

El Paciente Desafectivizado

Reflexiones sobre
la Patología del Afecto*

JOYCE
McDOUGALL

La autora intenta conceptualizar un fenómeno que frecuentemente pasa inadvertido durante un lapso considerable en el curso de un análisis. Un discurso psicoanalítico aparentemente "normal" puede revelar que el analizando que lo produce está usando palabras e ideas que para él están en gran parte, quizá totalmente, desprovistas de afecto; en cambio, el analista tiende a quedar "afectado".

Esto puede aparecer en una amplia variedad de categorías clínicas: "trastornos narcisistas de la personalidad", "personalidades psicósomáticas", "caracteres «como si»", etcétera.

La autora no busca agregar nuevas categorías clínicas sino estudiar, desde el punto de vista de la economía psíquica, el modo como es mantenida esta forma de funcionamiento psíquico; en otras palabras, las vicisitudes de los afectos no utilizados por el paciente.

* Enviado especialmente por la autora para su publicación en la Revista.

Este trabajo bien podría haberse llamado, "Las reacciones afectivas del analista ante los pacientes sin afectos o «desafectivizados»". Quizá deba explicar mis razones para usar el término "desafectivizado", el cual (soy plenamente conciente de ello) es un neologismo. [Dis-affected en el original. N. de T.] Mi idea es transmitir de esta manera un doble significado.

El uso del prefijo latino "dis-", que indica "separación" o "pérdida", puede sugerir metafóricamente que ciertas personas están psicológicamente separadas de sus emociones y que pueden por cierto haber "perdido" la capacidad de estar en contacto con su propia realidad psíquica. Pero también me gustaría incluir en este neologismo la importancia del prefijo griego "dys-" con sus implicaciones respecto de la enfermedad. Sin embargo, he evitado escribir la palabra de este modo puesto que entonces habría inventado una nueva enfermedad. Aunque podría alegarse que lo fuera en casos graves de patología de los afectos, por considerar que una absoluta incapacidad para mantener contacto con la experiencia afectiva propia es una patología psicológica severa, el uso de tales términos tiende, a largo plazo, a concretizar nuestro pensamiento y dejarlo menos abierto a elaboraciones posteriores. (La palabra "alexitimia", a la que me referiré más adelante, ya ha sufrido este inconveniente. Algunos colegas dicen, "Esta persona sufre de alexitimia", como si fuera una enfermedad definible en vez de ser simplemente un fenómeno observable pero del cual se comprende muy poco.)

Comencé a interesarme en la economía psíquica de los afectos y las razones dinámicas por las que ciertos pacientes parecen haber convertido mucho, si no todo, de su experiencia afectiva en algo sin vida, cuando trataba de entendérmelas con mis reacciones contratransferenciales hacia estos analizandos. Con frecuencia el proceso analítico parecía estancarse durante largos periodos o ni siquiera se lograba que comenzara. Los analizandos mismos se quejaban de que "no pasaba nada" en su experiencia analítica, pero sin embargo todos ellos se aferraban al análisis como un náufrago a su salvavidas. Aunque estos pacientes habían buscado la ayuda de un psicoanalista por una amplia variedad de razones, tenían un rasgo de personalidad en común: se mostraban pragmáticos y fácticos, no imaginativos y no emotivos, tanto frente a hechos importantes como en los vínculos con las personas significativas para ellos. A medida que pasaba el tiempo, estos pacientes me hacían sentir paralizada en cuanto a mi funcionar analítico. No podía ni ayudarlos a volverse más vitales, ni llevarlos a dejar el análisis. Su tipo de discurso analítico —desafectivizado— me hacía sentir aburrida y fatigada, y su espectacular falta de progreso analítico me hacía sentir culpable. En mi primer intento de tratar de conceptualizar el funcionamiento mental de estos pacientes, los bauticé "anti-analizandos en análisis" (Mc Dougall, 1972, 1978), puesto que para mí parecían estar en una feroz oposición a analizar nada que tuviera que ver con su realidad psíquica.

Posteriormente, en vista de su notoria falta de síntomas neuróticos, me referí a ellos como "normópatas"; mientras que estaban claramente perturbados, parecían escudarse tras o, por cierto, sufrir de una especie de "seudonormalidad". Sin embargo, era incapaz de ver más allá en la comprensión de este cuadro tan curioso con la única excepción de mis conjeturas de que probablemente estuviera bastante extendido entre la población en general.

Actualmente tengo algunas hipótesis para proponer respecto al funcionamiento mental que contribuye a la creación del estado de desafectivización. Estas hipótesis se refieren, por un lado, a las razones dinámicas que se pueden considerar subyacentes al mantenimiento de una brecha psíquica entre las emociones y sus representaciones mentales y, por otro lado, a los medios por los que funciona este modo desafectivizado de vivenciar los hechos y las personas, desde el punto de vista económico. Es difícil evitar la conclusión de que tan férrea estructura debe estar sirviendo importantes objetivos defensivos y que su mantenimiento a lo largo del tiempo debe implicar una actividad psíquica vigorosa, aun cuando los pacientes no tengan un conocimiento conciente de ello y el analista tenga poco material observable sobre el cual fundamentar tal opinión.

Sintetizaré brevemente las diferentes etapas de mis exploraciones y la elaboración teórica de los problemas de la patología de los afectos antes de pasar a presentar dos viñetas clínicas que ilustran las conceptualizaciones teóricas que propongo.

