

La Terapia Focalizada en las Emociones: Una Visión de Conjunto

Greenberg, L., Elliott, R., Pos, A.

Leslie Greenberg es terapeuta, investigador y co-creador de la “terapia focalizada en las emociones”. Es profesor de la York University, de Toronto, Canadá. Ha escrito numerosos trabajos y libros sobre investigación en psicoterapia y sobre el trabajo con las emociones en psicoterapia, tema sobre el que es considerado una de las mayores autoridades a nivel mundial.

Robert Elliott es terapeuta e investigador. Profesor emérito en la Universidad de Strathclyde, Glasgow, Escocia. Ha escrito numerosos trabajos y libros sobre el proceso de investigación en psicoterapia, sobre el punto de vista del paciente acerca de la psicoterapia, sobre los factores de cambio en psicoterapia, así como sobre la teoría del cambio emocional.

Alberta Pos es terapeuta e investigadora. Sus áreas de interés son los procesos terapéuticos, en particular el procesamiento emocional y la alianza terapéutica. Ha investigado subtipos de depresión que requerirían abordajes terapéuticos diferenciados. Ha escrito numerosos trabajos sobre estos temas.

La terapia focalizada en las emociones (TFE) (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Johnson, 1988; Greenberg & Watson, 2006) es un tratamiento experiencial con aval empírico (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004) que integra elementos de las prácticas centradas en el cliente (Rogers, 1961) y Gestalt (Perls, Hefferline, & Goodman, 1951) con la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctico-constructivista. El enfoque fue originalmente llamado terapia de proceso experiencial (EP) (Greenberg, Rice & Elliott, 1993) reflejando sus raíces en -y plasmando los principios de- un enfoque humanístico experiencial. La terapia focalizada en las emociones fue usada antes para nombrar el enfoque de terapia de pareja (Greenberg & Johnson, 1988). Los desarrollos en la comprensión del rol de la emoción en el funcionamiento humano y en la terapia, nos llevaron a ver a la emoción como centralmente importante en la experiencia del self, tanto en el funcionamiento adaptativo como desadaptativo, y en el cambio terapéutico; en el cambio del nombre se refleja este

desarrollo. Desde fines de los años '90, el término Terapia Focalizada en las Emociones (TFE) ha sido aplicado tanto a la terapia individual como a la de pareja (Greenberg & Pavio, 1997; Greenberg, 2002; Elliott Et Al., 2004; Greenberg & Watson, 2006, Greenberg & Goldman, 2008).

La TFE sostiene que las emociones mismas tienen un potencial adaptativo innato que si es activado puede ayudar a los clientes a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias personales no deseadas. Esta idea de la emoción está basada en la creencia, que ha obtenido amplio sostén empírico en la actualidad, de que la emoción, en su esencia, es un sistema innato y adaptativo que se ha desarrollado para ayudarnos a sobrevivir y vivir. Las emociones están conectadas a nuestras necesidades más esenciales. Nos alertan rápidamente sobre situaciones importantes para nuestro bienestar. Nos preparan y guían en estas situaciones importantes, para que podamos llevar a cabo acciones que conduzcan a la concreción de nuestras necesidades. Así, las emociones establecen una modalidad de pro-



cesamiento básico en acción (Le'Doux 1996, 1996, Greenberg 2002). . En la terapia se ayuda a los clientes a identificar mejor, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones.

Como resultado de esto, los clientes se vuelven más hábiles para acceder a la información importante y a los significados sobre ellos mismos y su mundo, que contienen las emociones; de igual forma se vuelven más hábiles para usar esta información para vivir vital y adaptadamente.

En TFE los esquemas emocionales se conciben como la fuente primaria de experiencia, que funcionan rápida e implícitamente para producir la experiencia sentida y la tendencia a la acción en forma automática.

Los esquemas emocionales están basados en respuestas emocionales intrínsecas, pero éstas se acoplan con el aprendizaje de organizaciones internas más complejas, que incluyen la cognición. Desde una visión del procesamiento basada en los esquemas emocionales, consideramos que las personas interpretan continuamente, transforman e infieren significados a partir del input sensorial que ingresa (desde el interior del cuerpo o desde el ambiente). Estas sensaciones son interpretadas y adheridas a otras sensaciones y así se forma un esquema de significado mayor. La mente humana crea respuestas que se orientan a la satisfacción interna así como también a armonizar con las demandas y expectativas del ambiente.

La actividad neural resultante se convierte en una estructura esquemática que, cuando es activada, crea una cascada de procesos sensoriomotores y representacionales que son el corazón del flujo de la experiencia. Sentir una emoción implica experimentar cambios en el cuerpo en relación a, e integrados con, el objeto o situación evocadores, así como con el aprendizaje emocional pasado. En contraste con un esquema cognitivo, el esquema emocional incluye un gran componente de expe-

riencia no verbal y afectiva. Los esquemas de emoción constituyen la base del self.

Los esquemas emocionales mismos no son accesibles a la conciencia. Sin embargo, pueden ser entendidos a través de la experiencia que producen. La experiencia es accesible a la conciencia y se le puede prestar atención, se la puede explorar y dar sentido por medio de un proceso de atención y reflexión.

La forma en que nos encontramos en una situación, por ejemplo, el sentimiento de qué ocurre, tal como sentirse deprimido, seguro o apocado, emerge de la síntesis dinámica de los esquemas emocionales implícitos que producen estas auto-organizaciones cambiantes como un referente vivenciado.

Nuestra experiencia de estos estados es, por tanto, construida en cuanto a lo que conscientemente sentimos, en referencia al sentimiento de lo que ocurre, sentido en el cuerpo, simbolizado en la conciencia, y reflexionando sobre ellos y formando narrativas que lo explican, creando así el self en el que nos convertimos en ese momento (Greenberg & Watson 2006).

Estamos, por tanto, en un proceso continuo consistente en describir y simultáneamente crear quiénes somos. Se requiere la participación de la atención focal para el procesamiento de la información emocional automática en experiencia explícita y en lo que será recordado. El uso de la atención focalizada para atender a los sentimientos actuales sentidos en el cuerpo, las imágenes del pasado, las experiencias dolorosas previamente evitadas, constituye el método central en la TFE. Además, la narrativa es básica para el comienzo de las experiencias de cambio.

El cambio exitoso del self implica la articulación, elaboración y transformación de la historia de vida del cliente. En tanto que la TFE toma a la emoción como dato fundamental de la experiencia humana reconoce la importancia del dar sentido y del cambio narrativo, y considera en última instancia a la emo-



ción y a la cognición como inexorablemente inseparables.

Consideramos los esquemas emocionales como la mayor estructura interna que organiza la experiencia. Brevemente, los *esquemas emocionales* son redes internas, idiosincrásicas e implícitas de la experiencia humana que sirven como la base de la auto-organización, incluyendo la conciencia, la acción y la identidad (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg et al., 1993). Especialmente, los esquemas emocionales completos contienen una variedad de elementos, incluyendo elementos situacionales, corporales, afectivos, conceptuales y de acción. La disfunción ocurre cuando los esquemas emocionales se han convertidos en maladaptativos por el aprendizaje traumático y/o cuando uno o más elementos del esquema no están simbolizados en el darse cuenta (Elliott et al., 2004; Leijsen, 1998).

