

Manejo de crisis afectivas. El odio primitivo en la transferencia*

Otto F. Kernberg

Resumen

El autor expone los desarrollos técnicos producidos durante varios años de investigación con pacientes *borderline*, con énfasis en las tormentas afectivas que produce el odio primitivo en la transferencia. Describe la teoría psicoanalítica de los afectos y discute su propia teoría al respecto. Expone varias viñetas clínicas para mostrar el uso de la contra-transferencia en la sesión, así como aspectos relativos al encuadre del tratamiento y a la supervisión de psicoterapeutas en formación.

Lo que quisiera presentar aquí, es una combinación de dos trabajos. Es la primera vez que lo hago, la verdad es que terminé de escribir uno de ellos sólo hace dos noches y lo presenté en mi instituto ayer en la mañana. Es sobre trastornos de personalidad y quiero combinar esto con un trabajo especializado sobre diagnóstico y manejo del odio primitivo en la transferencia. Así que esto es una especie de aventura para mí también, para ver si sintetizo bien estos dos trabajos, y les pido perdón si me ocurre una repetición inevitable al pasar de un esquema teórico al otro.

Mañana voy a hablar sobre la psicoterapia focalizada en la transferencia, lo que hemos llamado *Transference Focused Psychotherapy* (TFP). Es un método especializado de tratamiento de pacientes *borderline* que hemos desarrollado en los últimos veinte años en mi instituto, y es el único tratamiento de tipo psicoanalítico de larga duración manualizado que estamos utilizando para hacer investigaciones empíricas -una comparación "randomizada" (al azar) de varios tipos de tratamiento- con el fin de estudiar la efectividad del tratamiento, compararlo con otros tratamientos y estudiar la relación entre proceso y resul-

* Transcripción y edición del Comité Editorial de Tropicós

tado. Mañana voy a resumir la teoría, estrategia, táctica y los instrumentos técnicos de ese tratamiento. Lo que voy a hablar ahora es un enfoque especializado dentro de ese tratamiento para manejar situaciones de tormentas afectivas. A todos ustedes que ven pacientes muy graves, con estructura de personalidad de tipo limítrofe, con difusión de identidad, con predominio de mecanismos primitivos de defensa, seguramente les toca ver a estos pacientes que les voy a describir. Ustedes me perdonan si me refreno de hablar de la teoría sobre esos pacientes y de la técnica en general, y me limito a cómo manejar las crisis afectivas. Espero que mañana, al hablar de la teoría en general, esto se pueda incluir.

La experiencia práctica que les estoy resumiendo viene, entonces, de muchos años de desarrollar esa técnica, de tratar pacientes muy difíciles, extremadamente difíciles, realmente mucho más difíciles de lo que en general el psicoanalista toleraría en su diván, y de la experiencia al hacer supervisión con terapeutas que están aprendiendo y desarrollando este tratamiento, desde analistas de mucha experiencia hasta psicólogos postgraduados y residentes en psiquiatría que están terminando su formación.

Quiero decirles unas pocas palabras sobre el papel de los afectos en la teoría psicoanalítica y en la técnica psicoanalítica en general. En primer lugar, en la teoría psicoanalítica, Freud decía que todo lo que sabemos de las pulsiones son afectos y representaciones. Yo creo que esto es válido hasta el día de hoy, sólo que diríamos más explícitamente: todo lo que sabemos de las pulsiones son afectos, y las representaciones de sí mismo y de objeto de sí mismo y del otro, en el contexto en el cual se expresan las emociones o los afectos. Estoy usando las palabras afectos y emociones como equivalentes. Me doy cuenta de que *afectos* se refiere generalmente a los afectos más primitivos, intensos, en los cuales no es muy claro cuál es la parte cognitiva, en contraste con las *emociones* que son más moderadas, sutiles, y en las que los aspectos cognitivos son mucho más importantes.

Las pulsiones se nos aparecen en la forma de relaciones de objeto afectivamente investidas en la situación analítica, y cada vez que hablamos de analizar derivados de pulsiones, estamos hablando de afectos como los derivados de estas pulsiones, afectos expresados en la relación entre sí mismo y otra persona. Quizás esto les parezca obvio pero no es tan obvio porque implica que los afectos siempre tienen un aspecto cognitivo, que no hay afecto puro sin implicaciones cognitivas, y que cuando nos parece que hay un afecto puro es porque está siendo usada la intensidad del afecto como defensa ante el darse cuenta de cuál es la relación de objeto. Significa al mismo tiempo que son relaciones primitivas de objeto, las que representan tanto los aspectos pulsi-

nales como también los aspectos defensivos, porque como lo ha demostrado la escuela inglesa -Melanie Klein especialmente- cuando hablamos de defensas, hablamos de relaciones de objeto defensivas. Detrás de cada defensa hay una relación de objeto defensiva, de modo que tanto defensas como impulsos son relaciones internalizadas de objeto que siempre tienen esta estructura básica: afecto, representación de sí mismo, representación de objeto, o sea, es en esencia una relación diádica. Atención: relación diádica no significa que no hay una triangulación primitiva desde el momento en que esta relación diádica está siendo observada. Ya cuando la describimos hay alguien que observa, y ese observador es el tercero excluido, simbólicamente ya es la figura edípica primitiva. El analista, cuando trabaja, está dividido en una parte en la cual actúa junto al paciente en la relación de objeto primitiva -el paciente expresa la transferencia, el analista la contratransferencia-, pero el analista no es pura contratransferencia. Es observador de su propia contratransferencia, está dividido en un objeto que actúa y uno que observa, de modo que cuando decimos que las relaciones básicas en que se manifiestan las pulsiones son reacciones afectivas que incluyen la relación de objeto, estamos también diciendo que en el momento en que éstas son observables, está ya la introducción del tercero en el sistema.

Desde un punto de vista teórico hay cosas fascinantes que podrían decirse. En este momento, para poner mis cartas sobre la mesa, les voy a confesar que mi propia teoría pulsional es altamente controversial porque yo pienso que son los afectos las estructuras de motivación más fundamentales; que los afectos, como estructuras psicofisiológicas genéticamente determinadas, constitucionalmente dadas y controladas por neurotransmisores y ciertos sistemas del sistema nervioso central, son los que se activan en estados de desequilibrio orgánico desde el nacimiento. Estos afectos son los que constituyen las señales al objeto materno para hacerse cargo del bebé, o sea, los afectos son las primeras estructuras que tienen por función, por un lado, la comunicación a las imágenes parentales del estado del infante, quien todavía no puede hablar; y por el otro lado, son los afectos los que señalan al propio organismo, en una subjetividad primitiva, si hay algo bueno o hay algo malo, algo deseable a lo cual uno quisiera aproximarse, o algo terrible de lo cual uno se quisiera alejar. Es decir, los afectos motivan hacia el movimiento, hacia la conducta, son los motivadores principales. Como estructuras afectivo cognitivas primitivas son, a mi juicio, esas estructuras intermedias entre lo puramente biológico y lo puramente psicológico, que después se organizan en las pulsiones. Para mí, las pulsiones son las integraciones jerárquicamente super impuestas, por las cuales todos los afectos positivos se organizan como libido, y todos los afectos negativos se organizan como agresión o destrucción.

La teoría dual pulsional de Freud, a mi juicio, constituye una estructura jerárquicamente supraordinada a los afectos como sus constituciones básicas. Esto es cuestionable porque se podría decir que estoy poniendo a Freud de cabeza, invirtiéndolo en el sentido de que para Freud los afectos eran expresiones de las pulsiones, y para mí las pulsiones son organización de afectos, si bien concretamente cada vez que se expresa una pulsión se expresa en un estado afectivo. De modo que veo esta relación, que yo creo que corresponde a un modo de acercar la teoría psicoanalítica a los desarrollos recientes de las neurociencias, y me acompañan en este enfoque otros teóricos como Serge Lebovici en Francia, Joseph y Anne Marie Sandler en Gran Bretaña, Rainer Krause en Alemania y otros; en todo caso, es controversial.

En la situación clínica parto de la posición de Otto Fenichel en su estudio sobre la metapsicología de la interpretación, en el que sugiere que las interpretaciones están determinadas por criterios económicos, dinámicos y estructurales. Criterio económico (aquí viene mi traducción de Fenichel a la posición teórica que les resumí. Estoy forzando a Fenichel en mi esquema). Para mí, el aspecto económico no es simplemente ver dónde hay más pulsión, como decía Fenichel. Yo diría que el aspecto económico de la interpretación se refiere a dónde hay más afecto; interpretamos allí donde hay más afecto; eso, a mi juicio, vale para el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica. ¿Cómo sabemos dónde hay más afecto? Combinamos lo que el paciente nos dice, la comunicación verbal, la conducta no verbal del paciente y nuestra contratransferencia; y el análisis combinado de conducta verbal, no verbal y contratransferencia, nos dice donde hay más afecto.

En los casos más leves, eso es simple y obvio. El paciente llega y nos dice: “murió mi mamá, me siento terrible”. Es evidente que esto es una cosa afectivamente central, no necesitamos pensar más. Un paciente *borderline* puede decir: “me irritó mucho que no me dieran una buena nota en lo que yo hice”. Mientras está hablando, nos muestra tal desdén, indiferencia y desprecio, que sentimos que no hay ninguna relación entre contenido y conducta no verbal. En nuestra contratransferencia podemos sentir una sensación de irritación con un paciente que nos trata con desprecio y nos dice algo como: “ya que usted quiere que diga lo que pase por mi mente, yo le voy a decir todas estas cosas inútiles, a ver si usted saca algo de esto con su método idiota”. O sea, la información importante está en la conducta no verbal y en la contratransferencia, y decidimos con base a este predominio no verbal y contratransferencial, que es lo que domina en este momento: el desprecio hacia el terapeuta como estructura defensiva frente a lo que pudiera haber por debajo. Entonces, el criterio económico del predominio afectivo es determinado por el análisis constante, combinado con lo que nosotros llamamos los tres canales: conducta verbal, no verbal, contratransferencia.

El criterio dinámico se refiere -y ahí sigo exactamente a Fenichel- a la interpretación del contenido afectivamente dominante, como un conflicto entre defensa e impulso. Lo analizamos como un contenido conflictual que tiene un lado defensivo y un lado impulsivo, y comenzamos la interpretación desde la defensa; primero, la defensa, motivo que produjo la defensa, y luego el contenido, lo que coincide desde la superficie consciente hasta lo más profundamente inconsciente en el aquí y ahora. Esos dos criterios bastan para determinar la interpretación en cada sesión.