Uno de mis primeros intereses en la investigación, también estimulado por sentimientos contratransferenciales molestos, se dirigía a captar la naturaleza de todo lo que **elude** el proceso psicoanalítico y, en consecuencia, contribuye a la interminabilidad de alguno de nuestros casos psicoanalíticos. Algunos de mis pacientes, mientras que eran diligentes en la consecución de sus objetivos analíticos y estaban razonablemente en contacto con su sufrimiento mental y sus conflictos psíquicos, solían parecer estancados por largos períodos en sus procesos analíticos. El **insight** logrado hoy se perdía mañana, y había pocos cambios psíquicos. Estos pacientes se parecían a mis "normópatas" en que en ciertas áreas de sus vidas no se daban cuenta en absoluto (y de este modo mantenían al analista fuera) de la naturaleza de sus reacciones afectivas. Llegué a descubrir que esto era debido en gran parte al hecho de que **cualquier movilización emocional era inmediatamente dispersada bajo la forma de acción**. En otras palabras, estos pacientes, en vez de capturar y reflexionar sobre las crisis emocionales que surgían en sus vidas diarias o en sus relaciones analíticas, tendían a un **acting out** de sus experiencias afectivas en vez de "sentirlas" y hablar sobre ellas en la sesión. Por ejemplo, algunos intentaban ahogar intensos conflictos emocionales o mentales tomando alcohol, con accesos de bulimia o uso excesivo de drogas. Algunos se dedicaban a realizar frenéticamente hazañas sexuales de un tipo perverso o compulsivo como si estuvieran haciendo un uso adictivo de la sexualidad. Otros sufrían una serie de accidentes físicos de mayor o menor importancia que no eran enteramente "accidentales". Otros hacían estragos en sus vidas al manipular inconcientemente a aquellos con quienes estaban más íntimamente unidos de modo de vivir sus crisis, de las que no tenían conciencia, con ellos, haciendo por lo tanto un uso adictivo de las personas. Desde el punto de vista de la economía mental, **todas estas representan formas compulsivas de evitar el desborde emocional**. Llegué a darme cuenta que estos analizandos, debido a insospechadas angustias psicóticas o extrema fragilidad narcisística, eran incapaces de contener o manejar fases de una afectividad muy cargada (precipitadas muy frecuentemente por hechos externos). No veían otra posibilidad que no fuera zambullirse en alguna forma de acción para disipar la amenaza de un surgimiento repentino de las emociones. Se podría enfatizar que esto se podría aplicar tanto para los afectos agradables y excitantes como para los dolorosos.

Como los "normópatas", los pacientes con una estructura adictiva, o bien no mencionaban sus experiencias actuadas o las relataban de un modo desafectivado, llanamente, aunque a veces se quejaban de la naturaleza compulsiva de los síntomas de actuación. Por supuesto, no nos es en absoluto difícil identificarnos con esos patrones de acción. El buscar disipar experiencias dolorosas o decepcionantes a través de alguna forma de acción compensatoria es típicamente humano. Sin embargo, este es un problema serio cuando es el método dominante o, de hecho, el único método para manejar el estrés interno y externo.

En mi intento de conceptualizar mejor los procesos mentales implicados en la dispersión radical o la descarga compulsiva de la experiencia afectiva, me fue de considerable ayuda la investigación realizada en otros campos, especialmente la de los trabajos realizados por psicoanalistas que también eran psicomatistas. Como algo bastante curioso, estos últimos fueron los primeros en observar y documentar cuidadosamente el fenómeno de las formas desafectivadas de experiencia y comunicación; esto los llevó a delinear una así llamada "personalidad psicósomática".

El concepto de **pensamiento operacional** (es decir, un modo deslibidinizado de relacionarse con la gente o de estar en contacto con uno mismo) fue desarrollado por la escuela parisiense de investigaciones psicósomáticas.

El concepto de **alexitimia** (es decir, la incapacidad de darse cuenta de las emociones o, si se produce esta toma de conciencia, la incapacidad para distinguir una emoción de otra, como por ejemplo distinguir entre el hambre, la fatiga y la desesperación) fue desarrollado por la escuela bostoniana de investigación psicósomática.

He encontrado que estos últimos fenómenos psicológicos son igualmente característicos de las personalidades adictivas, muchas de las cuales no sufren de manifestaciones psicósomáticas. Un paciente mío, alcoholista, decía cosas como éstas: "Con frecuencia no sé si tengo hambre o angustia o quiero tener relaciones sexuales —y es en ese momento que empiezo a beber—". En mi experiencia, la incapacidad de diferenciar entre distintas sensaciones somáticas o afectivas junto con una tendencia a zambullirse en síntomas de actuación conocidos, es igualmente característico de la perversión sexual organizada, los pacientes que abusan de las drogas y pacientes que tienen trastornos del carácter y que tienden a buscar peleas sin sentido o enredarse en aventuras eróticas vacías durante sus estados conflictivos.

Aunque tenía mis dudas sobre la validez de las conceptualizaciones teóricas de los psicomatistas (por lo menos en lo que tenía que ver con mis pacientes) sus trabajos me ayudaron a tomar conciencia del hecho de que mis dos grupos de analizados "desafectivados", las personalidades adictivas y los normópatas, frecuentemente tendían a somatizar bajo la presión de un aumento del estrés interno o externo. Hechos tales como el nacimiento de un hijo, la muerte de un progenitor, la pérdida de una promoción laboral importante o de un objeto de amor, así como otras heridas narcisistas y libidinales, cuando no eran elabora-

dos efectivamente, tanto en un sentido emocional como en otros aspectos, causaban una perturbación abrupta del equilibrio narcisista del analizando. Esto era debido a un colapso de las formas habituales de disipar el afecto por medio de conductas adictivas o a una sobrecarga de los recursos alexitimicos, con su función defensiva de ahuyentar las angustias profundamente arraigadas; de este modo se abría el camino para las alteraciones funcionales psicósomáticas. De hecho, a menudo se me ha ocurrido que las defensas y relaciones narcisísticas y los patrones adictivos de acción, así como pueden causar sufrimiento psicológico a los individuos involucrados, pueden, al mismo tiempo, en tanto continúen funcionando, servir como protección contra la regresión psicósomática.

