

**“ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE TECNICA PSICOANALITICA,
EL IMPASSE Y LA INTERRUPCION IMPREVISTA EN LOS
TRATAMIENTOS PSICOANALITICOS” ***

DR. JOSE REMUS ARAICO **

1.- En los "Seminarios de Tesis" en el Instituto de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, en casos supervisados individual o colectivamente a candidatos, y en ocasiones en mis propios tratamientos psicoanalíticos de mi práctica regular, he observado la detención o estancamiento de los análisis.

2.- En el "Gran Diccionario de Sinónimos" (2 vols. de la Ed. Bolsilibros), se define "IMPASSE" como: atasco, atolladero, problema, estancamiento, lío, punto muerto, callejón sin salida. Creo que todos estos sinónimos son demostrativos de lo que sentimos cuando un tratamiento comienza a tener una circularidad, una recurrencia temática y afectiva prolongada sin avances ni nuevos hallazgos ni profundizaciones. A veces surge un proceso dilemático en el sentido del concepto empleado por Pichón-Riviere. Pueden pasar semanas y se regresa al mismo dilema. Por ejemplo, la posibilidad de realizar un divorcio del que mucho habla el paciente, siendo frecuente esta situación en el análisis de adultos en donde la conflictiva conyugal se vuelve central y repetitiva. Después hablaré más de este problema, así como del enfoque que yo le he dado.

3.- En este ensayo, que espero les mueva a comentarios que me van a ser muy útiles para un avance de esta presentación inicial, lo traigo aún sin una bibliografía específica al tema del "impasse", o de la reacción terapéutica negativa, o de las huidas súbitas del análisis o de la psicoterapia analíticamente orientada, de naturaleza básica paranoide o depresiva, las que tocan, a veces profundamente, el normal y adecuado narcisismo profesional. Espero que esta ausencia de bibliografía los mueva sin embargo a discutir mis ideas.

4.- En estos estancamientos de los tratamientos, algunos con interrupción abrupta del mismo, debemos hacer varios grupos, aquí los presentaré no tan ordenadamente. Muchos de los factores que trataré y que provocan la detención o la huida del análisis, en general se combinan entre sí, o el paciente los ubica como racionalizaciones para el desenlace final de interrupción. Pero sin embargo, creo que se puede detectar una causa dominante para que suceda el impasse y/o la fuga.

* Presentado en la Asociación Regiomontana de Psicoanálisis, el Sábado 3 de Junio de 1995.

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

5.- La investigación a fondo de estos problemas de "fracasos", como todos los callejones sin salida en el método científico, nos dejan una gran enseñanza. Los "noes" de una acción experimental, como es la terapia psicoanalítica, dejan nuevas visiones. En la historia misma del desarrollo del análisis, los fracasos iniciales, por ejemplo con pacientes que hoy llamaríamos border-line, condujeron a nuevos enfoques terapéuticos y a nuevas estrategias. Los candidatos, no siempre sin razón, temen presentar las tesis finales de sus seminarios con este tipo de problemas, por temer ser considerados denigratorios de su capacidad de trabajo y ser juzgados negativamente para su aceptación final.

6.- Creo que debería de haber en el curriculum de los institutos, un seminario especial de revisión de estos casos abortados, así como de aquellos otros de larguísima duración y que observados cuidadosamente sin prejuicios, resultan análisis o tratamientos "cristalizados" en que la diada paciente-analista estudian el "caso" de un tercero para disfrazar dependencias duales en ocasiones neuróticas y hasta iatrogénicas.

7.- En primer lugar me parece obvio tratar brevemente aquellas interrupciones súbitas del análisis por diversas causas de predominio externo al paciente, tales como problemas económicos graves, enfermedades urgentes con secuelas serias y prolongadas o cambio de población. Cuando es por esto último y se recomienda a algún colega de la otra localidad, el cual no tiene siempre entrenamiento analítico, el nuevo tratamiento sufre los problemas de transferencias no resueltas importantes y durante algún tiempo se tiene que seguir, entreverado con los materiales cotidianos y actuales, una paciente y respetuosa disección del anterior tratamiento. Si no hay alguna emergencia en el momento de la forzada interrupción por causa de localidad del analista, le sugiero al paciente que espere una semana antes de reiniciar su terapia. En este caso, como en muchos otros cambios de analista, el intervalo de la vida misma y sin sesiones, en ocasiones ayuda a esclarecer los problemas.

