**LA CUESTIÓN BÁSICA: ¿POR QUÉ SUFRIMOS EMOCIONALMENTE LAS PERSONAS?**

<http://fapcontexto.blogspot.com/2020/03/la-cuestion-basica-por-que-sufrimos.html>

Por qué o para qué sufrimos las personas emocionalmente es la pregunta fundamental para los que nos dedicamos a la ayuda psicológica o psiquiátrica, dado que de ella deriva como vamos a intervenir en estos casos.

En el recuadro anterior hago un resumen y selección de las principales respuestas que a mi criterio se han dado a esta pregunta desde diferentes perspectivas y en qué se asemejan o diferencian con la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.PSICOLOGÍA BUDISTA | El sufrimiento  o “dukkha” deriva del *deseo, apego e ignorancia* | Seguimiento de la *sabiduría* (comprensión y pensamientos correctos); *conducta ética* (palabra, acción y ocupación correcta) y *entrenamiento de la mente* (meditación p.e) |
| 2. PSICOLOGÍA CRISTIANA | El sufrimiento es la *privación del bien*, que es el mal. Deriva en gran parte de *la rebelión* de la persona contra el orden natural de las cosas (*pecado original*) | Forma parte de la vida por sí y *nunca puede ser erradicado* por completo. Solo *el amor* hacia los demás y  a si mismo le da sentido y conlleva una vida plena |
| 3.PSICOANÁLISIS FREUDIANO | El sufrimiento es un *hecho evolutivo de los seres vivos* que tiene tres causas: *el mundo exterior*, nuestro *propio cuerpo* y *las relaciones con otros.*Junto a esto se añade la historia personal donde se constituye el *sujeto* con sus estructuras psíquicas y con sus *deseos inconscientes* | La felicidad es una utopía inalcanzable dado que el sufrimiento siempre está en ella la mayor parte*. Solo nos queda transformar la “miseria neurótica en el infortunio corriente*”, y la vida realmente no tiene ningún sentido. La cultura promueve *nuevos deseos* ligados al principio de placer *efímeros y recambiables* |
| 4.PSICOANÁLISIS LACANIANO | El sufrimiento psíquico deriva de *que somos sujetos deseantes, sujetos en falta, incompletos*, *sujetos determinados por los significados inconscientes de otros* | *Asumir* la propia incompletud, los propios deseos inconscientes, haciendo algo en la vida para continuarla. |
| 5. PSICOANÁLISIS RELACIONAL | El Dolor Mental aparece cuando se produce *una herida narcisista*, percibida como daño al Self. El papel que *lo traumático* y *la naturaleza intrínsecamente social de lo subjetivo* tienen como determinantes del Dolor Mental y del Sufrimiento mediados por las transformaciones sociales que resultan en las nuevas formas de sufrimiento | Se trabaja con las posibilidades de *transformación del sufrimiento en creatividad*  *y realización*, *con ayuda del otro, interpersonal o imaginario.* |
| 6. PSICOANÁLISIS VINCULAR-TEORÍA DEL APEGO | La *necesidad de apego* es algo universal en los seres humanos. El apego puede ser *inseguro* cuando esa necesidad se ha visto amenazada en la vida de la persona | *Reconocer la presencia de patrones de apegos inseguros* y *generar ocasiones para que sean seguros  y favorezcan  la autonomía personal* |
| 7.PSICOTERAPIA HUMANISTA ROGERIANA | Deriva de la *constitución del self o subjetividad tal como es experimentada por cada cual*. Esto se hace a través de las relaciones con otros que pueden *generar evaluaciones externas que dificulten la aceptación* de las experiencias personales | Generar *relaciones*donde el sujeto acepte sus experiencias subjetivas con aceptación mediante las condiciones relacionales de *empatía, congruencia y aceptación incondicional* |
| 8. PSICOTERAPIA EXISTENCIAL-YALOM. LOGOTERAPIA FRANKL | El hecho de existir conlleva que nos enfrentemos a paradojas y dilemas que pueden generar sufrimiento y falta de sentido en la vida: *la libertad con su responsabilidad asociada, la muerte, el aislamiento y la falta de significado* | *Asumiendo la propia responsabilidad* ante los dilemas y paradojas de la vida y *descubriendo el sentido* en ella (valores creativos, experienciales y actitudinales) |
| 9.TERAPIA GESTALT | Perturbación de como las personas se relacionan con las experiencias de su vida generando *vivencias inconclusas o Gestalt inconclusas* que dificultan la maduración completa | Revivir escenas emocionales significativas de modo que se puedan *concluir las Gestalt inconclusas* |
| 10.TERAPIA SISTÉMICA TIPO-INTERACCIONAL DE WATZLAWICK Y OTROS | El sufrimiento *se intensifica mediante sus intentos de solución habituales* | *Modificar pautas interacciónales que mantienen los problemas* mediante *intervenciones paradójicas* y otras |
