

Sobre la terminación del análisis*

Michael Baling
(Londres)

Descriptores: FIN DEL ANALISIS / SALUD / CURACION / GENITALIDAD / AMOR PRIMARIO / OBJETIVO TERAPEUTICO.

Hay muchas categorías posibles para clasificar los criterios de terminación. Elegí tres de ellas, no sólo por parecerme importantes, sino principalmente porque las he estudiado más detenidamente que las otras. La primera categoría se refiere a los fines instintivos. Quiere decir una primacía genital firmemente establecida, la capacidad de gozar de una plena satisfacción genital, es decir, la genitalidad madura. Quiero insistir en que me refiero a algo más que una simple suma de todos los instintos sexuales componentes; la genitalidad madura, a mi criterio, es una nueva función que emerge en la pubertad, quizá como resultado de un “proceso natural”, como intenté describirlo en “Eros and Aphrodite”.**

El segundo grupo de criterios puede resumirse en la categoría: relación con los objetos instintivos. Traté este tema en un artículo reciente: “Sobre el amor genital”***. Lo esencial de mi tesis es que el amor genital no es un proceso natural, espontáneo, sino un artificio —el resultado de la civilización (o de la educación)— una fusión compleja de satisfacción genital y de ternura pregenital; su expresión psicológica es la identificación con el objeto basada sobre una apreciación exacta de la realidad, y su finalidad el cambio de un objeto indiferente o aún rechazante en un compañero genital amante y cooperador.

El tercer grupo de criterios puede resumirse en la categoría estructura del Yo. El Yo tiene que ser bastante fuerte para resistir las tensiones provenientes, entre otras fuentes, de: a) el uso de métodos aloplásticos en vez de autoplásticos para tratar la realidad; b) la aceptación de ideas displacenteras; c) el incremento brusco de excitación antes de y durante un orgasmo; d) la conservación de la identificación genital con el compañero aún en momentos de insatisfacción temporaria; etc.... Obviamente, la base común de todas estas funciones es un sólido juicio de realidad que capacita al individuo para mantener sin interrupción un contacto con la realidad aún en estado de tensión.

* Contribución a un symposium sobre la terminación del tratamiento psicoanalítico, en la reunión de la British Psycho-Analytical Society del 2 de marzo de 1949. Traducido del “International Journal of Psycho-Analysis”, Vol. XXXI, 1950, part. 3, pág. 196.

** “Int. J. Psycho-Anal.”, XIX, 1938, pág. 199

*** “Int. J. Psycho-Anal.”, XXIX, 1948, pág. 34.

Sé que todo esto está bien conocido. Sabemos también que son criterios demasiado perfeccionistas, que nadie puede cumplir completamente. Un crítico escéptico tendría todo derecho a preguntar ahora: Si se aceptan todos estos criterios, ¿cuánta desviación de estos criterios elevados se puede permitir antes de terminar un tratamiento? Ya que no se puede contestar fácil--mente a esta pregunta, propongo intentar otro enfoque.

— II —

Ya que el intento de establecer criterios teóricos no resultó promisorio, vamos a abandonar la búsqueda de criterios externos e intentar describir clínicamente lo que ocurre realmente cuando termina un análisis. En dos artículos míos* intenté describir este proceso que he llamado nuevo empezar. En resumen, lo que ocurre es lo siguiente: el paciente depona gradualmente su actitud desconfiada hacia el mundo de los objetos, especialmente hacia su analista; paralelamente emerge una clase particular de relación objetal que podría llamarse amor objetal arcaico, primitivo, o pasivo; sus rasgos principales son la esperanza incondicional de ser amado sin tener la obligación de dar nada en cambio, y de conseguir seguramente y sin falta la gratificación deseada, independientemente de los intereses del objeto; un punto importante es que estas gratificaciones no pasan nunca del nivel del placer preliminar. Naturalmente, estos deseos no pueden nunca realizarse plenamente en el marco de la situación analítica, pero —según mi experiencia— deben ser plenamente comprendidos y también satisfechos en un grado considerable. Pues sólo si el analista ha podido guiar a su paciente a través de todos estos Seyllas y Charybdis puede el paciente evolucionar desde este recién empezado amor objetal primitivo pasivo hasta el amor genital. Esta evolución corre paralelamente a, y depende ampliamente de la tolerancia gradual por el paciente de más y más derechos de sus objetos, es decir, de que el paciente desarrolle la capacidad de apreciar la realidad teniendo consideración por sus objetos y de este modo intente conseguir una transacción aceptable entre sus necesidades y las del objeto.

