

La experiencia de soledad del analista¹

Sandra Buechler

New York, USA

En un artículo ya clásico, publicado póstumamente, Fromm Reichman (1959) cita las observaciones que realiza A. Courtauld sobre la experiencia de aislamiento en la Estación Meteorológica de Groenlandia. Courtauld (1932) recomienda que “solo aquellas personas con mentes activas e imaginativas, que no presenten un temperamento nervioso ni sean propensos a la melancolía y que sean capaces de ocupar su tiempo con hábitos tales como la lectura, deberían formar parte de las expediciones polares”. La tesis de este artículo es que las cualidades mentales necesarias para soportar la soledad que conlleva la exploración analítica son notablemente similares. Es en el ámbito de la imaginación, relativamente protegida de la melancolía y de la ansiedad, nutrida y estimulada por selectas lecturas, donde se puede crear el contexto para resistir la soledad inherente a la indagación analítica.

Palabras clave: Soledad, Indagación analítica.

In her classic, posthumously published article on loneliness, Fromm-Reichmann (1959) cites A. Courtauld's observations of isolation in a Greenland weather station. Courtauld (1932) recommends that “only persons with active, imaginative minds, who do not suffer from a nervous disposition and are not given to brooding, and who can occupy themselves by such means as reading, should go on polar expeditions.” It is the thesis of this article that the habits of mind required to bear the loneliness of analytic exploration are remarkably similar. It is in the realm of the imagination, relatively protected from brooding and anxiety, nurtured and stimulated by selected reading, that the context for withstanding the loneliness of analytic inquiry can be created.

Key Words: Isolation, Analytic Inquiry.

English Title: The Analyst's Experience of Loneliness

Cita bibliográfica / Reference citation:

Buechler, S. (2022). La experiencia de soledad del analista [original de 1998]. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (1): 43-66. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2021.160103

¹ Publicado originalmente como: Buechler, S. (1998). The Analyst's Experience of Loneliness. *Contemp. Psychoanal.*, 34(1):91-113. Traducción castellana de Mario Nervi. Reproducido con autorización.

Fromm-Reichmann tiene muy claro que el analista necesita ser consciente de su propia soledad y de la ansiedad que ésta puede engendrar.

El desafío específico del psiquiatra que trata a pacientes solitarios es el tener que estar alerta y reconocer los rastros de su propia soledad y el miedo a la misma, no sea que interfiera en el registro de las manifestaciones de soledad de su paciente. Esto se torna particularmente cierto, por ejemplo, cuando el psiquiatra, por mucho que lo intenta, no es capaz de captar el significado de una comunicación psicótica. Podría, por lo tanto, sentirse excluido de la "experiencia-compartida" con su paciente; y dicha exclusión puede evocar en el médico un sentimiento de soledad o miedo a la soledad que le genere ansiedad (pág.329)

Pero a pesar de esta inequívoca indicación respecto a la importancia de investigar la soledad del analista, este territorio apenas ha sido explorado. Quizás una confusión generalizada entre lo que significa "estar solo" y "soledad" sea, en parte, responsable. Fromm-Reichmann (1959), Mendelson (1990) y otros han hecho hincapié en la importancia de distinguir cuidadosamente la experiencia de soledad del hecho de estar solo. Muchos de nosotros, sin embargo, podemos desdibujar sus significados, suponiendo que quienes pasan la mayor parte del tiempo en conversaciones íntimas con otros no padecen soledad. Rara vez solos, los analistas estamos en una posición excelente para definir la diferencia entre "soledad" y "estar solo". Aunque se ha prestado cierta atención a la soledad del paciente en tratamiento (Fromm Reichmann, 1959; Satran, 1978), la experiencia de soledad del analista se ha descuidado durante demasiado tiempo.

En este artículo intento describir la soledad del analista como conformada por cuatro factores: la soledad del paciente, el patrón predominante de relacionarse del paciente, la postura del analista con respecto a la contratransferencia y la naturaleza del resto de las emociones registradas por el analista trabajando con este paciente en particular. Sugiero que la soledad del analista contribuye a varias formas de estrés relacionado con el trabajo y a ciertos callejones sin salida o impases que se observan con frecuencia en los tratamientos. Finalmente, exploro diferentes enfoques para lidiar con la soledad del analista.

La Naturaleza de la Soledad

¿Qué es lo que hace de la soledad una fuente de dolor? Ya se ha realizado una revisión sobre esta cuestión (Buechler, 1995), por lo que en este trabajo sólo se resumirán algunos de los puntos esenciales.

Quizás Sullivan (1953) fue quien articuló de forma más clara lo difícil que es definir la soledad: "Yo, aparentemente del mismo modo que todos los habitantes del mundo de habla inglesa,

me siento incapaz de transmitir una impresión realmente clara de aquello que constituye la parte más esencial de la experiencia de soledad " (págs.260-261). Un camino para distinguir de qué forma diferentes analistas ven el dolor que genera la soledad es considerar lo que, para cada uno de ellos, pierde la persona solitaria. Aunque no siempre es expresado en estos términos, parece que la soledad siempre conlleva algún tipo de pérdida dolorosa. Así, Rollo May (1953 pp. 23-30) escribe sobre la soledad como una amenaza para el sentido del sí mismo. Las personas, según él, necesitamos relaciones con otros para orientarnos y conocernos, por lo tanto, la soledad, pone en peligro nuestra relación con nosotros mismos.

Fromm Reichmann (1959) plantea una perspectiva diferente con respecto a la pérdida que para ella conlleva la soledad. Sus escritos hacen hincapié en la experiencia de pérdida de la esperanza de conexión emocional con otros por parte de la persona que se siente profundamente sola. Ella focaliza su atención en la importancia de la esperanza de interacciones futuras y en el significado subjetivo de la soledad para explicar su efecto. Explora posibles antídotos para la soledad, como dotar de sentido de propósito a la soledad, la cual puede estar, por ejemplo, al servicio de una causa. También sugiere que la estimulación mental puede aliviar un poco la sensación. Así, para Fromm-Reichmann, la soledad más profunda implicaría la pérdida de la esperanza, la pérdida del sentido de propósito y de la estimulación intelectual.

Para Sullivan (1953), la necesidad de contacto interpersonal es tan esencial para el ser humano que la soledad podría tener el impacto de una profunda deprivación. Podría significar nada más ni nada menos que la pérdida de aquello que sustenta la vida humana. Somos, en esencia, interpersonales.

A partir de la consideración de estos tres principios, es posible pensar que el hombre se distingue de las plantas y los animales por el hecho de que la vida humana, en un sentido muy real y no solo en un sentido puramente literario o figurado, requiere el intercambio con un entorno que además incluye la cultura. Cuando digo que el hombre se diferencia de manera notable de otras formas de vida del universo biológico al requerir el intercambio con un universo de cultura, esto significa, en realidad, dado que la cultura es una abstracción que deviene de las personas, que el ser humano requiere relaciones interpersonales o la interacción con otros. (pág.32)

Esto implicaría que la soledad podría generar una sensación de gran inseguridad.

Más allá de que en la comprensión del dolor asociado a la soledad pongamos el foco en torno a la pérdida del sentido del yo, la pérdida de la esperanza, de la estimulación intelectual, la pérdida de la seguridad o algún otro factor, lo que está claro es que implica una experiencia

dolorosa de pérdida. Pero, ¿Es posible extraer de este dolor algo de provecho? El poeta Rilke (1934) sugiere que;

No debe dejarse desviar en su soledad porque haya en usted algo que ansíe evadirse de ella. Precisamente este deseo, si usted sabe aprovecharlo con serenidad y dominio, sirviéndose de él como de un instrumento, le ayudara a ensanchar su soledad en dilatado campo (p.53)

La respuesta del poeta es aceptar lo inevitable. Si usamos nuestra soledad como herramienta, si así nos lo proponemos, podemos soportarla. Para Rilke, lo que hace de la profunda sensación de soledad algo doloroso es que es una experiencia que nuestra voluntad rechaza. Esto sugiere que la pérdida afectaría a la sensación de control personal. La soledad es una experiencia inevitable de la vida, que se vuelve profundamente dolorosa si se vive como involuntaria.