El tercer criterio estructural tiene un valor más bien estratégico a través del tiempo. Para Fenichel esto era para ver en qué instancia -Yo, Superyo, Ello- está la defensa, y en qué instancia -Yo, Superyo, Ello- está el impulso. Eso sigue siendo válido para los pacientes que funcionan mejor, pero cuando se trata de pacientes *borderline* en los que hay una ruptura de esa estructura tripartita, y lo que encontramos son relaciones de objeto primitivas escindidas, ya no sirve este criterio, y se transforma en la formulación de que, desde un punto de vista estructural, hay ciertas relaciones de objeto que tienen función defensiva contra relaciones de objeto opuestas que ocupan el lado pulsional y que pueden intercambiarse. De modo que el criterio estructural se refiere simplemente a decir qué relación de objeto internalizada está en este momento en el lado defensivo en la superficie y cuál está subyacente. Si quieren, trasladándolo con un paciente neurótico, digamos alguien que es sumamente infantil, dependiente, sumiso, con una relación dependiente frente a un objeto poderoso del que sí se quiere depender y que lo frustra a uno¹. Esa es la relación de objeto dependiente, cerca de la conciencia, no consciente, pero cerca de la conciencia del paciente; por debajo de esto hay una relación agresiva, de un niño frustrado porque no hacen todo lo que él quiere, le exigen mover el dedo en vez de darle la “brea pelada”, y esta rabia de un bebé no alimentado, a su vez pudiera ser la defensa frente a otras relaciones más profundas. O sea, defensa, sumisión, impulso, agresión, se transforman en esta formulación: defensa - relación sumisa - impulso - relación agresiva.

Es así entonces como se nos presentan los afectos clínicamente. Ahora bien, hay defensas secundarias contra las expresiones de afecto, disociaciones entre lo afectivo y lo cognitivo. Por ejemplo, la defensa histérica. Los pacientes van de una tormenta afectiva a la otra con muy poca capacidad de expresar

1. Los que estuvieron esta mañana en nuestro primer caso recordarán que la relación de objeto era quejumbrosa: “pobrecito mío, estoy con artritis, alguien me tiene que acostar, darme algo de comer, ¿cómo usted analista no es una buena mamá que se preocupa para que yo no tenga que mover un dedo?”

cognitivamente lo que pasa, son como fuegos artificiales, han desaparecido antes de que tengamos tiempo de saber qué es lo que pasó. La defensa obsesivo compulsiva, lo contrario. Todo está muy claro en la cognición y no hay afecto. El paciente dice: “estuve pensando que en realidad si yo tomo la ropa interior, si yo sacara los calzones de mi mamá y los oliera, eso sería excitante, interesante, ¿no? En todo caso es una idea que me viene a la mente”. Es decir, ningún afecto y fantasías edípicas que parecen bastante primitivas. La defensa somatizadora en pacientes primitivos, el paciente se siente bien, no tiene ningún problema, excepto un peso en el pecho. Es posible que tenga un ataque al corazón, pero emocionalmente está perfecto. La defensa narcisista, de aparente libertad para expresar cognición y afecto, pero es como si todo estuviera en la superficie, uno se queda dormido porque tiene un aspecto irreal. La defensa esquizoide en la que el paciente vagamente nos cuenta de una situación: “no pasé por esa esquina, sí, la mujer parada tenía el vestido corto, leí los anuncios del periódico”. Ya está hablando de otra cosa, vagamente hay algo erótico; antes de que lo pesquemos ya está inundando con otros miles de datos.

Es decir, hay estructuras de personalidad que tienen defensas específicas contra los afectos, y hay situaciones muy importantes en las que el paciente está defendido perfectamente contra la conciencia de ningún afecto a través de situaciones aparentemente paradójicas y contradictorias, y estas son las tormentas afectivas. Afectos tan intensos que para el terapeuta son obvios, pero el paciente siente cualquier interpretación, cualquier análisis, como un insulto, como un ataque contra el que tiene que defenderse. Los pacientes con reacción de odio intensivo pueden expresar este odio, por ejemplo, en el síndrome de arrogancia descrito por Bion, que consiste en una combinación de comportamiento arrogante, de desechar todo lo que dice el terapeuta como una idiotez automáticamente, de presentar una intensa curiosidad por la vida y el comportamiento del terapeuta. El paciente está super alerta al terapeuta, no a sí mismo, y tercero, pseudo estupidez, en que el paciente actúa como que cualquier razonamiento ordinario ya no lo pudiera captar, empezamos a dudar de la inteligencia de un paciente que puede ser profesor de matemáticas, pero en este momento parece un retardado mental. Arrogancia, curiosidad, pseudo estupidez, son manifestaciones que crean, como ustedes pueden imaginarse, intensas contratransferencias negativas, y son típicas expresiones de un odio primitivo tan intenso que el paciente no lo puede tolerar y lo transforma en actuación pura. La actuación lo defiende contra la conciencia del afecto, es como si sólo el terapeuta pudiera captar aquello que el paciente actúa sin poder tolerarlo. En otros casos, el paciente muestra una angustia intensísima sin ningún contenido, una crisis emocional de llanto, de gritos, de comportamiento agresivo, de una intensidad tal que nos cuesta captarla, nos cuesta decir algo porque el

paciente parece ser totalmente incapaz de escuchar lo que estamos diciendo. La misma intensidad sirve de defensa.

Hay otros casos que son casi lo contrario, una ausencia completa de afectos que se asemeja a lo que los autores franceses han escrito como pensamiento operatorio, con somatizaciones primitivas, disociadas de toda relación de objeto diagnosticable en la relación, que se han interpretado en el psicoanálisis francés, por ejemplo, por André Green, como la identificación inconsciente con una madre muerta. El paciente mantiene la relación inconsciente con una madre muerta, actuando como un muerto que ya no siente nada, y los afectos están desmentalizados, expresándose sólo en experiencia psicósomática. Otras veces el paciente está con una actitud rigidificada y en vez de tener un afecto agudo, tenemos una situación crónica. El paciente tiene un comportamiento congelado, que a veces es de tal índole que lo único que podemos decir es que es como si no hubiera una persona real hablándonos. Otras veces es como una congelación en un afecto específico, pero que es muy constante. Si vemos eso al comienzo del tratamiento decimos, “¡ah!, esto es un problema mayor pero es muy temprano para analizarlo; hay que esperar a que tengamos una relación mejor para interpretarlo”. Y una vez que tenemos ya una relación mejor para interpretarlo, estamos tan acostumbrados, el paciente nos ha hecho un lavado de cerebro tan perfecto, que ya tratamos este comportamiento loco como lo más natural del mundo y nos cuesta enfrentarlo. Entonces no pasa nada; sesión tras sesión, no pasa absolutamente nada. El paciente habla de puras trivialidades y no sabemos qué hacer porque ya estamos acostumbrados a que él es como es. ¿Y cómo atacar esto? ¿Cómo meterse en esto? Es casi imposible, y si tratamos de meternos en eso, y atacamos este tipo de relación, realmente estalla una violencia, una violencia primitiva en la relación. Es por eso que, paradójicamente, esta ausencia total crónica de afecto oculta tormentas afectivas, a pesar de que parece como si el terapeuta las desencadenara, y a veces parece que el terapeuta es el violento; el paciente es un ser completamente flemático y el terapeuta parece ser un histérico fanático que perturba esta situación.

Por supuesto que hay casos de disociación en los que el paciente está totalmente tranquilo en las sesiones y tiene conductas violentas fuera de las sesiones. Hay una regla general de nuestro tratamiento, en el sentido de que si un paciente es sumamente violento en toda su vida, estas violencias aparecen en las sesiones; mientras que en la vida externa del paciente todo se normaliza, el tratamiento anda bien. Los parientes nos felicitan, “¡ah!, usted está ayudando a este paciente”, y nosotros sentimos, “si supieran lo que tengo que tolerar en las sesiones”. Hay otros casos en que pasa lo contrario, las sesiones son todas tranquilas mientras que la vida exterior es un caos y una batalla constante; esos tratamientos andan muy mal. Hay otros tratamientos en que hay caos

en las sesiones y fuera de las sesiones, hay crisis adentro y afuera, y no sabemos cómo manejarlas; ese es el tipo de situaciones en que hemos desarrollado técnicas de manejo que ahora quisiera detallar con algunos ejemplos.

Lo que tienen en común todas estas situaciones es una interrupción entre la comunicación del paciente, su libre asociación, y la capacidad del terapeuta de poder escuchar o hacer algo con esta libre asociación. Me explico: en los pacientes más sanos escuchamos, y a medida que escuchamos, gradualmente hay una narrativa, entendemos lo que pasa. Bajo condiciones de crisis afectivas, de tormentas afectivas, la comunicación se interrumpe, está cortada en pedazos, el paciente habla en forma desorganizada. Se produce lo que André Green ha llamado la “posición central fóbica”, en el sentido de que el paciente actúa como si tuviera miedo de que explicar o analizar lo que le pasa crearía peligros terribles; entonces, escapa de lo que le pasa adelantándose a sus consecuencias, ya está hablando de las consecuencias, sin decirnos lo que pasa, o lo evita cortando el flujo de sus ideas y cambiando de tema para evitar hablar de aquello que le produciría angustia traumática. Es decir, no hay más narrativas, el contenido cambia de momento a momento y nos obliga a fijarnos en lo que pasa en cada momento, entenderlo rápidamente e integrarlo en nuestro conocimiento. Hay una necesidad de enfoque en cada momento concreto, y de transformarlo rápidamente en nuestra mente en una relación de objeto fantaseada. Esto parece muy complicado, pero con cierta experiencia uno logra organizar tales materiales.

Un ejemplo de un paciente en el que no pasa nada: Una mujer de más o menos treinta años, con una obesidad grave, vestida en forma infantil, que no es fea pero tiene tal falta de consideración de su feminidad, un peinado tan desagradable, un modo de vestirse tan antiestético, y una gordura expuesta sin ninguna consideración hacia las expectativas estéticas de los demás, que ya verla crea una reacción de desagrado. No les estoy exagerando, y no es una cosa personal mía, todo el mundo siente lo mismo en grados diferentes, sin atreverse a decir lo que siente. Se bota en el sillón, saca una botella de agua y empieza a chupar como un bebé, y a hablar de lo que ha pasado en su vida cotidiana, de una trivialidad a otra, sesión tras sesión. Se extiende, parece como un bebé satisfecho en la cuna, que está haciéndole el gran favor a la terapeuta de hablar para que la terapeuta no se ponga descontenta, pero con la expectativa de que al final la terapeuta algo le va a dar, un chupete, algún premio por este esfuerzo totalmente inútil. Esa es la conducta no verbal, el contenido trivial, y en la contratransferencia, la terapeuta con una sensación de “que mala suerte tuve en este estudio “randomizado” que me tocara esta paciente, cuando otros colegas tienen casos tan interesantes”.