El terapeuta ayuda a los clientes a entender y a transformar su experiencia esquemática de la emoción a través de la escucha empática, las intervenciones expresivas o evocativas. Los terapeutas además ayudan a sus clientes a reevaluar los recuerdos esquemáticos de emociones, a reflexionar sobre ellos y a exponer estas estructuras a respuestas emocionales más adaptativas (Greenberg & Paivio, 1997). Otra característica importante de TFE es su enfoque diagnóstico procesal, que se refiere tanto a la emoción momento a momento como a los diferentes estados emocionales en la sesión. En relación a la evaluación de las emociones momento a momento, TFE sugiere que éstas pueden ser organizadas en cuatro clases diferentes de respuesta emocional: *emoción primaria adaptativa*, *emoción primaria desadaptativa*, *secundaria reactiva* y *emoción instrumental* (Greenberg & Safran, 1987). Hermann y Greenberg las desarrollan en detalle. Dado que la experiencia emocional no es toda la misma, se sigue que distintos tipos de reacciones emocionales se benefician de dis-

tintas intervenciones terapéuticas (Greenberg & Safran, 1989; Greenberg & Paivio, 1997).

Principios del cambio emocional

En la TFE el mecanismo central del cambio en la psicoterapia es el procesamiento emocional y los procesos emergentes de dar sentido. Desde la perspectiva de la TFE el cambio ocurre dándole sentido a las emociones propias a través de la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción en el contexto de una relación empáticamente entonada que facilite estos procesos. Los principios del cambio emocional se describen a continuación:

Toma de conciencia

La toma de conciencia de la emoción es el principio más fundamental. Una vez que sabemos lo que sentimos nos reconectamos con las necesidades que están siendo señaladas por la emoción y nos motivamos para alcanzarlas. La toma de conciencia incrementada de las emociones es terapéutico de varias maneras.

Tomar conciencia de y simbolizar la experiencia emocional básica en palabras, brinda el acceso a la información adaptativa y a la tendencia a la acción que hay en la emoción. Es importante notar que el darse cuenta emocional no es pensar sobre el sentir, implica el sentir el sentimiento en la toma de conciencia. Sólo una vez que la emoción es sentida, su articulación con el lenguaje deviene un componente importante de la toma de conciencia.

La habilidad de los clientes para articular lo que están experimentando en su mundo interno es entonces un foco central en este tratamiento. El terapeuta trabaja con los clientes para ayudarlos a acceder, tolerar y regular, así como a aceptar sus emociones. La aceptación de la experiencia emocional, como opuesta a su evitación, es el primer paso en el trabajo del darse cuenta. Una vez aceptada la emoción, en vez de haber sido evitada, el tera-



peuta ayuda al cliente en la utilización de la misma. Aquí el cliente aprende a utilizar la emoción de la cual se ha anoticiado y ha aceptado, para optimizar su afrontamiento. Se ayuda a los clientes a significar lo que la emoción les está diciendo y a identificar el objetivo/necesidad/preocupación que los está organizando para lograrlo. La emoción se usa así, tanto para informar como para movilizar.

Los terapeutas se acercan y valoran la emoción entonando con la experiencia emocionalmente conmovedoras. Mediante las respuestas empáticas evocativas a las historias del cliente, la atención de este último es dirigida hacia aquello conmovedor en su vida.

En este proceso los terapeutas utilizan el lenguaje cuidadosamente, evitando las expresiones teóricas o la narrativa externa, haciendo conjeturas empáticas y empleando el lenguaje del mundo interno del cliente, describiendo las experiencias de modo particular y no genérico, en términos sensoriales y no conceptuales. Con el tiempo, los clientes aprenden a prestar atención a lo interno y crece su toma de conciencia del significado emocional de su experiencia. Si la experiencia emocional está bloqueada, la atención a lo interno puede requerir además la adquisición de una mayor toma de conciencia de la experiencia corporalmente sentida, conectada con la emoción. La relación de trabajar segura y de aceptación, libre de preocupaciones acerca del enjuiciamiento del terapeuta, sostiene este movimiento hacia el interior.

Expresión

Se ha demostrado recientemente que la expresión emocional es un aspecto único del procesamiento emocional que predice modificaciones en cuestiones tales como el cáncer de pecho (Stanton, Danoff-Burg, Cameron, Bishop, Collins, Kirk, Sworowski, & Twillman, et al. 2000) y daños emocionales interpersonales incluyendo el trauma (Greenberg

& Malcolm 2002, Paivio & Nieuwenhuis, 2001, Paivio, Hall, Holowaty, Jellis & Tran, 2001, Foa & Jaycox, 1999). La expresión de la emoción en terapia no implica dar salida a la emoción, sino superar la evitación para experimentar fuertemente y expresar emociones previamente coartadas (Foa & Kozak 1986, Greenberg & Safran, 1987). El afrontamiento expresivo puede ayudar a entender y a clarificar preocupaciones centrales y servir para promover la persecución de objetivos.

Hay una fuerte tendencia humana a evitar emociones dolorosas. Los procesos cognitivos normales a menudo distorsionan la emoción y transforman las emociones displacenteras adaptativas, tales como tristeza y enojo, en conductas disfuncionales diseñadas para evitar el sentir. Primero los clientes deben acercarse a la emoción atendiendo a la experiencia emocional. Esto a veces implica cambiar las cogniciones que gobiernan su evitación. Luego, los clientes deben permitirse tolerar estar en vivo contacto con sus emociones. Estos dos pasos son consistentes con la idea de exponerse. Está ampliamente comprobada la efectividad de la exposición a sentimientos previamente evitados (Foa & Jaycox, 1998). De todos modos, desde la perspectiva experiencial, el acercamiento, la activación y la tolerancia de la experiencia emocional es necesaria pero no suficiente.

El procesamiento emocional óptimo implica la integración de la cognición y el afecto (Greenberg, 2002; Greenberg & Pascual-Leone, 1995; Greenberg & Safran, 1987). Una vez logrado el contacto con la experiencia emocional, los clientes deben además orientarse cognitivamente a esa experiencia considerada como información y explorarla, reflexionar sobre ella y significarla. Sin embargo, el efecto de la activación emocional en terapia depende de la calidad de la alianza terapéutica. Iwakabe, Rogan & Stalikas (2000) documentaron que una gran activación predecía



un buen resultado de la sesión, solamente cuando había una fuerte alianza.

No puede haber una regla universal sobre la efectividad de la activación emocional o del recuerdo de la expresión emocional. El rol de la activación y el grado en que podrá ser útil en terapia, depende de cuál emoción sea expresada, sobre qué tema, de cómo sea expresada, por quién, a quién, cuándo y bajo qué condiciones, y de qué manera la expresión emocional sea seguida por otras experiencias de afecto y significado (Whelton, 2004). La activación es necesaria, pero no suficiente para el progreso terapéutico. Recientemente (Greenberg, Auzra & Hermann, 2007) descubrieron que era el grado de productividad del procesamiento de las emociones activadas, más que la activación por sí sola, lo que distinguía los casos con buen o pobre resultado.

Regulación

El tercer principio del procesamiento emocional incluye la regulación de la emoción. Facilitar la habilidad para tolerar y regular la experiencia emocional es así otro paso importante del proceso de cambio. Es claro que la activación y la expresión de la emoción no es siempre útil o apropiada en la terapia o en la vida y que, para algunos clientes, entrenarse en la capacidad para la regulación emocional debe antecederlas o acompañarlas.

Los beneficios que se obtienen de la expresión intensa de la emoción se aplican a la sobrerregulación (demasiado control) o la supresión de la misma, pero es patente que en algunos individuos con desórdenes psicológicos sus emociones están poco reguladas o desreguladas (Linehan, 1993; Gross, 1999). Las cuestiones importantes en cualquier tratamiento son, entonces, qué emociones deben ser reguladas y de qué manera. Emociones poco reguladas suelen ser, o bien emociones secundarias, tales como la desesperación y la desesperanza, o emociones maladaptativas

primarias, tales como la vergüenza de no ser valioso, la ansiedad de la inseguridad básica y el pánico.