De todos modos, aún no se ha escrito la última palabra al respecto. La soledad es algo que ha preocupado a poetas, analistas, eruditos de las escrituras e incluso a retratistas. Tanto Job, la figura bíblica, el cual se siente abandonado por su Dios, El Hombre del subsuelo de Dostoievski, alienado en medio de la sociedad y tantos otros, claman por lo que sienten que han perdido. ¿Qué podría servirles de consuelo hasta que se reestablezca cierta sensación de reconexión?

La Soledad del paciente analítico

Aunque se ha prestado cierta atención a la experiencia de soledad en el paciente analítico, sugiero que la soledad puede desempeñar un papel no debidamente clarificado en muchos fenómenos familiares del tratamiento, como la resistencia al uso del diván y las dificultades con el marco terapéutico. Por lo tanto, la soledad puede que desempeñe un papel más importante en la experiencia del paciente de lo que se ha reconocido hasta el momento.

Satran (1978) sugirió que parte de la soledad del paciente en el tratamiento puede resultar de una alianza terapéutica deficitaria y, por lo tanto, puede ser, en cierto sentido, una neurosis iatrogénica. El pensamiento de Satran apoya la noción de un grado óptimo de soledad en el tratamiento, al igual que puede haber un grado óptimo de ansiedad. Un poco de soledad puede ser un aspecto inevitable, o quizás incluso útil, de la experiencia, mientras que una soledad demasiado intensa puede ser nociva.

En una serie de discusiones sobre el trabajo de Fromm-Reichmann sobre la soledad, Mendelson, Rosen, Hegeman, Mohacsy y Satran aportaron pensamientos sobre la emoción de la soledad en general, y las experiencias de soledad del paciente en particular. Entre las

muchas observaciones evocadoras de estos escritores, destaco solo algunos de sus pensamientos. Mendelson (1990) advierte que;

Aunque no siempre es posible determinar el papel exacto que juega la soledad en la secuencia causal de los acontecimientos de nuestros pacientes, es en un sentido práctico que el sufrimiento de la soledad, y no solo el tipo más severo enfatizado por Fromm-Reichmann, requiere reconocimiento y atención por parte del psicoterapeuta o psicoanalista. No es predecible si esta atención puede producir un alivio duradero o algo cercano a la cura. (págs. 350-351)

Mendelson distingue varias causas de soledad en el paciente, incluso algunas que, según él, es relativamente probable que sean accesibles a la psicoterapia, porque son principalmente una función del carácter del paciente. Mendelson concluye con esta descripción de los objetivos del tratamiento con respecto a la soledad del paciente;

Debido a que la conexión y la soledad son ambas, parte de la condición humana, cada una ofrece sus placeres y dolores. Una función de la psicoterapia en este contexto más amplio puede ser liberar a la persona para que descubra la combinación óptima para él de conexión y de soledad, y hacer frente, respetándose a sí mismo, a los dolores que acompañan tanto a la soledad como a la conexión. (pág.354)

Mohacsy (1990) cita el pensamiento de Winnicott sobre la capacidad para estar solo, que normalmente se desarrolla a través de experiencias de jugar solo mientras se está cerca de la madre. Mohacsy sugiere que el entorno de espera que proporcionamos a los pacientes

imita este proceso de la infancia y puede compensarlo cuando ha sido inadecuado. Esta no es una "experiencia correctiva" en el sentido más primitivo de Alexander y Ferenczi. Como se quejaba mi paciente; el analista no puede amamantar. Sin embargo, es posible que el analista proporcione el introyecto bueno cuando la madre haya fallado en este sentido. (pág.363)

Por ampliar un poco esta noción, uno podría ver al paciente jugando con ideas, recostado en el diván, cerca pero no a la vista del analista, como algo literalmente análogo a la situación proporcionada por la buena madre de Winnicott, que ofrece proximidad sin intrusiones. Esto implica otro fundamento para la idea de un nivel óptimo de soledad en el tratamiento: puede ser una experiencia, que cuando se procesa debidamente, contribuye a la creciente capacidad del paciente para estar solo.

Sugeriría que, quizás irónicamente, nos hemos centrado más en atender a la soledad que el paciente trae al tratamiento que en la soledad que nosotros podríamos estarle infringiendo por la manera en que lo tratamos. La experiencia de soledad del paciente durante el tratamiento puede ser producto de la suma de estos dos factores. Puede haber ocasiones en

las que, sin ser conscientes de ello, le pedimos a un paciente extremadamente solitario que se enfrente a un proceso que conlleva soledad cuando aún no ha desarrollado las herramientas suficientes para poder soportarlo. El paciente, entonces, puede resistirse al uso del diván, o quejarse por la poca disponibilidad del analista en el espacio entre sesiones, o negarse a revelar las propias reacciones. A estos pacientes los etiquetamos rápidamente como resistentes al marco, o borderline. Tal vez, a un nivel descriptivo, estas etiquetas pueden ser correctas, pero no explican de manera exhaustiva, ya que no toman en cuenta completamente la interacción entre quién es el paciente y lo que nuestro contexto de tratamiento le pide que haga. Lo que sugiero es una definición más interactiva de la soledad del paciente; en lugar de verlo como algo que reside únicamente en su interior, podemos verlo como un hecho dentro de un contexto interpersonal que es producto de factores intrapsíquicos e interpersonales.

Aunque no creo que tengamos una gran cantidad de datos sobre la experiencia de la soledad en el tratamiento, podríamos buscar los relatos de primera mano de los pacientes sobre sus tratamientos para estudiar si se describen a sí mismos como solitarios y, de ser así, cómo se las arreglaron. No he intentado llevar adelante el proyecto de examinar los relatos de los pacientes sobre sus propios tratamientos para obtener estos datos, pero creo que valdría la pena estudiarlo. Sin embargo, lo que he leído coincide con mis propias experiencias, como paciente, analista y supervisor, lo que me sugiere que, si se establece un sentido de indagación colaborativa en el tratamiento, esto puede contribuir en gran medida a aliviar la soledad de ambos participantes o, al menos, hacer tolerable la inevitable soledad dotándola de un sentido de propósito. Una breve cita de los recuerdos del paciente conocido como el "Hombre de los Lobos" ilustra esto: "en mi análisis con Freud me sentí menos como un paciente que como un compañero de trabajo, el compañero más joven de un explorador experimentado que se dirigía a estudiar una tierra nueva, recientemente descubierta" (Gardiner, 1971 p. 140). Aunque uno podría ver esto como la expresión de un paciente que no está dispuesto a aceptar plenamente su papel como paciente, es decir, que se resiste al marco, otro punto de vista podría ser que este paciente ha desarrollado el potencial colaborativo de la relación de tratamiento como un intento constructivo de soportar su inevitable soledad. Un paciente y un analista capaces de crear tal equipo pueden someterse mutuamente a una soledad menos desvitalizadora.