Esa es la situación, y entonces, el tratamiento de esta situación es enfocarse justamente en esta relación -conducta no verbal, contratransferencia- y decirle a la paciente: “mientras usted está hablando, estoy pensando en que usted está cada vez más gorda sin preocuparse de su peso; estoy pensando que a pesar de que usted viene de un medio cultural intelectual en que ha aprendido algo sobre estética, se está vistiendo como si hubiera salido de la calle, o hubiera robado varios artículos porque estaban expuestos y se los hubiera puesto sin ninguna relación mutua; sentada aquí como si estuviera en una *chaise longue*, en un balneario tomando el sol, sólo irritada porque está obligada a hablar, y con la expresión irritada de que yo haga algo para agregarle gratificación y compensarla por el terrible esfuerzo de haber tenido que tomar un medio de movilización y llegar aquí, hasta esta sesión, sin una imposición horripilante; y que usted, sólo porque se puede recostar cómodamente y se alimentó hasta estar totalmente satisfecha y está tomando su juguito de naranja, puede tolerar esta situación irritante en que se espera de usted algún movimiento, alguna observación de sí misma, alguna preocupación sobre el vacío de su vida cotidiana que no le preocupa en absoluto, ¿qué le viene a la mente sobre esto?”

No me entiendan mal, yo no estoy diciendo que todo esto hay que ponerlo en una frase, decírselo de sopetón a una paciente que está totalmente sorprendida. Estoy diciendo que esto es lo que está pasando y esto es lo que hay que traer, con tacto y con rapidez, con profundidad y sin miedo, y sin irritación con la paciente, ya habiendo elaborado la contra agresión contratransferencial en una interpretación de esta situación. Porque mientras la terapeuta esté irritada, tiene que resolverlo internamente, pero al transformarlo en una interpretación, permite esta resolución interna. Esa intervención -no en una intervención, no en tres minutos, sino a través del contenido de una sesión y no a través de diez sesiones- crea, transforma una situación donde no pasa nada, en una situación violenta y real.

Esta es una paciente que vive en una pequeña habitación, en una zona residencial, con el apoyo del Estado de Nueva York que le paga todo. Es perfectamente sana físicamente, no trabaja a pesar de tener una formación universitaria. Es una mujer que es un parásito, una zángana completa, que está viviendo a costa del Estado, y va de terapeuta en terapeuta, porque sólo si está en terapia, le justifican que está invalidada para poder trabajar. Su vida sexual está reducida a cero, porque masturbarse es demasiado esfuerzo, y no ha tenido una relación sexual desde hace quince años. Sus relaciones sociales son otros individuos similares que se juntan en una especie de club diurno, en el que una visitadora social masoquista los va juntando para entretenerlos por dos horas y llevarlos hasta la casa.

Entonces, esta situación terrible de destrucción de vida, de pulsión de muerte pura, está inocentemente escondida en una situación en la que no pasa nada. Este tipo de situaciones exige una actuación muy intensa y valiente del terapeuta, y por supuesto que no estamos hablando de una interpretación aislada sino de observar inmediatamente la reacción de la paciente frente a esa interpretación. Podemos imaginarnos el rechazo completo de la paciente, el temor, el peligro de que se interrumpa el tratamiento, etc. Pero estoy hablando del manejo de una violencia afectiva aparentemente inaparente.

Segundo caso. Esta es una paciente mía de la investigación -yo veo también algunos casos-, está en tratamiento conmigo hace dos años. Es una mujer que tiene dos maestrías en educación, una en educación de niños con dificultades de estudio, otra en reeducación para pacientes con *handicap* y lesiones físicas. Una mujer de 38 años, potencialmente buena moza, pero que se ve mucho más vieja que su edad, vestida descuidadamente, con hoyos en su suéter, descuidada, y que por primera vez está trabajando nuevamente, después de años en que no hacía nada y trabajaba como vendedora de flores para ganarse unos pesos; robaba flores que vendía separadamente para tener más entradas, o sea con una tendencia antisocial también. Esta paciente, por primera vez, está ahora trabajando en una institución que ayuda a individuos lisiados a readaptarse socialmente, usando sus conocimientos. Parece que es un triunfo terapéutico. Entra a la sesión, me mira en forma irónica, “¡ah!, bueno, ¿y qué tiene en su mente ahora, qué me va a decir?” Yo le digo: “estoy escuchando.” “Usted no se interesa por nada, me van a echar del trabajo, está todo terrible, yo no sé cómo puede esperar que yo siga en esta institución”. Y empieza un torrente de la manera imposible de cómo la tratan y ella tiene que irse, no puede seguir un día más; es terrible esperar que suceda algo allí, y además, la manera como la trata su amigo con quien ella vive, la manera insultante. Lo único que le interesa a él es tener allí donde vivir junto a ella en su habitación, y tener sexo, no le interesa nada más, es absurdo estar en esta situación. Yo le digo: “bueno, veo que tiene problemas con su amigo, con el trabajo, pero no entiendo claramente qué es lo que pasa exactamente en el trabajo, no me lo ha explicado”. “Usted no entiende nada y no se interesa en nada. Yo sé que inmediatamente me va a hablar de lo que pasa entre usted y yo, este tratamiento es totalmente absurdo, lo único que le interesa a usted, egocéntrico, es qué pasa aquí en las sesiones y no le interesa un pepino lo que pasa en mi vida concreta”. Yo estoy tentado a decirle, “pero si yo acabo de preguntarle qué pasa”... Me dice: “le he dicho veinte veces lo que pasa en mi vida, usted es idiota, no me escucha, ¿a qué se dedica, qué está haciendo aquí, riendo tranquilamente?”

¿Qué está pasando en esta sesión? No les estoy exagerando el tono porque esta misma paciente llega a ser *muy muy* violenta, y a veces amenaza con

pegarme, pero sabe perfectamente que yo no toleraría eso y que la sesión se interrumpiría inmediatamente. Aprovecho para decirles que una condición primaria para poder hacer análisis o psicoterapia psicoanalítica de estos pacientes, es mantener un marco rígido y firme que proteja al terapeuta, al paciente y a la situación terapéutica. Significa tiempos fijos para la sesión, un entendimiento de que el paciente no puede destruir ningún objeto, no puede atacar al terapeuta, no puede atacarlo agresivamente ni sexualmente, y no puede gritar más fuerte de lo que sería un límite, en el sentido de que las demás personas que están en el edificio puedan trabajar. Mis pacientes pueden gritar siempre que no molesten a los que están trabajando en las oficinas, y yo hago este juicio: “usted no puede gritar más fuerte”. Un marco que, por supuesto, los pacientes asaltan para ponerlo a uno a prueba, y que uno tiene que mantener, es una regla fundamental. La segunda regla fundamental es que la consideración para la seguridad del terapeuta antecede la preocupación por la seguridad del paciente; es decir, el terapeuta tiene que sentirse seguro físicamente, psicológicamente, legalmente. En los Estados Unidos las amenazas de juicio son la orden del día, es como decir, “buenos días” y alguien le va a hacer un juicio. Cuando digo que el terapeuta tiene que protegerse de asaltos, a veces son asaltos directos, por ejemplo, también en el sentido sexual. A uno de nuestros terapeutas, una paciente enfurecida porque él no la quiere, lo abraza, trata de abrirle la camisa, de besarlo, y él tiene que mantenerla a flote sin pegarle, no es fácil pero está dentro del esquema.

Había una paciente mía que llegaba a la sesión sin calzones y con minifalda, y se sentaba de modo, para mí evidente, que le podía ver los genitales, y entonces yo le hacía ver a la paciente que era una manera inapropiada para llegar a la sesión, y que ella no podía llegar a las sesiones con este tipo de conducta que no correspondía al marco de lo que se esperaba en relaciones sociales habituales; interrumpí la sesión por ese motivo. Eso ya es mucho más delicado porque va a situaciones en que los pacientes pueden ser discretamente seductores, y que el terapeuta lo señale parece como un asalto seductor de parte del terapeuta; de modo que hay situaciones más sutiles donde eso es más difícil y tiene que ser interpretado de forma cuidadosa. Pero, en todo caso, creo que están claras las barreras firmes de ataque físico, sexual o dependiente. Por ejemplo, una paciente se quedaba en la sala de espera del terapeuta, y el terapeuta toleraba eso, y se quedaba cada vez más largo, y al final dormía la mayor parte del día en la antesala. Así que hay muchos tipos de *acting out* que hay que limitar.

Vuelvo a la paciente mía, ésta del trabajo. Ahí tenemos entonces una crisis afectiva en la sesión, fuera de la sesión, y es difícil decidir qué es lo más urgente, cómo manejar este tipo de situaciones. Hemos encontrado que la

primera decisión bajo esas circunstancias es cuán urgente o esencial es la situación externa, en el sentido de que si hay una situación externa que amenaza al paciente, intervenimos discutiendo esa situación externa. Incluso, si tenemos claro en mente una manera en que esa situación externa está reproduciéndose en la transferencia, es decir, si juzgamos que la situación es urgente, nos preocupamos de la situación externa, y se ve si la paciente rechaza la posibilidad de que ayudemos a entender la situación externa, porque la reacción transferencial la bloquea. Ustedes vieron que mi paciente me bloqueó el preocuparme de su situación en el trabajo atacándome, y en el momento en que yo iba a hablar de esta situación transferencial, acusándome de que no me estaba preocupando de la situación externa. Si esto pasa, hay varias situaciones. Si pensamos que lo de afuera es una vez más de otras veinte, o sea, no hay ninguna urgencia, analizamos lo que pasa en la transferencia y esperamos que eso después lo podamos generalizar a lo que pasa fuera. Si hay una situación de urgencia al comienzo del tratamiento, tratamos de manejar esta situación de urgencia. Si vemos que no podemos porque inmediatamente se produce esta oscilación que yo les dramaticé, aumentamos la frecuencia de las sesiones. Generalmente las psicoterapias psicoanalíticas que hacemos, las hacemos dos veces por semana, ¿por qué?, porque es el mínimo de tiempo necesario para este tipo de tratamiento. Con una frecuencia menor no se puede hacer psicoterapia psicoanalítica, no puedo dar aquí las razones, pero son simplemente prácticas, empíricas. En teoría uno podría empezar con tres sesiones por semana pero no tenemos bastantes medios para hacerlo, y hemos visto que es suficiente, en general, dos sesiones por semana. Pero, bajo una situación de crisis temprana, aumentaríamos el número de sesiones a tres, a cuatro o a cinco sesiones, con el fin de tener bastante tiempo y decirle al paciente: “tenemos un problema en la relación nuestra y en su vida exterior; yo me doy cuenta de que usted no puede manejar esto simultáneamente, ni yo, con el tiempo que tenemos. Le propongo que tengamos sesiones más frecuentes por un período de tiempo y esto nos dará entonces el espacio para tratarlas en forma realista”. Si esto pasa en etapas avanzadas del tratamiento, desde luego ya tenemos mucho más conocimiento y herramientas para actuar, y es menos necesario eso, pero también lo haríamos. El peligro está en que el aumento de la frecuencia adquiere ventajas secundarias de la enfermedad. El paciente aprende cómo sacar más tiempo de nosotros creando estas crisis, y una vez que se produce este tipo de complicaciones, es necesario interpretarlas y reducir las.

