnicas o herramientas que pueden ser utilizadas para una mejor revelación.

a) Área estructural: reconocimiento de los roles preponderantes en la familia de origen.

En ésta área se pretende visibilizar el lugar que cada cual ocupa en su familia de origen, si es acorde a las coordenadas espacio-temporales que le corresponderían, qué se espera de él o de ella, qué funciones tiene asignadas, triángulos en los que participa, coaliciones preponderantes, etc. Para ello podemos intentar responder a preguntas de este tipo:

- ¿Quién soy en mi familia?, ¿qué lugar ocupo?: Hijo/a, padre/madre, pareja de uno de mis padres, hermano, exiliado, invisible...
- ¿Qué se espera de mí?: Sostén económico, acompañamiento, sostén afectivo, perpetuar el apellido, etc...
- ¿Qué función tengo?: Cuidador, creador de conflictos, sintomático, consultor, asesor...
- Coaliciones en las que participé: Con quién he estado coaligado y contra quién, pareja de alguno de los padres, hijo de los abuelos, hermano de los padres... Frontera entre los subsistemas. Dibujar triángulos en los que participo.
- Reparto de poder en la familia: quién ostenta el poder y en qué áreas.

Entre las técnicas o herramientas recomendadas pueden destacarse aquellas que permiten una visualización de las relaciones y de la estructura familiar. Por ejemplo: genogramas (McGoldrick y Gerson, 1985) y diagramas relacionales. Triángulos. Perteneciogramas y familiogramas (Neuburger, 1997). Ecomapas (técnica de representación gráfica propuesta en 1978 por Ann Hartman) (Silva y Ortiz, 2016), etc.

b) Área comunicacional y conductual: reconocimiento de las pautas de interacción y comunicación en la familia de origen.

En esta área se requiere identificar cuáles son las pautas relacionales, las secuencias de interacción y comunicación más habituales al objeto de dibujar cómo actuamos ante las diferentes contingencias familiares y qué circuitos

sostienen esas pautas. Es preciso también reconocer cómo se hace factible la triangulación, es decir, con qué conductas, acciones y pensamientos se mantienen los triángulos y la reactividad emocional que en ellos subsiste. Ayuda dilucidar aspectos como:

- ¿Qué hago cuando mamá hace / dice / siente...?
- ¿Qué hago cuando papá hace / dice / siente...?
- ¿Qué hago cuando papá y mamá están en conflicto?
- ¿Qué hago cuando papá y/o mamá están tristes o enfadados...?
- ¿Qué hago cuando papá y/o mamá riñen o corrigen a mis hermanos/as...?
- ¿Cómo es la comida familiar? Escenificación de la comida familiar.
- ¿Cómo es el ritual ante la televisión, ir a dormir, saludo y despedida del hogar, las salidas familiares?

Las técnicas y herramientas que se proponen son aquellas que facilitan la representación física y corporal de estos procesos y secuencias. También se pueden emplear técnicas plásticas, fotográficas, etc. Entre ellas pueden destacarse: técnicas psicodramáticas, simulaciones de las secuencias interactivas, juegos de rol, especialmente destacables las técnicas de escultura, desarrolladas por Virginia Satir en 1972; Dhul, Kantor y Dhul en 1973; P. Papp, Olga Silverstein y E. Carter, en el mismo año (Espina, 1997). Representación de escenas familiares, etc.

c) Área transgeneracional: reconocimiento de mitos y creencias en la familia.

En este caso, resulta necesario analizar y reconocer cuáles aspectos míticos son más importantes en la familia de origen y qué creencias sostienen los presupuestos de la identidad familiar. Hemos de recordar que los mitos familiares son elementos organizadores en torno a los cuales se estructura la familia. Andolfi y Angelo (1989) definen el mito familiar como una serie de creencias, bastante bien integradas y compartidas por todos los miembros de la familia, que atañen a todos sus miembros y a sus posiciones recíprocas dentro de la vida familiar, es importante destacar que estas creencias no son cuestionadas por ninguna de las personas interesadas a pesar de las distorsiones de la realidad que suelen entrañar. Norma Mollot nos dice que el mito familiar es la joya oculta que se transmite generación tras generación y que contiene la idea valiosa y diferenciada de quiénes somos.