La soledad del analista

Sobre ser analista de un narcisista

De la experiencia de soledad del paciente, ahora volvemos nuestra mirada sobre la soledad del analista y como ésta puede estar moldeada por la forma predominante de relacionarse del paciente. Por ejemplo, una paciente cuyo tratamiento superviso es una camarera y estudiante de posgrado de unos treinta años. Sus sesiones a menudo se centran en cuán injustamente está siendo tratada por su pareja actual. El no aprecia lo suficiente su inteligencia, su belleza, o no es lo suficientemente fiel o no es participativo en la relación. Sin un reconocimiento aparente de la inconsistencia, puede relatar ejemplos de sus propios "tonteos" fuera de la relación y, momentos después, quejarse del comportamiento infiel de su pareja. Con una voz llena de justa indignación, puede exigir saber cómo es que él la puede tratar tan mal. ¡Qué descarado! ¿Acaso él no puede ver, no se da cuenta con quién está? ¡Cómo se atreve a hacerla sentir tan despreciada! La paciente espera expectante a que su terapeuta le indique cuán indignante ha sido el comportamiento de su novio, cuán indignada merece estar y que la infidelidad de su pareja es una absoluta manifestación de su propia neurosis, y no tiene nada que ver con ella.

La sesión de supervisión comienza con un suspiro de alivio por parte del terapeuta. "Gracias a Dios puedo contarte esto". La terapeuta supervisada era muy consciente de que era necesario señalar e interpretar el doble rasero de su paciente. Ella no suele mostrar un temor particular a las confrontaciones y en el pasado, ha sido perfectamente capaz de decir cosas difíciles de escuchar para un paciente en tratamiento. Pero, en esta ocasión, juzgó que tenía que abordar esta situación con cierto cuidado para no herir intensamente el narcisismo de su paciente. Sintió que debía ayudar a su paciente a conectarse con su derecho a reclamar y quejarse tanto como a ser consciente de la estrechez en la forma de ver las cosas. Era un importante objetivo terapéutico que no se podía lograr en una única sesión. Confrontar al paciente de manera demasiado directa bien podría reproducir, en el tratamiento, la herida sufrida por la paciente en su vida, sin derivar en una mayor comprensión de sí misma, porque la paciente podría ponerse tremendamente a la defensiva.

Winnicott (1949) plantea que deberíamos permitir que el paciente supiese, antes de que el tratamiento finalice, de lo que hemos soportado en su propio beneficio y del proceso terapéutico. De lo contrario, sugiere, el tratamiento no está completo. Subraya la importancia del momento. El paciente tiene que ser capaz de escuchar lo que supone estar con él, sin experimentarlo como una generalidad o una crítica destructiva. Con el narcisista, es posible que sea necesario establecer alguna base en el tratamiento, antes de que parte de este trabajo sea posible. Bromberg (1983) sugiere que el analista del narcisista debe pasar de

una postura de espejo (*mirroring*) a una más interpretativa. Mientras que la actividad interpretativa debe intentarse desde el inicio del trabajo, la proporción de interpretación aumenta a medida que el paciente y la relación terapéutica se fortalecen.

Dejando de lado, por el momento, si uno está de acuerdo o no con este enfoque terapéutico, parece probable que al menos al inicio del tratamiento, el terapeuta esté solo con su propia visión de la forma de relacionarse del paciente. Al principio, es probable que algunas de las reacciones reales del terapeuta con respecto al paciente no se puedan comunicar. Por supuesto, muchas de estas reacciones dependerán de quién sea el terapeuta, pero es muy probable que se produzcan ciertos sentimientos. El terapeuta puede sentirse enojado porque la paciente está tan ciega y aparentemente no tiene en cuenta su propio impacto interpersonal. Dedicamos mucha energía a estudiar y mejorar nuestro impacto interpersonal. ¡Cómo se atrevía esta mujer a ignorar su impacto en los demás con tanta alegría! ¡Cómo se atreve a esperar que su terapeuta se confabulara en una visión tan limitada y unilateral!

El terapeuta en esta situación puede sentir que se encuentra en una posición difícil y frustrante. Confrontar es herir. No confrontar es caer en colusión.

La soledad del terapeuta, en estas circunstancias, tiene muchos componentes; algunos son en gran parte resultado de la propia experiencia de vida y carácter del terapeuta, pero otros (Winnicott, 1949) son reacciones esencialmente previsibles a lo que presenta éste paciente. Como toda contratransferencia, la combinación de las respuestas, tanto las idiosincrásicas como las esperables o previsibles del terapeuta son únicas para cada día de tratamiento.

El terapeuta puede traer a la sesión una serie de experiencias de vida que podríamos llamar de doble rasero o arbitrarias. Por ejemplo, sentirse con derecho a la queja, infidelidades, etc. Pero quizás lo más decisivo sea la calidad del narcisismo del terapeuta y el grado en que el terapeuta es consciente del mismo.

Mas allá de estos factores, sin embargo, sugiero que hay una soledad inevitable en la posición del terapeuta en esta situación. La *pérdida* en esta soledad puede verse como la ausencia de la sensación de que nosotros dos, terapeuta y paciente, podemos ver algo de manera similar, podemos expresar lo que sentimos al respecto, podemos decir toda la verdad tal como la conocemos en este momento; o la *pérdida* puede verse como la ausencia de empatía por el paciente, una dolorosa incapacidad para identificarse lo suficiente con el paciente como para mantener la motivación necesaria para ayudarlo. Quizás la *pérdida* implique la ausencia de esperanza, porque el terapeuta puede ver al paciente tan profundamente dañado a nivel interpersonal que parece poco probable un buen resultado o, en el mejor de los casos, incierto y lejano en el futuro. Una vez más, dependiendo de quién

sea el terapeuta, la pérdida podría manifestarse como ambivalencia hacia el paciente, hacia el tratamiento o, por momentos, quizás incluso, hacia la práctica profesional. Otra posibilidad es que el terapeuta sienta la pérdida momentánea de su sentido de integridad, o incluso de identidad personal, si el terapeuta siente que no puede ser quien es con este paciente en este momento particular y seguir siendo eficaz.

Por supuesto, algunos terapeutas adoptarían una postura más confrontadora, revelarían más de la contratransferencia y así evitarían al menos algunas de estas pérdidas, pero sugiero que no todas. Bien puede no existir todavía la sensación de tener en el paciente un compañero para la búsqueda exploratoria que es el tratamiento. Quizás, para el/la analista de un narcisista, la sensación de tener un verdadero compañero de camino es un objetivo terapéutico que se persigue durante un largo período de tiempo y que, cuando se alcanza, puede ser particularmente estimulante.

Sobre ser el analista de un paciente esquizoide

Sugiero que existe una diferencia significativa respecto a la soledad al trabajar con un paciente esquizoide. Me viene a la mente la supervisión del tratamiento de un joven de diecisiete años, deprimido y retraído. Las palabras favoritas del paciente son "eso no importa". Sus sentimientos no importan, no importa cómo le trate la gente, no importa cómo le vaya en la escuela, no importa lo que piense el terapeuta, si viene a la sesión no importa, si vive, no importa, no importa. No hace falta decir que todas estas cosas si le importan y mucho a su terapeuta.

A menudo siento que, desde el punto de vista de una persona con un modo de funcionar esquizoide, *menos, es más*. Es decir, menos participación, menos sentimientos, menos gasto de energía, menos inversión en la vida, es mejor pues genera cierta sensación de seguridad. El terapeuta a menudo se siente en la posición de intentar que el paciente se preocupe por algo. Ser el que se preocupa por las cosas, cuando el otro no lo hace, puede ser una posición terriblemente solitaria.

