

## EL CASO: VALKIRIA R.

Francine Simões Peres (\*)

### RESUMEN

Basada en una historia real, relatada en la obra El caso Valkiria R., el objetivo del artículo es pensar sobre algunas de las formas posibles de conversión del dolor psíquico en dolor físico que, a pesar del avance de la medicalización, se hacen presentes en las quejas recurrentes. Se hace una revisión de las teorías de Sandor Ferenczi y Donald Winnicott, con énfasis en la importancia asignada al cuerpo y a la regresión en el encuadre clínico, considerando la posibilidad de estar y de sentir con, en el sentido de aminorar el sufrimiento de aquel que busca la ayuda.

**Palabras claves:** Dolor, cuerpo, clínica y regresión

### RESUMO

Tendo por base uma história verídica, relatada na peça O caso Valkiria R., o objetivo do artigo é pensar algumas das possíveis formas de conversão da dor psíquica em dor física que, apesar do avanço da medicalização, se fazem presentes em queixas recorrentes. É feito um recorte nas teorias de Sandor Ferenczi e Donald Winnicott, com destaque para a importância do corpo e da regressão na cena clínica, considerando-se a possibilidade de estar e de ‘sentir com’, no intuito de amenizar o sofrimento daquele que busca auxílio.

**Palavras-chaves:** Dor, corpo, clínica e regressão.

### ABSTRACT

Based on a true story reported in the play “O caso Valkiria R.”, the aim of this paper is to have a reflection about the possible ways of conversion from psychic pain into physical pain, which are present in recurring complaints, in spite of the advances in modern medicine. The idea is to approach the theories of Sándor Ferenczi and Donald Winnicott, particularly when they discuss the importance of the body and of regression in the clinical setting, considering the possibility of ‘being with’ and ‘feeling with’ as intended to relieve suffering of the one who seeks help.

**Key-words:** Pain, body, clinic and regression.

### EL CASO

La cuestión abordada en la obra ‘El caso Valkiria R.’, de la autora Claudia Sússekind, se desarrolla entre las décadas de 1940 y 1980, y se refiere a la historia de la paciente homónima<sup>1</sup>, que sufre de dolores físicos y recurre a un tratamiento psicoanalítico, ya que otros médicos no consiguen detectar sus causas ni aminorar su sufrimiento, ni siquiera con el uso de medicamentos: “no hay remedio para mí”, dirá la paciente.

Valkiria inicia la primera escena con la siguiente frase, ensayando, sin éxito, escribir su libro:

---

1.- El nombre del personaje es ficticio.

Mi antigua ciudad tenía un cielo color de plomo y los más largos inviernos de mi memoria... Noches frías... Las luces apagadas en el antiguo caserón... Los fantasmas al acecho... Intento con susto y sobresalto encontrar una puerta... Las puertas están cerradas... No me escucho, no te escucho... ¿Dónde están las palabras que me pueden calmar?

La escena se transporta inmediatamente al consultorio del Dr. Goldstein, el psicoanalista, a quien Valkiria pide socorro y comienza a relatar sus quejas. Valkiria sufre de dolor insoportable en las articulaciones, que parecen ser derivados de reminiscencias de su infancia, pues sus exámenes clínicos no muestran ninguna alteración.

La historia de la paciente estaba marcada por la pérdida de su hermana mayor, Violeta, quien murió precozmente, de neumonía, a los siete años, cuando su madre todavía estaba embarazada de Valkiria. En esa época, todavía no existían los antibióticos. No logrando recuperarse, la madre entra en un estado melancólico y no se adapta al mundo de los vivos. “Ella no me veía”, declara Valkiria.

La madre, Gardenia, tenía una fijación por su hija muerta, desplegando fotos de ella por toda la casa, bloqueando su capacidad de jugar, de transmitir afecto, cariño y seguridad para las otras hijas: además de Valkiria, está la hija menor que se llama Victoria. Esta, a su vez, siempre se (pre)ocupaba con los problemas de Valkiria, destinando gran parte de su tiempo para cuidar de ella, convirtiéndose casi en una madre. Acompañaba a la hermana a casi todas las consultas. En sus palabras, “yo te prometí nunca dejarte sola, y nunca te dejé, ¿quién te acompañó por toda tu vida? Días y noches a tu lado (...) Y ahora, no sé para dónde ir.”

