



## IMPASSE<sup>1</sup>

Joan Coderch<sup>2</sup>

*Sociedad Española de Psicoanálisis (I.P.A.)*

En este trabajo trato de poner de relieve las dificultades para diagnosticar la instauración de un impasse en el curso del proceso analítico, así como la necesidad de diferenciarlo de lo que podemos llamar los límites del análisis, en general, y de cada análisis en particular. Advierto que la idealización del análisis puede llevar a prolongar indebidamente, con los inevitables perjuicios para el paciente, análisis que han llegado a su límite, bajo la convicción de que se trata de un impasse que debe ser resuelto. Introduzco la perspectiva intersubjetiva del impasse para lograr una comprensión amplia de éste y la corresponsabilidad de paciente y analista en su fijación. También hablo de la noción de “complementariedad como causa eficiente del impasse, y de la necesidad de disolver esta complementariedad con la creación de un espacio en el que paciente y analista puedan desplegar conjuntamente su fantasía. Finalmente se incluye una ilustración clínica.

**Palabras clave:** Impasse, Proceso analítico

This paper tries to point out the difficulties in the diagnosis of the instauration of an impasse in the course of the analytic process, as well as the need to differentiate it from what we can call the limits of analysis, in general and of each analysis in particular. I advise that the idealization of analysis can lead to unnecessarily extending it in time, with the inevitable damage to the patient, when in fact the analysis has reached its limit, under the conviction that there is an impasse that must be resolved. I incorporate the intersubjective perspective of impasse in order to reach a broader understanding of it, as well as the co-responsibility of both the patient and the analyst in this. I also mention the notion of what is “complementary” as an efficient cause of the impasse, and the need to dissolve this complementarity by creating a space in which the patient and the analyst can jointly unfold their fantasy. To end, a clinical illustration is included.

**Key Words:** Impasse, Analytic Process.

*English Title:* Impasse

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Coderch, J. (2010). Impasse. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (3): 531-541.  
[ISSN 1988-2939]

En el lenguaje psicoanalítico se denomina *impasse* al hecho de que el curso del proceso analítico quede detenido o estancado. Fácilmente se comprende que lo que podemos denominar el “diagnóstico” de este estancamiento y falta de progreso depende de una experiencia subjetiva del analista, del paciente o de ambos. A veces, puede ocurrir que el paciente se lamenta de esta falta de progreso, lo cual suele inducirle a dejar el tratamiento, y que el analista, por el contrario, considera que el análisis sigue su curso y que no hay motivos para el abandono. Lo contrario no acostumbra a darse.

Como es de esperar, la frecuencia con que se diagnostica la existencia de un *impasse* en el curso del proceso analítico varía mucho según las teorías con que trabaja cada analista y su peculiar personalidad. Mi opinión, derivada de mi propia experiencia y de la lectura de gran número de trabajos clínicos, así como de su presentación en reuniones científicas, es la de que muchos de los análisis que se prolongan durante largos años y que terminan con muy escasos resultados son análisis en los que se ha establecido un *impasse*, en un momento más o menos temprano o avanzado de su curso, y que, a partir de tal momento, han arrastrado una vida estéril hasta que uno u otro de los dos participantes decide dar fin a algo que se ha convertido en una rutina, como cualquier otra de las actividades de la vida cotidiana. Creo que aquí se presentan dos problemas que es necesario saber distinguir. Uno es el del diagnóstico diferencial entre los límites del análisis y el *impasse*, el otro, es el de las causas del *impasse* y las soluciones al mismo cuando éste se produce.

Según mi juicio, en muchas ocasiones se confunde el *impasse* con los límites del tratamiento psicoanalítico. Esta confusión tiene lugar en una medida proporcional a la idealización del análisis por parte del analista y de la escuela a la que éste pertenece. Para la corriente tradicional del psicoanálisis, por definición, todo tratamiento psicoanalítico debe terminar satisfactoriamente siempre que el encuadre sea guardado adecuadamente y que las interpretaciones del analista correspondan al estado de los asuntos internos del paciente, sean correctamente formuladas en el momento adecuado (*timing*) y posean suficiente fuerza para superar las resistencias del paciente. Para mí, esta es una concepción totalmente idealizada y errónea por varios motivos. El primero de ellos es el de que en la actualidad no podemos sostener que, en cada determinado momento del proceso analítico existe una interpretación que es la “buena”, la verdadera, y que no lo son las otras. Todo situación analítica como todo suceso que la vida nos depara es susceptible de múltiples interpretaciones, y no existe una Verdad única con mayúscula, sino que la verdad es relativa, perspectivista y, en gran parte, una construcción social<sup>3</sup>. Buena prueba de ello es la gran diversidad de las escuelas y orientaciones psicoanalíticas, cada una con su propio tipo de intervenciones.

