

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA EXTORSIÓN MELANCÓLICA

Nuestro objetivo es intentar comprender y elaborar algunos aspectos de la extorsión melancólica en el vínculo analítico según los desarrollos de Chiozza. Partiremos de una viñeta clínica¹ que, a nuestro parecer, ilustra claramente el clima afectivo al que queremos referirnos.

La paciente entra al consultorio, se recuesta en el diván y, luego de un silencio incómodo, relata en tono de queja: “Me siento muy mal, pero me siento *muy mal*, ... *muy mal*, *muy mal me siento*, estoy *cansada* y *estoy podrida* de ser así... me siento mal y estancada en todo sentido... no sé... ... me siento estancada con mi familia, con la facultad, con mi pareja, con mis amigos, *con todo*, conmigo misma, me siento estancada yo, *me siento muy mal*... no sé, no sé qué hacer (silencio)”.

Cuando un paciente comienza la sesión de este modo solemos sentir² una mezcla de impotencia e irritación. El tono y el contenido de su discurso expresan una queja que encubre y contiene un reproche³ (Freud, S., 1917e [1915]). En la medida que nos sentimos acusados de ser los responsables de su padecimiento, nos sentimos fastidiados. Cuando quedamos sumergidos en esta vivencia, inevitablemente perdemos la comodidad que necesitamos para trabajar en buenas condiciones.

A veces intentamos defendernos del malestar, por ejemplo, tratando de pensar que no somos nosotros los causantes del sufrimiento del paciente, que “ya se encontraba mal antes de empezar el análisis”. Pero si él arreceja en su queja comenzamos a sentir que “algo debemos estar haciendo mal”, dado que manifiesta estar igual o peor que cuando comenzó el tratamiento y, en caso de reconocer alguna mejoría, la considera insignificante.

Nos sentimos en falta, nos parece que no estamos pudiendo hacer más por él y que *deberíamos poder*. Solemos sentir que “estamos fallando”, que nuestra ayuda es insuficiente y que tendríamos que poder hacer algo al respecto, y *hacerlo rápido*. A veces hasta llegamos a sentirnos tan incapaces que nos parece que *cualquier otro analista* lo ayudaría mejor que nosotros. **En síntesis, nos sentimos**

¹ Presentamos este material clínico para ilustrar la temática a la que queremos remitirnos. Un análisis más detallado del mismo excede los alcances de este trabajo.

² Pensamos que existen otras contratransferencias posibles frente a este material. Elegimos centrarnos en ésta ya que nos parece típica, frecuente y difícil de resolver.

³ Nos basamos aquí en la idea desarrollada por Freud (1917e [1915]), acerca de que toda queja del paciente encubre una querella, es decir, una acusación al objeto: “*sus quejas son realmente querellas*” (pág. 246) o, en la traducción de López Ballesteros: “*sus lamentos son acusaciones*” (pág. 1070). Estas ideas fueron ampliadas y desarrolladas por Chiozza en varios artículos, principalmente en “Acerca de la extorsión melancólica” (Chiozza y col., 1983c).

acusados y, en nuestro fuero íntimo, creemos que la acusación es acertada, que el reclamo es válido, y esta creencia nos tortura. Nos sentimos, efectivamente, culpables del sufrimiento del paciente.

Muchas veces esta culpa nos invade a tal punto que se nos hace insoportable y entonces buscamos “sacárnosla de encima” justificándonos, haciendo interpretaciones que, de modo más directo o más velado, expresan que es *el paciente* quien “está haciendo las cosas mal”; en otras palabras: “contraatacamos”. Lejos de aliviar el clima esto suele incrementar el malestar del paciente, promoviendo una atmósfera de creciente tensión y hostilidad, donde el desencuentro se hace cada vez mayor. Aunque podamos tener cierta conciencia de lo que está sucediendo, a menudo nos resulta difícil sustraernos de este círculo vicioso y no responder retaliativamente a lo que sentimos como una presión del paciente que nos despierta una profunda antipatía.

