

“LA SITUACION PSICOANALITICA” *

DR. JOSE REMUS ARAICO **

El trabajo que nos ha presentado la Dra. Elizabeth Zetzel, merece todos los elogios pues en escasas 26 páginas vierte valiosos conceptos sobre la situación psicoanalítica. Dando ésto por sentado, queremos de inmediato señalar algunos aspectos que puedan servir como punto de partida para una futura discusión. En el trabajo a que nos venimos refiriendo, se enfatizan los prerequisites y la “fe expectante” como factores necesarios para la buena relación médico-paciente. La autora se inclina con bastante timidez, a nuestra manera de ver, por la interpretación temprana y resume un breve ejemplo al que más adelante nos referiremos. Finalmente, creemos que pone muy poco énfasis en la fantasía básica inconsciente.

Nosotros estamos de acuerdo con el señalamiento de Freud en su artículo sobre técnica (1914), donde señala que “la transferencia es inespecífica y no un producto de la relación psicoanalítica a la que nos estamos refiriendo, ya que el neurótico transfiere siempre y en todas partes”. Luego, la situación analítica es en su esencia el análisis de las vicisitudes de la transferencia y, por ende, de la contratransferencia, eco inmediato que se establece en la mente del terapeuta. La fantasía inconsciente es el vehículo de tales vicisitudes y estará siempre matizada por los impulsos básicos libidinosos y destructivos. La “fe expectante” desde este punto de vista, viene a ser únicamente el contenido manifiesto de una actitud persecutoria y de desconfianza básica latente, que amerita ser interpretada desde el principio del proceso terapéutico tan pronto como lo más débiles indicios de la misma puedan ser detectados.

Con este criterio, desde que la persona tiene en mente recurrir en búsqueda de un terapeuta, se inicia la movilización de la fantasía transferencial. En el ejemplo que brevemente expone la autora, propone como interpretación temprana el señalamiento de que el terapeuta no es un retentivo. De la exposición parece desprenderse que en realidad, para la enferma, sí es un retentivo como también lo ha sido para ella la madre que coartó sus impulsos instintivos. Si tenemos en cuenta decisivamente el estudio y la comprensión de la fantasía inconsciente, creemos entender lo que ocurre en la paciente y es solamente la elección de lo que debemos expresar de esta comprensión lo que constituye la interpretación óptima. A nuestra manera de entender, la enferma al acostarse, inicia sesión extrañándose de su soledad y aislamiento para expresar de inmediato el temor persecutorio que la invade en tal situación. Parte de dicha persecución, la coloca en el analista y otra parte permanece amenazándola desde adentro, haciendo

• Correlato con el Dr. José Luis González, presentado en el 1er. Congreso Panamericano de Psicoanálisis en México, 1964.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

tambalea su yo con la amenaza de desintegrarlo en la locura. Teme la “libre asociación” que aumentaría la pérdida del control lógico del yo y a través del relato de lo ocurrido en la conferencia psicológica, expresa la ansiedad persecutoria de que el analista se burle, la dañe y la desintegre en lugar de ayudarla.

Las siguientes asociaciones de la enferma relacionadas con el abuso del impresor, son un intento desplazado de aludir al psicoanalista al cual, por un mecanismo de proyección, ataca ahora culpándolo y acusándolo de retentivo.

De todas estas elucubraciones que automáticamente se nos imponen con los datos del material referido, seguramente elegiríamos el señalamiento de la ansiedad que la iniciación del tratamiento levantó en ella y que precisamente esta angustia a la cual temía enfrentarse había sido la causante de la demora en su decisión de iniciar su tratamiento.

La idealización del terapeuta, exagerada en este caso por la conducta rígida, es una prueba más de que la ansiedad persecutoria era prevalente si tenemos en cuenta que detrás de toda idealización se esconde siempre un perseguidor.

No se nos escapa de ninguna manera que el ejemplo citado por la Dra. Zetzel no es ni con mucho lo fundamental de su exposición y que tal ejemplo es utilizado en su artículo con dos finalidades, la primera abogar por la interpretación temprana en contra de la rigidez exagerada y silenciosa y segundo, mostrarnos que la relación establecida reproduce en lo esencial la relación infantil del niño con la madre en sus primeros estadios, con lo cual estamos de acuerdo.

Insistimos, sin embargo, que, teniendo en cuenta el juego permanente de la fantasía inconsciente como substrato de la vida mental y guiándonos por su movimiento, creemos estar leyendo entre líneas lo que pasa en el inconsciente de los pacientes y profundizando paso a paso nuestra comprensión.