En el consultorio, el psicoanalista se dispone a trabajar una laguna afectiva, según Ferenczi, *los blancos psíquicos* -de los cuales hablaremos en la secuencia- sentidos por su paciente que se expresan bajo la forma de dolor, y, concomitantemente, de un grado de hipocondría: “Doctor, ese mal que me ataca el cuerpo, puede alcanzar el corazón (...) ¿Voy a morir?”, Pregunta el personaje en un tono fatalista. Su diagnóstico se aproxima a aquel relatado en ‘Psicoanálisis de un caso de hipocondría histérica’, por Ferenczi:

Sus quejas consistían en sensaciones corporales hipocondríacas, a las cuales se asociaba una angustia de muerte. Sentía una cosa en la garganta (...), el corazón le palpitaba, etc. En todas las situaciones de ese género, razón por la cual la paciente se observaba ininterrumpidamente, ella veía un signo de su muerte cercana (...) (Ferenczi, 2011, v.3, p. 668-68).

En el transcurso del tratamiento, los dolores empeoran aún más y su dificultad para caminar era tan grande que Valkiria empezó a usar muletas. Una especie de efecto homeopático ocurre exacerbando el síntoma, pero que, sin embargo, camina hacia la curación. O, mejor dicho, a partir de la experiencia de estar siendo cuidada por el analista, Valkiria (re) experimenta y se enfrenta con otra óptica los orígenes de su sintomatología, proporcionándole nuevos contornos.

“No hay ninguna enfermedad orgánica”, registra el Dr. Goldstein en su grabadora, “lo que la paciente tuvo fue un agotamiento psíquico por estar participando en situaciones muy estresantes. Probablemente, la carga emotiva fue muy intensa y parte de ella fue desplazada al cuerpo”.

Todo indica que el dolor fue una manera mediante la cual Valkiria se volvió para dar continuidad a su existencia y no perder la conexión con su propio cuerpo. Su proceso de *personalización* es colorido y comprometido en función de esta (no) mirada de la madre. El dolor sufrido por Valkiria es un SOS, como diría Winnicott, un sentido de esperanza y de socorro; una forma de no entrar en ningún colapso, o aún, una protección frente a sus angustias impensables.

“La personalidad es una palabra que puede emplearse para describir la conquista de una relación íntima entre la psique y el cuerpo (...), *el yo es esencialmente un yo corporal, es decir, no es una cuestión del intelecto*” (Winnicott, 1990, p. 201, cursivas nuestras).

Si Valkiria nació en un ambiente congelado por la situación de la pérdida, desde muy pequeña, antes de empezar a hablar, sintió en su propio cuerpo el espejo opaco de la mirada de la madre que no se hacía presente, aunque estaba allí. En esa etapa de maduración, Valkiria aún no tenía palabras para decirlo, sólo afectos o, según Daniel Stern, *afectos de vitalidad*. Los afectos de vitalidad son sensaciones que por ser indefinibles en términos léxicos,

(...)son más bien capturados en términos dinámicos, cinéticos, tales como “surgiendo”, “desapareciendo”, “pasando rápidamente” (...) prolongado... Ellos serían llamados, experimentalmente como afectos de vitalidad (...) de rabia, alegría, tristeza y así sucesivamente (Stern, 1992: 47-48).

Stern compara la expresividad de los *afectos de vitalidad* al movimiento de las marionetas que, aunque no presentan cambios en sus expresiones faciales, a partir de la manera en que gesticulan, se pueden percibir diferentes posturas, desde las más letárgicas a las más enérgicas. Es claro que, en el caso de los bebés, sus expresiones faciales traducen los afectos por ellos sentidos, aunque aún sin nomina categórica.

Los *afectos de vitalidad* son presentados por Stern como un diferencial en relación con las tradicionales categorías de rabia, alegría, tristeza, etc. (ídem, página 48). Así como las marionetas dibujan en el espacio el movimiento del artista que las maneja, el deseo de la madre -incluido e inmanente al gesto de cuidar- es lo que va a servir de gatillo disparador para el surgimiento de *los afectos de vitalidad* del bebé.