Se ha demostrado que los clientes con baja regulación emocional se benefician tanto de la validación y del aprendizaje de la regulación de la emoción, como de las habilidades para tolerar el malestar (Linehan, 1993). El proveer un ambiente seguro, validante, de apoyo y empático ayuda a aliviar el poco regulado malestar que se genera automáticamente (Bohart & Greenberg, 1997) y ayuda a fortalecer el self. Las habilidades para la regulación emocional incluyen cuestiones como identificar y nombrar las emociones, permitirse tolerar emociones, establecer una distancia de trabajo, incrementar las emociones positivas, reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas, el auto alivio, la respiración y la distracción.

La regulación de las emociones subreguladas implica entonces tomar alguna distancia de la desesperación abrumadora y desesperante y/o el desarrollo de capacidades autocalmantes, para calmar y consolar las ansiedades nucleares y la humillación. En vez de instalarse en estas actividades, son útiles, la experiencia positiva y el apoyo.

Las emociones desadaptativas de vergüenza nuclear y los sentimientos de precaria vulnerabilidad también se benefician de la regulación, a los efectos de crear una distancia de trabajo de los mismos, en vez de quedar abrumados por ellos. Algunas modalidades de meditación y autoaceptación resultan ser muy útiles para lograr una distancia de trabajo de las emociones abrumadoras nucleares. La habilidad para regular la respiración y para observar las propias emociones y dejarlas ir y venir son procesos para regular el malestar emocional. Tratamientos de conciencia plena (Mindfulness treatments) han resultado ser efectivos para tratar desórdenes de ansiedad generalizada y pánico (Kabat-Zin, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher, Pbert, Lender-



king & Santorelli, 1992), dolor crónico (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1986) y la prevención de una recidiva en la depresión (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000). La conciencia plena de las emociones, junto con el registro de la respiración, es útil para regular los síntomas de la depresión y la ansiedad y ayuda en su afrontamiento.

Otro aspecto importante de la regulación es el desarrollo de las habilidades de los clientes para tolerar la emoción y autocalmarse.

La emoción puede morigerarse desarrollando la tolerancia y el calmarse en una variedad de niveles distintos de procesamiento. La calma psicológica implica la activación del sistema nervioso parasimpático para regular el ritmo cardíaco, la respiración y otras funciones simpáticas que se aceleran bajo el estrés. En el nivel conductual y cognitivo más deliberado, promover las habilidades de los clientes para recibir sus experiencias emocionales dolorosas y ser compasivos con ellas, es el primer paso hacia la tolerancia de la emoción y el autoalivio.

Parece ser que simplemente el reconocer, permitir y tolerar la emoción es también un aspecto importante para ayudar a regularla. Este alivio de la emoción puede ser generado por los mismos individuos, reflexivamente, por una agencia interna, o por otra persona. Como ya hemos visto, el auto-alivio implica, entre otras cosas, la respiración diafragmática, la relajación, el desarrollo de la autoempatía y la compasión y el diálogo consigo mismo.

El alivio también ocurre interpersonalmente en la forma de un entonamiento empático con el afecto propio y a través de la aceptación y validación por parte de otra persona. El poder autoaliviarse se desarrolla inicialmente por la internalización de las funciones calmantes del otro protector (Sroufe, 1996; Stern, 1985). En la TFE los terapeutas ayudan a sus clientes a contener y regular la experiencia emocional brindando un ambiente tran-

quilizador. Con el tiempo, esto es internalizado y ayuda a los clientes a desarrollar el autoalivio implícito, la habilidad para regular los sentimientos automáticamente sin esfuerzo deliberado.

Reflexión

Además de reconocer las emociones y simbolizarlas en palabras, promover la ulterior reflexión sobre la experiencia emocional ayuda a la gente a encontrar el sentido de su experiencia y promueve su asimilación en la narrativa permanente del self. Lo que hacemos de nuestra experiencia emocional nos hace lo que somos. La reflexión nos ayuda a crear un nuevo significado y a desarrollar *una nueva narrativa para explicar la experiencia* (Greenberg & Pascual-leone, 1997; Greenberg & Angus, 2004; Goldman, Greenberg & pos, 2005, Pennebaker, 1995). Pennebaker (1995) ha demostrado los efectos positivos de la escritura en la que se expresa la experiencia emocional, sobre la actividad del sistema nervioso autónomo, el funcionamiento inmune y la salud física y emocional y concluye que a través del lenguaje, los individuos pueden organizarse, estructurarse y luego asimilar tanto las experiencias emocionales como los eventos que puedan haber provocado las emociones. Esto implica claramente procesos conceptuales conscientes

La exploración de la experiencia emocional y la *reflexión* sobre lo que se descubre es así otro proceso importante del cambio. La reflexión ayuda a dar sentido a la experiencia activada. En este proceso, los sentimientos, las necesidades, la experiencia propia, los pensamientos y metas de diferentes partes del self son identificados. Se puede experimentar y comprender cómo las partes del self están conectadas. Se entiende como una voz del self condenatoria lleva a sentimientos de vergüenza y depresión y esto ayuda a la gente a reconocer su actividad en la creación de la expe-



riencia problemática. Se le da significado a las situaciones que han evocado la emoción. El resultado de esta reflexión es un profundo auto conocimiento experiencial.

Transformación

El último y probablemente más importante modo de tratar con la emoción en terapia implica la transformación de *la emoción por la emoción*. Esto implica específicamente la transformación de emociones desadaptativas primarias tales como el miedo y la vergüenza (Greenberg, 2002). Este principio del cambio emocional sugiere que un estado emocional desadaptativo puede ser transformado anulándolo, al activar otro estado emocional más adaptativo. Spinoza (1967) fue el primero en notar que se necesita de una emoción para cambiar otra emoción. El propuso que “Una emoción no puede ser refrenada o removida, a no ser por una emoción opuesta más fuerte” (Ethics IV, p. 1 a 5). El razonamiento claro casi nunca es suficiente para cambiar las respuestas emocionales basadas en la emergencia automática. Darwin (1897) al retroceder de un salto ante el ataque de un víbora encerrada en un frasco, notó que al haberse acercado con la determinación de no retroceder, su voluntad y razón no tenían poder por sobre la imaginación de un peligro que nunca había experimentado.

Más que razonar con la emoción, uno puede transformar una emoción en otra. Con el tiempo, la coactivación de la emoción más adaptativa en respuesta a la emoción desadaptativa ayuda a transformar esta última. En tanto que el pensar normalmente cambia los pensamientos, sólo sintiendo se pueden cambiar las emociones. Un importante objetivo de la TFE es así llegar a la emoción desadaptativa, no por su buena información y motivación, sino para hacerla accesible a la transformación.

Es importante notar que el proceso de cambio de la emoción con la emoción va más allá de la idea de catarsis o terminación y descarga, exposición, extinción o habituación, en tanto que el sentimiento desadaptativo no es purgado ni es simplemente atenuado por la persona que lo siente. Más bien, otra emoción se usa para transformarlo o anularlo. Aunque la exposición a la emoción puede a veces ser útil para superar el afecto fobia, en varias situaciones en la terapia, el cambio también ocurre porque una emoción es transformada por otra emoción, más que simplemente atenuarla.

