

¿Todavía recordando a los pacientes después de la jubilación?¹

Sandra Buechler, Ph.D.

William Alanson White Institute, NYC, USA



En este trabajo -y en el libro "Permanezco ejerciendo como psicoterapeuta"- la autora recapitula su experiencia de décadas de trabajo clínico y como esta permanece tras su jubilación, cuando hace ya más de cinco años que se produjo. Nos da con su perspectiva una ocasión de reflexión sobre nuestra práctica clínica y cómo esta se imbrica con la vida personal del psicoterapeuta.

Palabras clave: Práctica clínica, Jubilación, Psicoterapia Psicoanalítica.

In this work - and in the book "Still Practicing..." - the author recapitulates her experience of decades of clinical work and how this continues after her retirement, which occurred more than five years ago. With her perspective, she gives us an opportunity to reflect on our clinical practice and how it is intertwined with the personal life of the psychotherapist.

Key Words: Clinical Practice, Retirement, Psychoanalytic Psychotherapy

English Title: *Still remembering patients after retirement?*

Cita bibliográfica / Reference citation:

Buechler, S. (2024). ¿Todavía recordando a los pacientes después de la jubilación?. *Clínica e Investigación Relacional*, 18 (2): 285-301. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2024.180207

Estoy jubilada desde el 1 de junio de 2019. ¿Por qué sigo pensando en algunos de mis pacientes y no en otros? ¿Quién se ha quedado en mi mente? ¿Son los pacientes que más me gustaron o los que me resultaron más difíciles de tratar? ¿Son los que sentí que ayudé más, o los que menos? Años antes de jubilarme, ¿habría adivinado correctamente qué pacientes asaltarían mis sueños, cinco años después de que terminara nuestro contacto?

Aparte de la dificultad de responder a estas preguntas, también me pregunto cuán representativa es mi experiencia. ¿Tendrían otros analistas jubilados respuestas similares? Para aquellos de ustedes que aún no se han jubilado o, tal vez, nunca lo han imaginado, ¿qué pacientes creen que aún poblarían sus pensamientos, años después de la última vez que los vieron?

Lo que estoy compartiendo con ustedes esta noche es, en cierto sentido, una secuela de mi libro "Permanezco ejerciendo...", cuya versión castellana se presenta hoy. Ese libro se refiere a los diversos capítulos de una carrera analítica, desde los primeros días de la formación analítica hasta la jubilación. Allí analizo algunos de los problemas que podemos encontrar en cada fase, comenzando con la formación, pasando por la fase inicial de la práctica, las fases intermedias y más allá. En mi experiencia, cada período tiene sus alegrías, desafíos y tristezas especiales. Por supuesto, diferimos en cómo vivimos nuestras carreras, en lo que aportamos al trabajo y en lo que nos llevamos. Pero creo que hay preocupaciones y placeres que muchos comparten, en cada punto. Por ejemplo, si bien los clínicos de la fase inicial aportan diferentes fortalezas, inseguridades y experiencias de vida, todos nos enfrentamos a tener que lanzar nuestras carreras. La mayoría de nosotros no nos sentíamos preparados, en cierto sentido, pero seguimos adelante. La mayoría de nosotros nos encontramos con momentos en los que deseábamos orientación, momentos en las sesiones en los que estábamos divididos sobre qué hacer, qué decir, si permanecer en silencio, cómo ayudar. La mayoría de nosotros sentíamos que teníamos que demostrar que teníamos el "material correcto" para ser clínicos, aunque solo fuera para nosotros mismos, sin claridad sobre qué era ese "material correcto" o cómo ganarlo. La mayoría de nosotros salimos del paso. Con el tiempo, la mayoría de nosotros tuvimos al menos alguna experiencia de haber ayudado a algunas personas. Cuánto disminuyó esto nuestras inseguridades, probablemente difirió dependiendo de las características personales y las experiencias de vida. Pero, por definición, todos pasamos de no tener experiencia como clínicos a tenerla. Para muchos de nosotros, pasamos de ser más jóvenes que la mayoría de nuestros pacientes/clientes a, finalmente, ser mayores que la mayoría. Las fases de nuestras carreras eran paralelas a las fases de nuestras vidas personales; desde la formación de una identidad hasta su sostenimiento, hasta, finalmente, al menos la contemplación de renunciar a ella.

Sullivan dijo que todos somos simplemente más humanos que otra cosa. He sugerido que, en nuestra profesión, somos más clínicos que otra cosa, lo que significa que, independientemente de nuestra orientación, hay más cosas que compartimos que las formas en que diferimos. El freudiano clásico, el sullivaniano, el frommiano, el jungiano, etc., todos confían en la curiosidad, todos necesitan esperanza², todos conocen el dolor de perder a las personas, todos tienen remordimientos, todos experimentan la soledad de ser, al menos por un tiempo, el único en la habitación que sabe lo que estamos tratando de hacer. Creo que nuestras diferencias teóricas reciben más atención que nuestros valores comunes, nuestros deseos comunes de ayudar a las personas que tratamos. Creo que es importante recordar que todos somos más clínicos que otra cosa, especialmente cuando corremos el peligro de idealizar nuestra propia postura teórica. Como escribí en mi libro de 2024 sobre Fromm (p.113): "Dentro del campo del psicoanálisis, la alienación también puede tomar la forma de idolatría de una teoría particular. Las concepciones de Fromm sobre la idolatría y la alienación me han ayudado a entender cómo esto puede limitar la creatividad de los clínicos en formación". Al sugerir que la idolatría puede limitarnos en todas las fases de nuestras carreras, continué diciendo que en la formación "... No es *la teoría en sí misma la responsable, sino más bien la expectativa (sutil o manifiesta) del supervisor de adherirse a la teoría. Ningún punto de vista teórico es inmune a este proceso*". La idolatría siempre es una tentación, especialmente dadas las incertidumbres en nuestro trabajo, que a menudo nos presenta las preguntas más difíciles de la vida, sin respuestas claras y con mucho en juego. ¿Cuáles son los legados de toda una vida enfrentándose a este dilema en la práctica clínica? ¿Qué recuerdos nos quedan?