Si este proceso se desarrolla sin perturbaciones, el último período del tratamiento está dominado por una experiencia sorprendentemente uniforme. El paciente siente que está pasando por algo como un renacimiento a una nueva vida, que ha llegado al final de un túnel oscuro, que vuelve a ver la luz al cabo de un largo viaje, que ha recibido una nueva vida, vive una sensación de gran libertad como si le hubieran quitado una carga pesada, etc.... Es una experiencia profundamente conmovedora; la atmósfera general es que se abandona para siempre algo muy querido, muy precioso —con toda la pena y el duelo que corresponden— pero esta pena sincera y sentida profundamente se mitiga por el sentimiento de seguridad que proviene de las posibilidades recién ganadas para una felicidad real. Ordinariamente, el paciente se va, al final de la última sesión, feliz, pero con lágrimas en los ojos, y —creo que puedo admitirlo— el analista se encuentra en un estado de humor muy parecido.

Es muy importante no dejarnos engañar por el simbolismo evidente de esta descripción, aunque naturalmente tenemos que estar bien conscientes de todo lo que implica. Pero pienso que el problema real es mucho más profundo que la expresión simbólica, y el simbolismo no es más que un lenguaje torpe en el cual este problema

* Charakteranalyse und Neugeginn” (“Intern. Zeitschrift für Ps. A.”, XX, 54, 65, 1934). “The Final (ioal of Psycho-Analytical Treatment” (“Int. J. Psycho-Anal”, XVII, 206-216, 1936).

más profundo se expresa en forma claudicante y bastante incompleta.

Este problema más profundo, que considero el punto crucial de nuestra discusión, se puede formular de varios modos, que todos intentan comunicar el mismo contenido. Sólo discutiré dos de tales formulaciones.

La primera corresponde a la pregunta: ¿Es el tratamiento analítico un proceso “natural” o “artificial”?, es decir, ¿consiste la tarea del analista sólo en remover los obstáculos creados por los traumas individuales y sociales, y después los procesos - “naturales” asumirán la curación?

a) Si se contesta Sí, podemos esperar acontecimientos bastante uniformes en la fase final; además, estos acontecimientos se expresarán probablemente en alguna forma simbólica general, como por ejemplo de dejar una existencia intrauterina que podrá ser descrita retrospectivamente como buena y mala al mismo tiempo; o bien b) si se contesta No, debemos esperar experiencias ampliamente variables en la fase final, en relación —entre otros factores— con el grado de madurez total alcanzado, con los problemas que se encontraron los últimos tratados, con la personalidad del analista, etc....

Según otra formulación —correspondiendo a conceptos más generales— se podría preguntar: 1) ¿Es la salud un estado normal de equilibrio?, es decir, ¿existen en la mente procesos que —al no ser trabados y perturbados— llevarían a este equilibrio?, o bien, 2) ¿Es la salud el resultado de una casualidad feliz, un suceso poco común y aún improbable, por la razón que sus condiciones son tan rigurosas y numerosas que las chanzas pesan mucho en contra?

Los dos dilemas son esencialmente idénticos. Hay algunas otras formulaciones posibles, pero no necesitamos preocuparnos por ellas en este momento. Los analistas no han sido capaces hasta ahora de dar una respuesta satisfactoria a estas preguntas. Se reparten aproximadamente en dos grupos. Es interesante señalar que los que piensan que la genitalidad madura no es simplemente una suma feliz de una mezcla abigarrada de instintos sexuales componentes, sino una función en sí, piensan también que la salud es un equilibrio “natural” y que la terminación de un tratamiento psicoanalítico es un proceso “natural”. Y el otro grupo sostiene con bastante unanimidad que la salud, la terminación de un análisis y la genitalidad madura Son igualmente el resultado del interjuego de tantas fuerzas, tendencias e influencias que uno no tiene derecho a pretender dirigir procesos “naturales”.