En estos casos el cambio emocional ocurre por la activación de una experiencia incompatible, más adaptativa, que anula o transforma la vieja respuesta. Esto implica más que simplemente sentir o enfrentar el sentimiento para disminuirlo. El cambio emocional ocurre por la activación de una experiencia incompatible, más adaptativa, que reemplaza o transforma la vieja respuesta.

Frederickson (2001) por ejemplo ha demostrado que una emoción positiva puede debilitar el lazo que una emoción negativa tiene en la mente de una persona, ampliando el repertorio momentáneo de acciones pensadas de una persona. Se descubrió que experiencias de júbilo y alegría producían una recuperación cardiovascular más rápida de emociones negativas que una experiencia neutral. Frederickson, Mancuso, Braingan y Tugade (2000) comprobaron que individuos resilientes recuperan emociones positivas para anular experiencias emocionales negativas. Así, en primer instancia, los malos sentimientos parecen ser transformados por sentimientos felices, no en una forma deliberada, tratando de ver el mejor lado de las cosas o reemplazándolo, sino por la evocación de una experiencia alternativa significativamente adquirida que anula la fisiología y la experiencia del sentimiento negativo.



Se ha descubierto que en el dolor anímico, la risa es un predictor del tiempo para la recuperación. Poder recordar los tiempos felices, experimentar el disfrute, ayuda como un antídoto a la tristeza (Bonano & Keltner, 1997). La calidez y el afecto son igualmente un antídoto para la ansiedad.

En la depresión, un sentimiento de inutilidad, sumiso y lleno de protestas puede ser transformado terapéuticamente guiando a la gente hacia el deseo que motoriza su protesta – un deseo de ser librados de sus jaulas y acceder a sentimientos de disfrute y emoción por la vida.

Isen (1993) hipotetizó que al menos algunos de los efectos positivos de los sentimientos felices dependen de los efectos del neurotransmisor implicado en la emoción del disfrute, sobre partes específicas del cerebro que influyen el pensamiento intencional. Se ha descubierto que un afecto positivo leve facilita la resolución de problemas. Estos estudios, tomados en forma conjunta, indican que la emoción positiva puede ser usada para cambiar la emoción negativa. Davidson (2000) además sugiere que la retractación del hemisferio derecho relacionado con el sistema de afectos negativos, puede ser transformado por la activación del sistema de aproximación en el córtex prefrontal izquierdo.

Este principio se aplica no sólo a las emociones positivas que cambian a las negativas, sino al cambio de emociones desadaptativas activando las emociones adaptativas dialécticamente opuestas (Greenberg, 2002). De este modo, en la terapia el temor desadaptativo, una vez activado, puede ser transformado en seguridad por la activación de emociones de ira o disgusto adaptativo capaces de establecer límites, o evocando sentimientos más suaves de compasión o perdón.

Igualmente la ira desadaptativa puede ser anulada por una tristeza adaptativa. La vergüenza desadaptativa puede ser transformada accediendo tanto al enojo frente a la intrusión/invación, como a sentimientos reconfortantes, así como accediendo al orgullo y la autoestima. Así, la tendencia a que la tierra lo trague a uno, debida a la vergüenza, puede ser transformada por una tendencia ambiciosa al conectarse con el enojo ante la invación.

Emociones de retirada, de una parte del cerebro, son reemplazadas con emociones de aproximación de otra parte del cerebro y viceversa (Davidson, 2000). Una vez que la emoción alternativa ha sido accedida, se transforma o anula el estado original y se crea un nuevo estado.

En TFE la transformación viene del acceso del cliente a un nuevo estado emocional en la sesión, que anula la vieja emoción desadaptativa. ¿Cómo accede el terapeuta a nuevas emociones? El terapeuta presta atención a las emociones subdominantes que son expresadas en la periferia de la conciencia del cliente y ayuda a éste a prestarles atención y a experimentar las emociones primarias más adaptativas y las necesidades que proveen resiliencia interna.

Otros métodos para acceder a la nueva emoción incluyen la acción y la imaginación para evocar nuevas emociones, recordando el tiempo en que la emoción fue sentida, cambiando el modo en que el cliente ve las cosas, o aún, expresando una emoción por el cliente (Greenberg, 2002). Una vez que se accede a ellos, estos nuevos recursos emocionales comienzan a deshacer el programa psicoafectivo motor que determinaba previamente el modo de procesar de la persona. Esto le permite desafiar la validez de las percepciones de sí mismo y de los otros, conectadas a la emoción desadaptativa, debilitando su lazo con ellas.

La dificultad para cambiar la experiencia emocional y reestructurar las respuestas emocionales, reside en que el cambio emocional no puede tener lugar a través de un proceso racional de comprensión o explicación, sino más bien, generando una nueva respuesta emocional. La TFE trabaja sobre el principio



básico de que la gente debe llegar primero a un lugar antes de poder abandonarlo. Los esquemas emocionales desadaptativos deben ser activados en la sesión de terapia a los efectos de cambiarlos mediante el acceso a otras emociones más adaptativas.

Principios del Tratamiento

Los principios del tratamiento que guían la posición vincular del terapeuta y sus acciones (Greenberg et al., 1993; Elliott et al., 2004) se dividen en principios de tarea y principios de relación. La TFE implica un estilo terapéutico que combina el seguimiento y la guía en el proceso experiencial del cliente y enfatiza la importancia de las habilidades tanto relacionales como de intervención.

La TFE se construye sobre una relación empática, genuinamente validadora, con un terapeuta altamente respetuoso, plenamente presente y sensiblemente receptivo a la experiencia del cliente. Los *principios de la relación* presentados a continuación implican la facilitación de un compromiso compartido en una relación segura, focalizada en la tarea, una relación que es segura y está suficientemente focalizada como para alentar al cliente a expresarse y a explorar sus dificultades personales centrales, así como el dolor emocional.

1. *Entonamiento empático: entrar y rastrear la experiencia inmediata y en desarrollo del cliente.*
2. *Vínculo terapéutico: comunicar empatía, comprensión y presencia al cliente.*
3. *Colaboración con la tarea: facilitar el compromiso en las metas y tareas de la terapia.*

Los tres principios de la relación proveen un modelo de la relación óptima paciente-terapeuta en TFE. Éstos se corresponden con los tres *principios de la tarea* que guían la consecución de las tareas terapéuticas presentadas

por los clientes. Estos principios se basan en la suposición general de que los seres humanos son organismos activos, propositivos, con una necesidad innata de exploración y control de su medio ambiente. Estos principios se ponen en juego en los intentos del terapeuta de ayudar al cliente a resolver los problemas internos, relacionados con las emociones, a través del trabajo con los objetivos personales y las tareas en sesión.

4. *Procesamiento experiencial: ayudar al cliente a trabajar de diferentes modos en diferentes momentos.*
5. *Foco en el completamiento de las tareas: focalizar y facilitar la conclusión de las tareas terapéuticas clave del cliente.*
6. *Autodesarrollo: promover la responsabilidad del cliente y su empoderamiento (empowerment).*

Intervención

Se han delineado distintos tipos de empatía que van desde respuestas de pura comprensión, pasando por respuestas validantes y evocativas, hasta respuestas exploratorias y conjeturales (Greenberg & Elliott 1997). La exploración empática, sin embargo, es la modalidad de intervención fundamental en TFE. Atendiendo con sensibilidad, momento a momento, a lo que es más conmovedor en la narrativa hablada y no hablada, la exploración verbal empática del terapeuta puede capturar la experiencia del cliente de un modo más rico que lo que éste logra en sus propias descripciones (Rice, 1974).

Esto ayuda a que los clientes simbolicen la experiencia implícita previa en una forma conciente del darse cuenta.