Tal vez mi obsesión tenga algo en común con la tuya, tal como la experimentas ahora, si ya estás jubilado, o como puedas hacerlo en el futuro. En este artículo comenzaré con algunas de las experiencias que registré en "Permanezco ejerciendo...", en particular aquellas que me parecieron tener el mayor impacto. A continuación, consideraré algunos que aún persisten y compartiré algunas ideas sobre por qué.

Experiencias con pacientes hospitalizados

A menudo he reflexionado que mis primeras experiencias profesionales tuvieron mucho más impacto en toda mi carrera de lo que hubiera imaginado en ese momento. Muchos no fueron tratamientos individuales, sino momentos fugaces con pacientes psicóticos cuya memoria es imborrable. Por ejemplo, recuerdo al paciente, diagnosticado esquizofrénico paranoide, que proclamaba en voz alta que era Jesucristo.

Cuando desafié esto, me preguntó: "¿Cómo sabes que no soy Jesús?" Es una pregunta que ha llegado a significar mucho para mí. ¿Cómo sabe cualquiera de nosotros que nuestro sentido de la realidad es preciso?

Otro paciente hospitalizado a menudo hace su aparición en mis pensamientos. He aquí una descripción de él, en "Permanezco ejerciendo..." (p.69 del original, Buechler, 2012).

"...todavía puedo ver a Tommy, un hombre obeso, quejoso y altísimo con una inteligencia muy limitada. Muchas mañanas me recibía con historias lacrimógenas sobre la paliza que le había dado en la escalera el enfermero del turno de noche, un hombre que yo sabía que era sádico con algunos pacientes. Probablemente Tommy podía poner de los nervios a la mayoría de la gente, y yo estaba segura de que había provocado al enfermero de alguna manera y, al menos algunas veces, el enfermero había abusado realmente de él. Desde luego, Tommy tenía suficientes moratones para corroborar sus quejas.

Pero no dije nada ni hice nada al respecto. Realmente no puedo decir por qué. Estoy segura de que no hacer nada tuvo un impacto muy negativo en mí. Me confrontó con respecto a mi idea de quién soy y quien quiero ser, comparable, creo, a la situación de McCleary citada previamente. No recuerdo lo que me dije a mí misma sobre Tommy, pero imagino que fue algo así como: "No puedo demostrar quién le hizo daño. Nadie me creará. No puedo luchar contra todo".

Mirando hacia atrás, creo que el control de Tommy sobre mi memoria se debe, al menos en parte, a mi arrepentimiento de no haber hecho más por él. He llegado a creer que lo que llamo mis "pecados de omisión" superan con creces mis "pecados de comisión", al menos ante mis propios ojos.

Experiencias ambulatorias tempranas y su impacto duradero

Un recuerdo ha tenido un gran poder de retención en mi mente. Escribí sobre ello en "Permanezco ejerciendo...", y lo describiré con cierta extensión aquí, porque creo que encapsula gran parte de lo que tuvo el mayor impacto en mi desarrollo como clínico.

Al principio de mi carrera, poco tiempo después de comenzar a atender pacientes externos en una clínica adscrita al hospital, traté a un hombre al que llamaré Joe. Me pareció muy agradable, inteligente y profundamente interesado en la música y el arte. Aunque era bastante joven, su talento ya había sido objeto de cierto reconocimiento público. Parecía encaminado hacia una carrera prometedora. También tuve ocasión de conocer a su mujer y a su hija pequeña. Ambas me parecieron agradables y eran muy cariñosas con Joe.

En medio de este prometedor panorama, sólo parecía haber un problema relevante. Joe tenía antecedentes por exhibirse a niños en lugares públicos. Ya le habían llevado a la cárcel numerosas condenas. Cada vez que Joe comparecía ante el tribunal, el juez se exasperaba más y le imponía una condena más dura. Parecía bastante claro que, si volvía a ocurrir, la carrera y el matrimonio de Joe acabarían.

Las descripciones que hacía Joe de su experiencia en la cárcel eran realmente espeluznantes. Según su relato, otros reclusos eran especialmente abusivos físicamente con los hombres que cometían el tipo de delito de Joe. Entre los reclusos, Joe era considerado lo más bajo de lo más bajo, no sólo por la naturaleza de su delito sino también porque era un hombre sensible, artista, poco acostumbrado al trabajo físico o a la violencia de cualquier clase.

A pesar de que yo, todavía, era una terapeuta muy inexperta, me asignaron el tratamiento de Joe. Pensé en derivarlo a otra parte, en busca de otros tratamientos con diferentes enfoques, pero él quería ser atendido en nuestra clínica (donde ya conocía a algunos de nosotros y recibiría medicación y terapia). No me sentía preparada para trabajar con él. Me desconcertaba. Al principio, me dijo que estaba igual de desconcertado consigo mismo. ¿Por qué lo arriesgaba todo en su vida por la excitación que le producía bajarse los pantalones delante de niños que no conocía? Cuando me reuní con él y con su mujer, ambos me aseguraron que nunca había ocurrido nada inapropiado entre Joe y su hija. Esto me alivió un poco, pero seguía sintiéndome profundamente preocupada y perdida en cuanto a cómo iba a poder ayudarle.

Esta fue una de las tantas veces que recuerdo haberme sentido poco cualificada para mi trabajo. Ni mi situación económica ni otras razones prácticas por las que había aceptado el trabajo me resultaban motivo suficiente como para seguir con el tratamiento en aquellos momentos. Me parecía mal estar "tratando" a un hombre cuyo comportamiento me desconcertaba tanto como a todos los demás, a su esposa, a los distintos jueces y al propio paciente. ¿Qué podía ofrecerle? ¿Acaso mi formación me había provisto de algo potencialmente útil para mi trabajo con este hombre?