| 11.TERAPIA SISTÉMICA TIPO-ESTRUCTURAL/ESTRATÉGICA DE MINUCHIN Y HALEY | El sufrimiento se intensifica mediante *estructuras de relaciones familiares con alianzas y coaliciones con sus pacientes identificados que tienen funciones de preservar el sistema aunque sea de modo disfuncional* | Se modifica la estructura familiar *desafiando sus nociones de familia* y *redefiniendo el síntoma de manera positiva* |
| 12.TERAPIA SISTÉMICA TIPO-MILÁN DE SELVINI-PALAZZOLI | Se centran el en *sufrimiento anoréxico y psicótico. Se debe a la dificultad para hacer cambios o transiciones a lo largo de la vida familiar* | *Trabajar con los subsistema y prescripciones invariables* |
| 13. TERAPIA COGNITIVA DE ELLIS (TREC) | Existe un sufrimiento derivado *del deseo frustrado* (creencias racionales) y otro de las *exigencias personales* (creencias irracionales)  sobre los deseos frustrados. Ello deriva en parte de una *tendencia natural* del ser humano y del *aprendizaje social. La autovaloración suele estar implicada* | Diferenciar las *creencias racionales de las irracionales*, detectar las segundas, debatirlas y modificarlas mediante *técnicas cognitivas, emocionales y conductuales* .  Trabajar con la *autoaceptación* frente a la autovaloración (autoestima). Llevar una vida más cercana a las creencias racionales |
| 14. TERAPIA COGNITVA DE BECK (CBT) | *Modelo de vulnerabilidad psicobiológico. Activación de significados personales* que generan *círculos interactivos disfuncionales a varios niveles* | *Detectar los significados personales disfuncionales* y generar *alternativas más funcionales* mediante *procedimientos cognitivos-conductuales* |
| 15. TERAPIA COGNITIVA CONSTRUCTIVISTA TIPO- GUIDANO | Existe una *discrepancia* entre *como experimentamos las cosas*y *la explicación racional que damos a estas.*Estas *discrepancias* pueden generar sufrimiento | *Detectar los sistemas tácitos* (inconscientes)  de cómo experimentamos las cosas  y *hacerlos más acordes con el nivel explicativo racional o explícito* |
| 16. PSICOLOGÍA ADLERIANA | El sufrimiento es *inherente a la vida humana*. Las personas lo afrontan *según su preparación para la cooperación con otros (interés social)*. En ese afrontamiento existen *propósitos* conscientes e inconscientes que articulan como vivimos el sufrimiento y la vida (*estilos de vida*) | Mediante *la educación*, *el consejo* y la *psicoterapia* se trata de *manejar los problemas de la vida con un mayor sentido de la cooperación  social* como vía de supervivencia para la especie humana |
| 17.PSICOLOGÍA POSITIVA V.10 Y V.2.0 | Centrarse exclusivamente en los aspectos positivos de la vida puede acentuar los negativos (V.1.0), por lo que hay que tener una visión dialéctica positivo/negativo de la vida (V.2.0) | Asentar la intervención en cuatro pilares fundamentales: *las virtudes, el significado, la resiliencia y el bienestar al servicio de crear una vida mejor para las personas y para las sociedades a pesar de la negatividad inherente en la existencia humana.* |
| 18. PSIQUIATRIA. MODELO BIOLÓGICO | Gran parte del malestar humano emocional se debe a *enfermedades de causa neuro-biológic*a a varios niveles cerebrales. *Neurociencias* como modelo | El tratamiento fundamental es el *médico*con el *auxilio* de otras disciplinas como *la psicoterapia*que también producen cambios neuro-biológicos cerebrales |
| 19. PSIQUIATRÍA CRÍTICA | La inmensa mayoría del sufrimiento emocional que es diagnosticado como enfermedad mental  obedece a experiencias humanas diversas según qué *situaciones de vida adversas que viven las personas y que no son enfermedades de ningún tipo y que están ligadas a situaciones de desigualdad y de marginación social.* | Hay que *despatologizar esas experiencias*, *situarlas en el contexto de esas condiciones de vida* y realizar *intervenciones que disminuyan esas condiciones de vida adversas*. |
| 20. TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT)CON ELEMENTOS DEL SOCIO-CONDUCTISMO | El sufrimiento emocional se debe al aprendizaje socioverbal de reglas y  derivaciones operantes verbales en esos contextos que son reforzadas por las prácticas socioculturales predominantes e interacciones sociales  y que alejan a las personas de contactar con experiencias directas y valores personales a largo plazo por los que regular, guiar o encaminar sus vidas | Reformulación del papel del sufrimiento en la vida y de la evitación de experiencias emocionales adversas en función de los valores y compromisos personales y de la aceptación como disposición a actuar aún en presencia de condiciones adversas de la vida, todo ello realizado mediante evaluación e intervención funcional continua, todo ello realizado de manera experiencial en vivo. |