Cuando una respuesta del terapeuta focaliza en lo que parece más implícitamente vivo en el decir de un cliente, la atención de éste se focaliza en este aspecto de su experiencia. Se le



alienta a focalizar y a diferenciar los puntos clave de la misma. Esto se ejemplifica en el segmento siguiente, donde una cliente deprimida está explorando su experiencia al final de una relación amorosa.

Cliente: Me la paso pensando si él me va a llamar

Terapeuta: La imagen que tengo es la de usted sentada allí esperando que suene el teléfono y aunque sólo hay silencio y vacío es difícil levantarse y caminar (empatía evocativa)... de alguna manera esperando que él llame (exploratorio).

Cliente: Me la paso esperando que vuelva (sollozando suavemente). Terapeuta: Así, de alguna manera esperando, ¿mantiene la puerta abierta?

Cliente: Sí, creo que he estado reacia a seguir adelante... Me hace sentir tan triste, pero estoy comenzando a darme cuenta de que no tiene sentido dar vueltas.

Marcadores y tareas

A medida que se desarrolla el tratamiento los temas emergen y se desarrolla un foco sobre los determinantes subyacentes a los problemas presentados. El terapeuta ayuda al proceso de desarrollar un foco estando continuamente entonado con los *marcadores* del proceso del cliente, que señalan los determinantes subyacentes a los distintos tipos de dificultades. Esta es una característica definitoria del enfoque de la TFE, la intervención está guiada por *marcadores*. La investigación ha demostrado que en las sesiones los clientes entran en estados de procesamiento emocional problemáticos específicos que son identificables por lo que dicen en la sesión y por conductas que marcan problemas afectivos subyacentes, y que esto brinda oportunidades para tipos particulares de intervenciones eficaces (Greenberg et al., 1993; Rice & Greenberg, 1984; Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994). En la TFE se entrena a los terapeutas a

identificar los marcadores de diversos tipos de procesamiento emocional problemático y a intervenir en la forma específica que mejor se ajuste a estos problemas.

Han sido identificados los siguientes marcadores principales y las intervenciones que los acompañan: 1) Reacciones problemáticas expresadas a través del desconcierto sobre las respuestas emocionales o conductuales a situaciones particulares. Por ejemplo, un cliente diciendo “En mi camino hacia la terapia vi un perrito con orejas largas y caídas, y de repente me sentí tan triste y no sé por qué.”

Las reacciones problemáticas son oportunidades para un despliegue evocativo sistemático. Esta forma de intervención incluye la evocación vívida de la experiencia, para promover el re-experimentar la situación y la reacción, a los efectos de establecer la conexión entre la situación, los pensamientos y las reacciones emocionales, para llegar, finalmente, al significado implícito de la situación, que da sentido a la reacción.

2) Una sensación poco clara, o sentirse confuso e incapaz de tener un sentido claro de su experiencia. “Yo simplemente tengo esta sensación, pero no sé qué es.” Una sensación sentida como poco clara requiere focalización (Gendlin, 1996) en la cual el terapeuta guía al cliente a acercarse a los aspectos incluidos en su experiencia con atención, con curiosidad y con voluntad, a experimentarlos y poner en palabras la sensación sentida corporalmente.

3) Conflicto de partes, en el cual un aspecto del self es crítico o coercitivo hacia otro aspecto; por ejemplo una mujer se siente rápidamente desesperanzada y derrotada, pero también enojada debido al fracaso ante los ojos de sus hermanas. “Yo me siento inferior a ellas. Es como si les hubiera fallado y no soy tan buena como ellas”. Partes autocríticas como ésta ofrecen una oportunidad para el trabajo con las dos sillas. En éste dos partes del self se ponen en contacto una con la otra.



Se exploran los pensamientos, sentimientos y necesidades dentro de cada parte del self y se comunican en un diálogo real para lograr suavizar la voz crítica e integrar ambas partes.

4) Partes auto interruptivas aparecen cuando una parte del self interrumpe o limita la experiencia emocional y la expresión “Siento que me vienen lágrimas pero yo me endurezco y me las trago, de ninguna manera voy a llorar.” En la intervención, la parte interruptiva del self se hace explícita.

Los clientes toman conciencia de cómo se interrumpen y se los guía a actuar las formas en que lo hacen, sea mediante un acto físico (ahogarse o bajar la voz), metafóricamente (acorazándose), etc., o verbalmente (“Cállate, no sientas, quédate quieto, no sobrevivirás a esto”), de modo tal que puedan experimentar-se a sí mismos como agentes en el proceso de cerrarse y luego puedan reaccionar y enfrentar la parte interruptiva del self.

5) Un marcador de cuestiones inconclusas implica la verbalización de un sentimiento no resuelto y persistente hacia un otro significativo, dicho de un modo altamente implicado: “Mi padre, nunca estuvo para mí. No lo he perdonado, muy profundo dentro mío no creo que sufra por lo que probablemente no tuve y sé que nunca tendré.” Las cuestiones inconclusas hacia un otro significativo requieren una intervención con la silla vacía. Utilizando el diálogo de la silla vacía, los clientes activan su punto de vista interno y experimentan y exploran sus reacciones emocionales hacia el otro y les dan sentido. Ocurren cambios en el modo en que son vistos el self y el otro, y

6) la vulnerabilidad en la cual el self se siente frágil, profundamente avergonzado o inseguro sobre algún aspecto de su experiencia, “Yo sólo siento que no me queda nada. Estoy terminado. Es demasiado pedirme continuar”. La vulnerabilidad requiere validación empática. Cuando una persona se siente profundamente avergonzada o insegura sobre

algún aspecto de su experiencia, necesita, por sobre todo lo demás, la afirmación empática del terapeuta que debe aceptar cálidamente al cliente y tanto validar como normalizar su experiencia.

La identificación de estos marcadores del cliente no sólo ayuda a focalizar el tratamiento, sino que, cuando los clientes expresan un marcador en sesión, esto le indica al terapeuta que el procesamiento de un problema afectivo particular está actualmente activado y es receptivo a la intervención. El tipo de marcador le alerta al terapeuta qué intervención será más fructífera para ayudar a resolver la dificultad en el procesamiento emocional.

El foco de un tratamiento se desarrolla mediante respuestas reiteradas a las dificultades del procesamiento emocional en el momento, de sesión en sesión.

El foco se desarrolla teniendo en cuenta lo que es más vivo y doloroso. El objetivo último del tratamiento y de estas intervenciones guiadas por los marcadores, es acceder a los sentimientos primarios y, en los clientes más angustiados, acceder a los esquemas emocionales desadaptativos para exponerlos a emociones adaptativas.

Fases del tratamiento

El tratamiento de TFE puede desglosarse en tres grandes fases (Greenberg & Watson, 2006). La primera fase de vinculación emocional y toma de conciencia, es seguida por la fase intermedia, consistente en evocar y explorar. Finalmente, la terapia concluye con una fase de transformación, que incluye la construcción de alternativas mediante la generación de nuevas emociones, así como la reflexión para crear nuevos sentidos. .

Fase 1: *Vinculación emocional y toma de conciencia*. Esta fase incluye los siguientes cuatro pasos 1) Prestar atención a, empatizar con y validar los sentimientos del cliente y su actual sentido del self. 2) Proveer una razón



para trabajar con la emoción. 3) Proveer la toma de conciencia de la experiencia interna. 4) Establecer un foco colaborativo.