Ahora tengo unos 40 años más que cuando vi a Joe por primera vez. Miro hacia atrás con una mezcla de muchos sentimientos. En algunos aspectos me reconozco y siento que no he cambiado tanto. Aunque mi "coro interno" ciertamente ha crecido, todavía en ocasiones puedo sentirme abrumada, poco preparada e incluso a veces, muy autocrítica. Pero estos sentimientos no son tan intensos ni tan frecuentes. No estoy segura de sí hoy trabajaría "mejor" con Joe, pero sí creo que tendría algo más de confianza respecto a tener algo que ofrecerle, a pesar de mi desconcierto.

Joe, su mujer y yo estábamos realmente desesperados. Al igual que su abogado, pensábamos que, si Joe cometía otro delito, el resultado podría ser una larga condena en la cárcel. Recuerdo que me quedaba pensando en este tratamiento hasta altas horas de la noche y sentía que tenía que haber alguna forma de poder prevenir otro

episodio. ¿Había algo que pudiera decir, algún punto lógico que pudiera exponer, que no se nos hubiera ocurrido ya, tanto a mí como a su mujer o al propio Joe? Mi sensación era que se trataba de una situación en la que la teoría (tal y como yo la entendía) no me estaba proporcionando lo que necesitaba. Por muchas hipótesis que planteara para explicar el comportamiento de Joe, no conducían a una mayor comprensión de una "acción terapéutica" que tuviera alguna probabilidad de ser eficaz. Recurrí a una conjetura intuitiva. Repasando la historia de Joe, me pregunté si acaso las dos cosas que parecían destacar más en la vida de Joe, sus logros y su exhibicionismo, no estaban relacionadas de algún modo. Cada una era arriesgada a su manera. En cada una se "exhibía" (en cierto sentido). Cada una era muy excitante para él.

Sobre esta base tan endeble, recomendé a Joe que abandonara toda actividad musical y artística. Estaba desolado. Cuando me preguntó en qué le ayudaría eso, admití mi incertidumbre, pero, no obstante, le insté encarecidamente a que lo hiciera. Intenté explicarle que tal vez la excitación que da lugar a su proceso creativo de alguna manera también generaba el impulso que lo metía en problemas. Me sentí fatal al decírselo. Sentí que le estaba privando de algo que, en gran medida, le había ayudado a sostenerse, basándome en una suposición sin mucho fundamento por mi parte. Me dije a mí misma que Joe era un adulto y que no tenía por qué hacerme caso. La situación era grave y pensé que tenía que hacer algo. Había intentado muchos otros enfoques. Todo esto era cierto, pero, tal y como lo recuerdo, nada de lo que me decía a mí misma me sosegaba.

Después de muchos años de formación y experiencia clínica, se me ocurren diferentes hipótesis sobre el comportamiento de Joe y su significado. Ahora me pregunto si quizás podría haber sido bipolar. De ser así, tal vez otros enfoques terapéuticos podrían haber tenido algún efecto.

En cualquier caso, seguí tratando a Joe durante unos meses, en los que pudo encontrar un trabajo de oficina bastante corriente. Durante esos meses, y en los varios años que permanecí en ese trabajo, no llegó a mi conocimiento que hubiera vuelto a tener episodios de exhibicionismo. ¿Eso significa que aquello que le sugerí fue lo correcto?

Planteo esta cuestión no tanto para explorar posibilidades de tratamiento en el trabajo con Joe, sino más bien para reflexionar sobre el efecto de esta experiencia en mi propio desarrollo profesional (y personal). Por supuesto, es posible que todavía no sea consciente de hasta qué punto me impactó y de todo lo que significó esa experiencia para mí debido al despliegue de mis propias defensas. Pero, en parte, sí soy consciente del legado de esta experiencia en mí.

En primer lugar, permítanme decir, que creo que fue una experiencia temprana muy significativa en mi carrera como terapeuta y en mi desarrollo como ser humano. Aunque no fue, ni mucho menos, la primera ni la única vez que me sentí

desconcertada y, a la vez, responsable de tener que hacer algo, fue una situación en la que sentí este dilema de una forma tan intensa como no lo había sentido hasta el momento. El hecho de que sea necesario tomar una decisión pero que el camino no esté claro llegó a representar un desafío, tanto en mi trabajo como en mi vida. Hay mucho en juego y el tiempo es limitado. Cualquier cosa que se me ocurra hacer tendrá consecuencias imprevisibles, al igual que abstenerme de cualquier acción.

Tengo muy presente que mi propia estructura de personalidad y mi experiencia vital tiene mucho que ver con la forma en la que experimento y vivo este desafío. Cada terapeuta aportaría a su trabajo con Joe, su propia historia infantil, sus rasgos de personalidad, sus diversas tendencias defensivas y recursos profesionales.

Algunos clínicos podrían estar menos o más preocupados, sentirse desconcertados, ser más activos, resolutivos o que les afecte mucho más este trabajo en particular. Pero creo que la mayoría de los terapeutas compartirían algunos aspectos de mi experiencia:

1. Creo que esta experiencia tuvo más impacto en mí porque era una terapeuta joven e inexperta y, por lo tanto, aún no había tenido la oportunidad de ver que había mucha gente a la que *podía* ayudar.
2. Creo que algunas de mis tendencias psicológicas (buscar mi propia contribución a lo que ocurre entre los demás y yo, sentirme sumamente responsable de mi impacto en los otros, esperar ser capaz de poder ayudar, ser propensa a la culpa) no son inusuales en las personas que eligen una carrera clínica. Creo que jugaron un papel muy importante en cómo viví, me comporté, registré y "almacené" mi trabajo con Joe en la memoria y, sobre todo, en cómo afectó a mi confianza como terapeuta.
3. Los terapeutas se enfrentan con frecuencia a una serie de retos particulares. Aunque son inherentes a la condición humana y, por lo tanto, comunes a todas las personas, se presentan con regularidad en el *trabajo* de los terapeutas, así como en su vida personal. En el contexto del tratamiento, el terapeuta está llamado a aportar algo valioso para el paciente. Por supuesto que hay diferencias entre lo que cada terapeuta siente que tiene que aportar al paciente (consejo, atención, conocimiento teórico, ayuda concreta, orientación, influencia, modelado, empatía, sintonía, reflejo, interpretación, acceso a nuestras propias respuestas emocionales, entre otras muchas posibilidades). Independientemente de estas importantes diferencias, creo que la mayoría de nosotros nos sentimos obligados a aportar *algo* a nuestros pacientes en apuros, aunque sólo sea porque nos pagan por nuestros servicios, pero, habitualmente también, porque estamos escuchando a otro ser humano que está sufriendo y nos está pidiendo ayuda. Intentamos tener impacto en esa situación, en la persona, sin traspasar el papel que nos corresponde. Caminar por esa delgada línea no es algo desconocido para padres de adolescentes, para hijos adultos de padres ancianos y en muchas otras situaciones humanas. Pero como clínicos estamos llamados a estar preparados para intervenir profesionalmente. Las similitudes entre

las cuerdas flojas por las que caminamos en nuestra vida personal y las que nos encontramos en nuestro trabajo pueden resultar de ayuda en ambos terrenos. Pero creo que hay ocasiones en que el reto puede ser casi o definitivamente traumático. En otro trabajo, he escrito sobre la vergüenza y la ansiedad que puede sentir una persona cuando lo "imposible/necesario" nos obliga a enfrentarnos a una situación humana para la que no nos sentimos suficientemente preparados (Buechler, 2008).

Aunque han pasado 40 años y no tengo forma de ponerme en contacto con Joe, sigo pensando en él. Viene a mi mente con frecuencia, sobre todo, cuando doy clases y tengo que hablar de la incertidumbre en el tratamiento y las decisiones que tenemos que tomar momento a momento. Muchos abogarían por "respetar la autonomía del paciente" y, por lo tanto, se sentirían menos comprometidos a intentar influir en las decisiones de sus pacientes de lo que yo me sentí, al menos, en mi trabajo con Joe. En principio, puedo estar de acuerdo con esto, pero en la práctica siento que con frecuencia eso no es suficiente.

Los legados duraderos de la primera práctica privada

Mi trabajo con una paciente, a la que llamaré Maisy, llama mi atención. Aquí hay una instantánea de un paciente que ha dejado una huella indeleble. Vale la pena que piense por qué me ha afectado tanto. ¿Cómo podría ser diferente si nunca nos hubiéramos conocido?

Al principio de su adolescencia, Maisy tenía algo de sobrepeso, era muy intensa a nivel emocional, de una belleza llamativa, con cierta inclinación a lo dramático, rostro encendido y una risa contagiosa que a veces disipaba su habitual ceño fruncido. El aroma de Maisy en mi despacho era inconfundible, incluso mucho después de que abandonara nuestra sesión. Le encantaban los animales y consideraba la suciedad su hábitat natural. En cierto modo, la suciedad era su religión, y sin duda creía fervientemente en su derecho absoluto a vivir en ella. Cualquiera que planteara alguna objeción a esto era definido por ella como mezquino, quisquilloso o despreciable.

Soy una persona menuda, pero en presencia de Maisy siempre me sentía más pequeña de lo normal. En apariencia éramos polos opuestos. Maisy echaba por tierra eso de la contemplación tranquila.

Su piel rubicunda me hacía sentir, no solo delicada, sino anémica.

Maisy apareció, desapareció y reapareció en mi despacho a lo largo de varias décadas. Pude ver cómo se convertía en adulta, una joven algo apagada pero llena de vida. La última vez que nos vimos, hace unos 8 años, aún quedaban muchas cosas en

el aire sobre sus opciones profesionales y cuestiones a nivel de relaciones. No tengo ni idea de cómo está, dónde está o, incluso, si todavía vive.

¿Qué debería hacer con Maisy? ¿Es un "archivo" que debería "borrar"? ¿Esto generaría sitio para otros? Al fin y al cabo, puede que no vuelva a verla nunca más y en todo caso, si la volviese a ver, seguramente, no será la Maisy que existe en mi mente.

En cierto sentido, la cuestión no tiene sentido, porque no puedo borrar a Maisy. Mi Maisy, con sus rosadas mejillas y su risa franca y ronca, no puede borrarse. Pero eso está bien, porque no creo que su ausencia suponga ninguna ventaja. La idea de que debemos "decatectizar" los "objetos" perdidos para poder dejar sitio a otros nuevos nunca me ha gustado. En otro lugar he escrito sobre cómo esta concepción del duelo puede llevar a malentendidos (Buechler, 2004, 2008).

En el corazón y en la mente de un analista, hay un sinfín de historias que quedan sin terminar. Supongo que esto me da la libertad de imaginar un final a mi gusto, pero resulta insatisfactorio. Siempre querré saber si Maisy transmitió, tal vez, su exuberancia y sus ojos oscuros, a un hijo. ¿Habría encontrado un buen lugar para sí misma, donde sea bienvenida a ser ella misma y no sólo una versión truncada?

La historia de Maisy quedó inacabada, quizá para siempre. En este sentido, tiene mucho en común con las pérdidas que describí en el capítulo anterior. ¿Pero por qué la pérdida de Maisy es especialmente dolorosa? Quizá su historia destaca sobre las demás experiencias, en parte porque la conocí durante un periodo crucial de su desarrollo temprano. Por eso, así como por la nitidez de su recuerdo, su pérdida tiene un gran peso para mí. Las historias inacabadas pueden ser experimentadas negativamente de diferentes maneras. A veces, los terapeutas se quedan atrapados, esperando, a veces atemorizados por lo que pueda suceder. A menudo nos hubiese gustado compartir una alegría que creíamos inminente. Con la misma frecuencia nos quedamos fuera de un sufrimiento importante, y eso también nos condena a un limbo peculiar. ¿Qué le habrá ocurrido a aquella paciente a la que le habían diagnosticado (años antes) una enfermedad grave? ¿Se habrá recuperado? ¿Estará viva? ¿Y la que estaba enzarzada en una batalla feroz con su hermana? Recuerdo que nuestro trabajo le permitió comprender su papel en la guerra y gracias a ello parecían poder ayudarse mutuamente a soportar las cargas del gradual envejecimiento y otras dificultades. ¿O fue tan solo una tregua temporal?