La madre afectada de un estado melancólico quedó imposibilitada de encarnar la *preocupación materna primaria* (Winnicott, 1990); en otras palabras, su manejo no fue lo suficientemente bueno. Gardenia, a diferencia de una *madre suficientemente buena* (ídem), se cerró para sus hijas vivas ocupándose solamente de aquella muerta. Ante esa circunstancia, la madre no pudo contagiarse con los afectos expresados por el cuerpo de Valkiria. Su padre, suponiendo protegerla, decidió no hacer partícipe a su hija del diagnóstico de la madre; lo que acabó siendo revelado por Martha, su analista de la infancia, ya hacia el final del espectáculo, cuando la protagonista regresa a su ciudad natal “La melancolía interfiere en la capacidad de pensar lógicamente, la indiferencia es un síntoma de la enfermedad. No se trata de crueldad ni de desvalorización en relación con usted”.

Las enfermedades físicas, la depresión, las grandes dificultades objetivas (ausencia de un compañero [o pérdida de un ser querido], penuria económica, confrontación con graves tensiones sociales...) serán capaces de impedir, o por lo menos dificultar, a una mujer de ejercer su función propiciadora de un ambiente facilitador” (Coutinho, 1997: 102).

Este proceso permeado por el no mirar de la madre, se dio antes de su capacidad de verbalización. Por lo tanto, sólo a partir de la regresión en análisis, Valkiria podría hacer contacto con él, y así promover un cambio de su economía psíquica (des) coloreada por el dolor. Para que el analista pudiera lidiar con un “mundo de sentidos que vuelve al mundo del cuerpo y de la vida de cada uno (...) en ese territorio mixto de cuerpo y sentido” (Ab’Saber, 1988: 10) deberá propiciar una especie de *relajación* en la paciente, hacerla bajar la guardia de sus defensas en el estado de regresión y lo que Ferenczi denomina de principio de *laisser-faire* (2011, v.4, 68)

Médico y paciente unían sus fuerzas y sus esfuerzos para intentar, de algún modo, reconstruir las causas reprimidas de la enfermedad a partir de fragmentos disparatados del material asociativo, del mismo modo que se procede a *los espacios en blanco de crucigramas muy complicadas* (ídem, p. 63, cursivas nuestras).

El analista, en la continuidad de las sesiones, hace un contraste y paradójicamente se identifica con la figura de la madre melancólica, ofreciendo un ambiente más cálido en el *setting* clínico, aunque poblado de silencios. El analista, con su presencia sensible, se preocupa por su paciente, la mira, la escucha, y, en

cierto modo, actúa como un yo auxiliar y un espejo, aunque aún insípido. Sin embargo, exclama Valquiria, solicitando de forma áspera su atención: “¡Usted no me ve, ¡Usted es igual a la Gardenia, no escucha nada!, si no puede entrar aquí, en mi mundo interno, cómo me va a ayudar, no aguanto más.” “Retomando a Ferenczi:” (...) el agotamiento de todas las agresiones posibles permitía a continuación una transferencia positiva y resultados más tangibles “(ídem, p.66).

No podemos dejar de mencionar que Valkiria, eventualmente, utilizaba su poder de seducción para conquistar al analista, como se explicita en la escena que continúa: “¿No me encuentra atractiva?”, pregunta Valkiria. “No vamos a mezclar las cosas, no ves que eso va contra ti” Responde Goldstein, después de alejarse de la paciente que intentó besarlo al recordar, una vez más, fragmentos de su infancia. Similar al caso presentado en ‘Dificultades técnicas de un análisis de histeria’:

(...) la paciente recayó en su inactividad habitual, que disimulaba bajo el *amor de transferencia*. Las sesiones se pasaban en declaraciones y juramentos de amor apasionados por parte de ella y, de mi parte, en vanos esfuerzos para hacerle entender la naturaleza transferencial de sus sentimientos y reconducirla a los objetos reales pero inconscientes de sus afectos (...) Sus fantasías se asemejaban a delirios febriles de donde surgieron finalmente fragmentos de recuerdos desde hace mucho tiempo enterrados, que se agruparon poco a poco en torno a ciertos acontecimientos de la infancia y proporcionaron las circunstancias traumáticas más importantes de la enfermedad (Ferenczi, 2011, v. 3, p. 1-2, cursivas nuestras).