Según Chiozza y colaboradores (1983c), la extorsión melancólica es un mecanismo de defensa⁴ que consiste, esencialmente, en hacer uso del propio sufrimiento⁵ como un método o una técnica para obtener lo que se desea. Este sufrimiento se exhibe y se enfatiza buscando “darle lástima” al objeto e inocularle culpa, con la esperanza de que así, presionado, otorgará lo que se le pide⁶.

Si ahora volvemos a pensar en el comienzo de sesión que transcribimos, podemos preguntarnos “a quién” le habla el paciente, qué personaje está transfiriendo sobre el analista. De acuerdo a lo que plantean los autores (Ibíd.), creemos que el paciente transfiere un objeto idealizado, es decir que ve en el analista una persona que obtiene todo lo que desea y a la que nada le falta, alguien a quien “la vida le sonrío”. En tanto lo considera omnipotente, está convencido de que “no le costaría nada” darle lo que necesita, que podría hacerlo *si quisiera* y que si no lo hace es *porque no quiere*.

⁴ En este trabajo nos referimos a la extorsión melancólica como una modalidad “básica” de defensa, en un sentido amplio. Sabemos que ella a su vez constituye una parte importante de la afeción melancólica, pero no nos ocuparemos aquí del análisis de la melancolía que, en su totalidad, involucra muchos otros aspectos. Chiozza* sostiene que junto con la extorsión melancólica existen otras dos “maniobras evasivas” fundamentales, la “prestidigitación maníaca” y la “irresponsabilidad paranoica” (pág. 18). Explica que cada una contiene implícita a las otras dos y que las tres defienden del encuentro con la responsabilidad “depresiva” (Ibíd.). Dada la extensión limitada de esta comunicación no incluiremos a la paranoia ni a la manía en nuestras reflexiones. (Estas ideas pertenecen al trabajo “El valor afectivo”, de Luis Chiozza, presentado en la Fundación Luis Chiozza en noviembre 2003. Cada vez que citemos este trabajo lo señalaremos con el símbolo [*]).

⁵ Chiozza aclara que el sufrimiento del melancólico sólo en parte es ficticio, ya que “implica además un padecer auténtico (...)” (Chiozza y col. 1983c, pág. 240).

⁶ Pensamos que no todo pedido implica una actitud extorsiva. Una persona puede pedir algo asumiendo su propia debilidad, su carencia y su necesidad de ayuda, es decir, asumiendo su impotencia y aceptando la posibilidad de encontrarse con una negativa. Creemos que la queja, típica de la extorsión melancólica, es, en cambio, un recurso “tramposo” mediante el cual uno busca recibir ayuda sin renunciar a una omnipotencia ilusoria.

Pensamos, siguiendo a los autores (Chiozza y col., 1983c), que el paciente recurre a la extorsión porque, apresado en un malentendido⁷, cree que es el único recurso que tiene para obtener aquello que siente como algo imprescindible para seguir viviendo. Entonces “patalea” en su desesperación y se revuelve contra el hecho de que, eventualmente, tenga que “arreglárselas” sin aquello que quiere. Siente que su única esperanza es lograr conmover al analista con su sufrimiento.

Si bien es cierto que suele ser el paciente quien despliega la extorsión, pensamos que este drama sólo llega a desarrollarse con la intensidad que describimos, cuando el analista en lugar de comprender su contratransferencia negativa, la actúa y, desde su propia persecución, ataca y acusa al paciente. Podemos decir que, en ese caso, el analista se comporta del mismo modo que los demás objetos de la vida del paciente.

Chiozza (1998h [1986]) sostiene que lo que se elabora en el proceso analítico son los puntos de urgencia *compartidos* por paciente y analista. Pensamos entonces que la dificultad de este último para “correrse” del lugar del “personaje habitual” en la vida del paciente radica en una insuficiente elaboración de la temática que, en ese momento, atenaza el vínculo que ambos conforman. En la medida que el analista no logra comprender y elaborar el punto de urgencia compartido con el paciente, no puede actuar como un “personaje inesperado” (Chiozza, L., 1978i [1977]) para éste, porque está atrapado en el guión “de siempre”. Pensamos que cuando esto ocurre el proceso analítico se paraliza. **Nuestra tarea consiste entonces en tratar de analizar nuestra contratransferencia para poder modificarla y contratransferir distinto, ya que la contratransferencia es “el verdadero agente terapéutico”⁸** (Chiozza, L., 1970k [1968], pág. 49).