Desde la primera sesión el terapeuta mantiene una actitud terapéutica de empatía y consideración positiva, para ayudar a crear una atmósfera segura para la evocación y la exploración de la emoción, que luego tendrá lugar. En la fase temprana de la terapia es también necesario brindarle a los clientes una razón de cómo trabajar con la emoción lo ayudará. Esto ayuda a la colaboración del cliente con el objetivo de trabajar con las emociones, por ejemplo, el terapeuta podría decir “Sus emociones son importantes, le están diciendo lo que es importante para usted. Trabajemos dándoles lugar y obtengamos su mensaje.”

El terapeuta ayuda también al cliente a comenzar una aproximación, evaluando y regulando su experiencia emocional. Se comienza a establecer el foco del tratamiento ya en esta primera fase. Los terapeutas y los clientes desarrollan colaborativamente una comprensión del dolor nuclear de la persona y trabajan para lograr un acuerdo respecto de los determinantes subyacentes de los síntomas actuales. Por ejemplo, trabajando con una persona deprimida que había sido una madre sin pareja durante 5 años, el terapeuta, siguiendo su dolor, llegó a focalizar a la cliente en la vergüenza subyacente que provenía de su propio desprecio por haberse casado con un hombre que había sido físicamente abusador, y por no haberlo dejado la primera vez que le golpeó.

Fase 2: *Evocación y exploración*. Esta fase incluye los siguientes cuatro pasos 1) establecer contención para la experiencia emocional. 2) Evocar y activar sentimientos problemáticos, 3) anular interrupciones de la emoción. 4) Ayudar al acceso a las emociones primarias, o esquemas desadaptativos nucleares.

Durante esta fase las emociones son evocadas y si es necesario, intensificadas.

De todos modos, el terapeuta ha de asegurarse en primer término, de que hay suficiente sostén interno y externo para evocar emociones dolorosas. Antes de evocar la emoción son necesarias la confianza, la habilidad para regular, la resiliencia suficiente y la capacidad para auto calmarse. El objetivo de la evocación y exploración de la emoción es eventualmente llegar al nivel más profundo de la emoción primaria nuclear. Muchas técnicas pueden ser usadas para hacerlo, tales como la evocación empática, la focalización y los diálogos de la silla gestálticos.

Antes de activar la emoción, los terapeutas evalúan si el cliente está listo para evocar experiencias emocionales y se aseguran de que tenga los recursos internos para hacer un uso terapéutico de ellos. Una vez que esto está asegurado, durante esta fase el terapeuta de TFE ayuda al cliente a experimentar y explorar lo que sienten en el núcleo de sí mismos.

También se trabaja en esta fase la interrupción y evitación de la experiencia emocional. Los terapeutas se focalizan en el proceso interruptivo mismo y ayudan a los clientes a tomar conciencia y a experimentar las modalidades cognitivas (expectativas catastróficas), físicas (parar la respiración), conductuales (cambiar de tema) que pueden estar frenando y evitando los sentimientos (por ejemplo: Terapeuta: ¿Qué ocurre ahora? Veo que se endurece. Cliente: Siento un nudo en el estómago y estoy conteniendo la respiración. Terapeuta: Sí, hágalo un poco más para captar cómo lo hace.)

Fase 3: *Transformación y generación de alternativas*. Esta fase incluye los siguientes tres pasos. 1) Ayudar a generar nuevas respuestas emocionales para transformar los esquemas desadaptativos nucleares. 2) Promover la reflexión para dar sentido a la experiencia. 3) Validar nuevos sentimientos y dar contención a un sentido del self emergente.

Habiendo llegado a una emoción nuclear el énfasis cambia a *la construcción de modos*



alternativos de responder emocional, cognitiva y conductualmente. Esto se logra accediendo a nuevos recursos internos en la forma de nuevas respuestas emocionales adaptativas y reflexionando sobre éstas para crear nuevos significados. Al tener los clientes nuevas experiencias del self, comienzan a crear nuevos significados y narrativas propias que reflejan un sentido más integrado y fuerte del self. El terapeuta reconoce y valida a los clientes y los ayuda a usar su sentido recientemente hallado de auto-validación como base para la acción en el mundo. Terapeuta y cliente colaboran en el tipo de acciones que podrían convalidar el cambio.

En TFE, la combinación de proveer una relación de seguridad, con la dirección del proceso, mientras se realizan las tareas en sesión, lleva a una tensión creativa que hace posible la combinación de los beneficios de seguir y guiar a la vez que suaviza las desventajas de cada uno. La colaboración activa óptima entre cliente y terapeuta le permite a cada uno sentirse ni guiado ni seguido por el otro. Es una danza sinérgica. De todos modos, la disyunción y el desacuerdo pueden ocurrir. En esos momentos creemos que la compasión humana ofrece más esperanza al otro que la técnica psicológica más sofisticada.

Por lo tanto, la relación siempre tiene precedencia sobre la prosecución de una tarea y el terapeuta siempre respeta la experticia del cliente sobre su propia experiencia. Se presta particular atención a las disyunciones potenciales, no sólo en el decir del cliente, sino también en las conductas sutiles no verbales. El terapeuta monitorea constantemente el estado de la alianza terapéutica y las tareas terapéuticas presentes para balancear el entonamiento de su respuesta con la estimulación activa.

En este enfoque *el proceso se privilegia por sobre el contenido y el diagnóstico del proceso se privilegia sobre el diagnóstico de la persona*. La formulación del caso es útil para

facilitar el desarrollo de un *foco* y ayuda a ajustar la tarea terapéutica a los objetivos del cliente, ayudando así al establecimiento de una alianza de trabajo productiva. La formulación del caso implica los siguientes pasos: 1) identificación del problema presentado y del foco para el tratamiento, en colaboración con el cliente. 2) escuchar y explorar la narrativa del cliente sobre los problemas presentados. 3) Recolectar información sobre las historias de apego relacionadas con la identidad, así como sobre las relaciones actuales 4) Identificar los aspectos dolorosos de la experiencia del cliente. 5) Observar el estilo del cliente de procesar el material emocional. 6) Identificar los temas intrapersonales e interpersonales que contribuyen al sufrimiento. 7) Confirmar esta comprensión con el cliente y sugerirle tareas que faciliten la resolución de los temas dolorosos. 8) Atender y responder al procesamiento del cliente momento a momento en la sesión, para guiar las intervenciones.

Presentación de un caso

En la entrevista de evaluación, la cliente, una mujer de 39 años refiere, sollozando, sentirse decaída y deprimida. Dice que probablemente haya estado deprimida la mayor parte de su vida, pero que el año anterior ha sido particularmente malo, que no ha estado trabajando y ha caído en un patrón de no salir de su casa, ni responder al teléfono o la puerta. Su relación con los miembros de la familia de origen es difícil y a menudo dolorosa. Su madre es una alcohólica con quien ella y sus tres hermanas ya no tienen contacto. Su padre es un sobreviviente del campo de concentración. Él ha estado siempre distanciado emocionalmente de su familia y se lo ha percibido como crítico y enjuiciador. Hay una historia de castigo físico en toda su niñez.

A partir de la exploración de la primera sesión, el terapeuta siente que en toda su niñez y vida adulta ella se ha sentido sola y sin



apoyo. Ha internalizado la voz crítica de sus padres y a menudo se juzga a sí misma como un fracaso. Dentro del contexto de un pasado físico y emocionalmente abusivo, casi siempre se sintió emocionalmente insegura y abandonada.

El terapeuta y la cliente pasaron las primeras sesiones estableciendo los principales asuntos que estaban relacionados con su depresión actual. El terapeuta escucha usando afirmaciones empáticas, exploraciones y formulaciones para comunicar su comprensión a la cliente.