8.- Una causa de impasse frecuente en este tipo de situación de cambio forzoso de analista o terapeuta, es la de que el nuevo terapeuta caiga en la trampa inconsciente del paciente de denigrar defensivamente la terapia anterior, buscando en el nuevo terapeuta un aliado contra remanentes negativos no analizados, o también de continuar en una idealización también defensiva del progreso terapéutico. Cuando he sido el segundo, o aún el tercer analista, en algún momento propicio le he hecho al paciente el siguiente tipo de intervención que encuentro no sólo cuidadosa, sino muy profesional y le solicito algo así como: "Usted ha estado hablando repetidamente de este conflicto, porqué no explora más como lo trató en su tratamiento anterior, cuales creé que son los orígenes de ese conflicto, y quizás deba incluir como se sentía Usted en ese momento en la relación con su analista". Con este tipo de intervenciones, he encontrado que se abate mucho una idealización transferencial residual que estaba siendo proyectada en mí, o una denigración no consciente y también defensiva, ya que es la denigración del tratamiento una de las fachadas de la manía recriminatoria,

causa muy importante y severa del impasse o la fuga, lo que trataré después ampliamente.

9.- Una primera causa del impasse, proviene del desarrollo mismo del campo transferencial-contratransferencial del análisis. En ocasiones, ha faltado desde un principio un cierto acuerdo en el contrato inicial, o la explicitación en las primeras sesiones de una clásica fase de apertura, de una cierta estrategia de inicio. Con toda razón, muchos pacientes después de un cierto alivio de sus primeros síntomas de ansiedad, o de una solución transactiva emergente de conflictos con fondo mucho más severo y profundo, con toda razón quisieran tener "motivos conscientes y convincentes" para continuar en su tratamiento. Quizás se llegó entonces el tiempo de abrirles alguna opinión general predictiva que apoye la continuación del mismo. En supervisiones he visto pacientes que se van de la terapia porque simplemente no han tenido la vivencia de los factores inconscientes en su conducta sintomática. La vivencia de lo inconsciente sigue siendo en nuestra especialidad el corazón del progreso terapéutico. Quizás estos casos, los inteligentes que no han vivenciado lo inconsciente, podrían ser llamados los que se "fugan en salud". En estos momentos de crisis económicas monetaristas, que seguramente está interfiriendo con nuestro trabajo, las fugas en la salud pueden ser frecuentes y quizás hasta adaptativas.

10.- Aquí voy a intercalar otras ideas al tema del impasse. Cuando ya existe un dilema resistencial importante por la posibilidad muy ambivalente de una separación conyugal, la suspensión del tratamiento de común acuerdo, con la idea firme en el paciente de que ya conoce los elementos de esa problemática relacional conyugal, en algunos casos míos y de supervisión, hubo un claro resultado con una separación y divorcio adecuados tiempo después de suspendido el tratamiento. Creo que en ocasiones, los análisis operan como un factor de "protección y continua reverberación". Sin embargo no me atrevo a generalizar esto y sería muy importante oír comentarios. La vida también cura y cambia a los pacientes que interrumpen en un buen nivel sus tratamientos.

11.- Este tipo de continua circularidad defensiva por un dilema conyugal, es a mi juicio la indicación más valiosa y precisa de una terapia de pareja. En algún otro lado he tratado dos modelos de psicoterapia psicoanalítica de parejas. El armamentario que hoy debemos de tener, centrados en los regulares tratamientos analíticos es ahora mucho más grande, siempre que no hagamos intervenciones híbridas negativas.

