

## En la intimidad del diván

*Alicia Leisse de Lustgarten*

Hablar de afectos en psicoanálisis sugiere diversas perspectivas. He elegido referirme en plural a los afectos para dar cuenta de qué involucran, cómo los escuchamos y a quién atañen. Usualmente enfocados desde lo que sucede en el paciente, pretendo detenerme un poco más en la persona del analista. Si bien la literatura psicoanalítica muestra una mayor apertura para considerar lo que le ocurre al analista en su quehacer, efectivamente comporta una aproximación a la intimidad que supone el oficio, intimidad que desde siempre se la mantiene en casa. De ello resulta que debatir en público qué sucede con su rabia, de qué se trata su amor, o a qué responde su miedo podría arriesgar una cierta intromisión. Nuevas aproximaciones fundamentan el interés por interrogar la tendencia a mistificar esta figura. “Tienen todo resuelto”, “no sufren ni padecen”, “son seres excepcionales”, “no deberían tener conflicto alguno” son expresiones que todos hemos escuchado. Situado en una posición de saber, cercano a sus complejos inconscientes, en tanto atravesado por el análisis, despojado de su querer personal para dar lugar a ese otro que es su paciente, el analista se inserta en un escenario particular.

Comencemos por situar los afectos. Son entendidos de manera diversa. Como algo que acontece, que proviene del afuera o se origina desde dentro, que pertenece al dominio de los estados de placer y de displacer, que son el resultado de una impresión sobre la mente, que tiene que ver con el cuerpo emocionado, que se dejan expresar por el lenguaje. Green (1975), de M'Uzan (1970), McDougall (1987). Aunque concierne a todos los sistemas psíquicos, el afecto, en sí mismo, queda vinculado al Yo. En él se experimenta y en él se expresa con una cualidad específica, o veladamente en una suerte de excitación que se descarga en el cuerpo.

El afecto, presencia fundamental que compone la estructura psíquica, ocu-

pa todo el espacio del consultorio del psicoanalista, más aún, circula en y entre cada uno de los dos sujetos que allí participan. El paciente lo padece, lo despliega, lo defiende. El analista lo recoge en tanto su propio campo afectivo está, no suspendido, como a veces se trata de afirmar, pero sí incluido de manera diferente. A la sombra, mudo, inconfesado y solitario, con frecuencia escapa a su registro. Ha sido entrenado para guardar sus afectos, revistiéndose de las maneras que correspondan a la dedicación al paciente. Es un ejercicio en soledad donde su ser personal, por así decirlo, cae. Este es el enfoque que hasta hoy la mayoría de nosotros sostenemos. Mitos y creencias desvirtuarán el compromiso que ello le depara al analista. La advertencia del control de sus emociones, o en su defecto un mayor uso del análisis personal, resultan insuficientes.

Desde hace más de cincuenta años se reconoce y se utiliza la respuesta afectiva para entender qué acontece en la sesión psicoanalítica. La ética que refiere a la función del analista intenta preservar el campo del paciente de aquello que distraiga o congestione el discurso del cual es protagonista. Sin embargo, hoy interrogamos el alcance de esta propuesta en el entendido de que una premisa irrefragable asegura la inamovilidad y arriesga rigidizar el intercambio. La razón de ser de nuestro trabajo, el acceso al inconsciente, el hallazgo de significaciones ausentes, del sentido de la palabra, de la verdad del deseo del sujeto, precisan de un abordaje más amplio, más participativo y menos aséptico porque aun a riesgo de afectar la libre asociación, abren caminos. El oficio y los años ayudan a variar la perspectiva. Con frecuencia me alerto a pecararme de mi enojo, o me sorprende ante una actitud sospechosamente cuidadosa, decidiéndome a utilizarlo como parte de lo que está sucediendo en la sesión. ¿Qué supone para el analista la rabia sostenida del paciente, tentando a la irritación? ¿Qué le despierta esa actitud siempre sumisa y a la vez seductora? ¿Cómo registra los reproches que califican las intervenciones de excesivas o aún demolidoras? ¿Qué le sucede en su escucha? ¿Cómo hacer lugar a la legitimidad de ciertas respuestas contratransferenciales? Estamos hablando de vías alternas que desidealizan un vínculo intocable y abre puertas que ni la mejor de las interpretaciones permitiría.