Con fines de expresar en este Congreso un tipo de pensamiento global de los miembros de la Asociación Mexicana, hicimos la experiencia de dividir una Asamblea Científica en dos partes. El Dr. José Remus Araico, dirigió los debates de una y el Dr. José Luis González de la otra, discutiendo lo que entendíamos por situación analítica. Nuestro cambio de impresiones se puede resumir en lo siguiente: Partiendo de lo genérico a lo específico, consideramos que la situación analítica es un encuentro terapéutico. Debe suponerse en él la existencia de dos elementos en un contrato. El de una persona que necesita ayuda y otra que está dispuesta a darla. La necesidad volitiva es esencial al proceso. Sin embargo, no todo encuentro con las características anteriores define la situación psicoanalítica. Esta es un proceso con fines científicos experimentales. La situación analítica, para ser designada así, debe manejarse en abstinencia. Usamos abstinencia en el más amplio sentido de la palabra. La ausencia de apoyo, promesas, reaseguramiento, cordialidad manifiesta, etc., para el analizado, disminuye un gran montante de estimulación externa, lo que en el sentido de Rappaport trae

aparejado consigo el que la relativa autonomía del yo con respecto a resistencias internas se abata. Tal abatimiento conduce en un tiempo más o menos largo a la regresión. Abstinencia no significa pasividad, significa actitudes deliberadas y dosificadas a fin de promover la regresión.

Toda persona o paciente, por el hecho de serlo, ha estructurado, codificado y agrupado en el carácter o en el síntoma una cantidad de defensas tendientes a evitar mayores regresiones yoicas. Consecuentemente, son las rupturas de la defensa y la mayor o menor emergencia de la regresión patológica las que impulsan paciente a necesitar la ayuda y las que movilizan el deseo de ayudar de parte del terapeuta.

Consideramos dos modalidades de regresión: La anteriormente descrita, que trasciende al paciente, lo invade y no está al servicio del yo, pues no es susceptible de progreso en el sentido de la integración. En este tipo de regresión el yo observador está prácticamente ausente y ello hace que tal regresión no pueda ser integrada y utilizada en sentido prospectivo.

La segunda modalidad regresiva, está abocada a ponerse de inmediato al servicio de la prospección, con fines adaptativos, no defensivos al servicio del yo. En la medida que propende a la síntesis, no importa que circunstancialmente sea visualizada como agravación o empeoramiento desde el punto de vista formal. Cuando su dirección aumenta el área del yo observador, propende a la síntesis y desde este momento empezamos a considerarla eficiente desde el punto de vista terapéutico.

Esta segunda regresión se nutre de la historia personal del sujeto, de su carácter o de sus síntomas por una parte, por la otra, de la posición teórica y contratransferencial del terapeuta.

Esta experiencia requiere un contacto y diálogos implícitos lo que en el sentido de uno de nosotros se ha descrito como el encuentro psicológico, complejo, circunstancial cuyas características, vicisitudes y destinos hemos tratado en otra ocasión. La regresión acaece en la transferencia desde el punto de vista emocional (fantasía) y el lenguaje que usa es la asociación libre, no importando en tiempo que transcurra en instalarse.

La aportación del terapeuta a la experiencia es la atención libremente flotante o el "leer entre líneas", que es el verdadero instrumento de la comprensión.

Su propia experiencia analítica y su entrenamiento le permiten manejar este instrumento y adaptarlo a la situación dentro de la abstinencia muy antes de que el paciente se entregue a la asociación libre. La atención flotante permite dialogar con la comunicación estructural y caracterológica del momento analítico; el diálogo de ninguna manera se estructura con los aspectos formales o lingüísticos del

relato, sino con aquellos latentes que constituyen la fantasía inconsciente. Cuando ésto acontece, la experiencia analítica realmente lo es.

La regresión terapéutica es gradual y requiere necesarios y variables períodos de elaboración, de ahí que el proceso sea largo y duradero. En síntesis, la situación psicoanalítica es un encuentro técnicamente predeterminado de la estructura psíquica del paciente con la del psicoanalista.

Es un encuentro precedido y condicionado en su forma y matiz por la regresión.

Hace posible que en virtud de la transferencia y contratransferencia el macrocosmos remoto y reciente se repita en el microcosmos del aquí y el ahora de la sesión psicoanalítica.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán, 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50