Nos preguntamos cuál sería la temática compartida entre paciente y analista en este caso. Pensamos que, en primera instancia, podemos decir que ambos están unidos en la queja. Así como el paciente se queja de que no lo ayudamos como él espera, nosotros nos quejamos frente a nuestro supervisor de que éste es un paciente que nos parece “difícil”, porque nunca mejora y porque sentimos que

⁷ Chiozza y colaboradores (1983c) explican que un aspecto importante de la extorsión melancólica consiste en el malentendido según el cual suelen confundirse los ideales con las necesidades, y entonces el sujeto se comporta como si fuera imposible seguir viviendo sin aquello que anhela. Por evitar el dolor de tener que renunciar a una ilusión, se aleja cada vez más de las posibilidades de satisfacción que la realidad le ofrece y las cosas que tiene a su alcance le parecen cada vez más fallidas.

⁸ Chiozza (1970k [1968]) sostiene que la contratransferencia “actúa ‘preverbal’ e inconcientemente sobre el paciente” (pág. 47), llegando “antes” que la misma interpretación, y por eso la considera “el agente terapéutico por excelencia” (Ibíd.). En función de estas ideas describe esquemáticamente tres posibles situaciones durante el proceso analítico, donde A- corresponde al proceso que ocurre automática e inconcientemente, B- a un momento de paralización del análisis, donde la contratransferencia del analista mantiene el círculo vicioso neurótico del paciente y C- al “medio juego” del análisis, donde transcurre la mayor parte del proceso, y que requiere del esfuerzo del analista para modificar su contratransferencia a través de su autoanálisis. En este trabajo tratamos de ilustrar el pasaje de la situación B a C, a través de la comprensión y la mutación de la contratransferencia del analista.

nada de lo que hacemos le alcanza. Otras veces podemos quejarnos en nuestro análisis de que nuestro consultorio “no está funcionando bien”. Resulta evidente que la queja⁹ siempre contiene un reproche al objeto, de manera que cuando nos quejamos, nos sentimos víctimas y, por lo tanto, acreedores de los demás.

Siguiendo estas ideas podemos pensar que, por un lado, quien se queja busca “ablandar” con su sufrimiento a un objeto idealizado que, en su fantasía, podría darle las gratificaciones que anhela y que siente que no puede conseguir por sus propios medios. Por otro lado, y en base a recientes desarrollos de Chiozza¹⁰, podemos también decir que, en tanto la queja contiene un reclamo y un reproche, quien se queja busca “demostrar” que es *el otro* quien está en deuda y, por lo tanto, en falta. De este modo intenta probar su inocencia proyectando la culpa sobre el objeto. En este sentido, paciente y analista estarían unidos en la queja y el reproche como modos de intentar “sacarse de encima” una culpa que les resulta intolerable. Como sostiene Chiozza*, esta actitud de “echar la culpa” sólo logra aumentar los sentimientos de culpa que se intenta rechazar.

Si bien pensamos que ambas cuestiones forman parte de la extorsión melancólica y se encuentran estrechamente relacionadas, nos parece importante distinguirlas entre sí, ya que creemos que constituyen aspectos diferentes de un mismo drama. **Entendemos que este drama, en última instancia, gira en torno a la dificultad para hacerse cargo de la “indelegable tarea” (Chiozza*, pág. 19) que la vida nos presenta a cada uno y que, según Chiozza, es una tarea que “nos falta y que nos toca hacer” (Ibíd.).** El autor agrega que el único camino para elaborar esta cuestión es comprendiendo que no existe a quien “pasarle factura” (Ibíd.) por aquello que “nos falta” hacer y que sentimos como una deuda. Se trata entonces de intentar asumir la responsabilidad, en tanto “actitud de responder” (Ibíd.) a las dificultades que la vida plantea, sean propias o ajenas, sin refugiarnos en la impotencia.