Si comparamos, por un momento, el trabajo con una persona narcisista y el trabajo con alguien esquizoide, puede ser que cada uno de esos modos de funcionar desafíe profundamente algunas de las herramientas básicas del tratamiento. El narcisista tiene problemas para soportar la autorreflexión, por su potencial generador de vergüenza y daño narcisista, pero, por supuesto, la autorreflexión está en el corazón de la cura a través de la palabra. La persona esquizoide, en tratamiento, se resiste a cualquier cosa que importe lo suficiente como para mirar. El tratamiento requiere una inversión activa por parte de ambos

participantes. Como una novia a la cual dejan en el altar, el terapeuta es a menudo el único compañero verdaderamente dispuesto a asumir el compromiso necesario.

Al trabajar con la persona esquizoide, el analista a menudo se siente incómodo con su propio impulso de implicar activamente al paciente. El analista puede descubrirse llamando al paciente si se pierde una sesión, o haciendo sugerencias inusualmente estructurantes sobre cómo el paciente podría usar la hora de sesión o casi decirle al paciente de qué hablar, a fin de evitar silencios prolongados en los que ambos participantes pueden preguntarse por qué están allí. El analista, en esos momentos, puede que llegue a dudar o perder el sentido del significado y propósito del trabajo que está llevando a cabo.

La expresión emocional contribuye a que los seres humanos puedan interpretar la experiencia de los demás y a comunicarse entre sí (Izard, 1971, 1977; Buechler e Izard, 1983). Podría verse como el "pegamento" o la argamasa de la interacción interpersonal. El paciente esquizoide, tal vez como un bebé o un cuidador que no responde, no le da a su compañero de diada algo a lo que responder y proporciona poca retroalimentación sobre cómo se perciben las intervenciones del terapeuta. El terapeuta puede tener que enfrentarse a escenas en las que siente que está trabajando en el vacío, como si estuviese enviando mensajes al mar en una botella o intentando jugar al tenis sin que retorne la pelota.

La soledad con la persona esquizoide puede ser particularmente desorientadora, ya que usamos la capacidad de respuesta humana para saber, literal y figuradamente, dónde estamos los unos con los otros. La ausencia de respuesta emocional puede hacer que nos preguntemos si hay alguna esperanza de que podamos atravesar la coraza del paciente. Nuestra propia soledad, bajo estas condiciones, puede estar teñida de lo que sea que la separación y el aislamiento extremos puedan significar para nosotros. Cada uno de nosotros puede tener un grado diferente de necesidad de respuesta humana. El analista del paciente esquizoide seguramente descubrirá, más vívidamente que de costumbre, en qué medida la necesita.

Sobre ser analista de un paciente límite

Searles (1979) ha escrito de forma conmovedora sobre la pérdida de identidad personal en el analista de la persona borderline. Acusado de ser otra persona, el analista puede (temporalmente) no tener claro quién es. Aún más doloroso, el analista puede encontrarse actuando de maneras que le parecen desconocidas o incluso ajenas a sí mismo.

Por lo tanto, sugiero que lo fundamental para abordar la soledad que es posible sentir al trabajar con una persona borderline es que el analista tenga en cuenta la pérdida de la sensación de ser él mismo y la falta de esperanza de ser capaz de comunicárselo al paciente.

En supervisión, un terapeuta empático y muy sensible me cuenta cómo su paciente límite lo percibe como un sádico indiferente. Cualquier mención al marco del tratamiento por su parte se siente como un gesto cruel y deliberado, un intento de "restregar" el hecho de que ella es la paciente. El terapeuta es consciente de responder con impulsos hostiles hacia la paciente. En lo que, para él, se manifiesta de un modo inusual, siente ganas de hacerla adaptarse a los límites de la terapia, forzándola a mirarse a sí misma en lugar de reparar en un análisis de lo que él podría estar haciendo mal. A veces se siente provocado a ser más rígido acerca de las "reglas" del encuadre de lo que sería con cualquier otro paciente. Por lo tanto, ni siquiera puede sentir que su visión de él está distorsionada y que algún día ella lo verá por la persona empática y cariñosa que es. No tiene esperanzas de tal desenlace. Con ella, él no es quien (la mayoría de las veces) siente que es. Con ella, él es alguien que no le agrada ser.

La soledad de trabajar con el paciente límite puede sentirse incluso en un grado más profundo que con cualquier otra persona, en el sentido de que incluso bajo supervisión, el terapeuta puede sentirse profundamente incomprendido, aunque de una manera distinta por su supervisor que por su paciente. En un artículo anterior sobre la supervisión del tratamiento de pacientes límite (Buechler, 1992d) sugiero que

Creo que es habitual que el supervisado sienta presiones incompatibles al mismo tiempo por parte del supervisor y del paciente con trastorno límite. Por un lado, en el tratamiento, siente que no está pudiendo ayudar a que el paciente se sienta mejor. El análisis no mejora la calidad de la experiencia de vida del paciente. Los problemas del paciente son urgentes y requieren un alivio inmediato. Lo que proporciona el tratamiento es demasiado lento, abstracto, intelectualizado, alejado de las crisis del día a día del paciente para poder servirle de alguna ayuda. Por otra parte, con el supervisor, el supervisado se siente igualmente insuficiente, pero por una serie de razones totalmente diferentes. Siente que se ha preocupado demasiado por la vida del paciente y no se ha centrado lo suficiente en el análisis. (pág.8)

Al trabajar con el paciente límite, el analista sentirá que algunas de sus principales estrategias son puestas en tela de juicio. Mientras que la persona narcisista se resistía a la autorreflexión y el paciente esquizoide se oponía a atribuir significado e importancia al tratamiento y a invertir por lo tanto, energía en él, el paciente límite, como se ha ilustrado de forma amplia en la literatura sobre el tema (Kernberg, 1967, 1975; Meissner, 1988), presenta grandes dificultades con el encuadre. Esta piedra angular del trabajo es

constantemente bombardeada por el paciente. El analista puede sentirse solo en su idea de que el encuadre es parte esencial del proceso terapéutico, diseñado para crear un espacio terapéutico viable, y no un espacio ideado para torturar, humillar o privar al paciente.

Otro problema al que se enfrenta el analista de un paciente borderline es encontrar una manera de utilizar constructivamente los sentimientos de contratransferencia. En estos procesos terapéuticos, a menudo es inusualmente difícil responder a la contratransferencia de uno como información, en lugar de como evidencia de la incapacidad de uno para ser terapeuta (o, en los casos más extremos, como evidencia de la incapacidad para ser un ser humano sensible). Los pacientes límite son conocidos por su capacidad para meterse debajo de nuestra piel y por su asombrosa percepción de nuestras debilidades (Epstein, 1981).

Puede ser terriblemente solitario trabajar con pacientes límite porque, en más de un sentido, el terapeuta ni siquiera se tiene a sí mismo. Es decir, uno no se siente uno mismo en el trabajo. Uno no está trabajando tan bien como de costumbre, es fácilmente sorprendido con la guardia baja, comete errores ridículos, se involucra en pequeñas luchas de poder. Es posible que el terapeuta ni siquiera se guste mucho a sí mismo mientras esté con este paciente. Es un alivio enorme e incómodo haber terminado la hora.

Winnicott (1949) indicó que el odio del analista se transmite apropiadamente con el cierre de la puerta después de la sesión, pero esto no es muy tranquilizador para el analista contando los minutos hasta el final de la hora y luchando por no correr hacia la puerta y cerrarla de un golpe. Con otros pacientes, la idea de "odio" en la contratransferencia parece una reacción extrema. Después de todo, el odio puede definirse como una emoción, más allá de la ira, que incluye el deseo de destruir o eliminar el objeto (Buechler, 1992a). Pero a menudo con el paciente límite, el odio en la contratransferencia no es una exageración; es una descripción precisa de los sentimientos del analista.