Lo interesante es que la pieza se desdobra en ese ir y venir entre la edad madura y los recuerdos de la infancia de la protagonista que configuran el estado de regresión, y, plásticamente, el mismo actor puede desempeñar con maestría diferentes personajes en épocas distintas.

En un momento dado, durante una de las consultas con el Dr. Goldstein, Valkiria recuerda que su padre pasaba la mayor parte del tiempo trabajando y viajando. Su madre vivía presa de la situación de la hija muerta, encerrada: no tenía actividades, era acometida por delirios y, en general, no daba atención al mundo a su alrededor. Gardenia cerraba las puertas de su afecto, salvo para la hija que ya no estaba presente. Su capacidad de amar se restringía a ella y no ahorra palabras para decirlo: “¡Ah, (Violeta) era una muñeca! ¡Con sus rizos de oro (...) era un ángel, ojos azules como los míos!!!”.

Valkiria solía recibir los juguetes más modernos de la época cuando su padre regresaba de sus frecuentes viajes de negocio y luego los destruía. Una vez, su padre pidió que los juguetes fueran todos debidamente reparados. Después de un breve momento de felicidad, al ver los novios en una hoja -ahora, recordando una escena con su primera terapeuta todavía durante su infancia, Martha-, sin parpadear, Valkiria los destruyó nuevamente, de una manera aún más brutal que la anterior. La reparación de los juguetes fue hecha, pero no fue acompañada, al menos por el momento, de esa misma capacidad por el niño abandonado. Tal vez, si el propio niño lo hubiera hecho, es decir, reparado sus juguetes con la ayuda (o no) de un adulto, el efecto habría sido otro.

Los impulsos instintivos conducen a un *uso despiadado* de los objetos, y a un sentimiento de culpa que es retenido y mitigado por la contribución de la madre ambiente que lo latente puede provocar en el transcurso de algunas horas. Además, la oportunidad para dar y hacer *reparaciones* que la madre-ambiente ofrece pues su *presencia consistente* capacita al bebé para hacerse cada vez más audaz al experimentar sus impulsos instintivos; o, dicho de otro modo, libera la vida instintiva del mismo. De este modo, la culpa no se siente, pero permanece dormida, o en estado potencial, y aparece (como tristeza o estado de ánimo deprimido) solamente si no surge la oportunidad de reparación (Winnicott, 1990: 73, cursivas nuestras).

En el caso que estamos viendo, esos ataques de ira hacia los juguetes serían una forma de llamar la atención y de agredir a Gardenia y al ambiente como un todo. La madre, por su parte, no ofrecía una “presencia consistente” a Valquiria y no prestaba mucha atención a tales acontecimientos. Las figuras que podrían mínimamente ocupar ese lugar serían la ama de llaves de la casa y la terapeuta de la niñez, Martha. Cuando no hay una figura celosa para recibir el gesto de reparación lo que queda comprometida es la

capacidad de preocuparse, en otras palabras, el “fracaso de la reparación lleva a la pérdida de la capacidad de preocuparse y ella es sustituida por formas primitivas de culpa y ansiedad” (ídem, p 78).

## **EL ROSTRO DE LA MADRE COMO UN ESPEJO.**

En los inicios de la vida del bebé, la madre funciona como un Yo auxiliar o un escudo protector, presentándole el mundo en pequeñas dosis. En el papel del espejo de la madre y de la familia en el desarrollo infantil (1975), Winnicott retoma la temática de la etapa del espejo presentada por Jacques Lacan (1949). Sin negar tal influencia, Winnicott se refiere a su importancia en la génesis emocional, afirmando que el propio rostro de la madre funcionaría como tal, es decir, como un espejo.

“El yo se encuentra a sí mismo situado naturalmente dentro del cuerpo, pero, en ciertas circunstancias, puede llegar a disociarse del cuerpo en la mirada de la madre y en su expresión facial, y en el espejo, puede llegar a representar el rostro de la madre”, sostiene Winnicott (1975: 154).