La extrema fragilidad de la economía narcisista y la incapacidad de contener y elaborar la experiencia afectiva hacen cuestionarse sobre la posible etiología de este tipo de estructura de personalidad. Un estudio de los factores predisponentes va más allá de los objetivos de este trabajo, centrado como está en el aquí y ahora de la relación y el proceso analíticos. Brevemente, podría mencionarse que el discurso familiar a menudo ha promulgado un ideal de inafectividad, así como condenado la experiencia imaginativa. Más allá y por encima de estos factores que se recuerdan concientemente, también he podido frecuentemente reconstruir con estos pacientes una relación madre-hijo paradójica en la cual la madre parece haber estado fuera de contacto con las necesidades emocionales del niño pequeño, mientras que al mismo tiempo ha controlado los pensamientos, sentimientos y gestos espontáneos del bebe en una especie de situación arcaica de mensaje contradictorio (**double bind**).

Uno podría preguntarse si esas madres se sentían compelidas a asfixiar todo movimiento afectivo espontáneo de su bebe debido a sus propios problemas inconcientes. Aquellos elementos de las transacciones corporales y psicológicas íntimas entre la madre y el lactante que pueden haber vuelto la experiencia afectiva inaceptable o desvitalizada a veces pueden ser deducidos en la experiencia analítica de los pacientes desafectivizados. El afecto pulverizado sale a la luz como parte del descubrimiento de un continente perdido hecho de sentimientos.

Primero, la notoria falta de material de sueños y fantasías es frecuentemente remplazada por reacciones y sensaciones somáticas; luego, los afectos, al volver a la conciencia, pueden expresarse bajo la forma de seudopercepciones transitorias. Estos "equivalentes oníricos" que a menudo siguen al proceso primario del pensamiento también pueden ser considerados "equivalentes afectivos". De este modo, podríamos deducir que los pacientes desafectivizados, incapaces de usar la represión normal, deben en cambio recurrir a mecanismos de **splitting** e identificación proyectiva para protegerse de ser abrumados por el dolor psíquico. Este aspecto del discurso analítico de sus analizandos a menudo alerta al analista —a través de los afectos de confusión, irritación, angustia, o aburrimiento que son provocados en él— y le permite sentir, a veces de un modo punzante, los mensajes contradictorios y el dolor y sufrimiento olvidados del niño pequeño que tuvo que aprender a mantener su vitalidad interna inerte para poder sobrevivir.

Espero que los siguientes ejemplos clarifiquen las nociones teóri-

cas presentadas.

Cuando buscaba casos clínicos adecuados entre los muchos que tenía a mi disposición, me di cuenta, un poco tarde, que los pacientes que tenía en mente frecuentemente habían tenido un análisis previo o habían estado en análisis conmigo durante un buen número de años. En otras palabras, me di cuenta que este tipo de problema con los afectos **puede haber pasado sin ser detectado** en el trabajo analítico durante muchos años. Los pacientes mismos, por supuesto, no eran concientes de que sufrían de una incapacidad para reconocer sus experiencias emocionales dado que éstas estaban o bien completamente disociadas (**split off**) de la conciencia o, si se volvían efímeramente concientes, eran inmediatamente hechas desaparecer por medio de algún tipo de acción.

Un aspecto dominante era una sensación conciente de fracaso, de estarse perdiendo la esencia de la vida como ser humano, o de preguntarse por qué la vida parecía tan vacía y aburrida. En mis analizandos desafectivizados, a menudo descubrí que los primeros años de análisis habían sido útiles para superar algunos problemas neuróticos e inhibiciones, pero que una vez que éstos ya no se hallaban en el camino, lo que queda al descubierto es una impresión fuerte pero no diferenciada de estar insatisfechos con la vida, de lo cual los analizandos no habían tenido conciencia hasta ese momento; en gran medida era como si sus estructuras neuróticas hubieran servido, entre otras funciones, para camuflar estados subyacentes de depresión y vacío, o de angustia inespecífica. El hecho de que estos pacientes tuvieran poca tolerancia a los afectos fue un descubrimiento posterior que el curso del proceso analítico trajo más tarde a la luz.

A continuación presentaré un extracto del material clínico proveniente del análisis de un hombre de cuarenta años. Lo llamaré Tim, como sigla de "el hombre invisible" (The Invisible Man). Tim había estado en análisis cinco años previamente a consultarme, unos tres años más tarde. Aunque su análisis previo lo había hecho sentir menos aislado de otra gente y su relación con su esposa había mejorado levemente (es decir, **ella** se quejaba menos de su distancia e inaccesibilidad), sentía que ninguno de sus problemas básicos había sido resuelto.

Le pregunté cuáles eran. Tim: "Nunca me sentí totalmente real, es como si estuviera fuera de contacto con los demás. Supongo que soy lo que se llama un tipo esquizoide. No puedo disfrutar de las cosas. Mi trabajo me aburre [...]", y pasó a dar detalles de las dos ocasiones en que había cambiado de orientación en su actividad laboral. Ahora era demasiado tarde para pensar en más cambios. Al pedirle que me relatara algo de su vida familiar privada, surgió otra observación: aunque Tim no sufría ningún problema sexual en el sentido habitual de la palabra, mencionó que las relaciones sexuales y la eyaculación misma estaban totalmente desprovistas de sensaciones placenteras. Se preguntaba a qué se refería la gente cuando hablaba con tanto entusiasmo de "excitación" sexual. Me pareció que vivía la sexualidad como una necesidad, pero aparentemente nunca había conocido el deseo sexual.

