

Revista Internacional de Psicoanálisis de Pareja y Familia

N° 2007 / 2 - El proceso psicoanalítico

LA APATÍA Y LA ECONOMÍA PULSIONAL RELACIONAL

DAVID MALDAVSKY

Introducción

En este trabajo pretendo exponer algunas situaciones clínicas complejas y una perspectiva para abordarlas. En varios libros (Maldavsky, 1986, 1990, 1995a, 1995b) he expuesto ya los fundamentos teóricos de este enfoque y, en otros más (Maldavsky, D., 2003; Maldavsky et al, 2001, 2005, 2006) las investigaciones sistemáticas del material de las sesiones, aplicando el algoritmo David Liberman (Maldavsky, 2003), un método de análisis de las manifestaciones en sesión desde la perspectiva freudiana, que permite detectar fijaciones pulsionales y defensas (y su estado). Este trabajo, en cambio, ha sido deliberadamente despojado tanto de la argumentación metapsicológica cuanto de la investigación sistemática, e inclusive he intentado recurrir al lenguaje cotidiano, ya que, como lo indiqué, sobre todo me interesa describir, de manera concisa, ciertos problemas clínicos y presentar algunas soluciones. Los desarrollos teóricos y metodológicos serán solo evocados, aunque se hallan en los fundamentos de las propuestas que habré de presentar.

Enfoque económico de los vínculos

Un grupo considerable de pacientes en tratamiento de pareja y familia suele describir escenas en las que predomina la violencia ennegrecida, que en un momento posterior despierta, en el mejor de los casos, culpa y vergüenza. El estudio de los episodios previos a dichas escenas permite advertir otras dos, que se dan en secuencia: 1) la captación de un estado de desvitalización en otro y 2) una crisis de angustia (automática), como forma de reaccionar ante una identificación con la desvitalización captada en ese otro, infiltrada en el propio cuerpo como fuente pulsional. El ataque de furia parece una consecuencia de dicha crisis de angustia, y contiene una tentativa (fallida) de recuperarse de la identificación precedente y de revitalizar también al interlocutor. Como se advierte, parto de una perspectiva de análisis centrada en dar prevalencia a una economía pulsional que incide en los procesos vinculares. El estado de desvitalización, mencionado poco antes, ha recibido en la literatura psicoanalítica diferentes designaciones: astenia, apatía, depresión esencial, por solo mencionar algunas. Parece ser el efecto de una defensa contra Eros que Freud (1923b) atribuye a la pulsión de muerte, y que consiste en extinguir toda tensión vital, es decir, en impedir la creación de o en arruinar la energía de reserva. Recordemos que Freud (1923b) plantea que la ausencia de esta energía de reserva impide realizar acciones específicas, sea para tramitar las propias exigencias pulsionales amorosas u hostiles, sea las del prójimo. Esta impotencia para procesar las exigencias pulsionales propias y ajenas despierta en el yo una angustia automática, la cual surge, según se advierte, como corolario de la desvitalización. Desde esta perspectiva, la propia excitación sexual (o la ajena) es sobre todo un estímulo molesto, improcesable, sobre todo durante el dormir.

La argumentación recién expuesta permite entender el pasaje de la astenia a la angustia, pero no el viraje hacia la violencia. Esta última parece corresponder a una tentativa de “tonificación” restitutiva para recuperarse (y recuperar al otro) de la desvitalización precedente. En ocasiones, la búsqueda de tonificación implica una violencia explícita, en otras, prácticas promiscuas, consumo de alcohol o drogas, una hipertensión duradera (con los correspondientes dolores en la columna vertebral), atracones de comida, apuestas de dinero en el juego, etc. En el juego se advierte, por ejemplo, que un aspecto central es la inyección estimulante, como la secreción de adrenalina, y algo similar

ocurre con las otras tentativas tonificantes. Se trata de soluciones en dos tiempos: en el primero se alcanza el efecto buscado, y en el segundo se advierte una consecuencia ulterior: el incremento de la apatía propia y de los interlocutores que hizo de punto de partida. Las situaciones que acabo de describir son especialmente frecuentes en parejas o familias en las que aparecen manifestaciones psicosomáticas, adicciones, traumatofilias, neurosis traumáticas y otras afecciones en que la alteración somática es un aspecto central de la problemática clínica. Algunos miembros del grupo se instalan sobre todo en uno de estos tres momentos: o bien se presentan como asténicos, sin vitalidad, o bien aparecen atrapados en crisis de pánico carentes de enlaces simbólicos, o bien inmersos en sus estallidos de furia. Otros integrantes, en cambio, recorren el camino íntegro que va desde la desvitalización a la cólera, pasando por la angustia. Pero inclusive en las situaciones más estereotipadas se da una combinación, en que uno de los participantes se instala como desvitalizado y el otro como colérico, que pretende rescatarse y rescatar al primero de la inercia, con la tonificación ya mencionada, etc.