En la medida que intentamos comprender que el paciente necesita proyectar en nosotros un objeto “malo”, que no quiere darle lo que él desea, como un modo de evitar encontrarse con su propia responsabilidad frente a la vida,

⁹ Chiozza* diferencia la queja del reproche. Sostiene que el reproche “se ejerce ‘de arriba hacia abajo’, desde la identificación con un superyó cruel” y que la queja “se ejerce ‘de abajo hacia arriba’, desde la identificación con un yo que reclama misericordia y justicia” (pág. 18). Pensamos que en la situación que estamos describiendo estos roles se alternan permanentemente entre paciente y analista.

¹⁰ Últimamente el Dr. Luis Chiozza desarrolló la idea de que cuando la extorsión melancólica progresa, este último aspecto es el que predomina, y entonces el “objetivo” principal del paciente es demostrar su inocencia. Siente tanta culpa que, para aliviarse, necesita demostrar que “el malo” es el analista. Así, busca quedarse con la carencia, pero también con el “mérito” de ser él la víctima. En este caso la situación es más grave y más difícil de analizar, porque si bien el paciente reclama, se resistirá a recibir alivio de parte del analista, ya que siente que esto “le estropea los planes”. (Estas ideas fueron expresadas por el Dr. Luis Chiozza durante el seminario “La Clínica Psicoanalítica” en noviembre y diciembre del 2006, así como durante supervisiones individuales. Nos hacemos responsables por su interpretación).

nuestra contratransferencia cambia. Podemos sentir más empatía por él y tolerar mejor su proyección, de manera cordial, pero sin someternos. Si también tratamos de soportar el dolor de encontrarnos con nuestros propios límites como analistas, podemos darnos cuenta que no somos los objetos omnipotentes y crueles que el paciente deposita en nosotros, pero tampoco –como temíamos– somos inútiles y completamente impotentes. Comprendemos que tenemos una potencia, sí, pero limitada, como toda potencia. Al decir de Chiozza¹¹, la verdadera potencia es una potencia con límites, porque transcurre entre lo que podemos y lo que no podemos.

Este proceso es penoso, porque aceptar que nosotros no somos capaces de “resolverle la vida” al paciente de la manera que él pretende, implica a su vez resignarnos a que nuestro analista tampoco pueda hacer lo mismo con nosotros. Pero avanzar por este camino nos permitiría recuperar progresivamente la comodidad que habíamos perdido, llegando a sentir cada vez menos culpa y cada vez más simpatía por el paciente. Ya no tendríamos entonces la necesidad de acusarlo para librarnos de nuestro propio sentimiento de culpa, sino que podríamos interpretarle desde una contratransferencia amistosa, sintiéndonos “hermanados” con él en sus vivencias.

Pensamos que este desenlace que describimos no ocurre “de una vez y para siempre”, sino que es algo por lo que habrá que trabajar en cada sesión en que vuelva a presentarse esta temática.

BIBLIOGRAFÍA:

CHIOZZA, Luis (1970*k* [1968])

“El qué – hacer con el enfermo” en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 45-54.

CHIOZZA, Luis (1978*i* [1977])

“La interpretación de la transferencia-contratransferencia”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 111-123.

CHIOZZA, L.; CALIFANO, C.; FONZI, A.; GRUS, L.; GRUS, R.; MARZORATI, E.; SCAPUSIO, J. (1983*c*)

“Acerca de la extorsión melancólica”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 239-244.

¹¹ Esta idea fue expresada por el Dr. Luis Chiozza en diferentes ocasiones y particularmente durante un grupo de supervisión dictado por él, el día jueves 8 de junio de 2005. La interpretación de sus palabras es de nuestra responsabilidad.

CHIOZZA, Luis (1998h [1986])

“La metahistoria y el lenguaje de la vida en el psicoanálisis y la psicopatología”, en *Hacia una teoría del arte psicoanalítico*, Luis Chiozza, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, pág. 279-294.

FREUD, Sigmund (1917e [1915])

“Duelo y melancolía”, *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, 1976.

FREUD, Sigmund (1917e [1915])

“La aflicción y la melancolía”, *Obras Completas*, Tomo I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.