Un paciente con el síndrome de arrogancia, en primer lugar, no es lo mismo que simplemente un ataque de rabia intensa. Un ataque de rabia intenso es un afecto del momento con intenso ataque al terapeuta; la técnica ideal en ese momento es usar lo que ha descrito John Steiner, un psicoanalista kleiniano, en

su libro “Retiro Psíquico”. Es decir, no interpretar la identificación proyectiva de vuelta al sujeto, sino interpretarla proyectada al objeto. El paciente nos ataca en forma intensa y le decimos: “siento que usted está con intensa rabia conmigo porque me percibe como alguien que lo está tratando en forma sádica, con una falta de consideración, dedicado a irritarlo, que yo estoy tratando de provocarlo, y que usted está furioso porque me ve con esta actitud”. Es decir, analizamos la representación de objeto actuada en este momento ayudándole a formalizar más claramente cómo nos ve a nosotros, y explicamos su rabia como una expresión natural: “me parece natural que usted esté furioso y tratando de atacarme o de insultarme, herirme en algún lado o dominarme como reacción frente a lo que usted ve como mi control sádico sobre usted. Es una relación entre un tirano sádico que tiene placer en hacerlo sufrir, y usted con una rabia impotente tratando de librarse de eso, y quizá de transformarme de un tirano sádico en una persona que lo entiende, que lo acepta o que le pida perdón, que se sienta culpable, que se someta a ese ataque suyo que le parece injustificado”.

Analizamos la relación de objeto sin aceptar que somos sádicos ni decir “cómo puede tratarme así cuando yo soy tan bueno”; es decir, no tratamos ni de defendernos ni de aceptarnos, o sea, a diferencia de una actitud, digamos, cognitiva realista (“cómo me puede tratar así cuando yo soy su buen terapeuta”), ni de una actitud kohutiana: (“sí, algo debo haber hecho mal para que usted me trate así”, estudiemos qué fue lo malo que yo hice”). Es decir, es una actitud intermedia que permite al paciente formular cognitivamente lo que pasa, y que al mismo tiempo, prepara el terreno para que en 10 o 15 minutos más tarde, cuando esta misma relación se invierte, decirle al paciente: “yo creo que en este momento usted me está tratando a mí como si yo fuera un niño rebelde, y usted tiene que controlarme y estar seguro de que yo estoy bajo su control, porque si no, yo lo voy a dominar y controlar; es como si usted estuviera ahora en el rol que usted sintió hace 10 minutos que yo tenía y yo estoy en el rol suyo”. Le ayudamos a entender la relación de objeto en un segundo tiempo, una vez que ha habido una inversión de roles. Es un modo útil y que puede ser sumamente elegante para manejar la crisis afectiva. El secreto: interpretación de la relación en la proyección sin devolverle al paciente, “usted está proyectando sobre mí su propia rabia”, cosa que el paciente no puede tolerar en ese momento.

Hay otros casos en que esto no es posible porque el paciente ha hecho una regresión psicótica, es decir, porque el afecto es tan primitivo que ha producido una pérdida del criterio de realidad en ese momento. Es un ejemplo que hemos discutido en mi instituto; lo tengo publicado porque fue una de las

primeras veces que ensayamos el método que les voy a describir, y que quizás muchos de ustedes ya conozcan. Es la interpretación de realidades incompatibles. Les describo el caso: el paciente, un médico, con una estructura de personalidad narcisista limítrofe en lo psicótico, síntomas hipocondríacos graves, promiscuidad sexual, una estructura de personalidad narcisista y paranoide. Llega a mi oficina furioso, yo lo miro sorprendido, me dice, “no se haga el inocente, usted sabe lo que pasó anoche”. Lo miro y él me dice que fue a ver a esta enfermera que él conoció, del mismo complejo hospitalario en que yo estaba, una enfermera que le gustaba, con quien él quería acostarse, comió en su casa, y en medio de la conversación salió el hecho de que él estaba en análisis conmigo. Apenas ella supo que él estaba en análisis conmigo, él sintió que ella se distanció de él y no quiso que él se quedara a dormir allá, rechazó tener relaciones sexuales con él. El se fue y captó la idea de que yo le había prohibido a ella tener una relación sexual con él; de hecho, que yo había prohibido a todas las enfermeras del complejo hospitalario que tuvieran una relación sexual con él. Yo había aprovechado mis conocimientos del complejo hospitalario para prohibir que se metieran con él las mujeres, y esto era una falta de ética profesional, utilizar los conocimientos que yo tenía; y que no tratara de hacerle interpretaciones porque me iba a sacar la mierda.

El, parado frente a mí, yo estaba sentado en mi silla y pensando si ponía mis anteojos en un lugar seguro; era una situación *bien bien* violenta. Entonces yo le dije, primero, que yo quería comentar sobre lo que él decía pero no me atrevía porque estaba tan furioso que yo no sabía si yo estaba seguro físicamente, y no podía hablar si no me sentía con seguridad física. Yo podría decirle lo que yo pensaba siempre que yo tuviera la seguridad de que él no me iba a atacar, ni a mí ni a nada más, a ningún objeto en mi oficina. El dijo: “sí, está bien” o “no se preocupe”. Entonces le dije: “yo estoy con la conciencia clara de que usted está convencido de que yo prohibí a todas las mujeres de este complejo médico tener una relación sexual con usted, que usted está convencido y yo no voy a tratar de que usted cambie de opinión. Me doy cuenta de que usted está convencido y esto es un convencimiento absolutamente firme, y no se lo estoy discutiendo. Ahora lo que quiero decirle es cuál es mi convencimiento y usted tiene que juzgar si yo le estoy diciendo la verdad o no, y podemos hablar sobre esto. Pienso que esto es totalmente loco, fuera de la realidad, es totalmente absurdo, usted en este sentido está realmente loco; pero no estoy tratando de convencerlo de eso, porque, primero, me preocupa el hecho de si usted cree que lo que yo estoy diciendo, yo lo pienso o si le estoy mintiendo. Si usted cree que yo le estoy mintiendo, tiene que decírmelo y tenemos que hablar qué significa que yo le esté mintiendo, por qué le estoy

mintiendo. Si usted no cree que estoy mintiendo, entonces podemos seguir hablando sobre eso”.

Me miró y dijo: “yo no creo que usted esté mintiendo pero usted no tiene ninguna conciencia de lo que hace, son mensajes, yo conozco esos mensajes sutiles en que uno indica *no se meta con ese hombre*, y yo creo que usted puede saber eso y puede hacer bastante introspección para darse cuenta de que esa es su actitud”. Entonces yo le dije: “bueno, me doy cuenta de que usted me cree, de que yo creo lo que estoy diciendo; tiene usted razón, es posible que yo esté ignorando mi propia conducta y que yo me esté comportando en forma loca, es posible eso. Pero también es posible que usted esté ignorando su propia conducta y que usted esté actuando en forma loca. Yo creo que en una cosa podemos estar de acuerdo, que en esta sala, en este momento, hay locura clara, hay locura. El único problema que tenemos es dónde localizarla, o en usted o en mí, pero podemos analizar cuál es la naturaleza de esta locura. El se quedó pensando más tranquilo y dijo: “¿y qué es lo que tiene en la mente usted?”, lo que ya me hizo sentirme mejor. Yo le dije: “estoy pensando que claramente hay una persona, un hombre poderoso que está tratando de evitar que otro hombre tenga acceso a las mujeres, hay un hombre que actúa como si todas las mujeres le pertenecieran a él exclusivamente y está tratando de destruir la vida sexual del otro hombre en forma secreta, pero claramente, dando el mensaje “tú no tienes derecho a tu vida sexual y yo voy a hacer todo lo posible para que nunca tengas éxito en tu esfuerzo de tener una mujer para tí”.

Les resumo lo que siguió a esto, pero lo que salió después de pocos minutos fue el recuerdo de este paciente de su papá, que era un médico de pueblo chico, que tenía dos perros que porque ladraban muy fuerte en la noche, les cortó las cuerdas vocales para que no le molestaran, este era el “papacito” que se gastaba mi paciente. Claramente había un nivel casi psicótico primitivo de angustia de castración y de relación edípica expresada en esta situación; o sea, si hay un afecto primitivo, transforma la situación en una de tipo psicótico. Es importante analizarla dejando abierto lo que es la realidad, dónde está la locura, dónde está la realidad, pero analizando en un plano potencial el tipo de relación de objeto, sin adjudicarlo a una persona u otra.

Último ejemplo: el caso del síndrome de arrogancia. Como Bion lo señaló, lo que pasa bajo esas condiciones es una intolerancia de la realidad porque el paciente no puede tolerar sus experiencias de odio, por lo tanto, en la conducta violenta hay un esfuerzo de destruir la capacidad cognitiva tanto del paciente como del terapeuta, y proteger al paciente de adquirir conciencia de su odio. Entonces, es imposible analizar directamente su experiencia de odio porque el

paciente está defendido contra ella, y el análisis consiste en hacerle ver que no tolera sus sentimientos de odio, y tiene que actuarlo para evitar sentirlo y para borrar toda posibilidad de entender lo que pasa, porque es como si estuviera prohibido o fuera terrible, o un crimen, el poder gozar de una experiencia de odio; una experiencia de odio que siempre implica una relación entre un sujeto atacado, un objeto que lo ataca y una sensación de rabia intensa con el propósito de destruir ese objeto amenazante, de hacerlo sufrir y de controlarlo en proporciones variables. Estos son los componentes del odio: deseo de destruir, de hacer sufrir, o sea, aspectos sádicos y de control, e intolerancia de estos deseos, es lo que está expresado en la conducta. Es decir, tenemos que ayudar al paciente a tolerar el placer de expresar el odio. Como primera fase, analizar a qué se debe, qué relación de objeto está siendo activada y de dónde se origina, y eso exige la contratransferencia del terapeuta; a su vez, una tolerancia de odio, una tolerancia del goce del odio, una tolerancia de la propia agresión, de poder sentir el placer de destruir, de incendiar, de matar, de disparar. Si no podemos tolerar identificarnos con el victimario, nuestra capacidad de identificarnos con la víctima estará limitada.

Quisiera agregar dos o tres puntos en cuanto a manejo de crisis afectivas, que por su frecuencia son importantes, es decir, he tratado de darles los casos más frecuentes que tenemos en nuestro trabajo pero hay dos o tres más. Uno que quizá les sorprenda es que el terapeuta debe mantener un cierto nivel afectivo, conmensurado con el nivel del paciente. Nos han tocado, por ejemplo, varios casos muy típicos. Uno, terapeutas un poco obsesivos, que estamos formando, que son excelentes pero un poco tímidos y muy controlados, y que piensan que neutralidad técnica significa que uno siempre se mantiene muy tranquilo. A veces los pacientes están violentísimos (“usted, yo lo quiero matar, ¡lo podría echar por la ventana!”) y el terapeuta dice “usted está muy enojado”. Es casi cómico en realidad, el terapeuta, entre asustado y mantenerse lo que considera técnicamente neutro, produce una rigidez artificial en la situación. No hay ningún problema en que el terapeuta levante la voz, y a veces pueda expresarse de manera intensa. Neutralidad técnica no significa una indiferencia irritada, como le dijo Freud en una carta a Pfister en el año 1916. De modo que es importante mantener un cierto nivel de correspondencia, eso no significa que uno entre a gritarle al paciente que le grita a uno, pero tiene que mantenerse en un contacto afectivo, y algunos terapeutas se asustan.