Es conveniente dar un breve ejemplo de un caso que actualmente estudio de un modo sistemático con dos equipos de colaboradores, uno de la Asociación Psicoanalítica Argentina (6 integrantes) y el otro (16 integrantes) formado por académicos, en UCES (Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales), varios de los cuales forman parte del Laboratorio de psicoanálisis de pareja y familia. El material que estudiamos, aportado por J.C. Perry, corresponde a un sujeto con una severa tentativa suicida, consumo masivo de alcohol y cocaína y estallidos de violencia. El análisis con uno y otro equipo se centró en la secuencia de momentos correspondientes a los estallidos de violencia. La comparación entre los resultados de los análisis entre ambos grupos arrojó fuertes similitudes (lo cual corresponde a las pruebas de confiabilidad interjueces). Fue posible advertir en el material una secuencia de momentos, que incluye dos antecedentes: 1) quedar atrapado sin salida en una situación en que una mujer miente y el paciente se siente impotente para rectificarla, 2) el déficit económico lejos del hogar familiar que añora. A partir ellos el paciente realiza una tentativa suicida (con una mezcla de pastillas) y luego tiene un estallido de furia al advertir que, "con un poco de suerte", morirá pronto. La secuencia desde la tentativa suicida a la furia corresponde a dos estados diferentes en el paciente, uno como reacción ante el otro, pero en otras ocasiones ambos momentos se distribuían en los

vínculos. En la infancia, no podía conectarse con su padre, ya que este estaba siempre dormido y le daba la espalda. En la vida adulta se dio un episodio invertido: acordó con su novia pasar juntos la fiesta de Navidad, pero se quedó dormido en su departamento, y ella golpeó infructuosamente la puerta. Cuando el paciente despertó, tuvo deseos de morir. En estos dos últimos episodios la apatía se desarrolló en un personaje y la furia en otro, mientras que en el episodio de la tentativa suicida, ambos estados (desvitalización y furia) se desarrollaron en el mismo sujeto.

El enfoque de Freud para estas patologías es el que consideró propio de las neurosis actuales, contrapuestas a las psiconeurosis. En aquellas predomina una condición tóxica, cuyo indicio clínico es la angustia automática. El abordaje terapéutico de las neurosis actuales no parece centrarse en la interpretación de los derivados de los deseos reprimidos, ni tampoco coincide con el análisis de las patologías narcisistas (como las depresiones) o de las psicosis, aunque tiene más similitudes con este último.

Considero que en tales situaciones clínicas resulta más adecuado centrarse en los episodios actuales que precedieron a cada uno de estos estallidos. No es que tales episodios recientes no tengan a su vez una raíz histórica, sino que más bien se repiten a lo largo del tiempo siempre con el carácter de sucesos actuales. Ello implica matizar los componentes del contrato analítico: no solo permitir el libre fluir del intercambio durante la sesión sino otro proyecto clínico: que el trabajo se concentre en los episodios antes descritos y procure evocar sus antecedentes recientes. No es conveniente renunciar al contrato analítico clásico (libre discurrir de los integrantes de la pareja o el grupo), ya que es posible que también en estos casos se presenten tales situaciones, propias de los intercambios en las neurosis. Claro que en tales casos es conveniente investigar si dichas manifestaciones “neuróticas” no son una forma de disimular un estado de desvitalización que queda encubierto. Aun más, en numerosas ocasiones, ante parejas carentes de anécdotas, con un desorden sin término en el relato y con descripciones que constituyen un incesante esfuerzo expulsivo, es conveniente organizar más activamente las series de sucesos de su cotidianidad: relación con los padres, con el trabajo, manifestaciones corporales, e inclusive, en este terreno más específico, algunas subseries coexistentes: por ejemplo, trastornos en el dormir, problemas digestivos, de piel, alergias, trastornos

respiratorios, circulatorios, consumo de drogas, etc. ya que cada uno de estos componentes, además de la unidad de los factores determinantes, tiene una constelación psíquica con cierto grado de especificidad. Por ejemplo, en el paciente antes descrito predominaban los trastornos del dormir y el consumo de drogas.

Situaciones entrampantes prototípicas

Más allá de estas consideraciones, cuando en las sesiones el trabajo se centra en los episodios que precedieron a los estallidos de furia, se advierte un conjunto de escenas que a menudo se presentan en secuencia, según he podido advertirlo al analizar sistemáticamente el discurso de los hablantes con el algoritmo David Liberman. Lo que primero se advierte es un conjunto de episodios que ponen en evidencia los sentimientos de injusticia y el consiguiente afán de venganza. En segundo lugar emergen las vivencias de no reconocimiento afectivo y la decepción del deseo amoroso. En tercer lugar emergen las referencias a vínculos falsos, en que las palabras son contradictorias con los hechos, con lo cual el afán cognitivo queda decepcionado. Por fin, en cuarto lugar, aparecen alusiones a situaciones en que otros consideran al miembro de la pareja o la familia desde una postura especulativa, en que intentan obtener una ganancia (de dinero o de placer orgánico) a su costa. Entonces queda insatisfecho el anhelo de alcanzar un equilibrio intracorporal de tensiones, como el que permite dormir.

