

# EMPAREJAMIENTO PSICOANALÍTICO: ¿QUÉ ES UN BUEN AJUSTE?<sup>[1]</sup>

SANDRA BUECHLER



Resumen: Este documento explora las cualidades, tanto en el analista como en el analizante, que contribuyen a una buena relación psicoanalítica. Brevemente, qué debe ser el analista, para ayudar a un paciente a crear una vida más rica y satisfactoria? Qué aspectos del carácter, tanto del analista como del analizante, contribuyen al buen funcionamiento de la relación terapéutica?

En una ponencia que luego sería el capítulo siete de mi libro **Psychoanalytic reflections: Training and practice** (2017), me preguntaba qué pasaba si mis problemas de carácter coincidían estrechamente con los de mi paciente. De modo más específico, estaba abordando el impacto de mis propias tendencias esquizoides en el tratamiento de un paciente esquizoide. El título de este capítulo **More simply human than otherwise**, es por supuesto una cita de Sullivan. Pero también intenta expresar mi punto de vista respecto de la inevitabilidad de que el analista tenga algunos problemas de carácter en común con sus pacientes. Creo que en nuestra literatura hemos prestado más atención a la superposición entre analista y paciente cuando conlleva experiencias vitales que ambos han sufrido, pero en mi experiencia hemos prestado menos atención a lo que ocurre cuando ambos participantes tienden hacia lo narcisístico, esquizoide, u otros tipos de carácter, así como el uso de la proyección, la disociación, la represión y otras defensas.

Otra manera de expresar el problema sería:

*Si te consulta un paciente marcadamente obsesivo ¿ lo remitirías a un colega que sabes que es altamente obsesivo, o este sería el último analista que elegirías?.*

Voy a leer algunos pasajes de este trabajo anterior, para darles el... de mi punto de vista. Pero antes me gustaría explicar que los tipos de carácter y las defensas nombran las formas en que los seres humanos recurren con frecuencia para hacer frente a la condición humana. Entre otras significaciones “*more simply human*” significa para mí eso, al igual que hay incontables variaciones, hay algunas formas básicas de enfrentar los desafíos que todos afrontamos. Por ejemplo, **cada uno de nosotros tiene un potencial para reaccionar obsesivamente**, sin embargo, **para algunos ese patrón es activado más fácilmente que en otros**. En este trabajo exploraré como pienso que el estilo de afrontamiento del paciente puede a veces provocar un patrón similar en nosotros, y qué sucede cuando los estilos de afrontamiento principales o característicos del analista y del paciente son bastante similares. En el caso que presentaremos, eran nuestras tendencias esquizoides las que se asemejaban bastante. Debería mencionar que no creo que ningún esfuerzo hacia la neutralidad pueda impedir que esas tendencias afecte, en algún grado, al com-

[1] Trabajo presentado en Lisboa, en el Congreso de la IFPS que tuvo lugar en febrero de 2020.

portamiento del analista en la sesión. Por supuesto que este es un tema muy importante y complicado, que he examinado en mi trabajo **Searching for a passionate neutrality** (1999) y en muchos de mis otros escritos.

Brevemente, entiendo el funcionamiento esquizoide como un modo de afrontar la condición humana, aprendido tempranamente, que sucumbe a la ilusión de que si podemos querer menos, necesitar menos, sentir menos, depender menos, conectar menos, invertir menos en las relaciones, podemos tener una relativa seguridad. Enmudecemos nuestras emociones, recurriendo a una especie de camuflaje, intentando fusionarme, desaparecer. Confiamos en atravesar esa hora, ese día, esa semana de nuestra vida. Todos empleamos alguna estrategia esquizoide, pero para algunos de nosotros, es nuestro estilo principal.