Segundo punto: a veces, bajo condiciones extremas, es muy difícil mantenerse tranquilo, si el terapeuta está sólo preocupado por mantenerse tranquilo puede perder su contacto con la situación total, de modo que un pasaje al acto, un *acting out* parcial, una actuación parcial de una contratransferencia que no

se puede tolerar constantemente, no es ningún problema. Por el contrario, como lo dijo Hamilton en un artículo en Londres, eso le puede enseñar al paciente que el terapeuta es humano, y que también lucha con sus sentimientos, y que a veces se le van los caballos a uno, si esa expresión existe aquí.

Recuerdo un caso de una paciente muy agresiva de la investigación, que llegó, entró a la habitación, cerró la puerta violentamente, y empezó a atacarme, y al final de la sesión, ella quiso salir, trató de abrir la puerta, y había roto el mecanismo y no pudo abrir la puerta. Una puerta muy gruesa, la única puerta para salir; eran las siete de la tarde en el edificio del hospital. Mi paciente siguiente estaba sentado afuera, yo no tenía ningún modo de contactarlo porque estaba a prueba de sonido la puerta, y allí estaba yo, sentado con la paciente. Yo, furioso, llamo por teléfono a la seguridad del hospital y dije: “no puedo salir de mi oficina, está roto el mecanismo”. Me dicen, “bueno, vamos a mandarle a alguien en 20 minutos para que rompa la puerta”. “Muy bien”, le dije, y me siento. La paciente, ahora asustadísima, así con los ojos grandes, está sentada en el diván y me dice, “doctor Kernberg, yo quería decirle...” Yo le dije, “su hora ha terminado”. Estaba fúrico. Entonces ella siguió sentada tranquila, yo saqué una revista, empecé a trabajar en otra cosa, llegaron a los 20 minutos, mi paciente afuera casi tuvo un ataque al corazón porque pensó que yo me había muerto, y yo le dije a la paciente, antes de que partiera, que yo esperaba que ella iba a pagar el arreglo antes de fin de mes como precondition para continuar el tratamiento. En general no hago eso en la misma sesión, es decir, cuando tomo una decisión siempre espero hasta la sesión siguiente para evitar el *acting out* de mi contratransferencia, pero no tuve suficiente control para eso. Eso no tuvo ningún efecto negativo sobre el tratamiento, no hubo ningún problema. No es lo ideal, no es como ustedes ven a los psicoanalistas en Hollywood en las películas, pero es parte de la realidad.

El tercer punto que yo quería señalar es que a veces puede haber crisis emocionales intensas con desarrollo psicótico en las sesiones, que empiezan a afectar la vida del paciente fuera de la sesión. Eso es serio, es decir, es como una expansión de una psicosis de transferencia que puede dañar al paciente. Uno tiene que estar dispuesto entonces a intervenir en la vida externa del paciente, a pesar de que eso no conviene hacerlo en general en un tratamiento de tipo analítico porque milita contra la neutralidad técnica. Por ejemplo, una paciente que estoy viendo en este momento, con personalidad infantil, con elementos esquizoides muy fuertes, una anorexia grave, una doble depresión, o sea, una depresión mayor y una depresión caracterológica. Tiene una regresión transferencial intensa, se siente enamorada de mí y con profundo dolor porque yo no estoy dispuesto a dejar a mi mujer y quererla a ella; no puede

tolerar esta situación y tiene intensos sentimientos de suicidio. Ante cualquier esfuerzo de interpretar su temor a la agresión porque la estoy rechazando, con negación total, desesperada dice: “usted no se da cuenta, yo siento sólo amor por usted, no me diga que estoy luchando con sentimientos agresivos, no tengo nada, lo único que quiero es matarme”. Esta paciente se siente profundamente desesperada y va donde su marido y le dice: “no puedo seguir viviendo porque yo quiero al doctor Kernberg, él no me está respondiendo, no quiere dejar a su mujer”. Se va a quejar al marido de que yo no le respondo su sentimiento de amor. Por suerte su marido, que es un abogado, entiende algo de transferencia, pero si no, ustedes se imaginan, se podría crear una cierta problemática en mi vida. No tengo ese problema pero podría haber otro caso en que el marido, a su vez se siente rechazado, y se produce una especie de cascada de complicaciones. Yo, en ese caso, con la autorización de la paciente, hablaría con el marido para explicarle lo que está sucediendo. Esta regresión tan grave, ustedes ven claramente, no es simplemente un enamoramiento ordinario, sino que tiene una calidad sumamente regresiva de un bebé que quiere que la madre esté totalmente dedicada a ella.

Y el último punto que quería decir es que hay pacientes, que en su rechazo constante a lo que el terapeuta dice, destruyen tiempo, destruyen tiempo de tratamiento, nada pasa, y la agresión primitiva se manifiesta justamente en eso, en destrucción del tiempo como esfuerzo de destruir el tratamiento, al terapeuta y a sí mismo. Típicamente son pacientes que nos llegan cuando ya han destruido tiempo, han destruido oportunidades de vida, han destruido trabajo, amor, vida familiar, y se quejan amargamente de que la vida ha estado pasando, cuando, en el fondo, están destruyendo activamente la vida mientras está pasando. Esto tiene que ser interpretado en forma vigorosa y consistente. Recomendamos a nuestros terapeutas una actitud de impaciencia en cada sesión, que cada sesión sea útil, en contraste con la reacción de paciencia a través del tiempo, de tolerar que hay problemas que demoran muchos meses antes de que puedan resolverse. Lo opuesto es peligroso, esos pacientes que son, ¡madre santa!, que nunca se impacientan por mucho tiempo hasta que de repente la contratransferencia salta y se interrumpe el tratamiento.

Les agradezco la paciencia. Espero haberles dado una idea de los trabajos que estamos haciendo en el esfuerzo de manejar crisis primitivas, violentas, de afecto, en la psicoterapia psicoanalítica de pacientes limítrofes.

Preguntas

Augusto Garbari (psiquiatra): He oído con atención sus conferencias y han sido de mucho interés para mí porque yo trabajo en un servicio de psicosis, en un servicio de hospitalización de hombres, donde el odio primitivo es el día a día en el trabajo en sala. Tengo un comentario y una duda respecto al planteamiento que usted trae. Con respecto al comentario, usted señala un punto de mucho interés, que es el trabajo de integración de las neurociencias con el psicoanálisis y amplía este tema tan importante hoy en día. Con relación a la duda, me llamó la atención lo que usted señala de los afectos como organizadores de la parte cognitiva, y no al contrario. Hay una línea de trabajo con respecto a este campo acerca de cómo los afectos son primarios y son los que van estructurando la parte sináptica y la parte cognitiva. Mi duda es con respecto a lo que usted señala del planteamiento de Freud cuando dice que el afecto es primario, más que la pulsión, o creo haberle entendido eso. Sin embargo, Freud señala que la pulsión es originaria y su correlato a nivel consciente es la parte cognitiva que siempre se acompaña de un afecto. En este caso él lo llama un montante, una carga de afecto que es lo que se desplaza, pero dice, y es siempre el punto álgido, que el montante de afecto se expresa sólo a nivel consciente. Pero sí señala que la pulsión es originaria, y que a esa pulsión que se une a un objeto, que es un representante, cuando se manifiesta a nivel consciente hay una carga de afecto. Incluso señala eso como el mecanismo principal de disociación del afecto en el obsesivo. Me gustaría que conversara sobre ese punto que es la manifestación del afecto, que es un punto tan controversial en psicoanálisis: si solamente se da a nivel consciente o si también hay un afecto inconsciente, o si es la pulsión solamente la que es inconsciente.

Otto Kernberg: Es una problemática sumamente importante. Primero quiero aclarar que no estoy diciendo que la cognición se desarrolla en el contexto del afecto. No dije eso, lo que dije es que el afecto siempre tiene un aspecto cognitivo, no es lo mismo; de hecho yo creo que hay muy buena evidencia en base a las investigaciones empíricas de Daniel Stern y de Emde, y de todos los observadores de bebés, que sostienen que bajo condiciones de afectos, existe una capacidad cognitiva extraordinaria en el bebé, y una capacidad de diferenciación de sí mismo del objeto desde el comienzo de la vida; que al cabo de pocas semanas existe la posibilidad de transferencia de una percepción sensorial a otra; de modo que hay funciones cognitivas innatas que permiten diferenciación del objeto y de sí mismo con respecto al objeto desde el nacimiento de la vida, aparte de todo afecto. Me imagino que todos ustedes conocen estos trabajos, por ejemplo, al cabo de pocas semanas se le presenta al bebé dos objetos, uno redondo y un cubo, se les pone en la boca, sin que pueda verlos.

Entonces, al bebé se le da un objeto redondo en la boca. Después, si se le presenta visualmente uno redondo y un cubo, el bebé mira el redondo; si se le pone el cubo, mira el cubo. Es decir, es capaz de transferir de tacto a visión sin experiencia previa, fantástico. Si se le muestra a la madre hablando, dos imágenes, una perfecta sincronización entre imagen visual y voz, y otra con fracción de segundo, desincronización entre imagen y voz, el bebé se concentra en la imagen concentrada. O sea, existen capacidades cognitivas fantásticas, no hay fase autista inicial, ni fase simbiótica inicial. El bebé no es un ente autista que emite pseudopodios -fantasía de Freud- es un individuo relacionado.

Tenemos que estudiar el desarrollo de las estructuras cognitivas independientemente de las afectivas, si bien las afectivas tienen también implicaciones cognitivas. Yo creo que no se puede sostener la idea de que los afectos son sólo conscientes. Esa teoría de Freud, entre los años 1913 y 1915, de que los afectos son fenómenos de descarga, solamente descarga, se debe a que Freud estaba todavía enganchado con la teoría de James y Lange, que tenían una teoría periférica de los afectos. (Los afectos son manifestaciones periféricas, si uno corta todos los nervios por la periferia, no hay más afectos: estamos tristes porque lloramos). Esa teoría dominó hasta los años veinte, y Freud, su primera teoría de afecto, la adjudicó a cómo estaba la neurofisiología en ese tiempo, sin captar siquiera toda la problemática del afecto. Recién en los años veinticinco, se desarrolla la teoría de McDougall de los afectos como experiencia subjetiva central, y después de eso, por supuesto, llegamos hasta Tomkins. No sigo más adelante. Lo que estoy tratando de decir es que la teoría del afecto de Freud sufría bajo el hecho de que su concepción estaba todavía ligada a la neurofisiología. Freud diferenciaba claramente pulsiones de instintos, pero la idea de instintos en ese tiempo era muy primitiva, y Freud no supo qué hacer con la idea. Dijo: pulsión es algo entre lo físico y lo metafísico. Es un concepto mítico en Freud, y yo creo que no podemos seguir con esta mitología con todos los avances que hemos tenido en las neurociencias. Yo creo que hay evidencias de que hay afectos inconscientes, de que la interpretación de la represión produce reacciones afectivas, y que existen memorias afectivas. Las estimulaciones del sistema límbico han mostrado que hay zonas que pueden estimularse y producen inmediatamente ciertos afectos específicos junto con ciertas memorias, de modo que yo creo que no puede sostenerse que los afectos son sólo un fenómeno de descarga, o que son solamente conscientes. Creo que hay afectos inconscientes como disposiciones afectivas, ligadas por supuesto, a conceptos, a la condición correspondiente.