Las vivencias de injusticia se escenifican usualmente en la descripción de situaciones en que alguien, que ostenta el poder, maltrata al relator hasta el punto de despertar en él el deseo de autoexpulsarse con rabia. Los sentimientos de desamor suelen estar enlazados con la argumentación ligada al sacrificio: uno de los pacientes ha dado todo por otro, y recibe a cambio una ingratitud indiferente y mezquina. La vivencia de falsedad en el vínculo se expresa habitualmente en las escenas de dependencia de personajes insinceros, ambiguos, no creíbles. Por fin, la vivencia de ser objeto de un personaje especulador se presenta en relatos referidos a que otro resuelve la falta de recursos que padece a costa de la energía (vital, monetaria) del hablante. Entre estas escenas, las dos primeras (ligadas con las vivencias de injusticia y desamor) suelen ir ensambladas, ya que el

sacrificio amoroso tiene como destinatario a un personaje que de a poco se revela como vengativo y abusador. Estas dos escenas suelen expresar el componente “pasional” de la relación, aquel que en la pareja o en el grupo constituye el aparente centro de su sufrimiento. Sin embargo, suelen tener mayor eficacia los otros dos componentes del vínculo, que hacen que este sea poco creíble y más cargado de números, de cuentas, que de términos simbólicos. Mientras que los dos primeros componentes permiten entender la cólera que introduce el mayor ruido en el vínculo, la segunda combinación (falta de credibilidad, especulación) escenifica los estados de desvitalización (pérdida de energía) y de terror. En los hechos clínicos se advierte que el paciente que expresa estos relatos se halla preso de una nostalgia incurable. El estar preso es una expresión del sentimiento de injusticia, la nostalgia expresa la vivencia de desamor, pero al mismo tiempo pone en evidencia el apego a las situaciones falsas, ya que la nostalgia es sobre todo añoranza de una vivencia que nunca fue (Freud, 1933a), y que es tomada como si alguna vez hubiera ocurrido, lo cual está en la base de los nexos ficticios, de la urgencia por hallar alguien que vuelva a mentir al paciente. El ejemplo clínico antes mencionado permite advertir tanto la nostalgia incurable del paciente, el sentirse atrapado en las mentiras ajenas y el desfallecimiento económico (energético), que está en la base de su tentativa suicida y el posterior pasaje al estallido de furia.

En cuanto a las defensas desarrolladas en estos vínculos, suele predominar una combinación entre: 1) desmentida o desestimación de la realidad y la instancia paterna y 2) desestimación del afecto. Estas defensas requieren de un soporte en el mundo, demandan intersubjetividad: el otro pasa a ser el destinatario de una venganza, de un sacrificio, de las expresiones falsas, de las tentativas de obtener una ganancia de placer orgánico y/o de dinero. Es frecuente que la desmentida se despliegue en uno de dos actores, y la desestimación del afecto, en otro. Como se advierte, estoy aludiendo a una distribución intersubjetiva de dos conjuntos de defensas. Durante un tiempo este andamiaje defensivo vincular es exitoso, pero finalmente fracasa, y entonces se hace evidente la eficacia de la angustia automática y de violencia “tonificante”. Cabe destacar que, desde el punto de vista teórico, las defensas son una expresión de la pulsión de muerte y su eficacia en la vida psíquica. Entre tales defensas, la más poderosa por su carácter desorganizante es la desestimación del afecto, que ataca a los fundamentos de la subjetividad, a la captación

de las cualidades psíquicas de los vínculos. Esta defensa es el testimonio en los procesos psíquicos de la forma en que la pulsión de muerte interfiere en la complejización de la tensión vital y conduce a la desvitalización. En consecuencia, la prevalencia de la desestimación del afecto constituye al mismo tiempo un indicador del predominio de los estados de desvitalización ya mencionados y es, en el fondo, su representante como mecanismo defensivo en el interior del yo. Para decirlo con mayor precisión, el estado de la defensa parece tener un valor decisivo. Toda defensa tiene tres estados posibles: exitoso, fracasado, ambos. Cuando la desestimación del afecto es exitosa, predomina la “tonificación” ya mencionada, cuando fracasa, prevalece la angustia automática y cuando se da la combinación entre éxito y fracaso tiene relevancia la desvitalización.