Es bien sabido que es muy necesario poder hablar respecto a nuestra práctica profesional, pero en el caso del tratamiento con pacientes borderline (Sherby, 1989), con frecuencia nos sentimos avergonzados de lo que estamos haciendo (Buechler, 1992b) porque parece intensificar y poner en evidencia nuestros puntos débiles como analistas. Por lo tanto, nos encontramos en la situación de necesitar hablar, escuchar a un colega que nos diga que él también tiene sus problemas con tales pacientes, pero como el trabajo genera demasiada vergüenza y dudas, es posible que no podamos plantearlo para ser discutido abiertamente con los colegas, o incluso podemos ser reacios a revelarlo en la supervisión. Si tal cosa sucede, el analista se encontrará de hecho en un lugar muy solitario, sin sentir que tiene un compañero de camino en el paciente, que además está indignado con el encuadre, sin un sentido de sí mismo integrado o conforme respecto a su competencia profesional y sin una

vía para compartir su experiencia con sus colegas. Es precisamente en dicha experiencia de soledad donde podemos encontrar todos los hipotéticos componentes que constituyen la soledad descritos en la primera sección de este artículo: la pérdida de uno mismo, la pérdida de la seguridad y la pérdida de la esperanza.

La postura del analista sobre compartir la contratransferencia

El terapeuta solitario podría parecerse al psicoanalista clásico, tradicional, de pantalla en blanco, que estaría de acuerdo con Freud (1910) en que la contratransferencia surge;

en el médico como resultado de la influencia del paciente en su sentir inconsciente, y (nosotros) casi hemos llegado al punto de requerir que el médico reconozca y supere esta contratransferencia en sí mismo ... el logro de cada analista está limitado por lo que sus propios complejos y resistencias le permiten. (pág.289)

¿O acaso la posición que uno tiene respecto a lo que se considera adecuado o no en el uso de la contratransferencia está en relación con el grado de soledad que siente al llevar a cabo su trabajo?

Es posible ordenar las diferentes posiciones teóricas respecto al uso de la contratransferencia en el tratamiento a lo largo de un continuo de más a menos conservadoras. En el extremo más conservador, como ya se ha indicado, estarían aquellos analistas para quienes la contratransferencia es un obstáculo desafortunado. En el siguiente "nivel" podríamos tener analistas que consideren que la contratransferencia contiene información útil que puede ayudar a construir las interpretaciones. Más adelante en el continuo, tenemos analistas que comparten la contratransferencia si es, en palabras de Winnicott (1949), "objetiva", es decir, si es el tipo de respuesta que cualquier analista tendría para este paciente, en lugar de una respuesta más idiosincrásica. Un poco más allá estarían aquellos analistas (Blechner, 1992) para quienes compartir una variedad de respuestas contratransferenciales es un aspecto central de su trabajo.

Hay una ingente cantidad de material escrito sobre el uso de la contratransferencia como para intentar resumirla aquí, pero no por ello es menos necesario plantear aquí la cuestión de si la posición del analista en dicho continuo afecta y de qué modo a su propia experiencia de soledad. Aunque no dispongo de datos sobre este tema, sugiero que la postura de uno en relación con la contratransferencia sí que tiene impacto en la experiencia de soledad, pero esta relación está muy lejos de ser simple. Desde mi punto de vista creo que independientemente de la orientación teórica del terapeuta, si se es capaz de llevar adelante el trabajo con el paciente, de actuar de acuerdo a las propias convicciones, la soledad será

menos intensa. De ese modo, el analista considerado más tradicional, aunque no comparta sus reacciones contratransferenciales con el paciente, será capaz de mantener lo que para él es una postura cómoda con la "interferencia" contratransferencial mantenida al mínimo, probablemente no se sentirá, por así decirlo, terriblemente solo. Tendrá con él muchos "supervisores", tanto pasados como presentes, con los que pueda relacionarse internamente. Es muy probable que se sienta conectado con su propio analista mientras lleva a cabo dicho trabajo. Se sentirá fiel a sí mismo y profesionalmente competente, por lo que no experimentará sensación de pérdida del sentido de sí mismo, tendrá suficientes esperanzas de que este análisis tenga éxito. Se sentirá seguro y no particularmente ansioso.

Lo mismo podría decirse de los analistas en un punto distinto del continuo, si, en el trabajo con un paciente en particular, pueden usar su contratransferencia de una manera que les resulte familiar, personal y profesionalmente aceptable. Recordando las diversas formas que antes diferenciamos entre soledad y estar solo, el analista más "conservador" está en soledad con sus reacciones contratransferenciales, pero no necesariamente más solo. Como sugirió Fromm-Reichmann, el sentido de esperanza, el sentido de propósito, de actuar al servicio de una causa y la estimulación mental mitigan la posible soledad en el individuo solo.

Esto podría sugerir que la soledad del analista es, al menos en parte, resultado de la combinación entre el paciente en particular que está en tratamiento y la posición del analista respecto de la contratransferencia. Cuando, con un paciente, la postura más cómoda del analista no "encaja", cuando el analista está, por así decirlo, "fuera de lugar", es probable que se sienta solo. Esto puede no diferir mucho del hallazgo, en la literatura clínica sobre la infancia (Stern, 1985), de que lo que crea el vínculo es la sincronía entre los atributos del bebé y los del cuidador, no las cualidades de ninguno de los dos en particular.

Variedades de Soledad

El cómo vivimos una emoción depende, en gran medida, de que otras emociones experimentamos al mismo tiempo (Izard & Buechler, 1978^a). Las emociones conforman un sistema (Izard, 1971), en el cual, cualquier alteración en un sentido afecta a la experiencia de todas las demás. Debido a esto, por ejemplo, si somos capaces de evocar curiosidad, esto va a generar cambios en la experiencia que tengamos de miedo o de ansiedad (Buechler & Izard, 1980). Bebés cuya curiosidad es estimulada, parecen sentir menos dolor físico, en situaciones que provocan dolor (Izard y Buechler, 1978b). De manera similar, es posible que el paciente analítico que se torna lo suficientemente curioso pueda soportar mejor la

ansiedad, la vergüenza y la soledad que cabría esperar de la situación analítica (Buechler, 1993).

Podemos suponer también, que la cualidad de la experiencia de soledad está determinada, al menos parcialmente, por otras emociones que se dan al mismo tiempo. En cierto sentido, las sugerencias de Fromm-Reichmann (1959) sobre aquello que mitiga la soledad se anticiparon a este punto. Al escribir sobre la experiencia de un prisionero de la Segunda Guerra Mundial, que era mantenido en régimen de aislamiento, Fromm-Reichmann explica cómo sobrevivió a su terrible experiencia.

Creo que su incuestionable fe y de hecho, la validez espiritual en las convicciones políticas que le llevaron al encarcelamiento puede haber sido un factor adicional que lo ayudó a sobrevivir a su terrible experiencia sin enfermar mentalmente.... Es poco probable que un prisionero común tenga la determinación y la implicación por una causa como la que ayudó a Burney a mantenerse mentalmente sano, a pesar de que se le privó de la oportunidad de trabajar o de poder leer, que para muchos otros parecen haber sido los dos factores principales, los antídotos o remedios más eficaces para soportar la humillación del encierro y el avance de una soledad desintegradora (p. 324).

Si la soledad se ve agravada por la vergüenza tendrá un efecto diferente de la que se experimente mitigada por un sentido de propósito. Donde la intensa curiosidad es evocada por la estimulación mental, la soledad se experimentará de forma diferente. Si aún hay esperanza, la soledad tendrá un color distinto.