¿Qué ve el bebé en la cara de la madre? Él mismo. La madre es un espejo donde el bebé se reconoce. Es una vía de doble sentido, ya que el desarrollo y la mirada del bebé también son parte de la vida de la progenitora, o de la persona que lo cuida. De ahí la importancia del humor de la madre en la constitución de ese nuevo ser. La madre deprimida o melancólica, por ejemplo, puede echar una mirada de Medusa que petrifica (o congela) la capacidad creativa de su hijo. La mirada de la madre como un *espejo opaco*, un rostro inexpresivo y sin vida, compromete todo ese proceso, pues el bebé lo internalizará como si fuera propio.

La mirada especular de la madre debe estar dotada de una acuosidad, de una ondulación modulada por los afectos, sensaciones y grado de madurez del bebé, sirviendo de continente para el bebé. Es decir, de un movimiento *thalásico*, que es vital para él. Etimológicamente, *thalásico* es todo aquello que es relativo al mar. Ferenczi (1990), en el curso de su trabajo titulado *Thalassa - Ensayo sobre la teoría de la genitalidad*; hace una analogía entre el vientre materno, el océano, y la tierra, utilizando el término “bioanalítico”, para comprender los procesos genitales bajo el ángulo entre el psicoanálisis y la biología. Sin embargo, en el caso de las mareas propiamente dichas, están siempre sintonizadas con un movimiento de un sistema mayor que es el universo.

La mirada es una forma privilegiada de comunicación, no sólo en el ambiente maternante, sino también en la clínica. “El mundo posible no existe al margen del rostro que lo expresa, y siempre oscila entre lo expresado -como cualidad o potencia- y la expresión -como acción” (Cangi, 2005, p. 13). Cuando el rostro de la madre no es sentido como un espejo en el que el bebé se reconoce, se pueden entorpecer ciertos procesos, esto es, la omnipotente capacidad del niño de inventar un mundo que, al final, ya estaba allí. Según Winnicott, el ambiente es subjetivamente concebido para ser objetivamente percibido. El bebé puede desarrollar, entre otros, comportamientos hipocondríacos, deprimidos, hiperactivos, psicósomáticos o expresar un desarrollo intelectual precoz.

El niño necesita estar delante de una mirada afectuosa, confiable y empática. El sentimiento de existir es un derivado de esa experiencia. El yo del bebé es fuerte o débil dependiendo del yo auxiliar de la persona que lo cuida. El bebé no tiene conciencia de su inmadurez y dependencia. Cuando está bien cuidado, amado y confortable, no tiene medios de saber de qué está siendo provisto, incluso porque aún no existe noción de lo que es interno y externo. Esto vale también para las fallas ambientales. Cuando no son atendidas, sus necesidades serán sentidas en forma de ruptura en la línea de la continuidad del ser. Los traumas precoces tendrían serias implicaciones en los procesos de singularización y de *personalización*.

## **LOS BLANCOS PSÍQUICOS**

Se podría hacer, salvo las diferencias evidentes, una posible articulación, y por qué no decir, una broma, de los *no inscritos* ferenczianos con los primordios de la fotografía, de origen fotoquímico. La imagen fotográfica se hace desde el principio en función del *juego* de luz y sombra, y para que sea revelada, se

necesita una determinada sustancia, un ambiente singular y adaptado que incluye, principalmente, el control de la luminosidad y de la temperatura.

El papel fotográfico contiene la imagen latente, pero no la vemos. El latente aquí no es contrario al manifiesto, incluye el manifiesto. Lo que importa es que la foto está ahí, pero no la vemos. Algo similar ocurre con el no recuerdo del evento traumático. El blanco fotográfico puede ser análogo a los no inscritos en Ferenczi y a *lo inimaginable o la ansiedad impensable* en Winnicott.

Estas ansiedades son “impensables” porque este tipo de ansiedad no puede ser concebida, provocando impacto y trauma (reacción a la intrusión). Para Winnicott, las angustias primitivas constituyen la *intrusión*. La intrusión causa en el bebé la sensación de que el *yo* ha sido aniquilado. Es lo opuesto al ser; es el trauma de *aniquilación*, es lo que violenta el núcleo del self (Abram, 2000, p. 31).