¿Cómo soportamos las pérdidas de pacientes a los que llegamos a amar, como yo amo a Maisy? Tal vez simplemente dejándola quedarse en mi mente, siempre joven, ya que no puedo imaginarla envejeciendo, aunque, por supuesto, sé que lo ha hecho. Maisy debe estar ahora en la mediana edad, un concepto que apenas puedo creer, aunque sé que es cierto.

Aquí hay otro paciente cuya partida tuvo un profundo efecto.

Faltan 10 minutos para que comience la última sesión de un largo análisis. Todo parece más o menos como de costumbre. Mi silla está en su sitio. El sofá está coronado por su cojín habitual, cubierto por un paño de papel descartable que pone en evidencia mi atención a la higiene. Miro fijamente un papel en blanco. Es la última vez que mi paciente y yo nos veremos. ¿Debo tomar notas? Generalmente, durante cada sesión, tomo al menos una página entera de notas, para poder echarles un vistazo antes del comienzo de la siguiente sesión. Pero en esta ocasión no habrá próxima sesión. Me planteo alguna de mis cuestiones típicas: ¿Cuál es el objetivo? ¿De qué puede servir esta sesión? ¿Basta con procurar superarla sin más? Teniendo en cuenta cómo me estoy sintiendo, tal vez eso sea lo mejor.

Pero ¿qué siento exactamente? Bueno, sé que me siento triste por no volver a verla. Pero es una tristeza acotada por cierta sensación de irrealidad. ¿Cómo puede ser verdad que no volvamos a vernos? Después de todo lo que hemos recorrido juntas, eso es absurdo. Por poco escribo que me parece absurdo. Pero, en realidad, no sólo parece absurdo. Es realmente absurdo.

Si esto fuera un divorcio, al menos habría algún contacto durante el desagradable proceso. Pero el final de un tratamiento separa de otra manera. No hay propiedades que repartir, ni cubiertos por los que pelear, ni acuerdos de custodia. Podría ser muy útil tener algo por lo que luchar. Un poco de ira me sentaría muy bien ahora mismo. Me revitalizaría. Aliviaría. Como una cerveza fría en un día muy caluroso.

Pero estos pensamientos no me ayudan. Permítanme volver a la única pregunta que es importante en este momento: ¿Cuál es el objetivo de esta sesión?

No acepto que el objetivo de esta sesión sea simplemente superarla, atravesarla. Eso suena tan decepcionante, tan vacío. Indigno de todo el trabajo que hemos hecho hasta ahora. Cuando empiezo a centrarme en los objetivos, puedo pensar en el dilema en el que me encuentro. Quiero que ella sepa lo mucho que significa para mí. Pero no quiero que ella sienta que se tiene que hacer cargo de mí. No quiero que sienta que tiene que quedarse aquí, para pagar una deuda. No quiero que se distraiga de sí misma. Quiero que tenga todo lo que este momento puede darle. Una ruptura limpia. Algo de la alegría de una graduación. Un sentimiento de logro, por todos los años de duro trabajo. Lo hemos conseguido.

¿Pero lo hemos hecho? ¿Es realmente el momento de parar? ¿Estamos (todavía) evitando algo? ¿O es esa pregunta, en sí misma, egoísta? ¿Es una forma de aferrarme a ella, por mi propio interés?

Intento imaginar qué ocurrirá en los últimos segundos. ¿Nos daremos la mano, como los políticos después de un debate? Un abrazo significaría que esto es definitivo. Sería una ruptura con nuestra costumbre. Nunca nos hemos tocado. Con un abrazo ya no somos "nosotras". Ahora sólo somos dos mujeres. Dos mujeres que se conocieron,

una vez, durante un tiempo. Un abrazo puede parecer que nos acerca, pero, en cierto modo, es un gesto que pone en evidencia nuestra separación a partir de ahora.

¿Estoy pensando realmente en lo que es mejor para ella? ¿Puedo saber algo al respecto? ¿Para quién es realmente este final una "ruptura limpia"?

Quizá lo sea realmente para ella. He oído hablar de tantas finalizaciones de tratamiento llevadas a cabo con torpeza y de las heridas que pueden dejar, como suturas cuyos puntos son arrancados en lugar de tratarlos cuidadosamente. Puede quedar un legado de atormentado desconcierto. Cuando un analista no es capaz de soltar al final del tratamiento, el paciente puede quedarse con preguntas dolorosas que arrojan una sombra de duda sobre todo el trabajo realizado. El paciente puede preguntarse: "¿Le he importado realmente al analista? ¿Fue todo falso, una farsa? ¿El analista fingió que se preocupaba por mí para cobrar sus honorarios? Si esa es la verdad, ¿por qué no me di cuenta? ¿Tan necesitada de amor estoy? ¿Soy tan ingenua? ¿Tan crédula? ¿Dónde más me he dejado engañar? Mirando atrás, ahora, ¿no tiene validez todo lo que creí que había pasado en el tratamiento? ¿Y todo lo que creí que habíamos logrado y comprendido, queda anulado del mismo modo que se anula un cheque sin fondos?