El segundo de dichos motivos es el de que las posibilidades de modificación de la psique de un paciente tienen sus límites, los cuales se sustentan en una cantidad innumerable de variables, como son el equipamiento genético, el grado de flexibilidad cerebral de cada sujeto, la totalidad de las experiencias previas, conscientes e inconscientes, su nivel intelectual, el contexto en el que se halla, el grado de interés, la fuerza de su yo, etc., y, cómo no, la personalidad del analista. Todo aprendizaje, toda *performance*, todo logro de rendimiento en el terreno deportivo, intelectual o artístico, pongamos por caso, tiene sus límites, y el tratamiento psicoanalítico no es una excepción. Parafraseando un antiguo

axioma, podemos decir que el análisis no da lo que la naturaleza no ha concedido. Esta confusión entre los límites del análisis y el *impasse* viene favorecida por la idealización de las interpretaciones. Para no repetir lo ya dicho, subrayo que esta idealización se basa en el supuesto de que toda interpretación, si es suficientemente buena, superará las resistencias del paciente, se romperá el *impasse* y el proceso proseguirá su avance. Este supuesto, además de comportar todos los errores ya mencionados, acumula otro, para mí de gran trascendencia y que parece haber sido pasado por alto para el pensamiento psicoanalítico hasta el momento. Este error parece que se basa en dar por sentado que el paciente carece de libertad, y que si la interpretación es la supuestamente adecuada (correcta, verídica y pertinente) forzosamente superará las resistencias y dará lugar al correspondiente *insight* y el paciente se verá ineludiblemente empujado a modificar su psiquismo y, consecuentemente, su comportamiento, de acuerdo con el *insight*. Es decir, si damos por sentado que toda interpretación correcta, verídica y pertinente supera las resistencias y da lugar al correspondiente *insight* que, fatalmente, promueve un cambio psíquico en la dirección señalada por el *insight*, convertimos al paciente, teóricamente, en un prisionero de tales interpretaciones. En este caso, se daría la paradójica consecuencia de que siendo el análisis un tratamiento destinado a liberar al paciente de sus ansiedades, síntomas e inhibiciones, en síntesis, a hacerle más libre psíquicamente, el resultado sería eliminar su libertad de elección y de pensamiento, constriñéndolo a experimentar unas modificaciones psíquicas impuestas por las esperadas interpretaciones correctas, verídicas y pertinentes y el *insight* que ellas han de producir y, en último término, deseadas por el analista que formula las interpretaciones. Todo lo cual me parece la visión más anti-analítica que darse puede. Este error deriva de la concepción analítica clásica de la mente como un mundo cerrado, y, por tanto determinista, frente a la concepción relacional de la mente como un mundo abierto, y por tanto, emergente e indeterminado. Mi posición es la de que a lo que debemos tender es a que el paciente se sienta libre y que, incluso ante una interpretación razonablemente acertada (las interpretaciones no pueden ser más que esto, razonablemente acertadas) pueda aceptar o no la información que se le ofrece, sin sentirse culpabilizado ni perseguido por ello.

La confusión de los límites naturales de un análisis con un *impasse* es yatrogénica y suele tener consecuencias muy perjudiciales para el paciente. Le conduce a un gasto económico y de tiempo inútiles, además de culpabilizarle al llevarle al convencimiento de que a causa de sus “resistencias” a conocer la “verdad” no logra las modificaciones deseadas. La prolongación de un análisis en búsqueda de unas metas inalcanzables para cada determinado paciente alimenta falsas esperanzas y, finalmente, puede llegar a hacer estéril aquello que sí se ha logrado y que el paciente no puede, tal vez, reconocer y utilizar, llevado por la ilusión de que ha de alcanzar no se sabe que sublimes y desconocidos logros. Por otro lado, la innecesaria prolongación del análisis con la esperanza de solucionar un supuesto *impasse* conduce al paciente, con frecuencia, a dar al análisis en cuanto “descubrimiento del inconsciente”, o en cuanto experiencia relacional, una excesiva importancia y depositar en el “tratamiento” todas sus expectativas, olvidando que, en último término, él es el verdadero agente y responsable de su vida, y que ésta responsabilidad pasa por saber emplear, con su propio trabajo mental, las experiencias que le proporciona el análisis, dando de lado ilusorias expectativas de que, en algún lejano final, todo se arreglará sin saber como. Hace ya tiempo que los analistas, por lo menos gran parte de ellos, hemos aceptado que el análisis no “cura” sino que, simplemente, ayuda al los pacientes a encontrar más razonables y positivos modos de estar con los otros y con ellos mismos. Si aceptamos los resultados modestos del análisis, será más difícil que confundamos los límites de éste

con el *impasse*. Antes de diagnosticar un *impasse*, por honestidad y atendiendo a lo más conveniente para el paciente, es necesario asegurarse, en la medida de lo posible, de que no se trata de que hayamos llegado al término de lo que puede lograrse con un determinado paciente y un determinado analista.