Existen diferentes enfoques de las defensas, como los de Kernberg (1996) y la escuela kleiniana, que suele poner el énfasis en los procesos proyectivos e introyectivos. Otros autores, como Green (1993), destacan la importancia de la desmentida. Aunque podemos acordar con varias de estas propuestas, consideramos que les falta especificidad para dar cuenta de los procesos básicos de carencia de enlace con la propia vida pulsional y afectiva, interferida, por ejemplo, por la ingesta. Al respecto, nos parece que el concepto “desestimación del afecto” resulta más pertinente. Este mecanismo se puede combinar con otros, muy frecuentemente con la desmentida o la desestimación psicótica. Es frecuente que el uso sistemático de estas defensas coloque al paciente en la posición de un desahuciado, es decir, alguien ante quien los demás pierden las esperanzas de poder ayudarlo. El final de la hora permite inferir que el paciente logró inducir algo de esta posición desahuciante en el terapeuta, ya que este lo saluda diciéndole que le desea “la mejor de las suertes”, lo cual se combina con la frase del paciente (antes mencionada): con un poco de suerte moriría pronto. La hipótesis sobre los mecanismos proyectivos e introyectivos permite explicar más bien los efectos que tienden a promover en los interlocutores, así como el modo en que el paciente quedó afectado por ciertas escenas familiares que tendieron a promover determinados procesos intrapsíquicos. Pero el rasgo específico de tales procesos intrapsíquicos requiere de otra hipótesis, como la de la desestimación del afecto.

Enfocar con los pacientes las escenas que he descrito no necesariamente excluye una referencia a enlaces simbólicos, pero a

poco andar se advierte que resulta más eficaz mostrar una reiteración de tales situaciones a lo largo del vínculo y de la vida de cada integrante, en que las diferencias están dadas por la aparición de circunstancias que pueden atemperar o incrementar los estados de desvitalización que se hallan en la base.

Transmisión, conciencia, huellas mnémicas

He hecho alusión a procesos vinculares, de la misma manera que otros autores que estudian nexos familiares o sociales, incluyendo la transmisión intergeneracional. Se trata de hechos clínicos cada vez más evidentes, cuyas leyes he intentado describir hace unos 15 años atrás (ver mi libro *Procesos y estructuras vinculares*) a partir de las ideas de Freud. En esta oportunidad me interesa sobre todo considerar los mecanismos eficaces para que ocurra esta transmisión. Estos mecanismos corresponden a modos de comunicación e intercambio que no son los propios del yo “oficial”, es decir, no necesariamente implican el discurso hablado y, si lo incluyen, sobre todo involucran sus elementos más “orgánicos”, como pueden ser los componentes paraverbales, en particular el timbre o la intensidad languideciente de la voz. A ello se pueden agregar toses, eructos, bostezos, combinados con algunas frases entredichas, o con letanías siempre idénticas, o con una risita irónica o burlona que el paciente profiere mientras relata escenas dolorosas (un aborto, por ejemplo), y que generan sorpresa en el interlocutor. Claro que este primer enfoque de la transmisión eficaz en aquellas situaciones en que predominan economías pulsionales vinculares como la expuesta al comienzo tiene un carácter solo descriptivo.

Desde un punto de vista teórico, existe un rasgo de tales intercambios, consistente en la falta de conciencia, es decir, la falta de cualificación del estímulo eficaz, sea este motriz, visual, verbal, olfatorio, etc. Es que en dichos intercambios los órganos sensoriales tienen una función adhesiva, y no diacrítica. El intercambio se realiza en situaciones en que predominan una combinación entre desinvestiduras e intrusión orgánica, como en las situaciones de hipnosis por terror o las percepciones en medio de una crisis de somnolencia o en los episodios traumáticos.

A ello se suele agregar un discurso banal e inconsistente, con una apariencia entre histriónica y evitativa. Dicho discurso banal pone en evidencia una identificación con un objeto decepcionante, y es el testimonio de la desinvestidura realizada en relación con el interlocutor, en quien despierta una sorprendente falta de interés por lo que escucha. La desinvestidura encubierta a la que acabo de aludir es una expresión del estado de desvitalización, y en el intercambio ocurre entonces una supresión de la función cualificante de la conciencia originaria. En tales circunstancias suelen ocurrir estos intercambios económicos en los vínculos.

La eficacia de estos influjos sensoriales en la vida psíquica requieren de una consideración algo más refinada. Es habitual suponer que la percepción acompañada de conciencia conduce a la creación de huellas mnémicas, pero algo similar puede ocurrir cuando la percepción no está acompañada de ella. El tema ha sido estudiado recientemente por los neurólogos, quienes sostienen que la diferencia entre ambos tipos de memoria reside en la familiaridad, que falta cuando la percepción no ha sido acompañada de conciencia. Quizá esta descripción de los neurólogos pueda asociarse con una forma de lo ominoso, del mensajero de la pulsión de muerte, pero, más allá de estas consideraciones, es conveniente prestar atención al modo en que estas inscripciones “no familiares” retornan. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes figuran la aparición de afectos no sentidos, las alteraciones corporales y las alucinaciones inconcientes. Los afectos no sentidos se presentan como la no emergencia del matiz correspondiente, lo cual a menudo se acompaña de alteraciones corporales. Las alucinaciones inconcientes se presentan como imágenes tenues y/o fugaces superpuestas sobre la realidad sensorial. Freud (1922b) aludió a delirios no investidos, que el paciente descalifica. Algo similar ocurre con estas alucinaciones que, cuando reciben mayor investidura por el paciente, pueden ir acompañadas de crédito y de una figurabilidad más neta. Otra modalidad de retorno de estas huellas mnémicas no familiares se presenta como la aparición permanente de escenas en que otros sorprenden al paciente con alguna conducta que para el terapeuta pasa a volverse previsible y que al paciente le resulta siempre inesperada e insoportable.