De igual forma se precisan visualizar los elementos y aspectos más afectados por la transmisión intergeneracional, las lealtades vigentes y cómo se gestionan, los secretos familiares y su influencia, los episodios traumáticos de las generaciones mayores, etc. Para ello pueden realizarse trabajos en torno a:

- ¿Cuál es el lema o lemas de la familia?, ¿cómo contribuyo a sostener ese lema?
- ¿Cuáles son las “verdades” asumidas por todos?

- ¿Qué cosas sabes que serían imperdonables si ocurrieran?
- ¿Qué temas son tabúes y no pueden ser hablados?
- ¿Qué cosas no puedo cuestionar en mi familia?
- ¿Cuál es mi nombre y de dónde proviene?
- Personas "totem" (miembros que siempre son mirados por toda la familia, de forma prestigiosa o denigrada, y en torno a los cuales se organiza la acción y/o se paraliza el desarrollo).

En este caso, las técnicas y herramientas que se proponen son, especialmente, técnicas expresivas, plásticas y creativas, por ejemplo: historia fotográfica, dibujos, collage, lemas, leyendas y escudos, títulos de películas, libros, etc.

d) Entrelazado intergeneracional.

El trabajo realizado en las tres áreas anteriormente descritas debe interconectarse con lo que acontece en las relaciones que actuales que se mantienen, tanto en la familia nuclear que se ha formado (pareja e hijos) como en el desempeño profesional como terapeuta. Se requiere, en este caso, establecer las relaciones entre elementos estructurales, comunicativos, conductuales e intergeneracionales y, a la par, analizar su presencia en el aquí y ahora de la persona. Básicamente esta interconexión debe hacer referencia a la familia nuclear que se ha formado y a la conformación y desempeño del *self* profesional, en especial en el desarrollo de las tareas como psicoterapeuta.

Desgranar los elementos revisados y buscar la conexión en:

- Cómo aparecen en la familia nuclear el rol asignado, las pautas y secuencias, los mitos y creencias:
- Reflejo del rol en la relación de pareja y, cómo es el ajuste del rol de la pareja en la relación.
- Reflejo del rol en la relación con los hijos y la forma en que se ajustan a los roles de estos la respuesta a los de los padres.
- Pautas de interacción heredadas que aparecen en la relación con la pareja y los hijos. Puede analizarse también la participación en las pautas de las existentes en la familia política.
- Transmisión de mitos y creencias en la familia nuclear.
- Cómo aparecen en el trabajo como terapeuta el rol asignado, las pautas y secuencias, los mitos y creencias.
- Reflejo de todos estos elementos en la relación terapéutica (cuidado, control, conciliación...).
- Pautas de interacción que aparecen en la relación con las familias y pacientes (evitación de conflictos, hacerse cargo de los problemas de otro...).
- Intervención de nuestros mitos y creencias en la visión de las familias y pacientes que atendemos.
- Visiones que nuestro mapa del mundo tiende a imponer a familias y pacientes.

Las técnicas y herramientas que pueden emplearse en el trabajo del entrelazado pueden incluir:

- Taller sobre escenas temidas del terapeuta (Descalzo, 2011).
- Supervisión de casos.
- Dificultades con el encuadre.
- Tipología de pacientes que, habitualmente, generan mayor número de reacciones contratransferenciales.
- Reiteración en el tipo de dificultad consultada.
- Casos imposibles.

4. Conclusiones.

Asumiendo la importancia de las reacciones emocionales del terapeuta en el proceso de psicoterapia, así como su inevitable aparición; se propone que el profesional pueda acercarse a estas emociones que emergen en el sistema terapéutico, discriminar si las mismas responden a situaciones personales de sí mismo ajenas a lo que acontece en el consultorio o, por el contrario, si estas son un emergente de las emociones que son pertinentes en el sistema paciente. Es el terapeuta, en este caso, convertido en portavoz de la familia, quien podrá experimentar el emergente emocional, y de esta forma, dar voz a lo que el paciente o la familia no nombra. Con este proceso puede proponerse al/los paciente/s, temas focales sobre los que emocionalmente el sistema familiar o individual se está moviendo y que, por razones diversas y variadas, es acallado o silenciado.

Por último, este asunto es de vital importancia en el proceso de formación y supervisión de los profesionales que se dedican a la psicoterapia, en parte por facilitar herramientas para leer lo que acontece en nuestro trabajo y, de otra, porque se precisa diseñar procesos formativos, incorporando espacios y contenidos que permitan este acercamiento al mundo emocional, permitiendo a los futuros psicoterapeutas encontrarse más capacitados en su desempeño profesional.