Si trasladamos esto a la experiencia del analista, tiene sentido pensar que la calidad de su soledad será parcialmente moldeada por las demás emociones que siente predominantemente al trabajar con cada paciente. Por supuesto, las emociones varían a lo largo de una sesión y quizás, a cada momento. Pero si le preguntamos a un analista cómo es trabajar con un paciente en particular, sugiero que la mayoría de los analistas podrían responder la pregunta fácilmente, y la respuesta implicaría que ciertas emociones son más prominentes en su experiencia que otras. Sherby (1989), por ejemplo, escribe sobre su trabajo con pacientes borderline: "Para mí, el trabajo con pacientes borderline es una lucha constante en torno a cuestiones de amor y odio entre paciente y terapeuta" (págs. 574-575). Sherby señala que siente reacciones emocionales más intensas cuando trabaja con este grupo de personas. De manera similar, Paolino (1981) aboga por elegir si trabajar con un paciente en parte sobre la base de las emociones que el paciente evoca inmediatamente en el analista, con la premisa de que estas emociones predominarán en su trabajo y afectarán a la calidad del mismo. También puede verse de la misma forma que Epstein (1981) aliente al analista del paciente límite a aceptar sus "malos sentimientos" para poder trabajar de

manera efectiva con esta población clínica. Desde mi perspectiva, esto sugiere que, si el analista no está embargado por la culpa, le resultará más tolerable lidiar con las otras emociones negativas que pueda sentir al trabajar con el paciente.

De este modo, ciertos pacientes a menudo evocan en nosotros determinadas emociones en particular. Dado que asumo que la soledad es parte de la experiencia del analista, a veces, con algunos pacientes podemos sentir una soledad teñida por la ansiedad, mientras que, con otros, por ejemplo, nuestra soledad puede generalmente ser mitigada por la esperanza y la curiosidad.

Hasta ahora, hemos visto que la cualidad de la experiencia de soledad del analista con su paciente probablemente se vea afectada por;

1. La soledad del paciente y el potencial de colaboración
2. El tipo de diagnóstico del paciente
3. La posición del analista con respecto a la contratransferencia, o más exactamente, si su postura más cómoda puede ser efectiva con este paciente
4. Las otras emociones evocadas predominantemente en el analista al trabajar con este paciente.

Otra forma de estudiar las diversas formas de experiencia de soledad al llevar a cabo un análisis sería examinar los escritos de los analistas sobre su propio trabajo. Considere, por ejemplo, esta afirmación de Helene Deutsch sobre cómo podrían ser ciertos pacientes para ella.

Sentada durante horas detrás de alguien cuya charla resulta vacía y estéril al haberla escuchado tantas veces con anterioridad; inmóvil con inquietud interior; ... Entonces me cierro, no escucho, miro incesantemente el reloj, etc. (Roazen, 1985p. 297)

Ciertamente, muchas variables pueden haber contribuido a esta experiencia, pero la falta de conexión entre analista y paciente es aquí notable. El analista suena aburrido y frustrado, además de aislado y solo.

Ella parece estar deliberadamente cortando, anulando, una parte de sí misma. Las emociones que emergen entrelazadas en la analista suenan susceptibles de exacerbarse entre sí, y no parece existir una fuerza que las mitigue, como, por ejemplo, esperanza, curiosidad, o quizá incluso alguna emoción negativa, como miedo o temor por la situación del paciente, algo que pueda romper el estancamiento en el que se encuentra.

Soledad y estrés en el analista

En un trabajo anterior sobre el estrés asociado a la experiencia de ser analista, llevé a cabo una discusión respecto a varias fuentes de tensión inherentes al sostén del rol analítico (Buechler, 1992c). Entre ellas se encuentran las diferentes formas de presión ejercidas a través de la cultura y a nivel individual para estar más allá de la fragilidad humana. El analista, en primer lugar, es el objetivo de las expectativas, a menudo poco realistas del paciente, inducidas transferencialmente. Nuestra cultura psicoanalítica, al esperar que el analista deje de lado sus propios pensamientos respecto a sus necesidades físicas y emocionales mientras lleva a cabo el tratamiento, puede incrementar las presiones y demandas que sentimos por parte del paciente. De ese modo, podemos sumarnos a la expectativa de nuestros pacientes de una despreocupación respecto a nosotros mismos que es difícil de lograr, “especialmente porque el terapeuta se dedica a ayudar a los pacientes a legitimar la preocupación que sienten por la calidad de sus vidas. El hecho de que el terapeuta fracase en dejar de lado el preocuparse por sí mismo puede resultar en una sensación de fraude o, incluso, envidia debido al margen que se permite ante su paciente” (p. 189). Si bien muchas otras presiones se suman a la carga del trabajo analítico, destaco la tensión de dejar de lado las preocupaciones personales durante la sesión, porque sugiero que esto, quizás más que la mayoría de los otros factores, puede contribuir a la soledad del analista. A menudo he sentido que lo que hace que el análisis sea tan arduo es la calidad de la atención o la intensidad del enfoque que se requiere. Mientras escuchamos a un paciente, debemos equilibrar delicadamente la sintonía con los matices emocionales de las palabras del paciente, la apertura a nuestras reacciones contratransferenciales, la comprensión de los antecedentes históricos de este paciente, la conciencia de los conceptos teóricos que podrían ayudarnos a utilizar terapéuticamente este momento de manera eficaz y una comprensión de dónde nos encontramos en el proceso de nuestro trabajo con esta persona, entre muchos otros posibles reclamos de nuestra atención. Algunos autores han intentado describir el proceso de atención analítica con frases como “atención uniforme flotante” (Freud) o “escuchando con el tercer oído” (Reik). Independientemente de cómo se describa, creo que todos estarían de acuerdo en que es un trabajo duro que requiere energía, resistencia y concentración. Simplemente mantener un equilibrio entre la atención minuciosamente centrada en el paciente y las observaciones errantes de nuestras propias experiencias internas es una tarea difícil. Lo considero análogo a lo que un pianista o un bailarín de ballet pide a sus músculos: esa combinación de tensión y fluidez, esa suprema forma de flexibilidad que combina disciplina y arte.

Dicha tarea pone de relieve algunos aspectos de nuestra condición humana. Creo que requiere de nosotros que quitemos el foco, aunque sea de forma temporal sobre los demás,

y esto, creo, es una de las posibles fuentes de nuestra experiencia de soledad. Por ejemplo, un paciente puede describir una experiencia que nos recuerda algo de nuestro propio pasado. Nos dejamos llevar por nuestras asociaciones, recordando los sentimientos que soportamos en lo que parecen ser circunstancias similares. Aunque puede ser que diferentes analistas lleven estas asociaciones privadas más o menos lejos o las corten antes, algunos incluso podrían compartirlas con el paciente y otros no, sugiero que la mayoría o todos sentirían cierta presión en seguir escuchando y respondiendo al paciente, permaneciendo conscientes del contexto analítico. Al igual que nuestros pacientes, estamos solos parcialmente, y tenemos algunos de los beneficios de la soledad, pero no todos. Como el paciente, estamos equilibrando la soledad y la conexión; pero a diferencia del paciente, estamos involucrados en una tarea cuyo objetivo principal es la curación de otra persona. Entonces estamos en la posición de conectarnos con sentimientos, recuerdos, experiencias que pueden ser bastante dolorosas, en un momento en el que, en el mejor de los casos, pueden compartirse o incluso explorarse de manera incompleta y cuando nuestro foco debe, también en el mejor de los casos, estar dividido. Mi punto es que creo que nos sentimos solos como analistas, en parte, porque durante los momentos de emoción y dolor, no podemos contar lo suficiente con nosotros mismos para estar cómodos.