Frente a lo que podemos llamar un verdadero *impasse*, surge la necesidad de indagar en las causas de éste. Lo habitual, dentro de la corriente principal, o tradicional, del psicoanálisis, ha sido atribuirlo a las resistencias incoercibles y a las maniobras tendentes a anular los esfuerzos del analista por parte del paciente. Así, por ejemplo Etchegoyen, representante destacado del psicoanálisis clásico en su vertiente kleiniana, emplea el concepto de Bion de “reversión de la perspectiva”, como algo fundamental para la comprensión de muchos casos de *impasse*. Recordemos que, con este concepto, Bion se refiere a los intentos de impedir el avance del proceso analítico a través de una reversión de los procesos del pensamiento. En silencio, consciente o inconscientemente, el paciente vive la globalidad de la situación analítica desde unas premisas distintas a las del analista, actuando en contra del contrato establecido, aun cuando, aparentemente, parece cooperar con el tratamiento. Etchegoyen (1986) piensa que en esta situación el paciente reinterpreta perseverantemente las interpretaciones del analista de acuerdo con sus propias premisas, de manera que aquellas están siendo continuamente rechazadas, es decir, existe un aparente acuerdo entre paciente y analista y un silente y escondido desacuerdo, con lo cual el proceso queda totalmente estancado. Si el analista no percibe esta callada actuación del paciente, es imposible cualquier avance. En la misma línea, Chesik (1996) considera que la reversión de la perspectiva debe ser sospechada siempre que todo parezca marchar bien en el tratamiento, pero no se observa ningún cambio en el analizado. También piensa – como también pienso yo- que esta situación es muy frecuente en el caso de los análisis de candidatos de los Institutos psicoanalíticos de formación, en los cuales el analista intenta ayudar al sujeto a resolver sus dificultades neuróticas, pero el candidato utiliza el análisis, simplemente, para adquirir conocimientos de técnica analítica y como paso indispensable para su acreditación como analista.

Otro concepto que se ha empleado abundantemente, especialmente por parte de la escuela kleiniana, para explicar el *impasse* es el de la llamada *reacción terapéutica negativa*. Freud se refirió (1923) a la reacción terapéutica negativa afirmando que hay pacientes que reaccionan de forma paradójica, lo cual da lugar a que aquellas palabras del analista que deberían mejorarlos provocan en ellos una exacerbación de los síntomas y empeoran en lugar de mejorar. Freud atribuyó este fenómeno a sentimientos inconscientes de culpa ligados a estructuras masoquistas. Hoy en día, algunos terapeutas persisten en emplear el término de reacción terapéutica negativa (R.T.N.) para indicar el hecho de que ciertos pacientes, tras una interpretación que razonablemente puede considerarse correcta y que, en principio, parece que han comprendido y que les sirve de ayuda presentan, después, una respuesta de rechazo a la misma y un empeoramiento de los síntomas. A partir de la idea de los sentimientos de envidia descritos por M. Klein ((1957), los analistas de orientación kleiniana juzgan que es la envidia el factor predominante en la aparición de la R.T.N., aun admitiendo que influyen, también, los sentimientos inconscientes de culpa que prohíben al paciente obtener un beneficio del análisis, a fin de aliviar con el sufrimiento sus sentimientos de culpa. La solución, en estos casos, según los analistas kleinianos, pasa por interpretar la envidia y los sentimientos de culpa provocados por la misma envidia y las pulsiones agresivas.

Por lo que respecta a mi opinión, no niego que en algunos casos pueda presentarse una

R.T.N. como respuesta a las intervenciones del analista, pero creo que la unilineal y esquemática explicación, en la que todo el énfasis es puesto en el paciente, es totalmente parcial y sesgada, una explicación a través de la que el comportamiento del paciente es encajado, al igual que en el lecho de Procusto, en el estrecho marco de la teoría kleiniana fundamentada en la supuesta pulsión de muerte –o agresiva en sus manifestaciones externas- y cuya expresión mental es la envidia. En mi opinión, en todo caso, la R.T.N. puede presentarse cuando el analista no percibe las auténticas necesidades del paciente y le ofrece, con sus interpretaciones, una información que no cubre sus necesidades, y aquél, con su respuesta, intenta transmitirle su decepción y su rabia. En el material clínico de los analistas que trabajan con el modelo relacional nunca he visto mencionada este tipo de respuesta. El concepto de R.T.N., como el de las resistencias en general, debe ser manejado con sumo cuidado, ya que es de suponer la facilidad con que el analista, al sentirse frustrado por el escaso éxito del análisis y por las quejas del paciente acerca de su falta de mejoría, puede recurrir a tal concepto para sentirse justificado y aliviar sus propios sentimientos de culpa. Es precisamente por este motivo que paulatinamente el concepto de R.T.N. ha caído en un progresivo declive, y en la actualidad raramente aparece en los trabajos clínicos.