Generalmente sus sesiones se parecían una a otra, con pocos cam-

bios, día tras día, semana tras semana, de modo que la pequeña cosecha de recuerdos infantiles perturbadores se había vuelto especialmente preciosa. Uno se refería a la muerte del padre, cuando Tim tenía entre 7 y 8 años. Rememoraba que estaba de vacaciones con unos parientes en aquel momento y que había tenido un inexplicable trastorno intestinal una noche. Al día siguiente, su tía le trajo la mala nueva de la muerte repentina de su padre. El niño durante un tiempo estuvo preocupado pensando que su trastorno intestinal, por algún mecanismo misterioso, había sido la causa de la muerte de su padre. Durante la adolescencia había sufrido de insomnio durante largos periodos, y en esos momentos andaba en puntas de pie por la casa, gravemente preocupado por la idea de que su estado de tensión y desasosiego ¡podría sacudir las paredes de la casa y despertar o aún matar a su madre y hermanas mayores si se llegara a caer la casa!

Estos recuerdos me enternecieron. Me mostraban a un niño profundamente convencido (y aterrorizado) de su poder de esparcir la muerte y la destrucción sobre todos aquellos que estaban más cerca de él y que él más quería. Tim, por otro lado, se sentía totalmente vacío de todo sentimiento con respecto a estos recuerdos de la infancia. Permanecía literalmente "no afectado" por sus recuerdos o por mis interpretaciones sobre ellos. De hecho, negaba haberse sentido realmente triste o angustiado jamás durante su infancia. Los recuerdos recuperados eran objeto de su interés intelectual más que emocional, y como tales no traían consigo cambio psíquico alguno.

No era en modo alguno sorprendente que Tim se quejara de una falta absoluta de sentimientos transferenciales hacia su análisis o su analista. Explicando cuidadosamente que ni deseaba ni esperaba sentir ningún apego emocional por su experiencia analítica, se quejaba, sin embargo, de esta falta, puesto que amigos y colegas en análisis hablaban con tal entusiasmo de sus sentimientos transferenciales que empezó a preguntarse si no andaba algo mal en él.

Tim frecuentemente llegaba veinte minutos tarde, y a menudo faltaba a la sesión. No daba razones específicas, excepto que no había tenido ganas de venir o que alguna complicación menor le había hecho más fácil no venir. Intelectualmente estaba de acuerdo en que su ausentismo podía ser considerado una expresión de una necesidad de mantener cierta distancia entre nosotros, y que esto podía deberse a sentimientos hostiles o angustiosos, pero no tenía conciencia de haber captado en sí mismo afectos de esta naturaleza, aunque fuera efímeramente.

Otra complicación, también típica de los pacientes desafectivizados, era que Tim permanentemente se olvidaba de lo que había surgido en las sesiones anteriores. Como sucede con la mayoría de mis analizandos que sufren de una incapacidad para tomar conciencia de su experiencia afectiva, hasta el punto de creer que no la tienen, yo intuitivamente sentía que el silencio expectante, que es continente y tranquilizador para el paciente "neurótico normal", era de algún modo peligroso para Tim. No tenía nada que ver con la dificultad contratransferencial de tolerar el silencio; por el contrario, era como si uno tuviera que luchar contra la tentación de entregarse a fuerzas mortales. Con frecuencia estos pacientes llevan al analista a un rincón contratransferencial donde es más fácil echarse para atrás y

quedarse en un silencio aburrido, etcétera. Por lo tanto, con Tim, después de más de un año de trabajo analítico, empecé a hacer intervenciones más largas y más complicadas, que a menudo se referían también a mis propios sentimientos y perplejidad, con la esperanza de volverlo más vivo emocionalmente. (Aunque debo admitir que mi deseo contratransferencial de ponerme a soñar despierta o pensar en otras cosas, ¡más de una vez tuvo que ser vencido a la fuerza!)

En una ocasión de estas, le dije a Tim que todo lo que había contado en los dos años que habíamos pasado juntos me hacía pensar en la existencia de un niño triste y amargado dentro de él que dudaba de si realmente existía o si su existencia era realmente significativa para otra gente. Su madre, su esposa e hijos, y su analista eran vividos por él como indiferentes a la supervivencia psíquica de este niño infeliz. Luego de un corto silencio, contestó: "La idea de que quizá realmente yo no exista para otra gente me afecta con tanta intensidad que casi no puedo respirar." Tuve la sensación de que se estaba refrenando de sollozar.

Esperé ansiosamente la sesión del día siguiente. Luego del silencio habitual de diez minutos, Tim dijo: "Estoy cansado de este análisis y su perpetuo silencio. Nunca pasa nada, puesto que usted nunca dice una palabra. ¡Debería haber ido a un kleiniano!" Más adelante pude comprender que en el mismo momento en que Tim había empezado a tener dificultades para respirar, ya estaba dedicado a eliminar todo rastro de mis palabras y su profundo impacto afectivo. Quizá aún antes de que hubiera terminado la sesión ya no había sentimientos que colorearan sus pensamientos. Esta especie de repudio o forclusión psíquicos es de un tipo diferente que la represión o la negación de ideas o experiencias que tienen una tonalidad afectiva. En otras palabras, aunque mi "hombre invisible" tomaba mis intervenciones y mi presencia durante las sesiones, una vez que cruzaba el umbral a la salida, mi imagen y mis interpretaciones eran simplemente evacuadas del mundo interno, como tantos otros objetos fecales sin valor.

La metáfora anal que utilizo no es casual, ya que la mayor parte de los temores y fantasías de Tim (cuando pudo capturarlos durante un tiempo suficientemente largo como para comunicarlos) invariablemente revelaban una permanente preocupación por dramas y relaciones de tipo anal. La fantasía de haber matado a su padre a través de una expulsión fecal no era sino un ejemplo especialmente notable. A veces estaba convencido de que había traído barro a mi edificio y otras veces no podía liberar su mente de la obligación de decirme que una vez más había apagado la colilla de su cigarrillo en la alfombra de la escalera que conducía a mi apartamento. Más adelante se preguntaba si había dejado suciedad en mi entrada, y en una ocasión estaba perturbado por el pensamiento obsesivo de que mi consultorio olía a heces y que lo había provocado él trayendo excrementos de perro en sus zapatos. "Espero no estar contaminando el aire que usted respira", barbotaba. Le señalé en distintos momentos que todo su excremento fantaseado parecía estar avanzando más y más en mi casa, como representaciones simbólicas de mi cuerpo y de mi misma: dentro del edificio, mi entrada, mi consultorio, y, finalmente, mis pulmones.