— III —

Es obvio que la solución de este importante dilema está en las experiencias clínicas, es decir, en el estudio de análisis verdaderamente terminados. Desgraciadamente, el material alcanzable es muy pobre y poco convincente. Sin embargo, vale la pena examinarlo. La primera fuente es mi propia experiencia. No puede ser realmente decisiva porque: a) es coloreada subjetivamente, y b) el número de experiencias es demasiado reducido. Si considero todos mis casos que han pasado del período de prueba, podría observar la fase final tal como la describí en este artículo escasamente en dos casos de diez. Es realmente una proporción muy pobre. Sin embargo, quedo convencido que mi descripción es correcta en lo esencial. Mi motivo principal es que en todo caso en que hemos fracasado en conseguir una terminación adecuada, pienso que sé lo que anduvo mal, aunque debo admitir que una vez el error cometido y la fase de nuevo empezar frustrada, era difícilmente posible remediar la situación. En tales casos, en general el análisis terminó en un estado de éxito parcial, raras veces con insatisfacción o aún resentimiento, a pesar de la buena voluntad

sincera y de esfuerzos honestos por ambas partes. Lo que tranquiliza, es que muy a menudo los procesos empezados durante el tratamiento se desarrollan ampliamente después de la llamada terminación, y de este modo, los resultados finales han sido del todo laudables —aunque el sentimiento de haber dejado escapar algo importante parece subsistir durante largos períodos, tanto en el paciente como en el analista—. Evidentemente, no es un material muy convincente.

Los análisis controlados podrían proporcionar una segunda fuente de material. Desgraciadamente, la costumbre es que el trabajo de control finalice antes que los análisis hayan llegado a su terminación: situación muy insatisfactoria para el candidato y para el controlador —y no menos para el paciente—. Aparte de las dificultades reales, un motivo más que nos hace tolerar esta falla grave en nuestro sistema de enseñanza, es la duda inconsciente y no formulada que mencioné anteriormente, de que haya una posibilidad de terminación “natural” del análisis.

La última fuente de material podría encontrarse en los casos de otros analistas. Desgraciadamente, sabemos tan poco de la técnica de nuestros colegas y somos tan reservados sobre la nuestra que sólo una parte muy pequeña de todos los casos puede ser utilizada por una persona ajena. La pequeña parte de la cual una persona ajena puede saber algo, la constituyen los análisis didácticos.

Habría varios motivos de esperar aquí menos complicaciones que en el análisis de los neuróticos; desgraciadamente, es todo lo contrario. Se sabe generalmente —aunque no se reconozca oficialmente— que un buen número de candidatos siguen con su análisis sin interrupción después de ser reconocidos. Esto incluye, no sólo un tiempo corto para terminar de ordenar las cosas, sino lisa y llanamente un tratamiento. Pienso que este hecho, que, según creo, se produce en todos los institutos, tiene una importancia crucial para nuestro tema.

Nuestro sistema actual de enseñanza está basado sobre la regla fundamental empírica de que no se puede analizar sin haber sido analizado uno mismo. Es obvio que esto debe significar más que haber justo empezado el análisis o haber tenido, digamos, una pequeña docena de sesiones. Aunque la regla no lo dice con tantas palabras, se llega a pretender que esto implica que el candidato tiene que terminar su propio análisis antes de ser autorizado a tratar pacientes sin más obligación de control.