El vínculo analítico tiene connotaciones diversas y refiere al afecto del paciente, del analista y a aquél que se produce en la sesión. Ambos sujetos son afectados en su relación con el otro en ese encuentro inédito. La tarea que los ocupa es desigual por definición. Del lado del paciente se trata de tramitar el exceso afectivo que carga al recuerdo y que de esa manera no se hace historia perpetuándose en el presente. Los pedidos nunca satisfechos siguen aplicando a quienes no competirá responder. O bien dilucida el sentido de un miedo

inexplicable ante una situación que no corresponde. O aligera vivencias siempre penosas o incluye aquellas apartadas. Encontramos también esos otros sujetos señalados como faltos de emoción por la actitud sistemática de barrer con todo sentimiento, lo que advierte que aquello que moviliza una fuerte emoción no puede ser elaborado. Se produce así una suerte de división, el pedido de escucha no se compadece con lo ajeno que le resulta reconocer ese pedido. McDougall (1987) define como desafección la incapacidad casi total por mantener contacto con las propias emociones. Las palabras son vacías, el exceso de experiencia afectiva y la imposibilidad para pensar la experiencia se traduce en actitudes congeladas, alcanzando no sólo los afectos sino aquellas situaciones que despiertan los afectos. Al analista le llega el impacto arrollador de la experiencia que el paciente ni quiere ni puede registrar. Otra forma de borrar lo que sucede es a través de los actos, vía que encubre y devela la vivencia que no alcanza a ser pensada o sentida.

Los afectos del paciente se despliegan en una relación que ofrece las condiciones para lo que ha sido llamado el vínculo transferencial. A partir de la asignación al analista de un saber y de la capacidad de resolver las dificultades, la escena queda preparada para la repetición de vivencias que desde la nueva situación creada podrán digerirse de manera diferente. Ciertos aspectos de esta relación, sin ánimo de sostener un criterio determinista, repetirán el modelo de intercambio que ocurre entre la madre y su pequeño hijo. El discurso del paciente se dirige al analista, pantalla receptora con una sensibilidad emocional libre que le permite registrar los más variados estados afectivos, a la vez que lo dispone para la empatía, la intuición y el ojo clínico. No obstante, la trascendencia que tiene este vínculo de resignificación deja muchas veces a un lado que se ha creado una relación nueva en la que paciente y analista poseen valores, estilos y modos egosintónicos que intervienen de manera central en el suceder de la relación. Ambos ofrecen sentires propios a la vez que derivan del intercambio que allí se produce.

Veamos más de cerca al analista. ¿De qué se tratan sus afectos? ¿Para qué le sirven y para qué no le sirven? Sin memoria ni deseo, máxima de Bion, se ha erigido en una suerte de mandato que prescribe el borramiento personal del analista. Años atrás en una conferencia que dictó el Dr. Norberto Carlos Marucco le escuché decir algo, que, en aquella época, me llenó de asombro. Afirmaba que si el analista no desea a su paciente difícilmente éste tendrá acceso a su deseo. Frase de equívoco, entiendo que el analista no es ni un mero interpretador, ni espectador de una trama ajena. Refiere a lo que le pone a su paciente, lo enuncia, lo significa, lo piensa, lo escucha sin que todo ello desdiga el lugar de semblante, esencia que define su función. La advertencia

del no deseo comporta malentendidos que distorsionan su alcance y su seguimiento literal trae el aburrimiento y destruye el placer nos dirá Ulloa (1995). Se trata de no confundir en el paciente lo que querríamos para él, asumiendo un saber arbitrario sobre la dirección que debería tomar su vida. Recuerdo en una supervisión, la preocupación de la terapeuta viendo que los años pasaban y su paciente no lograba establecer una relación de pareja duradera, lo que precisamente era su fuente mayor de conflicto. No le era fácil entender que verla casada o con hijos no formaba parte del objetivo analítico, como un algo que estuviera a su alcance otorgar; tampoco podía dejar de ver la vida de una mujer sola como un sin sentido.