En cada ocasión que le decía esto, Tim pensaba que estas interpre-

taciones podrían ser intelectualmente válidas, pero no sentía nada. Invariablemente pasaba acto seguido a olvidar que jamás hubieran sido formuladas, y tenía dificultades en recordar el material sobre el cual habían sido basadas. Sin embargo, aceptó que quizá fantasías prohibidas de intercambios fecales excitantes o peligrosos eran responsables del hecho de que desde que había empezado a analizarse conmigo se vestía mejor e incluso había adoptado el hábito de lustrarse los zapatos. Le sugerí que este cambio podría ser una manera de "encubrirse" en algo limpio a fin de poder continuar con impunidad encontrando placer en la fantasía de llenarme con sus productos anales. Comenzó a reírse, algo sumamente raro en Tim, y dijo: "Estoy seguro de que eso es correcto. Mientras usted hablaba de la posible importancia de todo esto, pensé para mis adentros, «¡Que se jorobe!»"

En estos pocos ejemplos es sin duda evidente que Tim a duras penas entraría en una caracterización como paciente con una estructura neurótico-obesiva, a pesar de ciertas similitudes. Mientras que es cierto que tenía muchos problemas edípicos sin resolver, su angustia más profunda estaba menos relacionada con conflictos referentes a su derecho como adulto a disfrutar de placeres sexuales y profesionales que lo que lo estaba con conflictos en cuanto a su derecho a existir sin ser amenazado por la implosión o la explosión en sus contactos con otros.

En el curso de los intentos de Tim de superar sus angustias narcisísticas y de tipo psicótico, pudimos descubrir, aunque muy lentamente, que su angustia había sido manejada volviéndose insensible y sin sentimientos y, hasta cierto punto, sin vida (lo cual le daba la impresión de que era una personalidad "esquizoide"). En el lugar de las defensas obsesivas y las relaciones de objeto, Tim presentaba un modo más primitivo de funcionamiento mental, que dependía menos de la represión que de la forclusión de un conocimiento (*awareness*) a nivel psíquico de todo lo que era conflictivo o, por otras razones, fuente de dolor psíquico. Los procesos de *splitting* e identificación proyectiva tenían que ocupar el lugar de la represión. Había, por supuesto, mecanismos represivos, pero eran difíciles de dejar a la luz debido al terror que tenía Tim de su propia realidad psíquica, el cual finalmente lo había puesto fuera de contacto con ella.

Durante las primeras etapas de nuestro trabajo, yo sólo podía adivinar que este sistema de coraza para eliminar de la memoria todas mis interpretaciones u otras intervenciones —como parte de su modo desafectivizado de vivirse a sí mismo y vivir a los demás—, debía haber sido construido para mantener a raya un dolor psíquico insoportable, muy probablemente angustias arcaicas referidas a sentimientos de ira y terror. Yo tenía la impresión que lo que había llegado a ser una lucha contra cualquier tipo de afecto transferencial, así como su continua lucha contra el proceso analítico y contra la tentación libidinal de entregarse al lujo de la asociación libre, lo había encerrado en una fortaleza anal de solidez casi inexpugnable que podía muy bien continuar prevaleciendo en los años venideros.

En vez de luchar con un silencio constipado o con una eliminación rápida de cualquier movilización afectiva, otros pacientes con trastornos afectivos similares a los de mi "hombre invisible" recurrirían a medios más "orales" de ata-

que y defensa. Lejos de permanecer en silencio, arrojaban palabras y maldiciones, como armas concretas. En vez de esta forma de comunicación, aparentemente vital, llegué a descubrir que estos analizandos también estaban gravemente desafectivizados.

Presentaré un breve extracto del análisis del Pequeño Jack Horner. En nueve años de análisis, aunque Jack a menudo llegaba, como él lo decía, “deliberadamente quince minutos tarde porque el análisis no tiene ningún valor”, no faltó a sesión ni una vez. Había tenido doce años de análisis con dos terapeutas hombres antes de consultarme. Desde la primera semana de nuestro trabajo juntos, expresó su convicción de que yo era incapaz de comprenderlo y era incompetente para ayudarlo. “No puedo ni imaginarme de dónde sale su buena reputación”, declaraba.

Después de un par de años, su queja cambió levemente: “Quizá usted pueda hacer algo por los otros, pero se lo digo desde ya, **¡nunca va a funcionar conmigo!**” Cuando le pregunté cómo se sentía respecto de esa situación, recordó algo que había oído acerca de los perros guardianes de raza Doberman. Dijo que estos animales aparentemente sufren de problemas de carácter. Se vuelven apasionadamente apegados al primer dueño, y son hasta capaces de transferir este afecto a un segundo dueño, pero si tuvieran tanta mala suerte de encontrarse con un tercer dueño, podrían llegar a deshacerlo en pedazos.

Le contesté: “Y yo soy su tercer analista”. Siguió a esto un momento de silencio denso hasta que Jack pudo juntar fuerzas nuevamente y decir: “¡Pero... qué cosa! ¡Usted y sus interpretacioncitas!” Como puede imaginarse, el análisis de los afectos transferenciales no fue nada fácil. En efecto, a menudo me interrumpía en la mitad de una oración, como si yo no estuviera hablando. Cuando, una vez, le señalé esto, me dijo que yo estaba allí para escucharlo a él y que no había nada que él quisiera oír de lo que yo dijera.