Hacia el final de la tercera sesión, el terapeuta confiaba en su formulación del proceso. Desde el punto de vista del estilo de procesamiento emocional de la cliente, el terapeuta observa que ella es capaz de focalizar en su experiencia interna, particularmente en respuesta a las respuestas empáticas del terapeuta que la focalizan internamente. Como ella refiere, sin embargo, tiende a evitar (como muchas personas lo hacen) las emociones dolorosas y difíciles. De hecho, parece existir un patrón emocional identificable, donde ella se sumerge en estados de indefensión y desesperanza cuando empieza a sentir emociones primeras de tristeza y enojo y como respuesta a su experiencia de necesidad de cercanía y aceptación. Esto se puede pensar como un procesamiento emocional desadaptativo. Además ella parece haber internalizado una autocrítica relacionada con temas de fracaso que emergía en el contexto de sus relaciones familiares.

También eran evidentes asuntos inconclusos emergentes de su temprana relación con el padre. Tenía un resentimiento y una tristeza inexpressados hacia él, que afectaban su propio sentimiento de autovaloración. El objetivo del tratamiento resultó ser resolver el conflicto de autocrítica para resolver los sentimientos no resueltos hacia su padre.

En la tercera sesión, recuerda la historia de la relación con su padre. Refiere no haber

recibido su aprobación “Yo creo ser una mala persona, pero profundamente en mi interior no creo que sea una mala persona... Sí, estoy pensando por lo que probablemente no tuve y sé que nunca tendré.”

El terapeuta inicia un diálogo de la silla vacía con su padre en esta sesión. En su expresión emocional al padre imaginario en la otra silla, ella comienza a expresar el significado que había adherido a las interacciones con su padre. “Destrozaste mis sentimientos. Me destrozaste la vida. Eras mi padre pero no hiciste nada para criarme y ayudarme en la vida. No hiciste nada. Me diste de comer y me vestiste hacia cierto punto. Eso es todo.” El terapeuta responde, “Dile cómo se sentía ser llamada un demonio e ir a la Iglesia todos...”. Ella entonces continuó: “Era horrible. Me hacía sentir que yo era siempre mala, cuando era una niña. Ahora no lo creo, pero cuando era una niña creía que me iba a morir y me iría al infierno por ser una mala persona.”

Hacia finales de la tercera sesión, los temas intrapersonales e interpersonales han surgido claramente. Están claramente arraigados a lo que la cliente refiere como su experiencia más dolorosa. Primero, la cliente ha internalizado la autocrítica relacionada con temas de fracaso que emerge en el contexto de sus relaciones familiares. Esta voz que designa fracaso e inutilidad se identifica al principio como proveniente de sus hermanas, pero tienen claramente raíces en la relación anterior con sus padres. Esto se hace más evidente posteriormente en la terapia.

Relacionada a su autocrítica y a la necesidad de aprobación, se encuentra la necesidad de amor. Para ella ha sido difícil encontrar el amor en la vida. Ha aprendido a interrumpir o evitar el reconocimiento de esta necesidad, ya que la ha hecho sentir demasiado vulnerable y sola. Ha aprendido a ser independiente, pero esta independencia ha tenido un precio, ya que la ha dejado sintiéndose sin esperanza, sin ayuda y sola.



Esta necesidad de amor está relacionada a su tema inconcluso emergente de su relación temprana con su padre. Ella alberga un gran resentimiento hacia el mismo a raíz de su maltrato cuando niña y tiende a minimizarlo diciendo “ser golpeada era normal”. Ha internalizado esto como un sentimiento de desvalorización y de no ser merecedora de amor. Estas preocupaciones subyacentes se prestan muy claramente para las tareas de procesamiento emocional de las dos sillas -para la escisión del conflicto- y la silla vacía para las injurias no resueltas con un otro significativo.

Las cuestiones temáticas de la terapia continúan focalizadas mediante el trabajo con las tareas de procesamiento emocional. En un diálogo autocrítico en la cuarta sesión, ella conecta sus malos sentimientos a la crítica escuchada de sus padres. En un diálogo con la crítica, esta voz comienza a suavizarse y emergen su pena por no haber sido amada y un sentimiento de valor. “Aunque ni mi madre ni mi padre me amaron, o no me demostraron ningún amor, no era porque yo no era merecedora de ello, sino porque ellos eran incapaces de esas emociones. Ellos no saben cómo – aún no saben cómo amar.” La paciente no experimenta nuevamente la desesperanza que había sido tan predominante en sus sesiones anteriores.

Posteriormente en la sesión siete, la cliente y el terapeuta trabajan para identificar la forma en la cual ella interrumpe y previene el sentimiento de querer ser amada y se protege contra el dolor de tener sus necesidades insatisfechas. En la sesión nueve ella dice, en rol de “interruptora”, a sí misma en la otra silla: “estás perdiendo tu tiempo sintiéndote mal porque los querés y ellos no están aquí. Lo mejor para vos es renunciar a estos sentimientos y no necesitar de ellos. Eso es lo que yo hago en mi vida. Cuando la gente me lastima, llega un punto en el que realmente me imagino que literalmente los quito de mi vida, como hice con mi madre.”

Luego continúan identificando la forma en la que necesitar del amor la tornó vulnerable al dolor y a la pena y cómo interrumpir estas necesidades la han dejado vulnerable al aislamiento y la soledad. De la sesión siete a la nueve, la paciente continúa explorando los dos aspectos diferentes de su experiencia: la crítica, que intenta protegerla en tanto la controla y coarta sus necesidades y su self experiencial que siente que quiere ser amada y aceptada. Ella pasa a distinguir y a hablar desde ambos lugares y expresa tristeza, enojo y dolor.

La desesperanza que era tan dominante en las primeras sesiones, resulta ahora inexistente. Su expresión de querer amor y aceptación se hace más fuerte y la crítica se suaviza y expresa la aceptación de esta parte de sí misma. Al mismo tiempo ella se siente mucho mejor y decrece la activación de sus sentimientos negativos.

El otro tema importante de su terapia es la cuestión interpersonal con su padre con quien ella se siente dolida, enojada, inútil y no amada. En un diálogo clave en la tercera sesión, le habla al padre.

P: Me duele que no me ames, sí creo, sabes pero... estoy enojada con vos, yo necesité amor y no estabas ahí para dármelo.

Luego le habla a la imagen de su padre sobre su temor:

P: Yo estaba sola. No conocía a mi padre. Mi padre, todo lo que conocía de él, era alguien que me gritaba todo el tiempo y me golpeaba. Eso era todo. No recuerdo que me dijeras que me querías o que te importaba, o que pensabas que me iba bien en la escuela o en alguna otra cosa. Todo lo que sé es que te tenía miedo.

T: Dile el miedo que tenías de ser golpeada.

P: Sí, y me humillabas. Estaba enojada con vos porque siempre me estabas pegando, eras tan mezquino y yo escuché que a Hitler le decían mezquino por eso te llamaba Hitler.



Posteriormente en la sesión describe cómo interrumpe el doloroso sentimiento de sentirse no amada.

P: La única forma en que lo puedo manejar es haciendo un chiste porque ayuda – ayuda porque cuando me lo tomo muy en serio, me deprimó y no puedo funcionar. Así que aprendí a reírme y sé que tengo ese humor sarcástico sobre las cosas.

T: Porque bajo la risa creo hay mucho dolor y odio. Ella sigue expresando su dolor en un diálogo de temas no resueltos.

P: Te odio. Te odio, no hay duda sobre esto en mi mente. Te he odiado por años. Me enoja cuando te veo en reuniones familiares y no me siento bien de estar ahí y actúas como si nada hubiese ocurrido.