Pero el analista es afecto a su oficio, sensible en su respuesta al otro y está sujetado a unas condiciones necesarias para llevar a cabo la tarea clínica. Desde el encuadre y desde él mismo define la regla de abstinencia que sostiene la no actuación de cuidados y consejos ajenos a lo que es el análisis. El paciente indaga qué espera el analista, cómo cree que debe ser, a qué se refiere su deseo. La no respuesta, en tanto éste no incluye ni sus pedidos ni sus preferencias, desencadena no pocas confrontaciones afectivas. Todo ello, junto con el carácter conflictivo que conlleva el escenario transferencial, es caldo de cultivo para el narcisismo del analista en tanto la espera de valoración y reconocimiento, al no ser objeto de elaboración suficiente, prepara dificultades en este terreno o se desplaza a otros. Ello advierte la relevancia que tiene preservar el placer que derivan vínculos y actividades de la vida personal.

La fuerza de las relaciones generadas en el encuentro analítico es subestimada. Ulloa (1995) señala que el analista siente frente a su paciente, y quiere o no quiere lo que siente. De allí derivan emociones de las que a su vez derivan creencias. Sentir, querer y creer designan la manera como el clínico está afectado, y siendo como es susceptible de contagio, es proclive a la propia catarsis emocional. Las creencias son poco objetivas y dan cuenta de lo que le sucede al analista. A veces responden a tensiones inmanejables por un largo período que derivan del tránsito por superficies vulnerablemente dolorosas. La frustración que acarrea el trabajo es inevitable también porque el analista no satisface pedidos. El desaire, la inculpación, el ataque, la privación, la distancia no dejan de tocar su escucha, tanto más que los afectos son narcisísticos, y el analista, como el radiólogo, no es inmune a la exposición incesante del inconsciente. En este particular quiero destacar, sin embargo, que ese estar expuesto del analista es lo que, no pocas veces, le permite dar cuenta de la repetición del paciente, además de que su capacidad de sentir ofrece una presencia humana, central en el diálogo clínico. Está claro que a cada uno le atañen respuestas diferentes. El analista no responde gritando ante la agresión, aunque ganas no le falten, o

cediendo a la provocación, ni se paraliza por el miedo. Freud, citado por Klauber (1991), comparó los peligros de la posición del analista ante un paciente seductor con la del clérigo que visitó a un agente de seguros moribundo, el agente no se convirtió pero el clérigo dejó su casa asegurada.

Considerar las vicisitudes que involucran al analista sólo desde el ángulo del error y de sus propios síntomas desestima el beneficio que trae utilizarlo para ampliar la comprensión del proceso y deriva en una práctica que desconoce la pregunta, que no ventila la dificultad y que se encierra en un aislamiento empobrecedor. Supone además una atribución idealizada que desvirtúa el desempeño genuino que atañe a la clínica. El paciente es fuente de estímulo con su apariencia, con su historia y con su lenguaje. Si bien su modo de ser provoca movimientos afectivos que se traducen en bloqueos, dificultades para pensar y actuaciones, la subjetividad del analista siempre está presente.

Es parte del mito popular ver al analista como un ser hermético. No luce excesivo rescatar su condición de sujeto que trabaja con su instrumento pero participa con su ser total. Le corresponderá construir una identidad de oficio en un cierto clima de privación, lo que comporta no poca dificultad. Raramente se registra que él también necesita de ese alguien a quien acercar el sentido de sus conflictos, y que el ejercicio de su labor le deriva satisfacciones. Menos aún se lo considera queriendo a sus pacientes. En este sentido, Nacht (1957) y Greenson (1974) señalan que la capacidad del analista de amar a su paciente es una herramienta indispensable en su trabajo. Forma parte también de un ideal inalcanzable pretender eliminar cualquier influencia sobre el analizando. Qué involucra y cómo maneja el afecto supone diferencias, no sólo por el carácter inédito que tiene en cada quién, sino por lo particular del padecimiento y del abordaje que requiere. Un paciente marcado por profundas deficiencias afectivas puede no tolerar una actitud distante o una escucha sostenidamente silenciosa. La respuesta cercana puede hacer más digerible tramitar vivencias insostenibles para pensar el afecto y sentir el pensamiento. El decir del analista es siempre objeto de polémica en tanto hay posturas que definen la abstención y la neutralidad como la práctica única, todo lo demás se entendería como pasaje al acto.