Como cierre de este apartado deseo exponer la evolución de un tratamiento en el cual el terapeuta se vio llevado a modificar su estrategia clínica. Se trata de un paciente que consultó por su conflicto

matrimonial, ya que su esposa decía no sentir afecto hacia él y él no se decidía a separarse. En los relatos del paciente la mujer parecía una persona carente de vida afectiva, interesada en los seminarios de un orden religiosa que le absorbían su tiempo y que requerían del apoyo económico del marido. La situación no era nueva, ya que el estado de la esposa había sido similar desde el comienzo de la relación, pero en un principio él había respondido con violencia y acercamientos sexuales intrusivos, y desde hacía un tiempo ello ya no ocurría. El paciente estaba desalentado y sin saber qué orientación tomar. En el curso del tratamiento el paciente puso en evidencia recursos histriónicos y una llamativa riqueza expresiva para describir sus problemas. Los relatos del paciente oscilaban entre los conflictos matrimoniales y los problemas laborales. A ello se sumaban ingestas alimentarias nocturnas y precordialgias cada vez que se sentía desbordado por la vivencia de no tener salida de sus situaciones de atrapamiento. El paciente trabajaba como jefe de sala en una unidad de terapia intensiva, y hablaba a veces con fuerte angustia la impotencia que sentía ante situaciones muy graves. Con el transcurso de las sesiones el terapeuta pudo advertir que no lograba profundizar en las escenas que el paciente relataba, ya que no aportaba asociaciones esclarecedoras, que sustituía por bruscos cambios de escenas y temas. De tal modo con el tiempo su discurso pasó a volverse reiterado y huidizo. El paciente relataba además que cada tanto recurría a videntes y a consejeros espirituales y religiosos a la búsqueda de consejos que luego no seguía. A menudo los consejos que escuchaba quedaban resumidos en que la sugerencia de que se separase de la esposa. El paciente optó por una solución intermedia: se mudó a un cuarto separado y distante de la habitación matrimonial en la misma vivienda. Se trataba de una habitación carente de ventana y con un sofá que le hacía de lecho. Durante este período inicial del tratamiento el terapeuta intentó intervenir con una combinación de pedidos de asociación para las escenas que el paciente narraba y de interpretaciones acerca de su valor simbólico. Estas últimas se centraban en enfatizar que el paciente se refugiaba en un mundo embellecido que le permitía huir de su realidad inmediata y lo dejaba paralizado. En principio el terapeuta tendió a destacar el valor de deseos reprimidos del paciente y enfatizó el valor de la angustia de castración y el sentimiento de culpa. Luego el terapeuta tendió a poner el énfasis en que, con su discurso histriónico-evitativo el paciente pretendía desmentir la falta de amor por parte de la esposa y su dependencia de un personaje que lo

desinvertía y solo se interesaba en su dinero. El terapeuta agregó que la forma en que el paciente se expresaba en las sesiones indicaba que este intentaba paralizar el tratamiento y evitar que el terapeuta pudiera promover algún cambio, de modo que en las sesiones se daba un vínculo como el que el paciente tenía con los enfermos graves en terapia intensiva. Sin embargo, estas intervenciones no parecían contribuir al cambio clínico del paciente, quien insistía en su combinación entre histrionismo y evitación. El terapeuta infirió entonces que el discurso del paciente tenía sobre todo un valor catártico, para liberarse de sus estados afectivos.

Estas comprobaciones condujeron finalmente al terapeuta a tomar otra orientación clínica. El terapeuta pasó a señalar al paciente que, cuando este intentaba solo desembazarse en sesión de sus estados afectivos, testimoniaba su identificación con pacientes terminales, desahuciados, con los cuales solo era posible realizar una terapia paliativa. En este contexto cobró relieve un recuerdo infantil reiterado del paciente: este solía instalarse en una plazoleta que en su ciudad natal lindaba con el cementerio, y desde allí veía cómo trasladaban los cadáveres para enterrarlos. También pasó a traer reiterados recuerdos de su padre colérico y violento, que le propinaba frecuentes palizas, que también recaían sobre su madre. Estos recuerdos permitieron que el terapeuta estableciera una relación entre dos personajes, uno de ellos desfalleciente, carente de vitalidad, y el otro violento. El terapeuta le interpretó que, con el discurso histriónico y evasivo del comienzo del tratamiento, que intentaba paralizar el tratamiento, el paciente pretendía promover en la sesión una escena en que terminaba recibiendo intervenciones cada vez más violentas, como golpes, mientras se entregaba a la inercia. Luego de unas vacaciones analíticas, el paciente aludió a su tentación suicida, y el terapeuta estableció una conexión entre la pérdida de objeto (el terapeuta mismo) y la tendencia al abandono de sí. El terapeuta agregó que, durante el período inicial del tratamiento, en que el paciente había desarrollado recursos histriónicos y evitativos para paralizar el tratamiento, había estado mostrando y simultáneamente soslayando estos pensamientos suicidas. También pudo conectar esta tentación suicida con los viajes que en la infancia hacía el padre del paciente, y que dejaban a este con un estado de parálisis inerte y de terror. Tiempo después, a instancias del terapeuta, el paciente contó la historia de su padre: cuando tenía algo más de un año, su madre se suicidó ingiriendo un cucarachicida, y pocos meses después el padre