Bibliografía

- AINSWORTH, M.D.S.; BLEHAR, M.C.; WATERS, E. y WALL, S.** (eds.) (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ANDERSON, H. y GOOLISHIAN, H.** (1992). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McNAMEE, S. y GERGEN, K.J. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Ed. Paidós.
- ANDOLFI, M. y ANGELO, C.** (1989). *Tiempo y Mito en la psicoterapia familiar*. Buenos Aires; Ed. Paidós.
- AVILA ESPADA, A.** (2014). Psicoterapia psicoanalítica: principios conceptuales. En AVILA ESPADA, A.; ROJÍ, B. y SAUL, L.A. (2014). *Introducción a los tratamientos psicoanalíticos*. Madrid, UNED.

- BOSZORMENYI-NAGY, I. y SPARK, G.** (1973). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1983.
- BOWEN, M.** (1978). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona, Ed. Paidós, 1991.
- CANEVARO, A.** (2003). Interacción entre el self personal y profesional del terapeuta. *Revista Mosaico*, nº 26, 8-11.
- CANEVARO, A.** (2010). *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*. Madrid: Ed. Morata, 2012.
- CANEVARO, A.; ABELIUK, Y.; CONDEZA, M.; ESCALA, M.A.; GARCIA, G. y MONTES, J.** (2016). El nacimiento del terapeuta sistémico. El trabajo directo con las familias de origen de los terapeutas en formación. *Revista Redes*, nº 34, Dic. 2016.
- CIFUENTES, R.; SUAREZ, V.; SUAREZ, F. y TARÍ, A.** (2014). El emergente en la concepción operativa de grupo. Área 3. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, nº 18, 2014.
- DE PABLO URBAN, J.M.** (1998 a). La aplicación de los enfoques narrativos y de terapia centrada en soluciones a los programas de intervención psicosocial. *Revista Sistémica*, nº 4-5.
- DE PABLO, J.M.** (1998 b). Técnicas y herramientas para la intervención psicosocial con grupos desde un enfoque centrado en soluciones. *Boletín SEPTG* nº 14.
- DE PABLO, J.M.** (2014). "Técnicas activas en formación y supervisión en terapia familiar e intervención sistémica". XXV Congreso de la FEATF, Sevilla, 2014.
- DE PABLO, J.M.** (2017). "De la Contratransferencia a las Resonancias: Las emociones del profesional en Psicoterapia". Pendiente de publicación, 2017.
- DE SHAZER, S.** (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Ed. Paidós, 1995.
- DESCALZO, M.** (2011). *Escenas Temidas. Curso de Formación de Terapia Gestalt*. ITG.
- EIGUER, A.** (1987). *El Parentesco Fantasmático. Transferencia y contratransferencia en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu. (Págs 63-92).
- ELKÁIM, M.** (1995). *Si me amas no me ames*. Barcelona, Ed. Gedisa, 2008.
- ESPINA, A.** (1995). Sobre la persona del terapeuta familiar y su importancia en la formación. En GARRIDO, M. y ESPINA, A. (Ed.) (2007). *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales*. Ed. Fundamentos.
- ESPINA, A.** (1997). El uso de la escultura en la terapia de pareja. *Revista de Psicoterapia*, nº 7, 29-44.
- ESPINA, A.** (2014). El trabajo sobre la familia de origen del terapeuta. En MORENO, A. (2014)(ed.). *Manual de terapia sistémica: principios y herramientas de intervención*. Ed. Desclee de Brouwer.
- FIGUEIRA BOUZA, M.** (2006). Taller: "La vida personal del psicoterapeuta. Implicaciones para la formación y la supervisión". En <http://slideplayer.es/slide/15005/>
- FRAMO, J.** (1992). *Familia de Origen y Psicoterapia*. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1996.
- FREUD, S.** (1914): "Recuerdo, repetición y elaboración" en *Obras Completas*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1967.
- FREUD, S.** (1940): "Esquema del Psicoanálisis" en *Obras Completas*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1967.
- FRUGGERI, L.** (1992). Las emociones del terapeuta. *Revista de Psicoterapia*, nº 16 (1993). Original en italiano en *Psicobiettivo* nº 3, 1992, 23-34.
- GOLDBETER-MERINFELD, E.** (2003). *El duelo imposible: La familia y la presencia de los ausentes*. Barcelona: Ed. Herder, 2009.
- GRICE, H.P.** (1989). *Studies in the Way of Words*. London. Harvard University Press.
- GRICE, H.P.** (1975). Logic and conversation. In *Syntax and Semantics III: Speech Acts*, ed. P. Cole & J.L. Moran. New York: Academic Press, pp. 41-58.
- HALEY, J.** (1986). *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos*. Barcelona, Ed. Paidós, 1991.
- KERNBERG, O.** (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Ed. Paidós, 1979.