En cuanto a los estudios neurocientíficos de activación afectiva. De hecho, mi instituto está muy involucrado en la investigación neurocientífica, trabaja-

mos juntos con la universidad de Rockefeller, donde Bruce McQuein es el investigador que ha demostrado el rol del hipocampo como localización de memoria afectiva. Ha demostrado en ratas que bajo condiciones de estrés muy importante, crónico, especialmente al estresar a las ratitas por producir separación prematura prolongada (lo que produce una reacción de estrés y aumento intenso de cortisol) se produce una reducción del hipocampo. Es decir, bajo estrés crónico, se reduce la estructura de memoria afectiva, y cuando se recupera del estrés, se reproducen las células en el hipocampo. Creo que es uno de los hallazgos más interesantes y estamos pensando si tenemos los medios financieros de estudiar (porque son técnicas caras) si en nuestros pacientes limítrofes podemos medir exactamente el volumen del hipocampo antes del comienzo del tratamiento y al final del tratamiento. Lo que estamos haciendo es estudiar la relación entre la activación afectiva con imagen de resonancia magnética funcional, estudiando con medios de contraste la activación de zonas del cerebro cuando hay activación afectiva, que son zonas medio temporales especialmente, y estudiando también bajo esas condiciones zonas de control cognitivo, especialmente prefrontales laterales. Silversweig es el neuroradiólogo que está haciendo estos estudios con nuestros pacientes (con cierto porcentaje de nuestros pacientes, no con todos), con la hipótesis de que a través del tratamiento se va a reducir la difusión afectiva con relación a la activación de las zonas de control cognitivo a medida que mejora el tratamiento. Yo creo que esta es una dirección de investigación, si ustedes quieren un poco primitiva, en cuanto a la complejidad de todas las estructuras psíquicas, pero estamos poco a poco avanzando en estudiar las correlaciones.

Les repito lo que les dije al comienzo. Yo siento que la idea freudiana de pulsión, por un lado, es eminentemente útil clínicamente, esta organización dual entre pulsión de vida y de muerte, libido y agresión. Creo que es una concepción fundamental sin la cual se produce un caos y no podríamos formular las cosas que pasan clínicamente, pero creo que la idea de que las pulsiones son innatas es una hipótesis cuestionable y que es *Deus ex machina*. Es mucho más racional pensar que las estructuras que conocemos, que son justamente las estructuras afectivas, son las que se organizan; por un lado, la parte afectiva en las pulsiones; por otro, la parte representacional en el Yo-Ello-Superyo. Veo Yo-Ello-Superyo, la organización de las estructuras cognitivas, especialmente, y las pulsiones, la organización de los afectos. Lo único que yo agregaría es que esto es una abstracción y que en la práctica las relaciones objetales primitivas no se mantienen como tales si no se van organizando en una especie de lo que Sandler llama *Template*. No sé cómo se dice en castellano, es una estructura no personificada, despersonalizada, que integra todas esas experiencia primitivas. *Template* es una estructuración despersonalizada

que recién durante el tratamiento psicoanalítico, reactiva relaciones de objeto primitivas componentes, que nunca habían llegado a la conciencia, y en ese sentido el descubrimiento de la memoria de procedimiento, la existencia de memoria procesual en contraste con la memoria declarativa, pudiera ser la correlación neurofisiológica de este *Template* primitivo, antes de activarse como relación de objeto. En fin, todo esto en conjunto implica la crítica de la teoría de pulsión en cuanto a su origen, no su formulación clínica, y la acentuación sobre el concepto de afecto. Creo que los afectos son uno de los puentes importantes entre la neurofisiología -entre neurociencias, digamos- y estructura psíquica. Los otros dos puentes son cognición y conciencia. Sobre cognición sabemos bastante ya, el desarrollo de la capacidad de pensamiento simbólico, etc. Sobre conciencia estamos todavía bastante en el aire, este es un tema para el futuro bien complejo y muy importante.

Francisco Ruiz Manresa (Asociación Venezolana de Psicoanálisis): Tengo un par de preguntas. En estas sesiones tormentosas, generalmente la actividad de uno puede ser muy activa, muy rápida; tener que responder en una forma atinada a las necesidades del momento, en forma tal que en contratransferencia, en mi sentir, casi nos damos cuenta de ella a posteriori, una vez que ya prácticamente la hemos *enacted*, la hemos puesto de manifiesto en la misma intervención. De tal manera que lo que nos queda, creo yo, muchas veces, es tener la confianza de que nuestra contratransferencia ha guiado mucho de nuestro pensamiento y de nuestra intervención; pero si tratamos de entenderla antes de intervenir, empezamos a tener una rigidez que puede ser contraria, que incluso nos puede dar un poco la situación del terapeuta que usted señalaba, que podía responder en un momento de mucha intensidad como “usted está muy violento hoy”, o algo así, no permitiéndose una espontaneidad y manteniendo más bien un patrón, un esquema que lo ha paralizado, tratando de ver a lo mejor cómo era su contratransferencia. Quizá ahí ya estamos atrapados y de la contratransferencia sola, nos daríamos cuenta después de actuar un poco.

Y la otra pregunta tiene que ver con lo que usted acaba de plantear, extendiendo los hallazgos de Charles Nemeroff, quizás también a pacientes con depresiones severas, es si ustedes han tenido experiencia en pacientes que están o muy angustiados o profundamente estresados, de combinar en la terapia, medicación, de manera tal de disminuir un grado importante del estrés y proteger incluso el hipocampo, mientras uno está haciendo sus avances terapéuticas en forma paralela.

O.K.: Usted sugiere varios problemas. Primero, dado que con los pacientes *borderline* se producen cambios de momento a momento por el fracciona-

miento de la libre asociación, fraccionamiento en algunos casos muy violentos, y en otros en que nada pasa, en que tenemos que actuar en el momento, porque el peligro está en adormecerse por la violencia de lo que parece que fuera como muy tranquilo. Estoy de acuerdo en que al tratar de actuar momento a momento, existe un cierto peligro de actuación o de *acting out* de la contratransferencia; intervinimos antes de que demos tiempo de pensar largamente sobre la situación. Es cierto eso, es un peligro. Pero yo creo que en general, la contratransferencia aguda, que cambia de momento a momento, en los casos tan graves, está tan fuertemente controlada por la patología del paciente que si nos dejamos llevar momento a momento por lo que pasa, vamos en general seguros, e incluso tenemos la posibilidad de arreglar las cargas sobre el camino, porque el paciente nos va corrigiendo y siempre que no tengamos que insistir rígidamente en un punto de vista es mejor ensayar, interpretar, ver que la cosa ha fallado y ensayamos de nuevo. Yo uso la imagen del carrusel, que uno trata de saltar sobre un caballito, falla, bueno, espera a la próxima vuelta, todavía no, a la tercera vuelta salta y queda sentado donde debe estar. De modo que yo prefiero que, especialmente los terapeutas relativamente jóvenes que tienen temor a usar sus conocimientos (es típico, yo creo, que el problema más general de los terapeutas es que llegan a entender perfectamente lo que pasa en la transferencia pero no se atreven a intervenir), es importante que se atrevan a intervenir; mejor errar a no saber, y esto se puede corregir, en contraste con los problemas de contratransferencia crónica. La contratransferencia crónica es distinta, es una distorsión de nuestra relación con el paciente a través de un período de tiempo. Todos tenemos la experiencia cuando decimos “¡ay!, viene de nuevo este paciente, menos mal que es viernes en la noche” o “¡ay!, me quedan todavía dos pacientes antes de ver a esa persona que es tan fantástica”. Tenemos estas distorsiones a largo plazo, que generalmente indican o una problemática seria no resuelta en el paciente o en nosotros. Esas son más peligrosas pero también tenemos mucho más tiempo para pensar mientras estamos bajo la ducha, o *jogging*, qué es lo que pasa que este paciente se nos viene a la mente todo el tiempo, y en este sentido es natural que estos pacientes graves tengan períodos en que no entendemos lo que pasa, nos persiguen, y que utilicemos el tiempo fuera de las sesiones para tratar de comprender las cosas. A propósito, a todos nos pasan períodos de no entender lo que pasa, desde Freud para abajo, y es importante tener colegas en quien uno confía y con quien puede decir “mira, quiero discutir un caso contigo que no sé qué pasa”. Yo tengo amigos a quienes puedo presentar un caso que no entiendo y ellos pueden hacer lo mismo conmigo, y eso es muy importante, especialmente si uno va a tratar pacientes graves.

Es interesante la diferenciación entre actuación y *acting out*, lo que en inglés se llama *enactment* y *acting out* (el francés no tiene esta diferencia, "*passage a l'act*" incluye las dos cosas; el alemán tampoco tiene la diferencia; el inglés y el castellano tienen estos dos aspectos). Creo que es inevitable que creamos la situación; a través de nuestra contratransferencia contribuimos a actualizar una situación del pasado; en este sentido participamos en una actuación, en crear un escenario, pero eso es distinto al *acting out*, que es transformar en acción algo que no se tolera como experiencia psíquica. Mientras el terapeuta tolere como experiencia psíquica lo que está actuando, puede usarlo como tercero excluido.

Último punto sobre medicación. Esto está siendo muy discutido en nuestros medios y estamos adquiriendo experiencia. A mi juicio, si hay una depresión doble, una psicosis maníaco depresiva, hay indicación de medicación y no hay ninguna incompatibilidad entre usar medicación antimaníaca, antidepressiva o estabilizadora del ánimo, simultáneamente con trabajo analítico. Siempre que se use la medicación no como placebo, sino en dosis adecuadas por un tiempo adecuado, y yo prefiero cuando hago trabajo analítico que otra persona haga de psicofarmacólogo. Lo haría yo mismo si tengo un paciente en psicoterapia de apoyo, pero no en psicoterapia analítica; siempre termino con problemas cuando trato de hacer las dos cosas. Si el paciente tiene una depresión caracterológica, una distimia, en general, a no ser que sea extremadamente grave con peligro de suicidio, no hay necesidad de usar medicamentos. Si tiene angustia grave de un tipo paralizante a través de un período largo, yo creo que se justificaría usar un neuroléptico en bajas dosis. Lo que trato de evitar como la peste son las benzodiazepinas más de dos o tres semanas. No sé si ustedes en este medio están bajo la presión de usar benzodiazepinas; en los Estados Unidos el abuso de las benzodiazepinas es fabuloso, el abuso de todos los medicamentos. Hay una actitud descerebrada de los psiquiatras, que no se dan cuenta de que en los trastornos de personalidad se usa medicación ansiolítica, antidepressiva, que funciona por algunos meses, y luego la patología de afecto sobrelleva el problema; entonces cambian de medicamento, que nuevamente por seis meses anda bien, y después de cinco años tenemos a alguien con veinte medicamentos y ya no sabemos qué es lo que pasa. Lo mejor es tratar a los pacientes sin ningún medicamento. Así que es importante ser realista. Por ejemplo, en los Estados Unidos hay una moda de hacer diagnóstico de enfermedad bipolar, bipolar dos que es fantasmagórica en el 80% de los casos. En una bipolar dos real, yo utilizaría estabilizadores del ánimo, pero no en las pseudo bipolares dos que son simplemente la inestabilidad afectiva, o sea, yo creo que hay lugar para los tratamientos, para la farmacología, que no es incompatible con el tratamiento psicoterapéutico o psicoanalítico, pero tiene

que ser sofisticada y no sobre la base de la mística medicamentosa, como que el Prozac cambia la personalidad o una cosa así escandalosa de la industria farmacológica que no debería tener lugar.