Veamos ahora como mis propias tendencias esquizoides se desarrollaron con un paciente esquizoide que traté durante muchos años. Cito del texto de 2017:

*“El paciente describe una conversación reciente con su padre. De nuevo es invitado a unirse a su padre para proporcionar recursos financieros extras a sus hermanos pequeños. Aunque el paciente puede permitirse eso en el momento actual, el futuro aparece muy incierto en su campo. Últimamente a menudo ha mencionado su ansiedad acerca de su propia seguridad financiera. El paciente relata como rápidamente estuvo de acuerdo en ayudar a sus hermanos pequeños para que pudieran tener la “tranquilidad mental” de esas reservas extra. Entonces estuvo marcadamente desinteresado en continuar con los detalles del plan con su padre, e igualmente desinteresado en explorar esto en el tratamiento. Su resumen, con voz indiferente, es una repetición de la palabra “lo que sea”.*

(2017, 216)

Mis preguntas en el presente trabajo, incluyen como **este paciente conectó con mi rasgo esquizoide**, como esto afectó al tratamiento, y qué es lo que el paciente más necesitaba de mí, o de modo más específico, cómo debía yo ser para poder ayudarle de modo óptimo.

Brevemente, creo que esta situación fue adecuada para sacar a relucir mis propias tendencias esquizoides, pero también creo que, dado quien soy, no es tan difícil sacarlas a relucir. Más específicamente, citando nuevamente el texto anterior:

*“Los aspectos de mi propio desarrollo como persona que yo siento como más relevantes, son aquí: mi relación con la intensidad emocional, mi voluntad de esforzarme, mi deseo de que las cosas vayan bien (al menos en la superficie), mi necesidad de cumplir con las expectativas, mi coraje y mi convicción sobre el valor de mis reacciones inmediatas. En otras palabras, el modo en que confío en los patrones de afrontamiento esquizoide afectó el intercambio de tratamiento, al igual que la dependencia del paciente en los patrones esquizoides influyó en su comportamiento con su padre”.*

(2017, 218)

**Con el tiempo alcancé a comprender que necesitaba utilizar mis propias tendencias esquizoides al servicio de este tratamiento.**

Pero lo que **también resultaba vital era mantener el contacto con otras posibilidades dentro de mí.** Así es cómo entendí esto. El paciente me pidió que aceptara pasivamente su afirmación de que no le importaba el coste que le suponía la solicitud de su padre. Más concretamente, **sentí que el paciente no quería que ocurriese nada en la sesión que le facilitara enojarse con su padre**, o sentirse lastimado por la desigualdad en la forma en que era tratado en comparación con sus hermanos, o que le preocupara sobre cómo qué economías tendría que hacer para permitirse darles el dinero. **Sentí que el paciente quería que cambiáramos de tema y que simplemente termináramos la sesión, sin que ninguno de los dos expresáramos una emoción negativa.** Su demanda sobre mi tono fue cuestión de hecho, y para mi no necesitar nada de la sesión, así como se suponía que el paciente no necesitaba nada de su padre. Especialmente no tenía que tener ningún impacto en el paciente y, sobre todo, no dar a entender que lo que pasa con su padre, o lo que pasa conmigo en la sesión, real-

mente importa.

### *Así que, dado quien soy, ¿cómo respondí a esa invitación?*

Brevemente y en primer lugar, el sentimiento más poderoso en mí era el de soledad. No solo me sentía sola con mis pensamientos, sino sola en el sentido de que mi soledad era permanente. El paciente quería no saber nada de mí que pudiera cuestionar su manera de tratar con su padre. **Yo tenía ganas de retirarme a mi propio centro esquizoide.** Sentí profundamente el impulso de suavizar todo, permanecer aislada, no decir nada y terminar la sesión.

Por suerte pensé, esto no era todo lo que yo estaba sintiendo. También **me sentía enfadada**, en parte en nombre del paciente, por lo que parecía ser el desprecio habitual del padre respecto de sus necesidades. En otras palabras, estábamos escenificando en la sesión la relación padre – hijo, en la que uno ignora al otro. Creo que este enactment, si queremos llamarlo así, se vio facilitado por tener ambos tendencias esquizoideas. De otro modo yo no habría jugado mi parte en el drama, sentido lo que era como de primera mano y, finalmente, no habría encontrado palabras para expresarlo al paciente. Pero justo igual que mi rasgo esquizoide estaba mi capacidad de conectar con otros potenciales en mí. Me di cuenta de que tenía ganas de acabar con la sesión en parte porque no siempre me siento así. Me sentía enfadada porque yo no acallo automáticamente todas mis emociones. **Me sentía estafada porque yo había querido más conexión con el paciente.** En resumen, estoy sugiriendo que el tratamiento se benefició de mi condición de esquizoide, pero no únicamente.