Hace algunos años noté que, con los analizandos desafectivizados, si uno no se mantiene vigilante respecto de los afectos contratransferenciales en la relación analítica, corre el riesgo de permanecer simplemente silencioso o incluso de desinvertir el trabajo con ellos. En vez de sentirse complacidos por los descubrimientos analíticos, los pacientes como Jack Horner tienden a vivirlos como heridas narcisísticas. Desgraciadamente, a veces terminan paralizando nuestro funcionamiento como analistas y volviéndonos, como ellos, alexitimicos y sin vida. Lo que estoy tratando de explicar aquí es que **éste es el mensaje esencial**. Es una comunicación primitiva que tiene la intención, de un modo profundamente inconciente, de hacer que el analista **experimente** lo que el niño pequeño, sufriente e incomprendido, sintió en una época: que la comunicación es inútil y que el deseo de una relación afectiva viva no tiene esperanza.

Volviendo a Jack, puede decirse que yo no era un montón de heces destinado a ser evacuado del modo como lo practicaba Tim. Metafóricamente, yo era más un “pecho” defectuoso que, en consecuencia, había necesidad de demoler. El hecho de que uno sea constantemente denigrado o eliminado como heces o pe-

chos imaginarios, sin encarnar ninguno de los aspectos potencialmente valiosos de esos objetos parciales, no es el problema. Al contrario, estas proyecciones inconcientes son un signo de que está sucediendo algo en la relación analítica. A pesar de su continuado negativismo, yo les tenía bastante simpatía a estos dos pacientes, aunque frecuentemente me sentía harta de ellos. Mi descorazonamiento respecto de ellos provenía del hecho que, a pesar de los vívidos signos de afecto suprimido, los análisis se estancaban. Es la casi total falta de cambios psíquicos en este tipo de analizando lo que provoca, por lo menos en lo que a mí concierne, los más dolorosos sentimientos contratransferenciales. El constante ataque al encuadre analítico o a la relación y al proceso mismo, es de una profunda importancia y puede potencialmente ser de valor para comprender la estructura de personalidad subyacente del paciente, pero su significado carece en absoluto de interés para el paciente. Activamente es, o bien olvidado, o bien negado.

Aunque muchos rasgos de la estructura psíquica de pacientes como Tim y Jack Horner podrían ser tomados en consideración, quisiera aquí enfatizar fundamentalmente el profundo trastorno de la afectividad. Este tipo de analizando están fuera de contacto con su realidad psíquica, en lo que tiene que ver con la experiencia afectiva. En su estilo desafectivizado, también tienen mucha dificultad en comprender las realidades psíquicas de otras personas, incluyendo la del analista. ¡La consecuencia en cambio, es que quienes se vuelven fuertemente "afectados", son **los otros!**

El problema fundamental es de naturaleza preneurótica. Es como si estos individuos hubieran sido aplastados por una ley materna inexorable que cuestionaba su derecho a existir de un modo vital e independiente. Mi experiencia clínica me lleva a la conclusión de que esta "ley" profundamente encarnada fue uno de los primeros elementos a desarrollarse en su sentido de **self** y que fue transmitida, al principio, por la voz, los gestos de la madre, así como por su manera de responder a los estados de excitación y tormentas afectivas de su bebé. Ella sola, por su propia cuenta fue la que decidió estimular o refrenar la espontaneidad de su bebé. Sin embargo, no es mi intención explorar, en esta presentación, el pasado personal o las organizaciones fálicas o edípicas arcaicas de estos pacientes. Deseo limitar mi investigación a los factores actuales en la experiencia analítica, desde el punto de vista de la economía psíquica.

Al afirmar que los problemas son preneuróticos, no estoy sugiriendo que no hay manifestaciones neuróticas. Son claramente evidentes, pero su existencia o bien no es reconocida por el analizando o no logra estimular ningún interés de su parte. Cuando los rasgos neuróticos son accesibles al análisis, frecuentemente llegamos a encontrar que han servido para encubrir los trastornos psíquicos más profundos que he descrito. Jack Horner, por ejemplo, trajo a su primera entrevista conmigo, como si fuera un regalo, un par de clásicos "buenos síntomas neuróticos". Había logrado mantener, durante 45 años de vida, incluyendo los doce años previos de análisis, una cierta forma de impotencia y un insomnio recalcitrante que lo había perseguido desde la adolescencia. Ambos síntomas desaparecieron luego de tres años de análisis, pero Jack no se sentía feliz en absoluto respecto de estos cambios. Si algo sentía, era resentimiento por ese aspecto de su aventura analítica.

“Sin duda, usted se felicita por la desaparición de mis dos problemas. Pero nada ha cambiado, en realidad. Es perfectamente normal dormir de noche y en cuanto a hacer el amor, viene bien que sepa que, en lo que a mí concierne, es como lavarme los dientes. Siento que es necesario, y a veces me siento mejor después de hacerlo. Pero en cuanto a **mí**, estoy más infeliz que nunca. ¡Mi síntoma, mi verdadero síntoma, es que no sé cómo vivir!”

Detrás de lo evidentemente conmovedor de esta afirmación, también podríamos preguntarnos quién es “mí” para Jack Horner. ¿Es la persona que duerme profundamente? ¿O es el que hace el amor sin dificultad? En cierto sentido, este no es “él”. Su verdadero “mí”, como él lo entiende, sufre de una muerte interna para la cual él siente que no hay cura, como si una parte de él nunca hubiera llegado a estar viva. **Más aún, si amenazara con volverse viva, inmediatamente se la debe dejar sin vida, sin sentimientos, y por lo tanto, sin sentido.**

Nuestro trabajo analítico hasta este punto parecería haber mostrado que sus viejos síntomas neuróticos eran una mera coartada que servía de camuflaje y de telón de fondo; una vez que ya no estaban, dejaban tras de sí una depresión vacía y desafectivizada expresada como huella en su dormir, desprovisto de sueños, y en su vida sexual, desprovista de amor. Su sentido de identidad parecía más bien una fotografía vieja y descolorida, a la cual sin embargo se aferraba como signo de supervivencia psíquica. ¿Me he vuelto yo el marco en el cual la foto sepia puede tener garantizado un lugar? Jack Horner dice que no puede dejarme a pesar de su convicción de que no puedo hacer nada para darle vida. ¿Cómo podremos entender su impresión de muerte interna, que paraliza todos los impulsos vitales? Es como si para Jack estuviera prohibido, por razones impalpables, disfrutar de la vida, deleitarse con su propia experiencia de estar vivo en cada faceta importante de su existencia.