Gracias a la influencia del psicoanálisis relacional y con la progresiva aceptación de que la transferencia es co-creada, frente a los casos de supuesto *impasse* lo que se tiene en cuenta son las vicisitudes y complejidades de la relación- paciente terapeuta, atribuyéndose la responsabilidad tanto a uno como otro. Personalmente, y para aclarar mi posición, quiero expresar que si un paciente me dice que no le ayudo, mi respuesta no es la de pensar en las supuestas resistencias del paciente, sino la de preguntarme ¿qué es lo yo digo o no digo, y lo que hago o dejo de hacer para que este paciente sienta que no le ayudo?.

El proceso psicoanalítico es el resultado de una interacción continuada entre paciente y analista. Las modificaciones psíquicas que puede alcanzar el paciente son el resultado de esta interacción, y la aparición de posibles *impasse* también es el resultado de esta interacción. De ninguna manera puede entenderse un estancamiento en el avance de un análisis atendiendo únicamente a los mecanismos intrapsíquicos de la mente del paciente como un producto aislado, sino como resultado de la interacción de dos subjetividades. Cada uno de los dos protagonistas enfrenta la situación analítica de acuerdo con sus modelos mentales o principios organizadores, y como consecuencia de la conjunción de unos y otros se forma un campo intersubjetivo que pertenece a los dos.

Atwood, Stolorow y Jeffrey (1989) exponen que del continuo interjuego entre las psicologías individuales del paciente y del analista surgen repetidamente dos situaciones: la conjunción intersubjetiva y la disyunción intersubjetiva. En mi opinión, en la primera de estas posibilidades, los principios organizadores de la experiencia de paciente y analista son recíprocamente asimilados en la mente de cada uno y se produce una mutua comprensión, consciente e inconsciente, de las demandas y necesidades de cada uno. Pienso que este interjuego puede compararse a una danza, en la que cada uno de los participantes anticipa y se acopla rítmicamente a los movimientos del otro, a la vez que estos movimientos son diferentes para cada uno de ellos (Benjamín, J., 2002). También puede compararse a la situación en que dos intérpretes de jazz improvisan conjunta y libremente. Cuando esta asimilación no se produce, tiene lugar la disyunción intersubjetiva, en la que la mutua incompreensión provoca sufrimiento y decepción en uno y otro. En este caso los danzarines pierden el ritmo y tropiezan entre sí, y los intérpretes de jazz se pierden en estridencias y disonancias. En el curso del proceso psicoanalítico, invariablemente

alternan las conjunciones y las disyunciones y no debe entenderse que las primeras favorecen siempre este proceso y las segundas lo obstaculizan, sino que depende de la capacidad del analista para reflexionar sobre sus principios organizadores, entender la manera como estos están influyendo en el paciente y, gracias a ello, captar el significado de la conjunción y la disyunción. Cuando se produce esta última, su reconocimiento puede llevar a un mayor entendimiento de los principios organizadores del paciente, y, por tanto, a un incremento de la empatía y de la comprensión de las configuraciones relacionales que estructuran la mente de aquél. Por el contrario, puede ocurrir que en una conjunción intersubjetiva las experiencias del paciente sean tan similares a las del analista que su significado pase desapercibido y no pueda ser analizado. Es como si la figura de los danzantes se fundiera en una sola o los intérpretes de jazz produjeran exactamente la misma melodía. Por tanto, depende de la capacidad auto reflexiva del analista el que las conjunciones y disyunciones favorezcan o entorpezcan al avance del análisis. Como puede verse por todo lo que estoy diciendo, frente a un posible *impasse* es de especial interés el planteamiento, por parte del analista, de lo que Orange, Atwood y Stolorow (1997) denominan “investigación empática introspectiva”, a la que caracterizan de la siguiente manera:

“Tal investigación busca iluminar los principios inconscientemente organizadores de la experiencia del paciente (empatía), los principios inconscientemente organizadores de la experiencia del analista (introspección) y el oscilante juego psicológico creado por el interjuego entre las dos subjetividades” (p. 44; la traducción es mía).

L. Aron (1996, 2006 ) y J. Benjamin (1995, 1998, 2004) han introducido la noción de *complementariedad* en la dualidad como factor de importancia en el *impasse*, así como la necesidad de la creación del tercero como forma de salir de esta complementariedad.