(abuelo del paciente) desapareció del hogar. Entonces este quedó al cuidado de una tía, hermana de la madre, cuyo nombre, en versión masculina, el padre le puso al paciente. El terapeuta le señaló que entonces el paciente parecía tener para el padre una aparente función protectora, que encubría otra función, ligada al destino trágico de la abuela paterna. En las sesiones fue posible establecer un nexo entre los estallidos de violencia del padre y la necesidad de que alguien tramite escenas insoportables para él, como la del suicidio de la propia madre. De tal modo, los pensamientos suicidas del hijo parecían ser una manera de intentar procesar algunas escenas impensables para su padre. El paciente contó también que, cuando el padre se iba de viaje, él quedaba aterrado ante la visión de las enormes cucarachas que circulaban por la noche cerca de la basura. Este recuerdo fue considerado como un modo de escenificar un pensamiento impensable del padre, para quien la madre, suicidada con cucarachicida, reaparecía y rondaba de noche por los alrededores de la vivienda. El resultado de este trabajo clínico, que llevó alrededor de un año, consistió en que el paciente dejó de desarrollar en sesión un lenguaje histriónico y huidizo y pasó a concentrarse en sus angustias y en la posibilidad de separar su vivienda de la de su esposa. Puede advertirse que el terapeuta fue variando de estrategia clínica. En un comienzo supuso que en el paciente predominaba la represión, y por lo tanto solicitaba asociaciones y realizaba interpretaciones sobre el valor simbólico de las manifestaciones del paciente. Luego pasó a suponer que prevalecía la desmentida, y trató de que el paciente se conectara con la realidad matrimonial conflictiva que soslayaba y de que dejara de paralizar el tratamiento. Por fin, el terapeuta cambió de hipótesis clínica y pasó a darle importancia central a la desestimación del afecto, por lo cual destacó la importancia de la tendencia catártica del paciente y la búsqueda de una terapia solo paliativa. Esta tercera orientación clínica permitió que el terapeuta se situara más bien en otro terreno, en que era posible encontrar redundancias entre numerosas escenas centradas en la combinación desvitalización-violencia, que abarcaron la historia del padre, la relación padre-hijo, la relación de pareja, la actividad laboral y el intercambio en las sesiones. No es que el terapeuta dejara de considerar el valor simbólico de algunas escenas, o que la hipótesis de la desmentida no tuviera cierto valor, pero no abarcaba al conjunto de la situación. Tampoco se podría decir que las escenas que el paciente finalmente relató (referidas a la historia de su padre, a la relación con este e inclusive a sus propios pensamientos suicidas) estuvieran reprimidas, ni tampoco que en todo

este conjunto predominara la desmentida. Todo este material estuvo siempre disponible en el preconciente del paciente, y este no ofreció resistencia alguna cuando el terapeuta cambió su propuesta clínica, sino que por el contrario contribuyó con recuerdos, comentarios, etc. Inferimos que solo fue necesario que el terapeuta dispusiera de otra orientación clínica que le permitiera dar coherencia al conjunto y avanzar desde otra perspectiva, que incluía la intersubjetividad y el procesamiento de vivencias insoportables entre generaciones.

Economía pulsional y vínculos en la sesión

Este enfoque de los hechos clínicos no solo toma en cuenta la economía pulsional vincular en la pareja y la familia, sino también la que se da en el seno de la sesión misma. En este contexto, es posible advertir una serie de manifestaciones en el analista: somnolencia ante los pacientes, insomnio nocturno, taquicardias, súbitos ataques de alergia, así como estados de agotamiento, mareos, arranques de furia con alguno de los integrantes de una familia, una sorprendente indiferencia incrédula cuando uno de ellos describe situaciones penosas, intervenciones banales que implican abandonar a uno de los pacientes como un sujeto desahuciado, etc. Muchas de estas manifestaciones (taquicardia, somnolencia, alergia, agotamiento) ponen en evidencia que también en la sesión el estado de un paciente o de todo un grupo franqueó fronteras, se metió bajo la piel del terapeuta, inmerso en un estado hipnótico.