El *Acting out* de la Soledad del Analista

Una persona a la que superviso me comenta una sesión que ha tenido con un paciente esquizoide, en la que respondió con una interpretación tras otra a un sueño que le había traído el paciente que sonaba muy evocador y emocionalmente significativo. Después de cada uno de los esfuerzos del terapeuta por explorar el significado del sueño, el paciente no manifestaba respuesta alguna y se mostraba poco convencido. Consciente de sentirse hiperactivado, el terapeuta, sin embargo, se sintió impulsado a continuar, ofreciendo al paciente experiencias personales en su intento de conectar con él, todo sin resultado aparente. Al final de la sesión, el terapeuta abatido sentía que algo había salido mal. Le sugerí que podría haber sido más fácil para él si no hubiera necesitado una respuesta del paciente. El sueño era, pensé, un regalo de este individuo inusualmente avaro a nivel psicológico, que probablemente esperaba que el regalo fuera aceptado con gratitud, incluso tal vez sin necesidad de abrirse, reconociendo lo que probablemente le había supuesto poder compartirlo.

Lo que hizo que tal postura no estuviera disponible para el terapeuta fue, creo, su soledad. Independientemente de que uno esté de acuerdo o no con mi sugerencia de que una disposición más contenedora por parte del terapeuta hubiera sido más útil, me parece claro que la

soledad llevó a este terapeuta a actuar de una manera que, para él, no parecía constructiva. Es cierto que el hecho de que sintiera su intervención poco constructiva no significa que no lo fuese, es más, algunos puede que sientan que la postura de mi supervisado era precisamente lo que se requería dada la situación, y que posteriormente podría explorarse mutuamente de manera beneficiosa. Estoy de acuerdo con la validez de esta perspectiva, pero sugiero que, independientemente de cómo se proceda clínicamente, se debe reconocer la soledad del terapeuta en esta situación, y éste debe encontrar una manera de afrontarla que le permita sentirse competente.

Sugiero que lo que el terapeuta sintió como hiperactividad es tan solo una de las manifestaciones posibles como respuesta a la experiencia de soledad. Otra puede implicar el uso excesivo de jerga profesional, en la que el analista solitario puede estar intentando relacionarse con el paciente como un colega de profesión. Nuestra soledad puede, a veces, llevarnos a negar o ignorar una transferencia negativa evidente, tal vez porque necesitemos reducir la ambivalencia y sentir camaradería en compañía del paciente. Debido a la soledad, podemos sobreestimar la semejanza del paciente con nosotros mismos, desatendiendo de forma selectiva cualquier diferencia que pudiera hacer que el paciente se sintiese extraño. Por lo tanto, sugiero que nuestra soledad puede llevarnos a centrar el foco, percibir y comportarnos de manera tal que nuestra facultad para estar con el paciente se vea limitada. Por decirlo de un modo más directo, sostengo que nuestra soledad puede llevarnos a comportarnos de forma impaciente ante la patología del paciente, porque podemos experimentar esa patología como el obstáculo que nos impide conectarnos más plenamente con él. Así, lo esquizoide del esquizoide, el narcisismo del narcisista, lo obsesivo del obsesivo, puede llegar a sentirse como lo que nos separa del paciente, lo que nos impide un trabajo en común más satisfactorio. Por supuesto que, en cierto sentido, ese es exactamente el caso. Pero la patología del paciente es objeto de trabajo, no un enemigo personal del terapeuta. Sin embargo, en lo que sugiero que podría ser nuestra propia paranoia, podemos experimentarla como un obstáculo, frustrando deliberadamente nuestros esfuerzos terapéuticos.

Por lo tanto, aunque el paciente puede que esté atareado tratando simplemente de ser él mismo, lo vemos como resistiéndose intencionalmente, porque, debido a nuestra soledad, necesitamos que sea alguien que pueda relacionarse mejor con nosotros. Estamos en la posición de no solo querer que la patología del paciente disminuya, sino de necesitar que lo haga. Por lo tanto, sugiero que hay todo un mundo de sabiduría en la frase tan citada de Bion de abordar cada sesión sin memoria ni deseo. Creo que es nuestra propia soledad la que puede convertir las carencias o limitaciones interpersonales del paciente en blanco de nuestra impaciencia o, a veces, de nuestro desprecio. Debemos ser capaces de tolerar sin

maldad todo aquello que impida en un momento dado que el paciente colabore plenamente con nuestros esfuerzos.

La capacidad del analista para estar solo

La relación entre el individuo, de uno u otro sexo y sus objetos internos, junto con su confianza hacia esas relaciones interiorizadas, proporciona de por sí suficiencia para la vida, de manera que el individuo es capaz de sentirse satisfecho incluso en la ausencia temporal de objetos y estímulos externos (Winnicott, 1958 p. 32)

Se podría argumentar que la capacidad del analista para estar solo no es diferente de la de cualquier otra persona y que depende íntegramente del nivel de madurez del mismo. Si bien puede que así sea, sugiero que como analistas pasamos por un segundo proceso de desarrollo a lo largo de nuestra formación como clínicos, con fases no muy diferentes al primero (Buechler, 1988, 1992c) Es decir, nuestro entrenamiento recapitula los procesos tempranos de separación-individuación y el desarrollo de nuestra identidad. Como resultado del entrenamiento, nos identificamos parcialmente con una familia analítica, pero también tenemos nuestra propia identidad por separado. Nuestra formación puede verse como el desarrollo gradual de la comprensión de las formas en que cada uno de nosotros pone su sello personal y único en una tradición analítica. Tenemos una gran necesidad de pertenecer a algún grupo (Schafer, 1979) pero también de desarrollar una voz propia.

Por lo tanto, se podría sugerir que durante la formación internalizamos las relaciones con nuestro analista, supervisores y maestros, y que, para cada uno de nosotros, estas internalizaciones constituyen una base importante. Cada analista trae su propio "coro" interno y privado a cada sesión. Suponiendo una experiencia de formación suficientemente buena, ¿qué le permite al analista preservar su capacidad para estar solo en compañía de un paciente en particular?

Primero, como ya se ha sugerido, el analista (y su coro interno) debe sentirse cómodo con su postura respecto al uso **(o no)**² de la contratransferencia que se requiere para trabajar con un paciente en particular. Pero creo que hay que ir más allá de este punto para poder explicar la capacidad del analista para estar solo. Sugiero que es preciso que se dé una ausencia general de sentimientos persecutorios en el analista para preservar su capacidad de estar a solas con el paciente. Es decir, el analista no debería estar constantemente invadido por

² NT; la negrita es añadida

intensos sentimientos respecto a sí mismo o hacia el paciente. Esto permitirá la posibilidad de algunos usos creativos de la soledad.

Aunque es necesaria, ésta relativamente benigna atmósfera interna en sí misma no es suficiente. Para poder jugar solo, creo que el analista también necesita una sala de juegos y algunos juguetes. Es decir, cuando el paciente lo deja a solas, el analista debe tener un contexto en el que poder encajar la experiencia y algún marco teórico para explorar sus intentos de explicación. Como el prisionero de Fromm-Reichmann en la Segunda Guerra Mundial, el analista aislado debe poder encontrar significado, preservar la esperanza y sentirse estimulado mentalmente en su experiencia para poder sobrevivir. Aquí es donde la teoría puede proporcionar un contexto significativo, un marco conceptual y el estímulo de la curiosidad.