Aron y Benjamín juzgan que en la complementariedad cada uno de los dos protagonistas queda prisionero de la proyección de la coercitiva visión que el otro tiene de él, sin poder escapar de los límites de esta visión, con lo cual se produce el *impasse*, ya que ambos quedan inmovilizados en una trabazón irreducible. Aron describe la complementariedad de esta manera(2006):

“La complementariedad se caracteriza por una variedad de *splitting* en la cual cada uno toma una posición complementaria -el extremo opuesto - al otro lado. Si uno es experimentado como “el que hace, entonces el otro es el que ha sido hecho (Benjamín, J., 2004); si uno es el sádico, entonces el otro es el masoquista; si uno es la víctima, entonces el otro es el victimario; si uno es el hombre, entonces el otro es la mujer;.....a la vez, la complementariedad puede ser revertida, sin ningún cambio significativo en su estructura” (p. 353; la traducción es mía).

Para explicar la estructura de la complementariedad, Aron recurre a una imaginaria disposición geométrica en la que paciente y analista están cada uno en el extremo de una línea recta. Pero la línea recta únicamente tiene dos puntos opuestos, y no tiene espacio porque existe solamente en dos dimensiones, de manera que quienes ocupan estos puntos pueden acercarse más o distanciarse, pero no pueden moverse de la línea a causa de la falta de un tercer espacio. Lo que si pueden estos ocupantes de los extremos de la línea es revertir las posiciones, y pasar, cada uno de ellos, a ocupar el extremo opuesto. En el caso de la díada analítica, por tanto, la estructura de complementariedad, dice Aron, mantiene a cada uno en una determinada posición relacional con respecto al otro, sin que haya otra posibilidad que la de alejarse y acercarse o de revertir la posición y ocupar cada uno el lugar

del otro. También Aron recurre a la imagen de uno de estos columpios en los que cada uno de dos ocupantes se sienta en extremo de un tablón que gira sobre un eje, de manera que cuando uno sube el otro baja, sin que haya otra posibilidad que la de mantener el columpio horizontal al suelo, de manera que los dos ocupantes permanezcan al mismo nivel, lo cual, en el caso de la díada analítica, permite establecer una relación más igualitaria, pero manteniendo la misma estructura de rigidez. Continúan en la misma línea y la posición de cada uno de ellos viene determinada por la posición del otro, y, por tanto, permanecen encerrados en una determinada forma de relación. Este es el modelo propio de las relaciones complementarias que Benjamín (2004) denomina como *doer-done to, push me pull you* y que encontramos en los *impasse* y estancamientos. Los escritos de Aron y Benjamín sobre esta cuestión son sumamente complejos y de profundo calado y no puedo extenderme más aquí sobre ellos.

Quiero ahora imaginar una situación clínica sencilla, que es frecuente en la realidad, a fin de facilitar la comprensión de estas ideas y poner de relieve su utilidad en la práctica. Un paciente llega tarde a la sesión. Puede ocurrir – y con frecuencia ocurre – que el paciente justifique su tardanza por una gestión previa que esperaba, sin haberlo logrado, terminar con tiempo suficiente para la sesión, y que el analista interprete la existencia en el paciente de deseos inconscientes de llegar tarde, escondidos bajo la apariencia de la necesidad de llevar a cabo tal gestión y de la convicción de que podrá terminarla con tiempo suficiente. Y también puede ocurrir lo contrario, que el paciente se auto culpabilice y que el analista considere justificada la tardanza a causa de los hechos materiales y que interprete la auto culpabilización del paciente como expresión de profundos sentimientos de culpa derivados de sus conflictos intrapsíquicos. En ambos casos, si este tipo de relación persiste, paciente y analista están situados en una línea recta o en un columpio, en una estructura de complementariedad que les mantiene encerrados en sus respectivas posiciones, el paciente se justifica y el analista interpreta, de manera culpabilizadora, deseos inconscientes de llegar tarde, o bien pueden cambiar las posiciones, el paciente se culpabiliza y el analista justifica, pero no pueden moverse más porque la línea es bidimensional. Si esta situación se prolonga e invade su relación, se encuentran en un *impasse*. Veamos ahora la solución que proponen Aron y Benjamín para escapar a la complementariedad.

De alguna forma, ya me he referido a ella, según yo entiendo sus ideas, cuando he hablado de la *ritmicidad* de la díada analítica, a semejanza de dos danzarines que comparten una danza en la que sus movimientos se acoplan sin que sean los mismos para cada uno de ellos. En este caso han co-creado un *espacio* que les permite moverse fuera de la complementariedad. Y lo mismo con el ejemplo de los intérpretes de Jazz que crean una pieza musical a partir de la improvisación de cada uno de ellos. En el caso concreto del paciente que llega tarde, yo propongo que una manera de salir de la complementariedad en línea bidimensional “tu te justificas y yo acuso, o “tu te acusas y yo justifico”, puede ser la de crear, por ejemplo, un espacio pidiendo al paciente que intente expresar las fantasías e imaginaciones que ha tenido acerca de lo que estaba pensando o haciendo el analista durante la espera.