¿De qué manera comparar el blanco fotográfico con esa no inscripción? Algunos elementos forman parte, pudiendo incluso determinar nuestras formas de actuar, pero no los vemos, son imperceptibles e innominables. Sin embargo, están impresos en nuestra memoria corporal con un color, una potencia, incluso en forma de dolor y de experiencia de intrusión. Para que la imagen se actualice, es necesario un elemento catalizador, y todo un cuidado (*holding*) especial y mucho tacto. *El tacto es la facultad de “sentir con”* (Einfühlung) (Ferenczi, 2011, v.4, pág. 31).

Tacto. Esa es una función del terapeuta: actualizar, propiciar un espacio para que el sentido no sea meramente intelectual, sino también corporal, y eso no es representación es presentación, actualización de una nueva imagen del cuerpo. La representación (*Vorstellung*) sería del orden simbólico y la presentación o actualización (*Darstellung*) inmediata. Además, todo lleva a suponer que sólo esta última estaría implicada en el proceso singular de creación.

En el verbo “Actuar para recordar”, que se encuentra en el *Diccionario del pensamiento de Sandor Ferenczi - Una contribución a la clínica psicoanalítica contemporánea* (Kahtuni & Sanches, 2009, p. 64), las autoras afirman que, dependiendo de la intensidad del trauma, es una escisión del yo que puede engendrar una fragmentación y, además, una atomización yoica. En estos casos, “el registro de la experiencia traumática [es] totalmente inexistente” (ídem).

Esto significa que las experiencias traumáticas de este tipo no pueden ser recordadas a través del insight, es decir, pacientes de ese tipo no satisfacen nuestro tan fuertemente introyectado deseo de reconstrucción de la historia psíquica por medio de la recordación de representaciones inconscientes, porque *tales experiencias traumáticas -que jamás fueron conscientes - no pueden ser recordadas, sino apenas actuadas, escenificadas o revividas* (ídem, p. 65, cursivas nuestras).

Dicho de otro modo, el analista, junto al paciente, llena los *vacíos de unos crucigramas muy complicados*. Para ello, inventa a cada instante una nueva lengua que, en la estela deleuziana, es llamada aquí *lengua menor* del cuerpo, para no ocasionar la confusión entre el lenguaje de la ternura y el de la pasión, capciosamente denunciada por Ferenczi (2006). En términos fotográficos, para no quemar la película, o, pensando ahora con Winnicott, para no estropear la broma.

Entendemos por *lengua menor*, no sólo aquella que se contrapone a la norma, sino también “(...) cualquier cosa que podría ser también un grito de silencio, o la tartamudez, y que sería como una línea de fuga del lenguaje, hablar en la propia lengua como si fuera extranjera, hacer del lenguaje un uso minoritario...” (Deleuze, Parnet, 1998: 35). La *Lengua menor* puede ser pensada como un *work in progress*, un idioma en construcción que se da en el espacio entre analista y analizando, una *línea de fuga* que es tangencial a la técnica. El que cuida debe ser *bilingüe* (Stern, 1992), en el sentido de tener una escucha sensible al lenguaje

de la ternura presente en el niño que surge en el estado de regresión y, al mismo tiempo, al lenguaje de la pasión: “Raspe al adulto y encuentre al niño”, afirma Ferenczi.

La *confusión de lenguas*, denunciada por Ferenczi en su último texto, en 1933, no sería exclusiva de las relaciones entre niños y adultos, sino también puede precipitarse en la dupla del *setting* clínico. Es necesario una dosis de ternura para sentir con el analizando lo que pasa,

(...) saber cuándo y cómo se comunica algo (...), cuando se puede declarar que el material suministrado es suficiente para extraer de él ciertas conclusiones; en qué forma la comunicación debe presentarse en cada caso; como se puede reaccionar a una reacción inesperada o desconcertante del paciente; cuando se debe callar y aguardar otras asociaciones; y en qué momento el silencio es una tortura inútil para el paciente, etc. (Ferenczi, 2011, v. 4, p. 31).