Otras manifestaciones, en cambio, ponen en evidencia la angustia del terapeuta al captar su propia desvitalización, así como otras muestran una tentativa de tonificación restitutiva. Existen otras muchas alternativas que sin embargo pueden reducirse, en el fondo, a pocas categorías. Es frecuente que el terapeuta intente entender estas manifestaciones en el contexto de su propia constelación neurótica, y quizá por este camino logre algún avance, pero me parece más pertinente, teórica y clínicamente, ubicarlas en el marco del vínculo, en el cual él ocupa inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumatizante del paciente.

El punto requiere aclaración. En un libro reciente escrito con colaboradores (Maldavsky et al, 2006) investigué la primera sesión de

diez pacientes individuales con sus respectivos terapeutas. Tomé en cuenta tres niveles de análisis: 1) los relatos del paciente, referidos a sus relaciones extrasesión, 2) las escenas desplegadas por el paciente en la sesión, 3) las escenas desplegadas por paciente y terapeuta. Fue posible advertir que las escenas que el paciente narraba ofrecían una perspectiva global para entender las que desplegaba en sesión, las cuales, a su vez, ponían de relieve aspectos significativos de las primeras. En lo que concierne a uno de nuestros puntos de interés en este trabajo, en los pacientes con esta problemática, nos fue posible detectar escenas ligadas con las vivencias de injusticia, desamor, falsedad y especulación, como las que describí al comienzo. Pero además, al investigar las escenas desplegadas por paciente y analista, advertí que también estas escenas se imbricaban con las que el paciente había relatado, por cual es posible inferir que, más allá de los componentes neuróticos del mismo terapeuta, el paciente convocaba al interlocutor a que se posicionase como un personaje de su mundo interno y que el terapeuta solía acudir a este llamado, transitoria o duraderamente. En estas ocasiones paciente y terapeuta padecían un atrapamiento clínico que tenía un carácter familiar, ya que la escena coincidía con algunos episodios que el paciente relataba. Pero en otras ocasiones, el terapeuta se veía convocado a colocarse de manera inadvertida en la posición de un personaje que a él mismo lo tomaba por sorpresa y que no encajaba claramente en las escenas narradas por el paciente, donde no tenía equivalentes. Entonces es posible afirmar que el terapeuta se veía convocado a contribuir a que se escenificase en sesión un episodio inscripto en lo anímico del paciente como recuerdos no familiares, que pasaban así a adquirir una enigmática primera plasmación, a la espera de un ulterior trabajo analítico. En tales escenas no familiares del paciente tenían especial relevancia las referidas al haber sido abandonado a la desinvertidura por los padres, o por un terapeuta que bajaba los brazos y lo desahuciaba, carente de energía o de recursos, o disfrazaba esta escena con una presentación inconsistente y desorientada. En este último tipo de atrapamiento clínico de paciente y terapeuta es posible advertir, pues, la eficacia de huellas mnémicas no familiares del paciente (y quizá del terapeuta), derivadas de percepciones en estado de hipnosis por terror y carentes de conciencia. En un trabajo posterior, escrito con colaboradores (Maldavsky et al, 2007), llegué a conclusiones similares respecto de lo que ocurre en una sesión de pareja. Pude advertir entonces que el terapeuta puede tener un doble atrapamiento clínico: por un lado ocupar

inadvertidamente la posición de un personaje en una escena traumatizante de uno de los pacientes, a menudo inducida por el discurso del otro, y simultáneamente queda inmerso en la red de una alianza resistencial de ambos pacientes, atrapado en sus vínculos ficticios y en sus especulaciones económico-orgánicas.

En estas situaciones cobra peso un enfoque de la intersubjetividad que involucra el encuentro entre dos series: 1) los procesos psíquicos de cada uno de los participantes en un episodio, y 2) el intercambio entre los sujetos, que puede tender a la complejización o a la descomplejización creciente. Mientras esta segunda serie puede articularse con los enfoques constructivistas, la primera corresponde a los aportes de cada sujeto al vínculo. Este doble enfoque permite estudiar las situaciones desplegadas en el presente y al mismo tiempo los procesos psíquicos que en otras situaciones los integrantes pusieron también en evidencia.

La apatía en pacientes en un entramado vincular complejo

Es frecuente que la dinámica anímica y vincular que he descrito corresponda a lo central de los procesos que se dan en uno y otro miembro de la pareja. Estos procesos a menudo involucran al terapeuta, por lo cual este puede terminar la sesión extenuado, padecer momentos de somnolencia o de angustia, verse envuelto en alucinaciones apenas perceptibles, etc. Pero es más frecuente que estos procesos abarquen solo un sector de la dinámica psíquica y vincular en la sesión y que en otros momentos en alguno de los participantes prevalezca una corriente psíquica diferente, como la de las patologías narcisistas no psicóticas (pacientes esquizoides, trasgresores, etc.), o una corriente psíquica como las de las neurosis de transferencia (histeria, neurosis obsesiva) o inclusive una corriente psíquica en la que predominan mecanismos funcionales, no patógenos. Desde el punto de vista diagnóstico a menudo se ha ubicado estos problemas clínicos como patologías limítrofes desde la perspectiva de este trabajo, resulta preferible enfatizar los componentes propios de las neurosis actuales o de las neurosis traumáticas. Es frecuente, además, que se dé una coexistencia entre varias de estas corrientes psíquicas, y que en un integrante de la pareja los componentes