Aron afirma que los dos participantes deben hallar un camino para ir desde su posición en una línea hacia un espacio abierto, “un espacio psíquico, un espacio transicional para pensar, respirar, vivir y moverse espontáneamente”, sin quedar aprisionado por las proyecciones del otro.

Aron y Benjamín equiparan este espacio abierto más allá de la bi-direccionalidad a la consecución de la *thirdness*. Para Benjamín (2004), en la medida que conseguimos

manejar la dualidad lineal lo hacemos desde el punto de vista del *tercero*. Esta autora piensa en el término de terceridad como una cualidad de la experiencia de relación que comporta un espacio mental interno similar al espacio potencial o transicional de Winnicott. En cuanto a la resolución de las situaciones de *impasse*, cree que lo más importante es la idea relacional de que la recuperación de la subjetividad requiere el reconocimiento de nuestra participación.

Como es de suponer, las posibilidades de que se presente un *impasse* en el curso de un proceso psicoanalítico varían mucho según la forma de conducir la relación y las teorías con las que trabaja el analista. Para mí, y de acuerdo con lo que ya he señalado, el estilo propio de la reserva, la “distancia analítica”, los esfuerzos por mantener el anonimato del analista, las intervenciones centradas exclusivamente en la interpretación de la transferencia, la neutralidad como indiferencia, etc., son elementos todos ellos favorecedores del *impasse*. Por el contrario, el modo propio del modelo relacional, más familiar y natural, abierto a las preguntas del paciente y a la exposición del propio pensamiento, etc., lo hace más improbable. Pero deseo, para terminar esta exposición, referirme a una actitud práctica que considero lo más opuesta posible a la instauración de un estancamiento. Me refiero a la actitud del analista tendente a mostrar al paciente la manera como piensa acerca de la comunicación de este último, cómo la articula y entiende su significado para llegar a formular sus intervenciones. Esta actitud, para ser completa, ha de ir acompañada de la disponibilidad para responder a las preguntas que puede formular el paciente de la manera más conveniente para éste, pero no solo como una interpretación de la pregunta. Queda entendido, entendido, naturalmente, que en sus manifestaciones el analista sólo ha de expresar aquello que crea adecuado para la marcha del análisis y el bien del paciente, no para satisfacer ninguna curiosidad ni interés intrusivo fuera del ámbito psicoanalítico. Si, de esta manera, se establece una situación de diálogo en la que el paciente se siente libre de expresar sus observaciones acerca de la personalidad del analista, de su estilo de relación y de sus intervenciones, interpretativas o no, pienso que es muy difícil que se instaure un *impasse*. En este sentido, juzgo muy importante tener en cuenta que toda la auténtica comprensión que puede obtenerse es el resultado de un complejo proceso intersubjetivo que se desarrolla entre paciente y analista (Aron, L., 1992). El punto crucial de la cuestión estriba en que el paciente sienta que toda nueva información, planteamiento o experiencia es algo a lo que se ha llegado a través del diálogo, no algo que surge de la mente del analista. Creo que esto es lo único que los pacientes pueden asimilar y hacer suyo, cosa muy distinta del sentimiento de que el analista impone sus particulares puntos de vista, lo cual es la vía más rápida para llegar al *impasse*.

## ILUSTRACIÓN CLÍNICA

Presento un caso de *impasse* que se estableció muy tempranamente en el análisis, y muestro como, en ocasiones, puede aprovecharse algún imprevisto o pequeño suceso para abrir la cárcel del *impasse*.

Leonor, una mujer bien entrada en los cincuenta, acudió a pedir ayuda a causa de sus dificultades para establecer una pareja estable, cosa que nunca había logrado. Se sentía amargada y culpabilizada por no haber podido tener hijos, a causa de esta incapacidad. Sin embargo, rápidamente pude percibir que presentaba otros graves trastornos de la personalidad. Leonor era una mujer bien conservada para su edad, pero se sentía



aterrorizada frente al inevitable declive físico,

Leonor había mantenido muchas y fugaces relaciones de pareja, las cuales terminaban siempre con una ruptura. La razón, dijo, eran sus frecuentes ataques de ira y su intolerancia ante cualquier incumplimiento de sus exigencias, que reconocía que eran muchas, por parte de sus parejas, lo cual llevaba a los hombres cansarse de ella y a abandonarla.