Realmente creo que es importante terminar bien. Si el analista se resiste, alegando que aún queda trabajo esencial por hacer, el paciente puede llegar a pensar: "Mi analista no me deja en paz. El (o ella) no está realmente interesado en mi bienestar, sino que sólo quiere que nuestro trabajo continúe, por dinero, o para mantener el *statu quo* entre nosotros, o por otras razones de su interés. ¿Qué necesidad propia ha estado procurando satisfacer mi analista todo el tiempo? ¿Acaso he estado ciego? ¿Cómo me he dejado usar de esta manera? Además, esta terrible sensación de sentirse traicionado y de auto-traición puede estar, a su vez, abonada por los significados específicos que la experiencia vital temprana del paciente puede traer. Por ejemplo, imaginemos que el paciente siente que, de niño, contribuyó en el abuso que sufrió por uno de sus progenitores. Irónicamente, este *insight* podría ser uno de los logros centrales del análisis. Pero entonces, al terminar, si el analista sigue afirmando que hay más por hacer, y el paciente empieza a cuestionar los motivos del analista, la situación puede volverse profundamente confusa y desmoralizadora. ¿Acaso el cuestionamiento sobre los motivos del analista es producto de una transferencia negativa por parte del paciente? ¿O realmente el paciente ha contribuido (una vez más) al maltrato? Por otra parte, ¿fue toda la elaboración del abuso paterno un auténtico *insight* sobre el pasado del paciente o fue más bien un desplazamiento de lo que realmente estaba ocurriendo en el tratamiento? ¿Era quizás demasiado cómodo (tanto para el analista como para el paciente) ver a los padres del paciente como los perpetradores? Todo lo que el tratamiento ha logrado puede ponerse en tela de juicio cuando la finalización de este genera profundas suspicacias.

Por supuesto, puede haber razones legítimas para que el analista se oponga a una finalización del tratamiento por considerarla prematura. El deseo de terminar, en sí mismo, puede ser un *enactment*³, por parte del paciente, del analista, o de ambos a la vez. Pero, al menos en lo que respecta a mi experiencia, creo que lo que ocurre con frecuencia, cuando las cosas van mal al final, es que el paciente quiere terminar, el analista se resiste, y el paciente termina poniendo fin al tratamiento, pero quedándose con un sinfín de preguntas respecto a las verdaderas motivaciones del analista.

Faltan dos minutos todavía para que llegue mi paciente y, aunque creo que tengo más claro lo que no quiero que sea esta sesión, no tengo del todo claro que es lo que espero de ella. ¿Realmente espero algo de esta última sesión? ¿Quiero estar segura de no quedarme sin decir algo?

Henry Krystal (1975) subrayó que cada uno de nosotros necesita que alguien bendiga nuestro desarrollo y nos cuide a nivel emocional⁴. Necesitamos recibir el mensaje de que el cuidador estará bien, por lo que está bien ser autosuficiente. ¿Realmente estaré bien? Sí. Entonces, ¿qué significa esto para mi relación con esta paciente en particular y en relación con todos mis pacientes? ¿Qué significado tiene esto para mí?

Como la señal de un concurso, el timbre de la puerta me indica que mi tiempo para la autorreflexión ha terminado. Ella ya está aquí. De repente, mi objetivo está claro. Quiero que esta sesión sea un buen recuerdo, para mí y para ella. Quiero que ambas podamos mirar hacia atrás y sonreír un poco. No me importa si lloramos. Prefiero llorar a llevar una sonrisa impostada. Pero quiero que las lágrimas nos digan algo con lo que las dos podamos vivir.

En mi caso, sé que puedo vivir con la pérdida si queda a la sombra de algo que es mucho más importante. Por ejemplo, cuando he sentido que los pacientes deben dejar el tratamiento porque la vida está en otra parte, estoy bien. La pérdida sigue doliendo, pero hay otro sentimiento que resulta más fuerte. Una vez más, me he situado del lado de la vida, no en su contra. He ido a favor de la corriente. Pensar en el tiempo de una forma más amplia eclipsa el momento presente. Su agujijón no provoca únicamente dolor. Es un recordatorio de que todo nacimiento siempre genera heridas en ambas partes. El que es impulsado hacia el exterior soporta el dolor de la exposición repentina y desnuda a los elementos. La que da a luz pasa de estar llena a estar vacía. Sufren de forma diferente, pero cada una de estas partes, está dispuesta a sufrir en nombre de la vida.

Resulta que este paciente regresó, de vez en cuando, para pedir ayuda con lo que le ocurrió. Tenía un cáncer muy grave, pero recibió un tratamiento extenso para él. No la he visto ni oído hablar de ella en muchos años. Me gustaría pensar que está bien, pero, por supuesto, nunca lo sabré. Pero, en este caso, creo firmemente que nuestro trabajo enriqueció su vida. Sé que lo hizo conmigo.

He escrito varias veces sobre dos pacientes, una que se suicidó (en *Valores de la Clínica*) y otra que murió a los treinta años (en 2017). No voy a repetir este material, excepto para decir que, sin lugar a duda, estas pérdidas han sido de las más profundas, para mí, y sus legados están muy vivos.

Ejerciendo en la mitad y al final de la práctica clínica

Bob fue un paciente que vi durante muchos años. En este caso, estoy seguro de que parte de su presencia continua en mi mente tenía que ver con lo difícil que era para mí tratarlo. He aquí una descripción de nuestro trabajo:

Bob se acercaba a la mediana edad cuando acudió por primera vez a mí para recibir tratamiento. Acababa de salir de un largo análisis clásico que consideraba en gran medida un fracaso. Bob tenía talento verbal y utilizaba su agudo ingenio, su excelente dominio del lenguaje, su facilidad con la lógica y su mente naturalmente estratégica para defenderse y, a veces, atacar emocionalmente a quienes se atrevían a acercarse a él. No hace falta decir que rápidamente me convertí en su principal objetivo. Bob era inusualmente hábil para exponer el lado débil del psicoanálisis en general, y de mí como clínico, en particular.