Más tarde en la sesión, expresa pena y dolor ante la inhabilidad de su padre para hacerla sentir amada. “Yo creo, me la paso pensando que nunca serás un padre, que levantarás el teléfono y simplemente me preguntarás cómo ando. Me duele que no me quieras, supongo, sabés”. Termina la sesión con el reconocimiento de que lo que ella necesitaba era aceptable. “Necesitaba ser abrazada una vez cada tanto, o que me dijese que yo estaba bien. Creo que eso es normal.”

Al acceder tanto al orgullo y enojo, como al dolor de su pérdida, su vergüenza nuclear se deshace (Greenberg, 2002). La cliente así comienza a cambiar su creencia sobre que el fracaso de amor de su padre no era porque ella no fuera digna de ser amada. Le dice a él en la silla vacía “Estoy enojada con vos porque creés que eras un buen padre, dijiste que nunca nos golpeabas y es la mentira más grande sobre la tierra, nos molías a palos constantemente, nunca nos mostraste amor, nunca nos mostrarse afecto, nunca reconociste nuestra presencia, excepto para limpiar o hacer cosas de la casa.”

Habiendo procesado su enojo y su tristeza y transformando su vergüenza, adopta una posición más compasiva y comprensiva hacia

su padre. En un diálogo con la silla vacía con su padre en la sesión diez, dice “Entiendo que has pasado por mucho dolor en tu vida y probablemente es por este dolor, por las cosas que has visto, que te has distanciado. Tenés temor quizás de dar amor en la forma en que se debe dar y acercarte demasiado a alguien, porque significaría que podrías perderlo. Sabés, yo ahora lo pude entender en tanto que mientras crecía, no podía entenderlo”.

Ella puede continuar haciéndolo responsable por la manera en que la desilusionó y la lastimó y también puede dar un lugar central a la compasión en el desarrollo de un nuevo entendimiento de sus luchas internas. “Vos sabés ser una víctima (del campo de concentración) tuvo un gran impacto en vos. En vez de ser un adolescente, fuiste un prisionero de guerra. Obviamente tuvo un efecto duradero en vos y luego la vida continuó y sabés tu matrimonio, bueno, estoy segura de que al comienzo fue bueno, sabés creo en un punto, mamá y papá, en algún momento se amaron realmente, uno al otro, pero creo que con la bebida de mi madre, y quizás con algo del enojo que vos tenías con la vida, y después perdiste un niño, tu hijo que, tu forma de lidiar con las cosas era ser frío, ser insensible, no apoyar, no es que quisieras serlo. Creo que no sabías cómo. Yo puedo entender realmente o puedo tratar de sentir tu pena y entender que hiciste lo mejor que pudiste, sabiendo lo que sabías.”

Al hablar del diálogo al final de la sesión, la paciente dice “Siento alivio que ya no tengo este enojo instalado en mi pecho.” La paciente continúa y describe cómo puede ahora aceptar que él no tenía más para darle. Esto le produce sentimientos de orgullo y luego alegría, por haber logrado superar estos sentimientos.

Su creencia nuclear desadaptativa basada en la vergüenza “No soy digna de ser amada” ha cambiado para incluir ahora el significado emocional de que el padre experimentó su propia pena en su vida y que esta pena lo llevó



a estar menos disponible para comportarse en forma amable hacia ella y sus hermanas.

La necesidad de amor ya no desencadena desesperanza y el expresar emociones fuertes ha validado que ella es digna de amor, y que ella se las puede arreglar con lo que su padre tiene para ofrecer en este momento de su vida.

Una mayor habilidad para comunicar sus necesidades, para protegerse de sentimientos inadecuados y estar cerca de sus hermanas también se pudo desarrollar.

Conclusión

La efectividad de la TFE de corta duración ha sido demostrada en varios proyectos de investigación. La TFE es un tratamiento efectivo tanto para la depresión como para el trauma emocional (Cf Greenberg & Watson 2006 para una revisión, Goldman, Greenberg, & Angus, 2006). La TFE activa la emoción durante el tratamiento para producir un cambio profundo en el funcionamiento automático de los esquemas emocionales, que son frecuentemente la fuente del problema.

La TFE combina el seguimiento y la guía del proceso experiencial de los pacientes, en tanto que enfatiza la importancia de las habilidades de relación e intervención. Considera a la emoción como el dato fundamental de la experiencia humana, pero además considera a la emoción y a la cognición como indudablemente combinadas y esenciales para la construcción de significados. En última instancia, el foco central de la TFE consiste en evaluar y utilizar el funcionamiento emocional adaptativo de los individuos para promover el crecimiento y el cambio.



Referencias

- Bohart, A. & Greenberg, L. (Eds.) (1997). *Empathy Reconsidered: New Directions in Theory Research & Practice*. Washington, D.C. APA Press.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York, NY: G. P. Putnam.
- Darwin C. (1897). *The expression of emotions in man and animals*. New York Philosophical Library (Original work published 1872)
- Davidson, R. (2000b). Affective style, psychopathology and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 5, (11),1193-1196
- Elliott R, Greenberg, L. Lietaer, G.(2004). Research on Experiential Psychotherapy. In M.Lambert (Ed.) Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy & Behavior Change. (pp 493-539) N.Y. Wiley.
- Elliott, R., Watson, J.E., Goldman, R.N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused therapy: The Process-Experiential approach to change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bonanno, G.A., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Foa, E. B., & Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy* (pp.23-61). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Frederickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Frederickson B, Mancuso, R, Branigan, C.,& Tugade. M. (2000) The undoing effects of positive emotion. *Motivation and Emotion* 24,43, 237-258.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy*. New York: Guildford. Goldman, R., Greenberg, L. & Angus, L. (2006) The Effects of Adding Emotion-focused Interventions to the Therapeutic Relationship in the Treatment of Depression. *Psychotherapy Research*. 16, 537 – 549 Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC, US: American Psychological Association. Greenberg, L Auszra L & Herrmann, I (2007) The relationship between emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy research*,2,57-66 .
- Greenberg, L. & Elliott, R.(1997). Varieties of e expression In: Bohart, A. & Greenberg, L. (Eds.) (1997). *Empathy Reconsidered: New Directions in Theory Research & Practice*. Washington, D.C. APA Press.
- Greenberg, L. & Goldman, R.(in press) Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love and power. Washington, D.C. APA Press.
- Greenberg, L. & Johnson, S. (1988). *Emotionally focused couples therapy*. Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 406-416.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*.



- Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd Ed., pp. 525-552). New York: Guilford.
- Isen, A. (1999). Positive Affect. In T. Dagleish & M. Power (eds.). *Handbook of cognition and emotion*. London. Wiley.
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 375 – 402.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1986). Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain, 2*, 159-173.
- LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York, US: Simon & Schuster.
- Leijssen, M. (1998). Focussing microprocesses. In L. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Eds.). *Handbook of experiential psychotherapy* (pp 121-154). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Paivio, S.C. & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotionally focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 115-134.
- Paivio, S. C., Hall, I. E., Holowaty, K. A. M., Jellis, J. B., & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research, 11*, 56- 68.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Dell. Rice, L. N. (1974). The evocative function of the therapist. In D. Wexler & L.N. Rice (Eds.). *Innovations in client-centered therapy* (pp. 289-311). New York: Wiley. Rogers, C. R. (1961) *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin. Spinoza, B. (1967). *Ethics (Part IV): NY: Hafner Publishing Company*
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 149*, 936-943.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S. B., Sworowski, L., & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875-882.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Whelton, W. J. (2004). Emotional processing in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 58-71.