En el caso del contraste entre un ambiente que falló y la situación facilitadora, ocurre, con las debidas salvedades, un proceso semejante al de la revelación fotográfica. Lo que aparece no es sólo una imagen. Tal vez, una experimentación de una nueva imagen de un cuerpo bajo una luz irradiada por un cambio de postura, abriéndose nuevos rumbos para la comprensión afectiva del acontecimiento traumático. Un suelo que permite la reviviscencia de la *escisión* o del corte en la continuidad del sentimiento de existir, integrando al paciente en su propia historia y al analista en un aprendizaje continuo.

Ferenczi (2011, v. 4), a su vez, sin saberlo utiliza el lenguaje de la fotografía al referirse exhaustivamente a un contraste necesario entre un ambiente hostil y uno más apacible. En sus palabras: “La semejanza entre la situación analítica y la situación infantil incita, por lo tanto, a la repetición, y el *contraste* entre las dos favorece la rememoración”. Esta repetición, de un registro inconsciente, por primera vez se precipita, paradójicamente, a través del cuerpo de forma consciente. Pero, el término ‘resolución’ también es utilizado por el autor, aunque no en lo que se refiere a la resolución de una foto, sino que más bien, a un acontecimiento traumático a través del análisis. En una cita y que contiene la palabra *contraste* dice: “admitir un error permitía ganar la confianza del analizando (...) Esa confianza es aquella que establece el contraste entre lo presente y un pasado insoportable y traumatogénico” (ídem, p.115). Este contraste provendría de un ambiente bastante bueno en relación con un medio maternante que perturbó posibles momentos de reposo y de relajación.

A partir de la práctica de la regresión en análisis, Ferenczi y Winnicott proporcionan una inteligibilidad a los procesos ocurridos en las fases más tempranas de la maduración. Las experiencias satisfactorias y las traumáticas dejarán impresiones, e incluso aunque sean imperceptibles están indelebles en el cuerpo, además, de en la memoria corporal del individuo. Dar flujo a ese tipo de percepción es incluir de forma singular el cuerpo del propio analista en la escena clínica y en la experiencia de la contratransferencia.

(...) cuando el psicoanalista aprende laboriosamente a evaluar los síntomas de la contratransferencia y llega a controlar todo aquello que podría dar lugar a ciertas complicaciones en sus actos, su discurso y hasta en sus sentimientos, corre entonces el peligro de caer en el otro extremo, volverse *excesivamente duro e inaccesible al paciente*, lo que retardaría o incluso haría imposible el surgimiento de la transferencia, condición previa de todo análisis exitoso. Podríamos definir esa segunda fase como la de resistencia a la contratransferencia. *Una ansiedad desmedida a ese respecto no es la actitud correcta* y sólo después de haber transpuesto esa fase es que el médico puede aguardar la tercera: la de control de la contratransferencia (Ferenczi, apud Kahtuni, Sanches, 2009, p. 106).

Descuidar su fragilidad y adoptar una actitud de “hipocresía profesional”, señalaba Ferenczi (2011, v. 4, págs. 113), podría engendrar una ‘atmósfera’ fría en el espacio clínico. Recordemos que la postura del psicoanalista siempre había sido un tema para ambos autores.

Acogemos cortésmente el paciente cuando entra, le pedimos que nos participe de sus asociaciones, le prometemos, así, escucharlo con atención y dedicarle todo nuestro interés a su bienestar y al trabajo de elucidación. (...) es muy posible que ciertos rasgos externos o internos del paciente nos sean difícilmente soportables ... en ese caso no veo otro medio que tomar conciencia de nuestra propia incomodidad y hablar sobre él con el paciente, no sólo como posibilidad, sino también como hecho real (ídem, p. 114).

Las concepciones winnicottianas sobre la clínica psicoanalítica, en la senda de Ferenczi, contribuyeron a expandir la dimensión del afecto en el sentido del cuidar. La implicación del cuerpo del analista y, principalmente, el reconocimiento y el uso de sus fallas en la escena del cuidar ocupa un lugar destacado en ambos autores, a partir de la calidad del vínculo afectivo que se establece en ese acto. Un proceso semejante ocurre en la maduración emocional que se constituye en *un buen ambiente o uno* permeado por las fallas.