12.- Una fuente del estancamiento terapéutico son ciertos tipos de identificaciones primarias. De hecho, cuando están incluidas en el carácter sintónicamente y son elementos adaptativos importantes y útiles para el paciente, operan como una señal de "hasta aquí se llegó". En ocasiones sin embargo, cuando nos topamos con una identificación con el agresor de origen temprano, pero en donde hay latente cierto sentimiento de culpa en la conducta agresiva, esta situación aún puede ser muy trabajable, por ejemplo, cierta tendencia sádica conyugal.

13.- Otro tipo de identificaciones que pueden llevar al impasse, son las identificaciones narcisistas que generan un falso self, siguiendo la terminología de Kohut. Permítanme sin embargo una reflexión psicosocial acerca de las ideas y reformulaciones de este autor, dejando de lado de si el viejo concepto de Rapport ha sido o no enriquecido por el de empatía. Reflexiono, quizás malignamente, que si Kohut no tuvo que inventar toda su técnica del "análisis del self", por la clientela cultural de clases medias y altas urbanas de los Estados Unidos con su particular desarrollo infantil. El sociólogo Christopher Lasch en parte así opina en su libro "The Culture of Narcisism". Sería discutible por ejemplo, si el "falso self" no sería sino la parte no egosintónica que tiene que progresar hacia un narcisismo más integrador y sintónico en una cultura con serias grietas en el desarrollo del altruismo social general y del control de impulsos de violencia. Pero estas ideas me llevarían a otros campos de discusión no previstos en el tema del ensayo.

14.- En alguna situación de impasse, en personas con muchas áreas creativas y positivas y que desean sin embargo continuar en tratamiento por ciertos rasgos de carácter, los he comprendido están enraizados en situaciones de pérdidas y carencias tempranas y por lo tanto "irreversibles o inmodificables", en alguna ocasión he decidido lo siguiente. Esta decisión la he tomado sobretodo en segundos o terceros tratamientos con la idea del costo estructural si se continúa forzando la regresión. Aunque se entiende que esto de "saber cuando y como que hacer" es algo de la artesanía que debemos adquirir con la experiencia, está siempre presente la posibilidad de la iatrogenia, o hasta de la simple explotación económica del paciente y que es contrario a la ética de nuestro delicado trabajo.

15.- ¿Qué he propuesto y hecho yo en estas circunstancias?. Una psicoterapia analíticamente orientada de dos veces por semana con el paciente cara a cara. La estrategia es la de hacer un listado de los problemas irreductibles, por supuesto después de algunas sesiones. Se trabaja con el paciente para hacer con él una especie de "by-pass" conductual. Animo al paciente a que capte cuando va a aparecer lo indeseable de su conducta y mostrarle como puede poner focos ámbar de alerta en su nivel consciente. La depresión residual de casos de huérfanos tempranos que nos consultan de más de cincuenta años y limitados de sofisticación, podría ser un ejemplo. Otro, serían los exadictos de alcohol y/o drogas. Por supuesto que esto no es psicoanálisis, es un tratamiento profesional de personas antes que enredarse con ellos en una circularidad regresiva de impasse. Podría ser una combinación de "counseling" y acondicionamiento y es sobretodo una psicoterapia sintomática selectiva.

16.- Si hubiera escogido para presentarles una sola causa del problema que nos ocupa sería el que ahora voy a tratar. La fuente principal que explicaré aquí del estancamiento o fuga de los análisis es una forma especial de reacción terapéutica negativa que es la "manía recriminatoria". El paciente sesión tras sesión recrimina intensamente y con saña, a una persona que la mayoría de las veces es la pareja o el cónyuge legal. Lo hace implacable e inteligentemente y con frecuencia lo desplaza al analista con múltiples quejas y devaluaciones. Uno de los

elementos centrales es el sadismo denigratorio al objeto. Racker, en su libro sobre "Contratransferencia", en un excelente capítulo trata el tema del masoquismo inconsciente del analista. Otro elemento es la nula o escasa conciencia que tiene el paciente de verse como un provocador, pues siempre en esta reacción ya estructurada y seria, se ve a sí mismo como una víctima. Por ejemplo, le achaca al analista sus propias llegadas tarde, porque le falta el interés por lo mal que marcha su análisis por diversas causas que proyecta sobre el analista. Intenta llenarnos de culpa y somos, por desplazamiento del cónyuge, la causa de sus males y de su fracaso infeliz.