Desde mi perspectiva estas son las semejanzas y diferencias con el listado de enfoques anteriores:

-Psicología budista: Muchos conceptos son similares e implican cambios funcionales similares, siendo quizás el mayor el de generar nuevas perspectivas distintas al del llamado yo contenido (des-identificación, defusión) mediante diversas prácticas como la meditación y la aceptación. Sin embargo, la ACT conlleva un AFC preciso de las variables donde actuar, algo ausente en la psicología budista.

-Psicoanálisis (diferentes sub-escuelas): Las tres causas del sufrimiento reseñada por Freud es asumible por ACT (véase por ejemplo Kevin Polk y su reseña del mundo exterior, corporal y mental-relacional). Cierta semejanza con la estructuración lingüística del malestar humano (Lacan), y papel central de los problemas relacionales (véase por ejemplo la FAP de Kohlenberg y Tsai). Al igual que en la psicología budista en psicoanálisis suele faltar un AFC preciso de las variables   donde actuar salvo topografías genéricas.

-Terapias humanistas, existenciales y gestálticas: El tema del self/yo es relevante en ACT y FAP, la evaluación de terceros en estas experiencias y sus problemas del yo, también (Reglas Pliances). El tema de los valores es capital en ACT y en la Psicología Existencial/Logoterapia. Los ejercicios experienciales también lo son. Sigue faltando en estas perspectivas el AFC.

-Terapias cognitivas diversas: El tema del lenguaje a través de la RFT es central para entender los llamados problemas “mentales”. La gran diferencia es que los problemas humanos no se deben a fallos internos mentales en las creencias o congruencias mentales, sino que son problemas de la vida en relación a sus circunstancias o contextos y que son patrones de respuestas aprendidos socio-culturalmente. El AFC es continuo y no solo realizado en la llamada fase de evaluación.

-Terapias sistémicas diversas: ACT comparte con muchas terapias sistémicas y estratégicas que las agendas de los clientes que mantienen sus problemas derivan del modo de solución de problemas aprendidos socioculturalmente y que la terapia debe de modificar esta agenda. El AFC tiene a veces cierta semejanza con el análisis de causalidad circular.

-Psicología adleriana: Apenas hay publicaciones que conecten ambas perspectivas (nosotros desarrollamos una por cierto llamada “Psicoterapia conductual-adleriana”. Ruiz en Editorial Lulu, 2016). Quizás su mayor semejanza está en la concepción de la personalidad desde una perspectiva holística operante, funcional y continua (estilo de vida). La perspectiva adleriana a menudo se asemeja a las constructivistas sociales, pero desde nuestra perspectiva tiene muchas semejanzas, inesperadas con el conductismo radical. El AFC y el llamado análisis teleológico (Titze) tiene bastantes semejanzas; solo que el último está enfocado en el funcionamiento global de la persona y no solo en una problemática concreta como en ACT.

-Psiquiatría convencional y crítica: ACT no se opone como se suele creer al uso de psicofármacos, siempre que estos se empleen en un contexto explícito de acercar a la persona a la vida que les importan y no tanto a controlar las llamadas experiencias anormales por la psiquiatría tradicional. Con la psiquiatría crítica comparte su despatologización de los problemas de la vida y la toma en cuenta de las mejoras condiciones de vida de las personas; aunque a decir verdad esto lo hace más las propuestas socio-conductistas (véase Bernard Guerin p.e ) que la ACT a menudo limitada (aunque no siempre) a las intervenciones clínicas individuales o grupales.

Juan José Ruiz Sánchez

Psicólogo Clínico, 16-3-2020

Úbeda (Jaén). España