Tim, aunque es un tipo de personalidad muy diferente, funciona con la misma economía afectiva narcisista. También él constantemente ataca todo vínculo afectivo que lo pudiera llevar a un contacto más estrecho con los otros o con su propia realidad psíquica interna. Parece claro que tal actividad psíquica incesante debe estar imbuida de un importante valor defensivo. Tim y yo precisamos cinco años para poder poner su síntoma en palabras. (Como ya lo he mencionado, él no denigraba ni destruía el significado de las interpretaciones como lo hacía Jack Horner, sino que simplemente las evacuaba de su memoria.) Durante años tuve la sensación de que había realizado considerables esfuerzos para volver a Tim más sensible a su falta de contacto con su vida afectiva. Sin embargo había pocos cambios en su modo desapegado de sentir y vivir. Un día dijo: “Yo simplemente no sé lo que es una emoción, en realidad. Espere un minuto, reconozco una: esos momentos en que he llorado aquí. Como usted muy bien sabe, haría cualquier cosa en el mundo por evitar ese sentimiento, y sin embargo a veces me hace sentir un poco más real. Ojalá pudiera leer un libro sobre las emociones; quizá Descartes me ayudaría. Lo sé. Hay dos emociones: tristeza y gozo. Supongo que eso es todo”. Me pregunto cómo hacía Tim para estar sin darse cuenta de su ira, enojo, culpa, angustia, terrores y sentimientos de amor, por mencionar sólo alguna de las emociones humanas comunes. Me limité al comentario de que la tristeza y el gozo

eran valiosas posesiones psíquicas.

A la sesión siguiente, para mi deleite, Tim no había desechado su descubrimiento. Dijo que se había sentido profundamente conmovido después de la sesión y que, ya en su auto, había encontrado lágrimas en sus ojos. Se había dicho a sí mismo que debía a toda costa tratar de formular la emoción que lo invadía y que había tomado esta forma: "¡Increíble! Mi analista se preocupa por mí. Le preocupa mi falta de emociones." En el camino a su casa, habían vuelto a aparecer las lágrimas. Esta vez había dicho: "Pero... ¿por qué es ella y no mi madre la que me enseñó esto?"

En los meses siguientes pudimos llegar a comprender que las expresiones de emoción habían sido sentidas como despreciables en su ambiente familiar y que detrás de su ideal del yo patológico estaban subyacentes otras ansiedades, en especial el temor a enloquecer, a explotar, a perder el manejo de la realidad externa si uno se dejara invadir por la emoción. Más adelante, Tim tomó conciencia de su necesidad de mantener una soledad similar a un desierto alrededor suyo por temor a derretirse y perderse dentro de otros y confundirse con sus realidades psíquicas, así como reconoció que temía que si fuera invadido por las emociones ya no podría manejarse en hechos catastróficos (como, por ejemplo, un accidente de auto) con su habitual calma alexitímica o, como él decía, "calma esquizoide", un rasgo de carácter del que estaba orgulloso. En otras palabras, su lema cartesiano podría haber sido: "No estoy allí en realidad, luego existo", o también: "No me conmueve; por lo tanto puedo funcionar." Considero este tipo de funcionamiento mental, que logra pulverizar todo rastro de movilización afectiva, como un intento de supervivencia psíquica, luchando contra angustias quasi-psicóticas de desintegración y pérdida de identidad.

¿Qué le sucede al afecto inaccesible en este caso? Claramente, no sigue los caminos económicos y dinámicos descritos por Freud para la histeria, la neurosis obsesiva y las así llamadas neurosis actuales. Con los analizandos mencionados en esta presentación hay, por el contrario, una grave deficiencia en las defensas protectoras y en la acción efectiva al verse enfrentados al dolor psíquico, si éste está en relación con fuentes libidinales narcisistas u objetales. El temor a verse desbordado, o de implosión o explosión en las relaciones con otros, a menudo obliga al individuo a atacar no sólo su percepción de sus afectos sino también cualquier percepción externa que pueda implicar el riesgo de producir emociones. En el curso del análisis somos a veces los privilegiados observadores de este tipo de ataque sobre las percepciones cargadas afectivamente y podemos descubrir qué es lo que realmente le sucede al afecto asfixiado, suprimido. A veces puede tomar la forma de momentos fugaces de percepción externa distorsionada, que pueden ser considerados equivalentes de los afectos.

Como ilustración, presentaré otro fragmento del análisis de Jack Horner. Durante años, había llegado diez a quince minutos tarde, proclamando que, de cualquier manera, estaba mejor en la sala de espera que en el diván. Como resultado de mi aguijoneo, eventualmente surgió en él la curiosidad sobre el significado de su impuntualidad y me dijo que llegaría en hora para la próxima sesión.

De hecho, vino diez minutos antes de la hora. Debido a acontecimientos imprevisibles e inevitables, yo fui la que llegué diez minutos tarde. Dado las circunstancias, me pareció sumamente desafortunado, y se lo dije. Mientras se acostaba en el diván, expresó: "¡Mi Dios, me importa un rábano! Estaba muy feliz ahí solo. El tiempo pasó rápido porque estaba leyendo un artículo interesante. En realidad, cuando apareció en la puerta ni siquiera la vi... es decir, tuve la vaga impresión de que usted era extraordinariamente pequeña, aunque, me di cuenta que no estaba vestida tan elegantemente como siempre. Me parece que tiene puesto algo sucio y gris." (Mi vestido era de gamuza color durazno.) "¡Ah!, sí... y usted no tenía cabeza. Eso es: lucía encogida y descolorida."