Cuando no me quedé atónita en silencio por sus ataques letalmente precisos, pude plantear la pregunta sobre su propósito. Le hice saber a Bob que no estaba aprovechando al mejor analista que yo podía ser. A veces mordía el anzuelo, mientras que otras veces reflexionaba sobre el proceso entre nosotros, y había momentos en los que hacía poco más que esperar a que se acabara la hora. Se hizo cada vez más evidente que el estilo de Bob no solo limitaba la información que podía recibir, sino que también disminuía la creatividad de aquellos que se atrevían a tratar de relacionarse con él. Yo no era su único objetivo. Familiares y novias corrieron la misma suerte.

Eventualmente, creo, mi apelación a su propio interés tocó una fibra sensible. Bob quería verse a sí mismo como totalmente libre, por encima de todo limitando los enredos sociales, sin ataduras, nunca limitado por los estándares convencionales de comportamiento aceptable. Su poderoso intelecto era toda la compañía que necesitaba, o eso pensaba. Al señalar que había acudido a mí en busca de ayuda y que no iba a obtener mucho de mí si me reducía a una supervivencia sin palabras, estaba sugiriendo que Bob sí tenía necesidades, que dependía de que yo pudiera funcionar y que algunas limitaciones en su comportamiento servirían a sus propios intereses.

Como sugiere Funk (2024), para Bob la tecnología fomentaba la ilusión de lo ilimitado. Había infinitas oportunidades para las interacciones sociales sin la necesidad de encontrarse con nadie y lidiar con los sentimientos que despertaban. Si un intercambio por Internet evocaba sentimientos negativos en él, podía pasar al siguiente "amigo", "cita" o "colega". No importaba la zona horaria, la edad o la cultura que habitaran. El mundo estaba abierto para él. No importaba lo molesto o irritante que estuviera Bob, siempre había un sinnúmero de otras oportunidades esperándole, a un clic de distancia.

Afortunadamente para los dos, Bob acudió a mí en busca de tratamiento en un momento de su vida en el que empezaba a darse cuenta de que si no se adaptaba a una vida con una pareja, podría pasar el resto de su tiempo en la tierra solo con su computadora. Al ver que sí necesitaba algo de mí, y si no inhibía su agresión hacia mí, no lo conseguiría, Bob comenzó a comprender que era por su propio interés el desarrollar la capacidad de soportar los sentimientos que otra persona despertaba en él. A veces tenía que tolerar su impaciencia con mi mente más lenta, o sus sentimientos de vulnerabilidad, o su miedo de que yo respondiera a sus ataques con mi propia agresión verbal. A veces tenía que enfrentarse a que tras años de interactuar principalmente con dispositivos, en lugar de con personas, le habían supuesto que le fuera muy costoso desarrollar habilidades interpersonales.

Creo que los dones supremos de Bob en el pensamiento lógico fueron útiles para persuadirlo de ser más colaborativo. Pero mi sensación es que lo que marcó la mayor diferencia fue el desarrollo de la empatía de Bob hacia mí como su víctima. Creo que fue esto, más que cualquier otra cosa, lo que lo movió a aceptar que había un precio que él y otros pagaban por su agresión verbal sin límites. La empatía conmigo lo confrontó con la razón por la que inhibimos nuestros impulsos más agresivos. Si bien siempre habría filas interminables de mujeres disponibles para interacciones en línea, infinitas opciones de YouTube, interminables guerras de videojuegos e interminables listas de correo politizadas no eran un sustituto de tener un/a compañero/a de vida y un analista completamente vivo. Bob ya había perfeccionado sus magníficas capacidades para usar sus talentos para el combate verbal. Ahora necesitaba desarrollar la capacidad de expresar sentimientos, conectarse con otra persona y lidiar con sus propios defectos e imperfecciones en otro ser humano. Como una voz prominente en mi propio "coro interno", Erich Fromm me ayudó a mantener el rumbo y a importarle lo suficiente a Bob para que nos eligiera y, en última instancia, para que él eligiera la vida.

La presencia de Bob en mi mente no se debe solo a los desafíos que me planteó como clínico. También es porque, mucho después de que terminamos, me enteré de que se

estaba muriendo de un cáncer virulento. Su esposa, que me conocía un poco, me llamó y me pidió que lo viera y tratara de convencerlo de que se sometiera a una cirugía muy arriesgada, que muy probablemente lo dejaría gravemente discapacitado, si sobrevivía. Accedí a verlo, si se ponía en contacto, pero me negué a prometerle que intentaría convencerlo de cualquier cosa. Nunca llamó, y más tarde me enteré de que se quitó la vida. Estoy seguro de que hay muchas razones personales por las que lo veo en todas partes. No creo que eso cambie.

Para terminar, me gustaría citar un apartado de "Permanezco ejerciendo..." sobre lo que llamé las "tragedias ordinarias" de una carrera haciendo tratamiento. Allí sugiero que estas pérdidas, a menudo inadvertidas (conscientemente), pueden aumentar nuestras reacciones a pérdidas más obvias, como la terminación del tratamiento o las muertes.

En la práctica clínica, la pérdida está tan omnipresente que en ocasiones puede resultar difícil advertirla. Está claro que caemos en la cuenta de ello cuando un paciente abandona el tratamiento. A veces puede parecer que nuestra reacción es exagerada ante estos finales abruptos. Esto nos puede poner bajo sospecha de que nuestra motivación es el dinero y que por lo único que queremos conservar a los pacientes es para seguir cobrando nuestros honorarios. Aunque esto puede ser cierto de algún modo, no sería una explicación suficiente. En el tejido de la vida profesional de un clínico, se hallan imbricadas múltiples formas de pérdida. Es en el momento en que se produce una pérdida real de un paciente cuando esas diversas formas de pérdida cristalizan en la experiencia y podemos sentirlas a nivel consciente. De esta forma, puede que nuestra "reacción exagerada" a la finalización de un tratamiento, tenga que ver con que, por fin, ante la pérdida real de un paciente, tenemos la oportunidad de poder reaccionar por esta pérdida concreta pero también por tantas pérdidas acumuladas más sutiles. La naturaleza de estas pérdidas acumuladas es el tema de gran parte de este capítulo.