En el curso del tratamiento se mostraba extraordinariamente rigurosa conmigo, de manera que si percibía algún movimiento mío en el sillón, o un leve olvido de algún detalle de sus prolifas narraciones, lo consideraba una grave falta de atención por mi parte, de lo cual protestaba airadamente. Creo, por tanto, que me trataba igual que a sus parejas. En general, las sesiones estaban llenas de quejas continuadas acerca de su dificultad para establecer una relación amorosa satisfactoria. Estas quejas iban acompañadas de continuas y amplias explicaciones teóricas acerca de las mujeres, los hombres y las relaciones entre unas y otros, en lo cual se consideraba a si misma, con cierta razón, una experta.

A los pocos meses, detecté que se había establecido un *impasse* en forma de un doble *enactment* en el que ella hacía el papel de víctima desdichada por las carencias de los hombres, y yo el de testigo atento de sus infortunios y de sus teorías acerca de todo ello y, a la vez, también me atribuía el papel de pareja insatisfactoria, seguramente facilitado esto último por el hecho de ser yo un hombre. Cuando yo intervenía, su respuesta habitual era la de: ¡no, no, no es esto!, y continuaba desarrollando sus propias teorías.

Un día, durante la sesión, yo me percaté de que, en una mesita que tengo a mi lado detrás del diván, mi agenda y un par de libros encima de ella estaban muy al borde de la superficie, produciéndome la impresión de que podían caer al suelo de un momento a otro. Sin reflexionar, empuje el montón hacia el interior y, al hacerlo, se escuchó el leve ruido del deslizamiento. Inmediatamente, Leonor saltó furiosamente, gritando que yo estaba por mis cosas en lugar de ocuparme de ella. Como pude, y cuando pude, me excuse y expliqué la verdad de lo sucedido, sin que sirviera para calmar su ira ni la artillería de sus reproches. Yo sentía que aunque tenía un cierto grado de culpa en haber provocado este incidente, estaba siendo excesivamente castigado. Como las invectivas seguían, yo acabé sintiéndome también irritado con el sentimiento de que Leonor creía que, porque me pagaba, podía maltratarme. También sentía la impresión de que Leonor estaba reactivando fuertemente en aquel momento, en el contexto de nuestra relación, la experiencia de ser abandonada por sus parejas –yo haciendo ruidos y ocupándome de mis asuntos- frente a sus demandas. Le dije que me parecía que su reacción era excesiva, sin que sirviera más que para incrementar sus protestas. Para abreviar, basta decir que la sesión terminó dentro de este tormentoso clima.

La siguiente sesión comenzó con Leonor de nuevo llenándome de acusaciones por ocuparme de mis asuntos en lugar de estar atento a ella. Lo atribuyó a que yo debía tener problemas y que era yo quien debía analizarme en lugar de ella. Que ella no me pagaba para que yo perdiera el tiempo. Preguntaba ¿quién es que se está analizando, vd. o yo?, e insistía en que yo tenía mis propios problemas y que debía solucionarlos en otro momento. En medio de esta borrasca, mi pensamiento era la de que esta respuesta de Leonor al incidente del ruido confirmaba la existencia de una situación de *impasse* de fondo en el análisis, de la que ella no quería salir de ningún modo. Cuando yo intentaba ponerle de relieve que su irritación no podía corresponder totalmente a la realidad de lo ocurrido, repetía, una y otra vez, que yo tomaba simplemente una actitud defensiva. Habíamos

entrado en una situación de complementariedad en la que ella era la víctima y yo el maltratador, y si yo insistía en mis excusas y aceptación de mi culpa se intercambiaban los papeles y yo era la víctima y ella la maltratadora. Se trataba de una situación de la que era muy difícil salir.