Los autores estudiados sobrepasan las “recomendaciones” y “consejos técnicos” freudianos en el sentido de permitir una elasticidad en la técnica, una mayor libertad a sí mismos y a sus pacientes, de acuerdo con cada situación. Se pueden considerar “artistas de excepción de quienes esperamos progresos y nuevas perspectivas” (Ferenczi, 2011, v. 4, p. 30).

El espectáculo termina, no cabría aquí divulgarlo en su totalidad, después de una visita de Valkiria a su casa en su ciudad natal -que incluye un encuentro con Martha (su analista de infancia) y, finalmente, con Gardenia en la misma posición de siempre: sentada en su sillón con la mirada perdida. Pero para Valquiria esta vez, todo parece diferente:

Volví a mi antigua ciudad, al viejo caserón y aquella habitación ya no parecía amenazadora, era tan real, organizado, claro. No pasaba de un cuarto común con sus ventanas abiertas. Estuve ahí con el placer de quien se despide de un antiguo lugar, repleto de significados que poblaron mi vida y me llevaron hasta allí nuevamente. Todo permanecía igual. En mi cuarto los viejos muebles, y en la sala de estar, Gardenia sumida en su misma ceguera. Pero esta vez yo no era la misma. Percibí como yo había crecido y como yo estaba lejos de las angustias que viví allí adentro. Respire aliviada porque nada más me asustaba. El cuarto tenía ahora otro color, y sus cortinas volaban hacia el exterior. Fui hasta la ventana mirando el antiguo cielo color de plomo, y fue cuando más me sorprendió, pues los mismos ojos que se cerraban en la oscuridad del cielo, ahora se expandían hacia el infinito del horizonte.

Y se apagaron las luces.

## REFERENCIAS

- ABRAM, J. A linguagem de Winnicott: dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- AB'SABER, T. Adam Phillips e os analistas favoritos. In: PHILLIPS, A. Winnicott. São Paulo: Ideias & Letras, 2006.
- CANGI, A. Gilles Deleuze: ato de criação. In: MACIEL JR., A.; KUPERMANN, D.; TEDESCO, S. (orgs.). Polifonias: clínica, política e criação. Rio de Janeiro: Contracapa, 2005.
- COUTINHO, F. O ambiente facilitador e a mãe suficientemente boa. In: GUIMARÃES M. A.; PODKAMENI, A (orgs). Winnicott na PUC: 100 anos de um analista criativo. Rio de Janeiro: NAU, 1997.
- DELEUZE, G.; PARNET, C. Diálogos. São Paulo: Escuta, 1998.
- FERENCZI, S. Dificuldades técnicas de uma análise de histeria. In: \_\_\_\_\_. Obras completas: psicanálise III. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. Fenômenos de materialização histórica. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. Psicanálise de um caso de hipocondria histórica. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 2011.



- \_\_\_\_\_. Princípio de Relaxamento e neocatarse. In: Obras completas: Psicanálise IV. São Paulo: Martins Fontes, 2011
- \_\_\_\_\_. Confusão de língua entre os adultos e a criança: a linguagem da ternura e da paixão. In: \_\_\_\_\_. São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- \_\_\_\_\_. L'enfant dans l'adulte. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 2006.
- KAHTUNI, H. C.; SANCHES, G. P. Dicionário do pensamento de Sandor Ferenczi: uma contribuição à clínica psicanalítica contemporânea. Rio de Janeiro: Campus/ Elsevier, 2009.
- STERN, D. O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- SÜSSEKIND, C. O caso Valkiria R. 2012. (Texto não publicado cedido pela autora).
- WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
- \_\_\_\_\_. O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- \_\_\_\_\_. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento da criança. In: O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Francine Simões Peres(\*)

Pontifícia Universidad Católica do Rio de Janeiro

Dirección para correspondencia

e-mail: francineuni@hotmail.com

\* Psicóloga, psicanalista, doutora em Psicologia Clínica/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

**Publicado en:** Cadernos de psicanálise, vol.35 N° 28, Rio de Janeiro, 2013.

**Versión electrónica:**

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952013000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952013000100005)

*Volver a Artículos sobre Ferenczi*

*Volver a Newsletter-7*