Aparentemente no es el caso, y estamos trabajando con dos marcos referenciales en vez de uno. El marco A, menos riguroso pero controlado públicamente e impuesto estrictamente por nuestras asociaciones y sus autoridades, reza que el candidato está sano (es decir, formado) suficientemente para empezar a analizar pacientes por su cuenta, para ser reconocido como analista con todas las plumas, pero no forzosamente bastante sano para tratar sus propios problemas neuróticos inconscientes. El marco B, más riguroso pero incontrolado por nuestras asociaciones y sus autoridades, materia para acuerdo privado entre el paciente (un analista plenamente calificado) y su analista didáctica, es el que determina los criterios de la verdadera terminación. Conocemos una buena parte del marco A, pero, desgraciadamente, difícilmente algo del marco B.

Deseo agregar que este sistema de doble marco referencial es relativamente un desarrollo nuevo a partir de —lo que puede haber sido— una idea demasiado perfeccionista, como una política de descender a una realidad moderada. Algunos factores de esta evolución que empezó, que yo sepa, en los años treinta, son conocidos; incluyen, entre otros, los análisis incompletamente terminados de varios de nuestros colegas, que tuvieron necesidad más tarde de reanudar sus análisis como aventura privada, una selección ineficaz de los candidatos en el principio, la duración siempre prolongada de los análisis didácticos normales, que a su vez acarrea a menudo un gran apremio externo, en especial de naturaleza económica, etc.... Sería un

importante objeto de investigación descubrir más de los motivos conscientes e inconscientes de este desarrollo ulterior de nuestro sistema de formación.

Tal como está ahora, esta fuente de material clínico no proporciona una respuesta satisfactoria a ninguno de nuestros problemas. Es obvio que el marco A no nos sirve; y del marco B sabemos tan poco como de cualquier otro análisis terminado.

—IV—

En resumen: tenemos criterios teóricos excelentes para decidir si un análisis ha sido bien terminado o no. Desgraciadamente, debemos admitir que son marcos demasiado perfeccionistas, y no podemos definir lo que constituiría una desviación aceptable de estos criterios. Sé perfectamente que otros analistas prefieren utilizar criterios distintos de los míos en parte o en totalidad. Pero la crítica mencionada queda en pie para cualquier sistema de criterios.

En el terreno práctico, examinando las fases finales de mis análisis verdaderamente terminados, llegamos al dilema: ¿es la salud un estado “natural”, o es sólo el resultado de una suerte extremadamente buena, un acontecimiento muy poco común? Y tenemos que admitir nuestra incapacidad de resolverlo.

Y finalmente, buscando material clínico valedero que nos permitiría formular una contestación empírica, o por lo menos estadística, a nuestro problema, nos encontramos con que este material —si es que existe— no es abordable para otro analista, es decir, es disponible sólo para el analista que ha realmente llevado el análisis a su terminación. Como, por ahora, no hay posibilidad de control o de comprobación, todas las afirmaciones sobre análisis verdaderamente terminados son, necesariamente, coloreadas subjetivamente y por ende faltas de seguridad absoluta.

Es, por supuesto, verdadero, tanto para mis propias afirmaciones como para las de cualquier otro que participe en esta discusión, hasta que material digno de confianza se ponga al alcance de todos nosotros para su debida crítica. Tanto tiempo como las cosas demoren, como ahora, toda contribución a este problema debe correr el riesgo de traer muy poco para su solución, pero de revelar una buena parte de la personalidad del participante, aunque sea de un modo altamente sublimado. Me apresuro en decir que esto vale para esa contribución también.

Sin embargo, a pesar de esta incertidumbre, cada año se terminan varios análisis. Aún con el criterio prudente de que cada miembro de nuestra Asociación internacional, analista *en ejercicio*, termina sólo uno o dos de sus casos por año, la suma sería entre 1.000 y 2.000 por año. Con las proporciones que cité en este artículo, según las cuales por lo menos dos de diez casos terminados son realmente terminados, llegamos a la cifra de 200 a 400 por año. Es en verdad un amplio material. Escribo estas notas con la esperanza de que estimulen a algún colega a recoger este material con sentido crítico, y a usarlo como modo de encontrar una respuesta real a nuestros problemas.

Traducido por Madeleine Baranger.