¿Qué quiero decir con "pérdidas clínicas"? Obviamente, sólo puedo responder a esto desde mi propio punto de vista. En este capítulo hablaré desde la experiencia personal de mis propias pérdidas y de experiencias a las que he tenido acceso a través de la supervisión y consulta clínica.

Me llama la atención la manera en la cual nos relacionamos con las pérdidas. Parece como si las diésemos por sentadas, como si tuviésemos que soportarlas sin derecho a la queja. Es como si volaran por debajo del radar, por decirlo de algún modo, pasando en muchas ocasiones desapercibidas. Sin embargo, creo que todas estas experiencias de

pérdida nos afectan a nivel emocional. El hecho de que muchas no estén claramente identificadas hace que sea mucho más difícil su duelo.

Destaco las pérdidas inherentes a muchos momentos cotidianos de la jornada laboral de un clínico. Incluyo las pérdidas a nivel cognitivo más simples y temporales, como por ejemplo cuando se pierde la capacidad para pensar con claridad. Estas pérdidas pueden ser desconcertantes, pero suelen ser momentáneas y pasar rápidamente al olvido y por ello nunca evaluamos realmente su significado o impacto personal. Más compleja es la pérdida de la ilusión de quienes somos. El clínico se encuentra a menudo con lo que Sullivan (1953) denominó los aspectos "yo-malo" y "no-yo" de sí mismo. Puede ser difícil mantener las ilusiones que nos sostienen. La autoestima del clínico, que se ha forjado a pulso, puede verse amenazada por errores, limitaciones, dificultades y lapsus (para más ejemplos, véase el Capítulo 5, Buechler, 2012, 2024).

Nuestra pérdida de esperanza, sueños y fantasías puede ser sutil, estar implícita en los intercambios clínicos o formar parte explícita del trabajo con pacientes concretos. Pienso que la forma en que viviré cada pérdida va a estar teñida por quien soy como persona, pero también creo que el registro de mis pérdidas va más allá de lo puramente autobiográfico. Mi experiencia de pérdida, junto con la de otras personas que he supervisado coincide en parte con la experiencia de otros clínicos. Por ello quiero poner a prueba esta suposición con los lectores.

Las pérdidas de conexión se producen a muchos niveles. De hecho, puede verse cada momento en una sesión como un repliegue de la conexión o como un avance hacia la misma. A veces pienso que los 45 minutos son como una danza, en el que las dos partes se acercan y se alejan la una a la otra constantemente. De pronto parece posible una mayor intimidad, al momento se evapora y más tarde vuelve a surgir la oportunidad.

Un examen retrospectivo me sugiere que estas "tragedias ordinarias" han aumentado mis pérdidas más obvias. Creo que aquellos con los que incurrí en sutiles pérdidas de conexión de una sesión a la siguiente pueden ser más propensos a permanecer en mi mente y mi corazón. Pero, me pregunto, y me gustaría preguntar, ¿quién crees que probablemente seguirá ahí y le darás vueltas después de que dejes de ejercer, y por qué?

REFERENCIAS

- Funk, R. (2019, 2024). *Life Itself Is an Art: The Life and Work of Erich Fromm*. Bloomsbury.
Krystal, H. (1975). *Integration and Self Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Ed. Rev, 1994

Sullivan, H.S. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Comp. de Helen Swick y Mary Ladd; New York: Norton.

LIBROS DE SANDRA BUECHLER:

- *Valores de la Clínica: Emociones que guían el tratamiento psicoanalítico* (2004); Original en inglés. Hay versión castellana (Madrid: Ágora Relacional, 2018)
- *Marcando la diferencia en las vidas de los pacientes: Experiencia emocional en el ámbito terapéutico* (2008, que mereció el Premio Gradiva); Original en inglés. Hay versión castellana (Madrid: Ágora Relacional, 2015)
- *Permanezco ejerciendo como psicoterapeuta: Los pesares y las alegrías de una carrera clínica* (2012); Original en inglés. Hay versión castellana (Madrid: Ágora Relacional, 2024)
- *Comprendiendo y tratando pacientes en Psicoanálisis Clínico: Lecciones desde la Literatura* (2015); Original en inglés. Hay versión castellana (Madrid: Ágora Relacional, 2019)
- *Reflexiones psicoanalíticas. Formación y práctica* (2018); Original en inglés IPBooks)
- *La aproximación psicoanalítica a los problemas del vivir* (2019) Original en inglés (Routledge)
- *Diálogos Poéticos* (2021) Original en inglés (IP Books)
- *Erich Fromm. Una introducción contemporánea* (2024) Original en inglés (Routledge)

Original recibido con fecha: 15/10/2024 Revisado: 18/10/2024 Aceptado: 30/10/2024

NOTAS:

¹ Traducción castellana de Alejandro Ávila. Versión provisional no revisada. Las citas tomadas de "Permanezco ejerciendo..." han sido traducidas por Mario Nervi, autor de la traducción de la versión castellana de esta obra. Trabajo leído en su intervención en Ágora Relacional (Madrid) el 15 de Octubre de 2024.

² N.de.T: Aunque algunos autores no lo reconocen explícitamente.

³ NT; no he traducido hasta ahora el término *enactment*. El *enactment* podría ser entendido como la recreación en terapia por parte de terapeuta y paciente, de patrones de relación poco adaptativos o disfuncionales y que se dan en la vida cotidiana. Desde la Psicoterapia Relacional, consideramos estas recreaciones como momentos claves para poder explorar y comprender esas dinámicas de relación y trabajar sobre ellas

⁴ NT; Krystal se refiere a que necesitamos el consentimiento, la autorización espiritual de alguien importante para uno, para poder alcanzar nuestra autonomía sin demasiada culpa