desvitalizados se manifiesten sobre todo en los componentes paraverbales (tímbricos, melódicos, rítmicos) mientras que el discurso exprese más bien componentes histriónicos, seductores. A su vez, en el otro integrante de la pareja, puede surgir una reacción de congelamiento inexpresivo y banal en el nivel del discurso, mientras que los componentes paraverbales contienen más bien expresiones de ternura. Por su parte, el terapeuta puede alternar entre súbitas crisis de tos e intervenciones pertinentes. Con ello quiero decir que no es conveniente reducir siempre todo el funcionamiento psíquico y vincular a un único sector (como puede ser el desvitalizado) sino que es preferible estar preparado para encarar un entramado más complejo entre las diferentes corrientes psíquicas de cada uno de los pacientes, que alcanza resonancias en el otro y en el terapeuta en varios sectores simultáneos, con la prevalencia transitoria de alguno de ellos. El ejemplo expuesto poco antes pone claramente en evidencia la coexistencia de tres sectores que se combinaban en el paciente, con el predominio de uno de ellos. En un sector predominaban rasgos caracterológicos histriónico-evitativos, en otro prevalecía una tendencia a la desmentida de la realidad (el desamor de la esposa) y en un tercero la desestimación del afecto, la catarsis, los estados de desvitalización y el colocarse como un paciente desahuciado con el que solo es posible un tratamiento paliativo. Los dos primeros sectores introdujeron algunos matices al conjunto, pero el tercero se reveló como el dominante.

Bibliografía

- Freud, S. (1922b) Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad, en SE, vol. 18.
- Freud, S. (1923b) *El yo y el ello*, en SE, vol. 19.
- Freud, S. (1933a) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, en SE, vol. 22.
- Green, A., (1993) *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu Editores. Bs. As. 1993
- Kernberg, O., (1996) A psychoanalytic theory of personality disorders, en J.F. Clarking y M. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*, pp. 160-137, New York, Guilford Press.
- Maldavsky, D. (1986) *Estructuras narcisistas. Constitución y*

- transformaciones*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.
- Maldavsky, D. (1990) *Procesos y estructuras vinculares*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1991.
- Maldavsky, D. (1995a) *Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1996; 1995, *Névrose toxique et traumatique*, París, L' Harmattan, 1999
- Maldavsky, D. (1995b) *Linajes abúlicos*, Buenos Aires, Paidós, 1996. *Lignages abouliques: Processus toxiques et traumatiques dans des structures intersubjectives*, L'Harmattan, Paris, 2000
- Maldavsky, D. (2003) A contribution to the development of a psychoanalytical methodology for research into language. A systematic study of narration as an expression of sexuality, *International Journal of Psychoanalysis*, 2, 2003, 607-636.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A.M., Buceta, C., Bustamante, B., Cantis, J., Cusien, I., de Durán, R., Follmann, A., García Grigera, H., Garzoli, E., Goldberg, J., Iusim, M., Kazez, R., Legaspi, L., Manson, M., Miceli, G., Neves, N., Rembado, J.M., Rodríguez Calo, M., Roitman, C.R., Romano, E., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Widder, F. (2005) *Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice: the David Liberman algorithm (DLA)*, UCES ed. Buenos Aires.
- Maldavsky, D., Aguirre, A., Alvarez, L., Bodni, O., Britti, A. Ma., Buceta, C., Cantis, J., de Durán, R., Cusien, I., Falise, C., Frigerio, R., García, K., García Grigera, H., Garzoli, E., Iusim, M., Jarast, G., Kazmierski, J., Lacher, G., Manson, M., Neves, N., Plut, S., Rodríguez Calo, M., Roitman, C., Romanisio, O., Scilleta, D., Sloin de Berenstein, R., Tarrab, E., Tate de Stanley, C., Varela, R. (2006) *La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)*, Editorial Lugar, Buenos Aires, en prensa.
- Maldavsky, D. , Bodni, O., Cusien, I., Lambersky de Widder, F., Roitman, C., Tamburi, E., Tarrab de Sucari, E., Tate de Stanley, C. y Truscello de Manson, M. (2001) *Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas*, Nueva Visión.
- Maldavsky, D., Britti, A. M., Alvarez, L., Neves, N., Roitman, C. R. y Tate de Stanley, C. (2007) Exigencias de amor, presiones y chasquidos de lengua en una sesión de pareja, estudiada con el algoritmo David Liberman, *Actualidad psicológica*, año 32, N° 352, 10-16.