Alicia Leisse de Lustgarten (Sociedad Psicoanalítica de Caracas): Entiendo que lo que usted nos trae hoy es una propuesta de uso contratransferencial muy específica, muy particular, que yo pienso que involucra una modificación técnica importante. Lo que entiendo que usted describe como la contratransferencia, yo lo llamaría el registro del analista, el registro emocional, el registro afectivo, ¿por qué? Porque en un trastorno *border* o narcisístico, lo que está ocurriendo en escena es lo que el paciente trae. No es que es un ataque nada más, es que moviliza una situación de ataque, de rabia, de fastidio, de reacción emocional en el analista, que el analista no utiliza -me permitiría yo decir a través de lo que yo le entiendo- sino que se mete en él. Es decir, la paciente, cuando usted se quedó trancado en el consultorio, usted estaba furioso, bueno, ya se había acabado la sesión, pero la furia que le puede despertar un paciente a usted, o al que esté con un paciente así, yo entiendo que es incorporada en el trabajo, no es discriminada en cuanto a porqué el paciente me puso furiosa o no, sino que yo me pongo furiosa y con eso trabajo. En ese sentido me parece que es una diferencia importante con respecto al abordaje de otros pacientes, pacientes neuróticos, porque con este tipo de pacientes de acuerdo con lo que usted trae, uno es menos semblante, menos pantalla, es más persona furiosa o persona fastidiada; es decir, uno está más involucrado con todo lo que a uno le está pasando y eso lo introduce en el escenario. Es lo que yo le he entendido a usted y quería comentarlo y preguntar al respecto.

Bernardina Ayala (Sociedad Psicoanalítica de Caracas): Dos preguntas. Una va en el sentido de lo que planteaba Alicia, en cuanto a la contratransferencia. Lo que usted llama contratransferencia, es lo que sería el afecto del analista, el afecto del momento del analista. Además creo que no hay una diferencia entre lo que sería la contratransferencia del analista, por supuesto, y la transferencia del analista, entendiendo la contratransferencia en relación al paciente y la transferencia del analista como algo que tiene que ver con el analista y su propio conflicto, no con el paciente. Diferente esto del afecto que puede sentir uno de rabia como afecto como tal. La otra pregunta tiene que ver con los afectos y con la pulsión. La pregunta sería, ¿usted hace alguna distinción, alguna diferencia entre afecto, sentimiento y emoción? En este caso, usted hablaba de afectos inconscientes. Los afectos serían sentimientos inconscientes. El amor, el odio, se expresan como afecto, como sentimiento, como emoción. ¿Se expresan de las tres maneras en tres registros diferentes?

Lo otro es el odio primitivo. Usted nos hablaba de cómo se presenta, cómo se manifiesta, pero, ¿cómo surge, de dónde surge de acuerdo a su teoría? A mí me parece que la pulsión, tal como la plantea, es no como pulsión sino cómo los afectos se organizan y se integran, y de allí surgiría, así lo entendí yo. No haría falta el concepto de pulsión, entonces, ¿qué es el afecto, es la energía psíquica?

O.K: Aquí hay dos temas muy importantes, uno es la contratransferencia que planteó usted y Alicia, y el otro, los afectos. Primero, quisiera comentar un poco sobre contratransferencia. Hay una definición clásica de contratransferencia que la sugirió Freud, que son las transferencias del analista. La solución de las transferencias del analista es analizarlas, sacarlas del campo, como quien dice. Esa concepción de Freud surgió, como ustedes saben, históricamente porque Freud se espantó de que sus colegas terminaban acostándose con sus pacientes; le horrorizaron todas las experiencias de Steckel, Ferenczi, de Jung, las complejas relaciones sexuales con pacientes, y él tenía miedo de que se iba a desprestigiar todo el psicoanálisis. En el fondo, la contratransferencia, como concepto en Freud, nació de la contratransferencia sexual de los analistas hombres con mujeres con estructura neurótica, que desarrollaban intensas transferencias eróticas edípicas. Freud estaba tan preocupado que su artículo sobre contratransferencia lo escribió a máquina, lo repartió, y se produjo un verdadero tabú con respecto a hablar de eso que duró hasta los años 50, y fue roto recién por una espléndida serie de trabajos contratransferenciales de la escuela inglesa como los de Winnicott, Money Kyrle, etc.

El concepto actual moderno de contratransferencia, a mi juicio, ha cambiado radicalmente, no se refiere ya a las transferencias del analista, sino a la reacción emocional total del analista frente al paciente en cada momento. En ese sentido la contratransferencia coincide o incorpora el registro afectivo y tiene cuatro componentes. Uno, la *reacción realista* frente a la transferencia; si el paciente nos ataca es lógico que lo odiamos; si el paciente se pone pedigrüeño, exigente, es lógico que reaccionemos con dependencia frustrada; si el paciente trata de estimularnos sexualmente, es lógico que nos excitemos sexualmente. De modo que es la reacción realista frente a la transferencia. El primero que escribió sobre eso fue Winnicott cuando habló de odio en la contratransferencia. Segundo, *reacción emocional* frente a la realidad del paciente. Si el paciente se enferma, está con peligro de muerte, nos preocupamos por él y esto es parte de nuestras emociones realistas, ya no por la transferencia sino por la realidad de la vida del paciente. Tercero, el *aspecto real en que el paciente nos afecta* a nosotros, por ejemplo, si somos candidatos y tenemos miedo de que si el paciente se nos va, el instituto nos va a calificar mal, tenemos

reacciones afectivas realistas por nuestra propia situación; o si empezamos a trabajar y tenemos un paciente que es el único que nos paga bien, y paga la mitad de lo que nos cuesta el consultorio, y se nos va ese paciente, nos angustiamos con buenas razones por nuestra realidad. Y por último, contratransferencia en el *sentido clásico* de Freud, porque el paciente nos recuerda inconscientemente a nuestra hermana, etc.

La contratransferencia es una reacción afectiva compuesta de estos cuatro determinantes, que pueden ser conscientes o inconscientes, y mientras más intensa y primitiva la transferencia, más corresponde la contratransferencia como reacción realista frente a la transferencia, y por eso podemos usar la contratransferencia consciente en el tratamiento con pacientes muy graves. Desde este punto de vista le respondo a Alicia para decirle que nuestro registro emocional tiene que ser analizado de dónde viene; por ejemplo, mi rabia puede ser porque yo estaba furioso porque ella estaba interfiriendo con mi trabajo, era en parte respondiendo a la agresión de la paciente, en parte a la invasión de mi tiempo y de mi consideración por el paciente siguiente, etc., o mi amor hacia la puerta. Yo creo que tenemos que analizar de dónde viene nuestra reacción y tenemos que tratar de analizar aspectos inconscientes que vemos indirectamente, por ejemplo, que no sentimos nada frente un paciente, o cosas excesivas, o fantasías regresivas, etc.

Es por eso que desde un punto de vista práctico traté las reacciones emocionales del terapeuta como si todas ellas correspondieran a la contratransferencia, partiendo de este concepto amplio o totalista. Debo decir, sin embargo, que hay muchos autores que no usan este concepto; por ejemplo, Bion tiene un concepto completamente clásico. Para él la contratransferencia hay que resolverla en su propio análisis, no le interesa; le interesa el análisis de lo que el paciente proyecta sobre nosotros, pero no lo llama contratransferencia, ahí todavía usa el término de manera clásica. Este es mi concepto y me parece que, como usted dijo, el análisis de nuestra respuesta afectiva, momento a momento, es una de las fuentes de información de lo que está afectivamente dominando en la sesión, junto con la comunicación verbal y no verbal del paciente.

En cuanto a los afectos, la terminología cambia según los diferentes autores. Hay bastante caos en este sentido, el término de afecto es el más general para todo el campo, por eso lo uso. Se usa también específicamente para referirse a los afectos más primitivos, en contraste con los afectos más avanzados que son sentimientos, que son más complejos. De hecho, los afectos son estructuras psicofisiológicas que existen desde el nacimiento, y hay ciertos afectos básicos: rabia, sorpresa, disgusto, angustia, euforia, depresión.

Son seis, más uno que no se menciona nunca al que me voy a referir. Hay un afecto muy importante primario que se organiza en forma gradual, del cual nunca se habla, que es la excitación sexual. Llamo la atención sobre el hecho de que la estructura psicológica de la excitación sexual es ignorada en las neurociencias y en el psicoanálisis, lo que demuestra los conceptos de Freud acerca de nuestro profundo temor a enfrentar la sexualidad infantil. Esos son afectos primarios, ¿qué son los afectos?, son estructuras psicofisiológicas en el sentido de que tienen una experiencia subjetiva fundamental, cualitativamente distinta, una expresión facial diferenciada típica para el género. Todos los seres humanos tienen las mismas expresiones faciales para los mismos afectos. Son estructuras, entonces, que tienen expresión facial, expresión psicomotora, experiencia subjetiva, aspecto cognitivo y descarga neurovegetativa; es un paquete que se activa en el momento de nacer. Desde un punto de vista neurofisiológico podríamos decir que estos componentes independientes se van organizando en las primeras experiencias de vida. Es un tema complejo, hasta qué punto los afectos primarios ya exigen la relación de objeto para organizarse. Pero son estructuras innatas con aspectos claramente fisiológicos y psíquicos, tienen una función puente entre lo físico y lo psíquico. ¿De dónde vienen? Están determinados, controlados por ciertas zonas cerebrales. Hemos hablado de la función del hipocampo, en cuanto a depósito de memorias afectivas. Hay zonas hipotalámicas especializadas en la activación -hipotalámicas y encefálicas en general- especializadas en la experiencia de los diversos afectos, o sea, hay zonas, hay estructuras del sistema nervioso central, y hay sistemas neurotransmisores cuya combinación caracteriza los diversos afectos. No es que hay un sistema para cada afecto, sino combinaciones, y conocemos especialmente en este momento la serotonina, la adrenalina y norepinefrina, la dopamina, el ácido gamma butírico; como cuatro o cinco sistemas involucrados, y probablemente hay veinte de los cuales todavía desconocemos diez. Estamos como al comienzo, si bien hay conocimientos bastante importantes, especialmente quizá sobre el sistema serotoninérgico. Así que son complejos sistemas que están organizados especialmente en cuanto a afectos negativos en la respuesta de apego; especialmente en la frustración del apego desencadenan inmediatamente una reacción de estrés, que al mismo tiempo es una actuación combinada de lo que van a ser los afectos de angustia, depresión, y rabia, que gradualmente se diferencian. Estos afectos primarios tienen dos funciones: uno, de darle al organismo una sensación de dónde está, es decir, “esto está bien, más de eso está mal, escapémonos”, o sea, es una manera cognitiva primitiva de organizarse en el mundo que nos rodea, y segundo, igualmente importante, son un sistema de señales que le dicen a la mamá “¡ay!, ¡pasa algo! Estoy con problemas”.