El analista habla para el paciente los afectos que nunca le fueron hablados. Su palabra sitúa la experiencia afectiva que aquél tiene apartada. No pocas veces ocurrirán regresiones severas, transferencias masivas, y la habilidad para abordar el clima excesivo dependerá no sólo de su capacidad sino de con quién y hasta dónde puede trabajar. Algunos autores sostienen que el analista debería disponerse a atender a todo aquél que lo solicite, premisa con la que no

coincido al desconocer la elección del analista, la legitimidad de sus escogencias y las variaciones en su respuesta empática.

Los afectos del analista pueden tener un efecto terapéutico o iatrogénico. Aulagnier (1980) señala que nuestras reacciones, nuestras experiencias y nuestros pensamientos durante las sesiones van acompañados de sentimientos positivos o negativos, pero ni se sienten ni se responden como lo haría el paciente. Es la asimetría la que marca la diferencia entre las emociones vividas por cada uno de los participantes, asimetría necesaria para acceder al discurso del paciente. En este particular es pertinente considerar la intervención de la empatía, como condición para acceder al paciente en función de todo aquello que lo hace un ser particular. La simetría que involucra la respuesta actuada, muestra como si ambos sujetos estuvieran a la par, olvidando el lugar y la función diferente que cada uno tienen en tanto el entendimiento ha quedado atrapado en la acción. El analista se desliza y se rescata por elección o por error en su aproximación a lo que allí sucede. El compromiso patológico podría llevarlo a confundir en el paciente una fuente de gratificación que no corresponde. Colocado en una posición de poder puede hacerse tributario de ella, desplegando para el paciente un proyecto de vida prestada e interfiriendo con la autonomía necesaria para hallar lo propio. Los efectos son nefastos. Ambos, paciente y analista, quedan encerrados en una prisión invisible, confundidos en el encantamiento del paraíso perdido.

## Referencias

- Aulagnier, P. (1980). *Los destinos del placer*. Barcelona: Petrel
- De M'Uzan, M (1970). *Del arte a la muerte*. Barcelona: Icaria, 1978
- Green, A. (1975). *La concepción psicoanalítica del afecto*. México: Siglo XXI.
- Klauber, J. (1991). *Dificultades en el encuentro analítico*. Buenos Aires: Paidós
- Korman, V. (1996). *El oficio de analista*. Buenos Aires: Paidós
- McDougall, J. (1987). *Teatros de la mente*. Madrid: Tecnipublicaciones
- Nacht, S. (1967). *La presencia del psicoanalista*. Buenos Aires: Proteo
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós

© Alicia Leisse de Lustgarten  
Residencias Mi Guarimba. No. 14  
Ave. Aristides Calvani. Urb. Los Chorros  
Caracas 1071, Venezuela  
*e-mail:* aleisse@telcel.net.ve

## **Resumen**

---

Este trabajo considera los afectos desde la perspectiva psicoanalítica, no sólo en lo que refiere al paciente, sino en lo que involucra al analista y su quehacer. El oficio del analista interroga para qué le sirven sus afectos. Es parte del mito popular ver al analista como un ser hermético y raramente se registra que el analista también necesita de ese alguien a quién acercar el sentido de sus conflictos y que su trabajo le deriva satisfacciones; menos aún se lo considera queriendo a sus pacientes. Forma parte también de un ideal inalcanzable pretender eliminar cualquier influencia sobre el analizando, la respuesta del analista es particular a cada padecimiento y la mayor cercanía puede hacer más digerible tramitar vivencias insoportables.