- KERNBERG, O.** (1977). *Teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Barcelona: Paidós Ibérica (2005).
- KERNBERG, O.** (2004). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica. Nuevos desarrollos en psicopatología y psicoterapia de los trastornos graves de la personalidad*. México: Ed. Manual Moderno (2005).
- LIOTTI, G.** (1992). Emociones, motivaciones y cogniciones en el proceso de la psicoterapia cognitiva: intersección entre cognitivismo y epistemología evolucionista. *Revista de Psicoterapia*, nº 16, 1993, pp 57-68.
- LÓPEZ BARBERÁ, E.** (2006). El grupo interno familiar en la formación del psicoterapeuta. *Boletín de la SEPTG*, nº 24, 2006. Presentado en XXXIII Symposium de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo: "Procesos de Crecimiento". Pamplona, 2006.
- LORIEDO, C.** y **VELLA, G.** (1985). El coinvolgimento del terapeuta con la familia. *Terapia Familiare*, 18, págs. 5-13.
- LUNA, I.**, **PORTELA, S.** y **ROJAS, C.** (2003). *Exploración y Reflexiones acerca de los Procesos Emocionales-Relacionales de la Propia Familia de Origen, Vinculadas a la Formación del Terapeuta, desde la Teoría de los Sistemas Naturales de Murray Bowen: un Estudio de Casos mediante la Utilización de Diagramas Familiares o Genogramas* (Memoria para Título). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Psicología.
- MAIDA SOJIC, A.M.** et al (2003). Taller: "La persona del terapeuta: Una experiencia de formación que promueve el aprendizaje". *Educación Médica*, 2003. 112-116.
- MAIN, M.** (2000). Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto; atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 48, nº 4, pp 1055-1127. Traducido en Aperturas Psicoanalíticas, nº 8 (<http://aperturas.org/articulos.php?id=156>).
- Mc GOLDRICK, M.** y **GERSON, R.** (1985). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Ed. Gedisa (2000).
- NEUBURGER, R.** (1997). *La familia dolorosa. Mitos y terapias familiares*. Barcelona, Ed. Herder.
- O'HANLON, W.H.** y **WEINER-DAVIS, M.** (1988). *En busca de soluciones*. Barcelona: Ed. Paidós, 1990.
- PAKMAN, M.** (1996) (comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol I. Barcelona: Ed. Gedisa.
- PICHON RIVIERE, E.** (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.
- RUIZ, J.J.** (2013). Transferencia y contratransferencia. Del Psicoanálisis a la Psicoterapia Analítica Funcional. *REALITAS, Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 52-58.
- SHOTTER, J.** (1993). *Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2001.
- SHOTTER, J.** (1996). El lenguaje y la construcción del sí mismo. En PAKMAN M. (1996) (comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Vol I. Barcelona: Ed. Gedisa.
- SILVA Y ORTIZ, M.T.A.** (2016). Familiograma y Genograma. APGAR Familiar y Ecomapa. *Apuntes de Orientación Familiar*, nº 6. (https://issuu.com/tesiesilva/docs/6_familiograma_9132b20fd8e0f)
- SLUZKI, C.** (1992). Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*. Vol. VI, nº 22-23
- VILLEGAS, M.** (1992). Hermenéutica y constructivismo en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, nº 12, pp 5-6.
- WATZLAWICK, P.**, **BEAVIN, J.** y **JACKSON, D.** (1965). *Teoría de La Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder.

Webgrafía

- KERNBERG, O.** (2012). RadioPSI. Entrevista: Transferencia y Contratransferencia. <https://www.youtube.com/watch?v=DuTJfNuySdl>