17.- La manía recriminatoria en realidad es una transformación paranoica, ya que no paranoide, del campo terapéutico. La sensación contratransferencial frecuente es el enojo, el aburrimiento, y la impenetrabilidad. Cada vez que se le muestra al paciente su intervención en el fenómeno, es negada o simplemente acelera y acrecenta las acusaciones al objeto. Por ejemplo "ya no aguanto a mi marido con todo lo que me hace y estoy harta de soportarlo, debería dejarlo pero que hago con tanto enojo y rencor que tengo..., etc."

18.- Detrás de toda esta avalancha de acusaciones está una queja del paciente del deseo de ser tolerado, aceptado y querido. Llegamos a tener en ocasiones un afecto de lástima por el paciente, de tanto que se maltrata a sí mismo por maltratar con saña al objeto. Cuando le mostramos su agresión al objeto surge un torrente inagotable de quejas explicables y sofisticadas. Este cuadro tormentoso afectivo, se presenta más en mujeres que en hombres, los cuales hacen más frecuentemente una huida del tratamiento. Podemos mostrarle al paciente como nos inmoviliza con sus quejas denigratorias, como nos castra de nuestra capacidad terapéutica, al igual que puede hacerle a su objeto, por ejemplo su marido. Pero entonces sucede que así justifica su derecho a la agresión por la inmovilización castrante que hace. Salvo esta relación de objeto centrada y de tintes claramente paranoicos por lo irreal de sus razones, lo exagerado y lo vicioso de los ataques, por ejemplo al cónyuge, todo el resto de su campo social de relaciones familiares y de trabajo en general puede estar dentro de límites normales, o exagera transitoriamente su cariño por alguna persona de su ambiente familiar o social.

19.- Nos dan ganas contratransferencialmente de interrumpir el tratamiento, de correr al paciente, de ya no hacerle caso u otras maniobras como las de sugerirle cambio de analista. No es raro el que a veces después de una sesión con un paciente en plena manía recriminatoria, que tengamos un sueño manifiesto con la figura del paciente o un representante sencillo del mismo. Tampoco es raro que hagamos actos fallidos de horario con este tipo de pacientes y que nos olvidemos de situaciones que podrían ser claves en este momento del tratamiento. Todo esto configura la parasitación de la que estamos siendo objeto y tratado como el objeto de la vida real víctima de sus ataques maniáticos y recriminatorios. La provocación de su agresión nos fastidia, pero es interesante que hay salidas que podemos intentar y que Racker trató de manera importante en un artículo

poco conocido y que yo sepa no publicado, titulado "La Estratificación Psicopatológica de la Neurosis de Transferencia".

20.- No siendo posible explicar con detalle las intrincadas sutilezas que él desarrolló en este artículo, que yo le oí casi al final de mi entrenamiento en Buenos Aires, cuando él había regresado de algunas semanas de trabajo con analistas kleinianos. Sin embargo, trataré de explicar lo central de sus ideas dada mi imposibilidad en este momento de reconstruir de memoria lo que le oí entonces. Algunas de estas ideas las he citado en algunos de mis artículos sobre técnica, por el momento voy a resumir lo central: la manía recriminatoria es el resultado de un interjuego de las tres posiciones más profundas transferidas a un objeto de la vida actual del paciente y transferido al analista, que debe evitar caer masoquistamente en una parasitación de un "objeto malo" en una contraidentificación proyectiva.

21.- Racker no trató en ese trabajo el desarrollo infantil, sino exactamente lo que dice el título de su artículo, de como se entremezclan en una situación reverberante los tres estratos más profundos que él describió. A veces en una sesión cualquiera, o durante algunas semanas podemos ver esta misma estratificación del campo transferencial, pero de manera crucial y con permanencia y sufrimiento intenso del paciente, cuando se instaura un cuadro de manía recriminatoria.