Finalmente, después de un cuidadoso esfuerzo de auto análisis vi que mi experiencia subjetiva era la de que había cierto grado de verdad en lo que ella decía acerca de que yo me estaba defendiendo, y sentí ella me estaba transmitiendo el mensaje de que no debía con justificaciones que incrementaban su irritación, sino como alguien firme y estable que pudiera contenerla, y que yo, hasta aquel momento, abrumado por sus exigencias y mis sentimientos de culpa por lo sucedido, no me había sentido libre para pensar ni para expresar mi pensamiento. Y al entender esto, dando de lado todos los intentos de apaciguamiento y adoptando, muy cuidadosamente, un tono sereno y libre de cualquier matiz tanto de acusación como de auto justificación o exculpación, le dije que tal vez los ruidos de los que ella se quejaba eran amenazadores ruidos internos, y que este temor le impedía involucrarse plenamente en el proceso analítico para escuchar sus propios ruidos. Esta interpretación, y tal vez el tono en que fue expresada, pareció surgir un fuerte efecto. Las protestas cesaron. Leonor adoptó otro tono, pareció dudar y dijo que, efectivamente, ella siempre se había sentido aterrorizada ante la posibilidad de lo que podía ocurrir si se sintiera plenamente implicada en la relación conmigo. Entonces, le dije que el temor que experimentaba entorno a sentirse más implicada en la relación conmigo era equivalente a los temores que no le permitían entregarse a una íntima y profunda relación de pareja. Esta idea pareció impactarle, y respondió que ella era muy vulnerable y fácilmente se sentía herida, y que fue por esto que se había mostrado tan sensitiva al tener la impresión de que yo estaba distraído, y añadió que yo debía ser sensible a esta vulnerabilidad. Además, continuó, su punto de vista era que el problema era mío, no de ella. Yo dije que parecía que el hecho de sentirse muy vulnerable le empujaba, para defenderse, a sumergirse en un mar de acusaciones y convertir la relación en una lucha inacabable que la llevaba a la desesperación. Leonor permaneció seria y callada unos momentos y dijo que se sentía muy sola. Le respondí que, efectivamente, si para confirmarse en sus expectativas de que los otros eran los responsables de su malestar me convertía a mí en alguien poco sensible y que no se ocupaba de ella, entonces el resultado era el de que se sentía muy sola. Respondió que se sentía aterrorizada de lo que podía presentarse en una relación en la que ella se sintiera emocionalmente comprometida, como era nuestra relación analítica. Yo dije que, sin poder asegurar nada, pensaba que si colaborábamos juntos podríamos hacer un buen trabajo. Leonor permaneció varios minutos en silencio, y después contestó, mostrando un estado de ánimo muy distinto al que había estado dominando hasta aquel momento, que esto es lo que ella deseaba, aunque nunca se había atrevido a pensarlo de esta manera. Siguió hablando de lo doloroso que era para ella pensar que no podía construir unas relaciones satisfactorias y estables a causa de sus exigencias tiránicas.

En la sesión siguiente manifestó que el día anterior habíamos hecho una “buena sesión”. Continuamos el análisis con, la para mi, clara impresión de que el *impasse* se había disuelto y podíamos iniciar otra etapa en un contexto de un cierto grado de reconocimiento intersubjetivo.

## REFERENCIAS

- ARON, L. (1996). *A Meeting of Minds*, Hillsdale: The Analytic Press.
- ARON, L. (2006). Analytic Impasse and the Third, *Int. J. Psychoanal.*, 87:349-368.
- ATWOOD, G.E., STOLOROW, R.D. Y JEFFREY L.T. (1989). Impasses in psychoanalytic therapy-A royal Road, *Contemp. Psychoanal.*, 25: 554-553.
- BENJAMIN, J. (1995). *Like Subjects, Love Objects*, New Haven CT: Yale Univ. Press.
- BENJAMIN, J. (1998). *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*, Nueva York: Rutledge.
- BENJAMIN, J. (2002). The rhythm of recognition: comments on the work of Louis Sander", *Psychoanal. Dial.*, 12: 43-54.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness, *Psychoanal. Q.*, 73:5-46. (v. castellana en *Intersubjetivo*, 6 (1)
- CHESSIK, R.D. (1996). Impasse and failure in psychoanalytic treatment, *J.Academ. of Psychoanal.*, 24: 193-206.
- ETCHEGOYEN, H. (1986). *Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- FREUD, S. (1923). El yo y el ello, en O.C., Buenos Aires: Amorrortu Editores, vol. 19.
- KLEIN, M. (1957). *Envy and Gratitude*, en *The Writings of Melanie Klein*, Londres: The Hogarth Press.
- ORANGE, D, ATWOOD, G.E. y STOLOROW R.D. (1997). *Working Intersubjectively*, Hillsdale: The analytic Press

Original recibido con fecha: 5-5-2010    Revisado: 30-5-2010    Aceptado para publicación: 30-9-2010

## NOTAS

<sup>1</sup> Trabajo leído en AGORA RELACIONAL, Madrid, 8 de Mayo 2010 en el Programa de Formación Intensivo en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional (Máster en Psicoterapia Relacional), con el reconocimiento del INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL.

<sup>2</sup> Joan Coderch. Doctor en Medicina-Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular y Didacta de la *Sociedad Española de Psicoanálisis* (IPA). Ha sido profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Dirección del autor: Balmes 317; 08006-Barcelona. Correo electrónico. [2897jcs@comb.es](mailto:2897jcs@comb.es). Autor de muy numerosas obras, entre las más recientes están: *Pluralidad y diálogo en Psicoanálisis* (Herder) [véase reseña en CeIR V1N1], *La relación paciente-terapeuta* (Paidós) y *La práctica de la psicoterapia relacional* (Barcelona: Albesa)

<sup>3</sup> Hago excepción de la Verdad de los derechos humanos, irrefutables e inalienables, pero ésta es otra cuestión que no viene al caso.