En mi libro **Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Career** (2012), trato de llevar esas ideas un poco más lejos. Allí sugería que el diagnóstico es la única área de nuestra literatura que había permanecido completamente modelada por la psicología de una persona, en lugar de evolucionar hacia un paradigma de orientación más interpersonal o relacional. No es difícil imaginar por qué. En los formularios de la compañía aseguradora, no están interesados en lo que el analista y

el paciente manifiestan el uno del otro, sino solo en los síntomas y el progreso del paciente. Y por supuesto, no tendría ningún sentido, usando el modelo médico, explorar los senos nasales del médico y qué es lo que nos informa del paciente. Pero creo que en el pensamiento psicoanalítico debería haber oportunidad para tales consideraciones.

**Enfrentar el comportamiento y la presencia de un paciente en particular puede resaltar ciertos aspectos de mi potencialidades y no otros.**

Como ya se ha dicho, creo que tengo un estilo característico y predominante de afrontamiento, pero **no todos los pacientes despiertan la misma gama de mis tendencias.** Por ejemplo, incluso dentro de un tratamiento, y a veces dentro de una sesión, algunos pacientes y yo podemos crear mutuamente una atmósfera paranoica que eventualmente da paso a una interacción con un estilo diferente.

No estoy sugiriendo que desechemos todos nuestros manuales diagnósticos. Durante décadas impartí un curso en el **Instituto William Allanson White** sobre entidades diagnósticas y sus usos en psicoanálisis. Pero creo que puede ser de más ayuda para los clínicos tener una concepción del diagnóstico como un “estado” pero también como un “rasgo”. Esto es, cada uno de nosotros puede quedar comprometido en una configuración particular. Ese es el aspecto del rasgo, nuestro estilo característico de abordar al ser humano. Pero diferentes aspectos de nosotros predominan con diferentes personas en nuestras vidas y en diferentes momentos de nuestras vidas. Por ejemplo, un paciente puede resaltar mis tendencias esquizoideas más que mis otros pacientes, y mi estilo de afrontamiento esquizoide puede activarse más en una sesión que en otra. Eso es lo que llamo estado, más que rasgo. **En mi formación nos enseñaron que un paciente tendría un análisis diferente - en alguna medida -, con un analista diferente.** Creo que es importante respetar las formas en que el paciente sería y no sería diferente con un analista diferente, y

**las formas en que el analista es y no es diferente con diferentes pacientes.**

Finalmente, lo que define una buena pareja puede ser tan inefable en el psicoanálisis como en el amor.

**En cualquier relación debe haber suficientes similitudes para llegar a una comprensión suficiente y suficientes diferencias para desafarse mutuamente.**

Si bien reconozco que **la relación terapéutica es diferente a cualquier otra en muchos aspectos** muy significativos, también creo que traemos nuestros propios personajes fundamentales para trabajar con nosotros por la mañana.

Ningún analista, no importa cuán devotamente crea en la neutralidad, puede funcionar sin inclinaciones personales sobre cómo enfoca, qué percibe, recuerda, a qué responde, qué le hace sonreír, qué entiende y tantas otras expresiones inevitables de la subjetividad del analista.

*Este artículo es mi intento de encontrar palabras para la parte que creo que entiendo de lo que puede hacer que un analista y un paciente sean colaboradores suficientemente buenos.*

Y, luego, está la alquimia, el ingrediente incognoscible e inexpresable que, cuando tenemos suerte, permite que florezca una relación terapéutica que mejora la vida.

**BIBLIOGRAFÍA.**

Buechler, S.: Psychoanalytic Reflections: Training and Practice International Psychoanalytic Books, New York, 2017.

Buechler, S.: Searching for a passionate neutrality. Contemporary Psychoanalysis, Vol. 35, No.2 (1999)

Buechler, S.: Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Career. Routledge, New York, 2012.

---

SANDRA BUECHLER

---