Los afectos aparecen en los mamíferos. Estos son animales que tienen un desarrollo cerebral extraordinario que les permite una adaptación muy superior a la de los animales inferiores, pero cuya cabeza sería demasiado grande al nacer, o sea los mamíferos nacen sin completud de su sistema nervioso central, y por lo tanto, después de que nacen hay que cuidarlos. Los mamíferos necesitan un cuidado postnacimiento que exige un sistema de señales que le dice al animal que los cuida qué es lo que tiene que hacer. La ratita emite señales afectivas (por supuesto, que eso está máximamente desarrollado en los primates), que da, entonces, a la persona con función materna, la instrucción de qué hacer. Las madres que nunca han leído los trabajos de Tomkins saben perfectamente cuándo su bebé está llorando, o cuándo está contento. No necesitan estudiar eso porque tenemos conocimiento innato en la lectura de los afectos, y el bebé tiene estructuras cognitivas innatas que le permiten leer los afectos de la madre. Así que estas estructuras altamente complejas son las que constituyen las piedras de construcción del aparato psíquico.

Sobre eso se basan enseguida afectos mucho más complejos, como la envidia, el odio. La rabia, simplemente, es un afecto negativo que trata de eliminar un estímulo doloroso; el bebé siente dolor, siente hambre, siente rabia. El odio ya es una rabia elaborada en la cual, por proyección, se piensa que el estímulo es un objeto malo que lo ataca a uno y que uno tiene que destruir, hacer sufrir, controlar. La excitación sexual es un afecto primario, no voy a hablar de cómo se origina; el deseo erótico ya implica una relación de objeto. La envidia es un afecto complejo que implica odio hacia un objeto bueno. Melanie Klein, al pensar que la envidia es innata, no sabía nada de biología moderna; naturalmente, no se la puede culpar. Los kleinianos actuales que piensan que la envidia es innata, esos sí que tienen que estudiar un poco más de neurofisiología. Así que hay afectos complejos que llegan a ser sumamente elaborados a medida que se integran relaciones de objeto, y entonces llegan a ser cada vez más "sentimiento", y hablamos de emociones para cubrir todo el campo desde los afectos primitivos hasta los sentimientos más complejos, pero la terminología varía en diferentes idiomas y varía en los diferentes teóricos, así que no es posible ser muy preciso con eso.

Luis Madrid (psiquiatra del Hospital Militar): Yo quería hacer dos preguntas. En primer lugar, noté en su exposición que siempre plantea que hay una respuesta a la ira, a la tormenta afectiva del paciente, o a este odio primitivo; siempre hay una respuesta del terapeuta. Mi pregunta va dirigida en sentido contrario, ¿no existe la posibilidad de que el odio primitivo alcance tal magnitud o tal desorden que produzca más bien parálisis y que no pueda haber respuesta?, ¿o no haya entendimiento, no haya alguna formulación cognitiva o respuesta organizada que devolverle el paciente?; sobre todo tratándose de los

pacientes limítrofes, donde sabemos que las manifestaciones transferenciales y afectivas son prematuras, abruptas y violentas.

En segundo lugar, si me pudiera describir la diferenciación entre el mecanismo de proyección y el de identificación proyectiva, y si el mecanismo de identificación proyectiva se puede agregar al listado de componentes del nuevo concepto de contratransferencia, del concepto moderno en cuanto a la respuesta contratransferencial; es decir, si la identificación proyectiva originada en este tipo de paciente tiene que ver con la respuesta contratransferencial del terapeuta.

O.K.: Yo creo que la idea de una parálisis es muy importante. Sí, hay situaciones en que el terapeuta, simplemente por la violencia de la reacción del paciente, la confusión, la sorpresa, puede crear una sensación de parálisis y de no entender; se produce entonces, desde un punto de vista conceptual, una ruptura de la comunicación en ese momento, y lo único que el terapeuta puede diagnosticar es la ruptura de la relación con el paciente. Lo que hay que hacer en ese momento es, o esperar y retrospectivamente decir qué es lo que pasó allí en el momento en que se rompió nuestra relación, o empezar a tratar de desarrollar hipótesis sobre lo que está pasando y entrar en un diálogo, decirle al paciente, “yo no entiendo lo que me está diciendo, qué es lo que está pasando en este momento”. Desde luego, si el paciente está intensamente furioso, es posible que él sienta que una pregunta así, “no entiendo lo que pasa”, es un ataque salvaje. Lo que hacemos en ese caso, es, o quedarnos callados y esperar, o una clarificación preventiva. Yo le pregunto al paciente, “mire, yo quisiera hacerle unas preguntas pero no sé si usted puede tolerar eso en este momento, ¿prefiere que yo no diga nada?”. Y si el paciente dice, “sí, ¡quédese callado por una vez!”, yo me quedo callado. En todo caso, lo importante es tolerar la ruptura, la no comprensión, y esperar a que las cosas se aclaren, generalmente a la larga siempre se aclaran.

Las situaciones más difíciles no son aquellas en que se ignora qué es lo que está pasando. Lo más difícil son esos pacientes en que no pasa nada, sesión tras sesión, y que tienden a destruir la buena voluntad del terapeuta; o los pacientes sumamente rígidos que se encuentran con un terapeuta que es rígido también, y entonces se produce una contaminación del estilo de comunicación del terapeuta con el estilo de comunicación del paciente. Esto lo señaló hace muchos años David Liberman, un analista argentino que escribió dos libros sobre psicolingüística excelentes, que desgraciadamente no están traducidos al inglés, en que dentro de una perspectiva kleiniana trató de describir defensas caracterológicas expresadas en el estilo lingüístico del paciente. Me parece una obra sumamente importante, y es un problema que vemos todo el tiempo. Los

pacientes contaminan al terapeuta con su estilo lingüístico y producen un bastión, como lo llama Baranger. Una especie de colusión inconsciente. Por ejemplo, un paciente sumamente obsesivo dice: “entonces, yo pensé que esta agresión de mi jefe en realidad merecía una descalificación total... uno podría pensar en que valdría la pena incendiarle la oficina”, en fin, con una actitud así, y el analista dice: “entiendo que usted sintió una rabia sumamente intensa”. O un paciente histérico que dice: “llegué... allí, estaba mi marido”; silencio. Y el terapeuta dice “¡y...qué pasó!” Con pacientes muy rígidos se produce una especie de petrificación. En este momento nosotros tenemos supervisiones colectivas en que todos los terapeutas nos juntamos todos los jueves por una hora y media, vemos los videotapes, discutimos la técnica, pero cuando hay terapeutas que tienen problemas especiales, a ellos les recomendamos que tengan supervisión individual con cualquier persona de nosotros, en un sistema bastante libre. En este momento estoy supervisando a un terapeuta muy obsesivo, y la paciente es una mujer de unos 45 años, muy hombruna, rígida, que no expresa ninguna emoción, en cuya vida no pasa nada, y ver a los dos es como una discusión teórica entre dos filósofos. Yo le estoy señalando al terapeuta, momento a momento, lo que se podría hacer, y el terapeuta me mira en la última sesión, y me dice “bueno, trataré de ser tan histriónico como usted”.

Segunda pregunta: proyección e identificación proyectiva. A mi juicio la identificación proyectiva es una forma primitiva de proyección. El mecanismo que describió Freud de proyección, en realidad, cubre todos los casos porque no lo diferenció bien. Melanie Klein y Rosenfeld definieron identificación proyectiva. En la identificación proyectiva se atribuye al otro algo que no toleramos en nosotros, tendemos a inducir inconscientemente en el otro aquello que estamos proyectando, tratamos de controlar al otro para que no nos asalte lo que estamos proyectando, y mantenemos empatía con lo que estamos proyectando porque sabemos cómo se siente cuando uno siente aquello que siente el otro y no nosotros. Es decir, este paquete es la característica de identificación proyectiva, y está basado en la escisión, *splitting*, en un nivel primitivo. Proyección es un mecanismo de defensa más avanzado, basado en represión, en el que atribuimos al otro algo que tenemos reprimido. Una persona odia a los homosexuales sin tener ningún impulso homosexual, está obsesionado con los homosexuales pero nunca ha sentido ningún impulso homosexual, eso es proyección. Pero una persona agresiva que siente que el otro le está atacando, y tiene que controlarlo, eso es identificación proyectiva. Esto de que los mecanismos tienen formas primitivas y avanzadas, se ve en todos los mecanismos, por ejemplo, la denegación es la forma primitiva de la negación; la idealización primitiva con escisión, idealización; persecución, es una forma primitiva de la idealización como reacción a la culpa (“esta persona es tan ideal, todavía me

quiere a pesar de mi maldad”) que es una forma mucho más compleja de idealización, etc. Hay autores, como Ogden, que definen a la contratransferencia del analista, que se produce cuando el paciente actúa una identificación proyectiva, como parte de la identificación proyectiva. A mi juicio es extender demasiado el concepto de identificación proyectiva. Es cierto que bajo condiciones de identificación proyectiva en la contratransferencia, tiende a activarse aquello que está proyectado, pero no en todos los casos el paciente que usa identificación proyectiva induce tal manejo de afecto, y hay muchos casos de contratransferencia que no son debidos a identificación proyectiva, así que yo creo que conviene mantener los conceptos separados. La contratransferencia, como usted sabe, se puede dividir siguiendo a Racker en contratransferencia concordante y complementaria. La concordante en que uno siente lo mismo que la referencia subjetiva central del paciente, la complementaria en la cual uno siente aquello que el paciente no tolera sentir, y en la identificación complementaria, la contratransferencia, el mecanismo de identificación proyectiva es sumamente importante, pero creo que para no extender excesivamente los conceptos conviene mantenerlos separados.

(c) Otto F.Kernberg

Summary

Managing Affective Crises: Primitive Hate in the Transference

In this article the author discusses some technical developments devised after years of research on psychotherapy with borderline patients. His emphasis is on the affective storms of the patient that often produce primitive hate in the transference. He describes the psychoanalytic theory of the affects and discusses his own theory on this topic. The author presents several case vignettes to demonstrate the use of the countertransference in therapy with borderline patients, the frame of the treatment and the supervision of psychotherapists in training.