22.- En la base estaría una "situación depresiva primaria" en donde el yo tiene un intenso deseo, una gran necesidad y es frustrado por la ausencia o negativa del objeto. Podemos ver esto en cualquier sesión de cualquier análisis pero aparecen defensas contra ese intenso dolor del "yo deseo y no me dan". La permanencia en este nivel de altísima frustración y dolor del paciente es transitorio por la defensa misma contra el dolor. Por ejemplo, una mujer puede decir "mi marido no me quiere ya más. sino que me abandona y no me hace caso, a pesar de tanto que yo he hecho por él y tanto que lo he querido...". Recordemos aquí a Winnicott y su clásico artículo sobre el temor a la quiebra vinculado a la vivencia de la muerte. Esa es la situación depresiva primaria, un yo sin el objeto o rechazado en pleno deseo.

23.- El estrato que según Racker emerge para defenderse de este dolor, es pasar a una "situación paranoide primaria". Aquí en este nivel lo que persigue al yo es la existencia misma del deseo. Esto quiere decir, que la pulsión ligada a una fantasía se vuelve como un peligro de que aflore a la conciencia y que sea sentida como una gran necesidad, en donde habría el peligro para el yo, de sentir de nuevo el profundo dolor y vacío de la situación anterior. La paciente puede decir con mucho desdén "no quiero más hablar de eso que no tiene solución", pero lo dice no porque en realidad haya solucionado el dolor anterior, sino porque se inician las defensas maníacas y la transformación de víctima en victimaria en una fusión que inicia el material recriminatorio y no hay en el paciente conciencia de su agresión.

24.- Como el impulso-deseo, ligado a una fantasía y dirigido a un objeto antiguo o fantasma, puede no cesar surgirá una tercera línea de defensa que sería el uso de defensas maníacas negando la necesidad del objeto o haciendo uso de la denigración y buscando un sustituto inmediato para retaliar al objeto malo de la situación depresiva primaria.

25.- La continua variación de un estrato a otro, de confusión en ocasiones, de estos tres niveles de relación objetal, para Racker no necesariamente es la revivencia de la situación infantil exacta, de una carencia o un duelo temprano no enfrentado, sino la expresión de la neurosis de transferencia actual. En ésta, surgen el miedo a tomar conciencia de las fantasías agresivas, de vivir el dolor de un abandono mutuo con el objeto real actual, el sentimiento de vacío y soledad de un pasado, quizás imposible de ser recordado. En fin, es una especial defensa estructurada que provoca el impasse o la huida. Parece ser, como corolario, que hay que ser pacientes, extraer el duelo, y llamar de colaborador al objeto bueno que permitió la continuidad de la vida.

26.- Como una última reflexión un tanto psicosocial. Está en la naturaleza humana la necesidad de justificar la propia agresión, aún la fantaseada y revertirla en una guerra sin cuartel al otro. La terapia conyugal puede ayudar a abatir esta locura a dos. La etología humana, nos muestra que necesitamos del oponente para diferenciarnos. Spitz genialmente estudió la raíz de esto en el segundo organizador yoico del miedo al extraño. La manía recriminatoria enajena al otro de la posibilidad de reencontrar el objeto bueno y sólido interno y quizás su representante externo.

27.- Recuerdo una frase de una mujer engañada que vino en esa condición recriminatoria. Cuando ya había salido después de un arduo trabajo analítico me dijo: "Yo no he brillado nunca, como de niña, con mi propia luz, aunque ésta no fuera mucha, viví siempre de su reflejo... cuando él me dejó por otra sentí que mi mundo se derrumbaba, nací la tercera y no la preferida de mi madre... con Usted he entendido lo que ya le hacía, debo detener el pleito y la venganza para recuperarlo". Meses después en un desenlace feliz en este caso, se juntó de nuevo bajo otras condiciones internas con su amor perdido.

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