El analista suele estar solo cuando está con el paciente, pero no necesariamente en soledad. Estar solo con un paciente, sugiero, proviene de una sensación de aislamiento permanente, más que transitoria. Si el analista se siente aislado del paciente de manera constante, puede que se desarrolle una experiencia de estar solo cada vez más profunda. El tipo de diagnóstico del paciente o su forma predominante de relacionarse, el nivel de comodidad del analista con las posturas contratransferenciales disponibles con este paciente y las otras emociones que este paciente evoca en el analista, todo juega un papel fundamental en la creación del clima emocional para el analista. Estos factores contribuyen a la sensación del analista de en qué medida puede permitirse ser él mismo con este paciente, o más bien, cuánto puede ser el yo competente y hábil que el coro interno de su propio analista y supervisores contribuyó a forjar. Si el analista encuentra imposible ser ese yo con un paciente en particular, puede sentirse aislado de su coro interno. Puede experimentar la necesidad de culpar a alguien y volverse impaciente hacia la patología del paciente, tratándola como un enemigo personal (la reacción más paranoica) o sentirse incompetente (la reacción más depresiva), o ambas cosas. De cualquier manera, puede resultar en una experiencia de estar solo cada vez más profunda.

Visto desde la perspectiva de los sistemas emocionales, la experiencia de estar solo, en esta situación, puede ir acompañada de ansiedad, vergüenza, culpa e ira. Quizás lo más importante, el analista con esta sensación cada vez más profunda no tendrá disponible ninguno de los antídotos que hemos comentado anteriormente, como la esperanza, el sentido de propósito o el estímulo de la curiosidad.

¿Cómo podemos los analistas, siendo los corredores de fondo que debemos ser, evitar al menos en parte esta soledad? Por supuesto, nuestro propio carácter y experiencias tempranas juegan un papel importante en nuestra vulnerabilidad a la soledad cuando

estamos solos. La medida en que somos capaces de sostener un sentido de nosotros mismos en ausencia de confirmación o ante una deslegitimación, depende de nuestras dos historias de desarrollo: por un lado, nuestras experiencias tempranas de separación-individuación y formación de identidad en la niñez, y nuestra posterior separación-individuación analítica y experiencias de formación de identidad clínica. Estas historias son, sugiero, igualmente importantes.

El coro interno con el que acudimos a nuestra consulta cada día debería ser acogedor y lo suficientemente estimulante como para fomentar el uso creativo de la soledad. El coro debería hacernos sentir de tal modo que aquello que suceda hoy, con este paciente en particular, no nos defina como analistas, porque ya hemos sido definidos y nos hemos definido a nosotros mismos, a través de nuestras identificaciones analíticas y del desarrollo de una identidad propia. No estamos en juego personal y profesionalmente en cada nueva interacción con un paciente. Con esta base, podemos experimentar la soledad con un paciente como una fuente de información, más que como una sentencia. Podemos darle la vuelta a la soledad en nuestras mentes, preguntarnos de qué se trata, sentir curiosidad por ella, verla como algo significativo, como algo por comprender y no como un obstáculo o una acusación. Si la soledad no nos impide que conectemos con nosotros mismos, con nuestro coro interno o con el paciente, se podrá utilizar de forma creativa. La soledad utilizada creativamente no es estar solo. Estar a solas con un paciente no es doloroso, siempre que podamos mantener una conexión con un buen sentido de nosotros mismos y no sentir de forma persecutoria al paciente. Los conceptos teóricos nos pueden ayudar en dicho proceso, proporcionando algo con lo que jugar durante los momentos a solas con el paciente. Creo que un Coro interno, lo suficientemente bueno y sostenedor como para poder jugar en él, proveerá al analista de múltiples posibilidades creativas para el uso productivo de la soledad.

REFERENCIAS

- Blechner, M.J. (1992). Working in the countertransference. *Psychoanal. Dial.*, 2: 161-179.
- Bromberg, P.M. (1983). The mirror and the mask: On narcissism and psychoanalytic growth. *Contemp. Psychoanal.*, 19: 359-387.
- Buechler, S. (1988). Joining the psychoanalytic culture. *Contemp. Psychoanal.*, 24: 462-470.
- Buechler, S. (1992a). *Hatred: The strength of the sensitive*. Discussion of paper by Otto Kernberg, presented at the William Alanson White Scientific Meeting, October.
- Buechler, S. (1992b). *Shame and anxiety in psychoanalytic training*. Paper presented at the International Federation for Psychoanalytic Education, November.

- Buechler, S. (1992c). Stress in the personal and professional development of a psychoanalyst. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 20: 183-191.
- Buechler, S. (1992d). *Supervision of the treatment of borderline patients*. Panel discussion, presented at Division 39, American Psychoanalytical Association.
- Buechler, S. (1993). Clinical applications of an interpersonal view of the emotions. *Contemp. Psychoanal.*, 29: 219-236
- Buechler, S. (1995). Emotion. In: *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*, ed. M. Lionells, J. Ficalini, C. Mann & D. Stern. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, pp. 165-188.
- Buechler, S. & Izard, C. E. (1980). Anxiety in childhood and adolescence. In: *Pressure point: Perspectives in stress and anxiety*, ed. I. Kutash & L. Schlesinger. New York: Jossey-Bass, pp. 285-297.
- Buechler, S. & Izard, C. E. (1983). On the emergence, functions, and regulation of some emotion expressions in infancy. In: *Emotions: Theory, research and experience*, vol. 2, ed. R. Plutchik & H. Kellerman. New York. Academic Press, pp. 293-313.
- Courtauld, A. (1932). Living alone under polar conditions. *The Polar Record*, No. 4, July 1932. Cambridge: The University Press.
- Epstein, L. (1981). Countertransference and judgments of fitness for analysis. *Contemp. Psychoanal.*, 17: 55-68.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy. Standard Edition, 11: 139-151.
- Fromm-Reichmann (1990). Loneliness. *Contemporary Psychoanalysis*, 26: 305-330.
- Gardiner, M. (1971). *The Wolf-Man*. New York: Basic Books.
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. & Buechler, S. (1978a). Emotion expressions and personality integration in infancy. In: *Emotions in personality and psychopathology*, ed. C. E. Izard. New York: Plenum Press, pp. 10-61.
- Izard, C. E. & Buechler, S. (1978b). *Emotion expression ontogeny and cognitive attainments*. Grant application, received funding by National Science Foundation.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. In: *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson, 1975, pp. 3-47.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- May, R. (1953). *Man's search for himself*. New York: W.W. Norton and Co.
- Meissner, W. W. (1988). *Treatment of patients in the borderline spectrum*. Northvale, NJ: Aronson.
- Mendelson, M. D. (1990). Reflections on loneliness. *Contemp. Psychoanal.*, 26: 330-355.
- Mohacsy, I. (1990). Solitude in a changing society: A discussion of Fromm-Reichmann's "Loneliness." *Contemp. Psychoanal.*, 26: 360-364.

- Paolino, T. J. (1981). Analyzability: Some categories for assessment. *Contemp. Psychoanal.*, 17: 321-340.
- Rilke, R. M. (1934). *Letters to a young poet*. New York: W. W. Norton.
- Roazen, P. (1985). *Helene Deutsch: A psychoanalyst's life*. New York: Doubleday.
- Satran, G. (1978). Notes on loneliness. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6: 281-300.
- Schafer, R. (1979). On becoming a psychoanalyst of one persuasion or another. *Contemp. Psychoanal.*, 15: 345-360.
- Searles, H. (1979). The countertransference with the borderline patient. In: *Essential papers on borderline disorders*, ed. M. Stone. New York: New York University Press. 1986, pp. 498-526.
- Sherby, L. B. (1989). Love and hate in the treatment of borderline patients. *Contemp. Psychoanal.*, 25: 574-591.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30: 69-75.
- Winnicott, D.W. (1958). The capacity to be alone. In: *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press, 1965, pp. 29-36

Traducción del original
recibida con fecha:

16/12/2021

Revisado: 28/2/2022

Aceptado: 30/03/2022