Al tratar de examinar el significado de estas percepciones, dedujo, en lo que parecía un ejercicio de lógica, que quizá podía haber estado un poco hostil conmigo debido a la larga espera, pero que no sentía absolutamente nada por el estilo y dudaba de que pudiera ser capaz de tener esa emoción. De esto, pasó a una cadena de asociaciones que incluían recuerdos encubridores del pasado, algunos asuntos claves que habíamos discutido en el curso de su prolongado análisis ("recuerdos encubridores" recientes, por así decirlo, que pertenecían a nuestro trabajo analítico juntos), y ciertas construcciones que habíamos hecho.

Jack tomó una fantasía (que se había vuelto una certeza para él a lo largo de los años) de que algo desastroso e irrevocable había pasado entre él y su madre cuando tenía cuatro meses de edad. Luego recordó una fotografía de sí mismo cuando era un niño de unos quince meses, a la cual llamaba la foto "del bebé sentado solo en la nieve". En realidad, la instantánea, que una vez había traído para mostrármela, lo mostraba sentado al sol sobre arena blanca. (Mis propios pensamientos flotantes en respuesta a sus asociaciones fueron los siguientes: "Allí está Jack Horner, bebe-solo-en-la-nieve, sentado en mi sala de espera, determinado a no saber nada sobre sus sentimientos en esta situación") Sin establecer ninguna conexión, Jack pasó a recordar un momento, en el segundo año de tratamiento, en la cual había expresado el deseo de interrumpir el análisis. Ya que había descrito a menudo el modo tempestuoso en que había interrumpido sus primeros dos análisis, yo había sugerido que esta vez deberíamos hacernos un espacio para examinar su deseo de dejar el análisis en vez de repetir el viejo patrón. Desde ese momento, Jack me reprochaba permanentemente que no comprendiera la suprema importancia de su deseo espontáneo de dejarme y declaraba que yo había destruido para siempre su posibilidad de experimentar un deseo verdadero: "Usted sabe que nunca me hubiera ido, de cualquier manera. Pero usted estropeó todo. Quedó arruinado para siempre".

Aquí, pues, tenemos al Pequeño Jack Horner, imaginándose a sí mismo, de 4 a 15 meses de edad, lleno de vida, haciéndome gestos espontáneos y llenos de significados, pero percibiéndome como una madre implacable que le comunica a la fuerza por medio de mi llegada tarde que él no puede aspirar a la libertad personal, a la vitalidad, al entusiasmo y el deseo, excepto al precio de perder el amor de su madre. Su reacción fue atacar su percepción de la madre que él percibía como rechazante e hiriente hacia él: su madre no tenía cabeza; se vuelve pe-

queña y descolorida, una imagen disecada y desvitalizada de la que se aparta a medida que la internaliza para volverse su propia madre:

Puesto que el niño que siente que él es no puede renunciar a su madre, prefiere renunciar a su propia vitalidad antes que perderla. Prefiere congelarse a sí mismo para siempre, transformándose en el "bebe-sentado-en-la-nieve", jugando los roles simultáneos y duales del niño bullicioso vigorosamente restringido por la madre que lo desaprueba, no lo comprende y no reacciona ante él.

En su libro, "Le Discours Vivant", André Green (1973), hablando de los modos psicóticos de vivenciar el afecto, escribe: "La afectividad paradójica se expresa en acciones y en conductas impulsivas de tipo explosivo e inesperado. La conexión entre afecto y representación puede llegar a vislumbrarse en la relación entre actos y actividad alucinatoria. El afecto es actuado y su representación ya no obedece a la realidad." Green luego pasa a citar el punto de vista de Bion de que, para ciertos pacientes psicóticos, la realidad como tal es odiada, con la resultante inhibición de la experiencia afectiva por parte del yo. Al mismo tiempo, hay ataques destructivos sobre todos los procesos psíquicos. Los afectos no sólo están infiltrados de odio, sino que son odiados en cuanto que afectos.

Los pacientes de los que estoy hablando usan, de hecho, mecanismos de defensa psicóticos, pero no sufren de procesos de pensamiento psicótico. Tim se refería a sí mismo llamándose "esquizoide", y el Pequeño Jack Horner dijo en un par de ocasiones que se considera a sí mismo "un niño autista"; pero en cualquiera de los dos casos, es la parte adulta de la personalidad la que está observando y haciendo comentarios sobre el niño sufriente que está adentro. Las dificultades contratransferenciales con estos analizandos no residen en no poder identificarse con el niño de pecho escondido en sus mundos psíquicos internos. Surgen en cambio, de la absoluta incapacidad de estos pacientes para manejar el sufrimiento que sienten o por lo menos de escucharlo de un modo significativo. En otras palabras, a estos pacientes les falta una identificación con una figura materna "que provee cuidados", interna.

Esto es dolorosamente evidente en la relación analítica, donde el analista es arrojado al rol de la madre inadecuada, incompetente, o aún totalmente ausente, con la cual el analizando tiene cuentas viejas que saldar. Más allá de esta complicada proyección, el analista tiene también que aceptar ser transformado en el padre que ha fallado en su función. No sólo se siente que este padre prohíbe todo apego a la "madre-pecho", sino que además se piensa que no ofrece ninguna compensación por las renunciaciones que todo esto implica. A veces esto puede ser expresado por el uso de sustancias adictivas; con los pacientes que nos ocupan aquí, el analista y el análisis mismo pueden volverse una sustancia adictiva, es decir, una madre sustituta, sentida, al igual que con una droga, **no como objeto de deseo sino de necesidad**. El padre arcaico se vuelve una figura que niega al bebé el derecho de vivir, en una organización edípica primitiva en la cual la sexualidad está entretejida con deseos de fusión oral y anal. De este modo, es Narciso más que Edipo quien nos implora que lo rescatemos.

