

VARIACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE “TRAUMATISMO”: TRAUMATISMO, TRAUMÁTICO, TRAUMA.

Thierry Bokanowski

Como todo gran concepto psicoanalítico, el concepto de *traumatismo* unifica varias modalidades psíquicas y metapsicológicas cuyas consecuencias implican diferencias fundamentales, tanto en la organización como en el funcionamiento mental del sujeto. De manera general, el término *traumatismo* es utilizado cuando se busca designar el impacto psíquico de un acontecimiento (separación, duelo, accidente, enfermedad, etc.) que marcó dolorosamente la existencia de una persona.

Sin embargo, aun si este término designa coyunturas psíquicas que presentan aspectos clínicos bien diferentes y cuyos efectos pueden ser situados en el plano metapsicológico, conviene recordar que el *traumatismo* no existe “en sí”. Lo que existen son teorías, concepciones, modelos de pensamiento que permiten dar cuenta de las modalidades clínicas, así como de los procesos psíquicos en relación a los acontecimientos traumáticos, tanto internos como externos.

La noción de *traumatismo* puede servir tanto para indicar lo que surge de la potencialidad traumática en la base de todo funcionamiento psíquico y que, por ello, participa en la génesis, así como en la organización de lo infantil, la pulsión y el deseo, puede designar los fallos de las modalidades de gestión del psiquismo del sujeto frente a un acontecimiento desorganizador. Por el hecho que las desorganizaciones producidas no son siempre de la misma naturaleza, hablar de *traumatismo* en un sentido únicamente *genérico* no siempre permite saber en qué nivel del psiquismo opera la acción traumática. En efecto, se puede considerar una diferencia cualitativa entre el *traumatismo* que desorganiza el funcionamiento psíquico en el nivel de la investidura de las relaciones objetales, y el *traumatismo* que desorganiza la psiquis en el nivel de la constitución del narcisismo, desorganización que se traduce por un sufrimiento identitario y trastornos de la subjetividad. Propondría que se reserve la palabra *traumatismo* para designar un nivel de desorganización más bien secundarizado, en que ni la relación de objeto o la intrincación pulsional están involucradas, y que se refiere al *traumatismo* sexual de la teoría freudiana de la “seducción”. Contrariamente, la noción de *trauma* parece más apropiada para designar la lógica traumática en un nivel más precoz, más arcaico, que compromete las investiduras narcisísticas y en consecuencia, la constitución del Yo.

Esta diferencia semántica que presento parece de aplicación relativamente fácil en la lengua francesa que acepta las dos variantes. A éstas agregaría una tercera, la de lo traumático, con la que propongo describir un tipo de funcionamiento psíquico común a las dos variedades traumáticas, ligado a aquello de la matriz traumática que obliga a la repetición (Bokanowski, T., 2002).

Estos tres términos, *traumatismo*, *traumático*, *trauma*, se corresponden muy precisamente con los tres “giros” (1895-1897, 1920 y 1938) de la teoría freudiana, giros que son al mismo tiempo momentos mutativos de la metapsicología.

Evocar el *traumatismo* en psicoanálisis conduce, efectivamente, no sólo a evocar la historia y el desarrollo de este concepto clave que recorre la teoría freudiana de punta a punta (desde los “Estudios sobre la histeria” y el “Proyecto”, 1895, al “Esquema del psicoanálisis”, 1940 [1938], pero falta aún investigar cómo se articula este concepto con los de traumático y trauma. Este camino conceptual conduce a S. Freud a exponer una “visión de conjunto” de sus teorías que conciernen el *traumatismo* en su obra testamentaria, “Moisés y la religión monoteísta” (1939). A partir de este marco magistral, surge que las nuevas propuestas freudianas

retoman implícitamente ciertas concepciones relativas al trauma, que S. Ferenczi había elaborado algunos años antes (entre 1928 y 1933).

Pero antes de detenernos en estos últimos años que abren la vía a numerosas respuestas a las preguntas formuladas desde entonces por el psicoanálisis llamado “contemporáneo”, propongo repasar brevemente el concepto de *traumatismo* en S. Freud.

EL TRAUMATISMO, CONCEPTO CENTRAL:

BREVE REPASO DE LAS CONCEPCIONES FREUDIANAS

El psicoanálisis nació de la teoría de la seducción, reducida en la época al traumatismo sexual debido a un objeto seductor. Esta escena funda un acontecimiento externo reconocible y situable en el tiempo, constitutivo del núcleo del Yo en razón de los afectos que desencadena. Planteada esta hipótesis, S. Freud va a ser llevado, al ritmo de sus elaboraciones teóricas frecuentemente ligadas a la experiencia de la cura, a tener que plasmar cambios conceptuales notables con respecto a la naturaleza, cualidad y finalidad del traumatismo bajo la óptica del funcionamiento psíquico.

Así pueden distinguirse *tres grandes momentos de elaboración teórica*.

A) *Un primer período que se extiende desde 1895 a 1920*, período en que el *traumatismo* se refiere a una acción seductora sexual ejercida por un objeto externo que será determinante para la organización neurótica.

En el interior de este primer período, deben distinguirse dos momentos:

- un primer momento (de 1895 a 1900/1905), durante el cual S. Freud establece que el modelo de la acción seductora comporta dos tiempos: es el modelo del “après-coup” descrito en el “Proyecto...” y los “Estudios sobre la histeria”. La teoría de la acción traumática externa desaparece en 1897 con el abandono de la “neurótica” que cede su lugar a la acción “seductora interna” de la fantasía.
- un segundo momento (de 1905 a 1920) que corresponde al descubrimiento y desarrollo de las teorías sexuales infantiles. Todos los *traumatismos*, así como los conflictos psíquicos son entonces considerados en referencia a las fantasías inconscientes, así como a las fantasías originarias y a las angustias aferentes que van a teñir la realidad psíquica interna.

B) *A partir de 1920*, el traumatismo estará ligado a las aporías económicas del aparato psíquico, lo que conduce a un cambio de paradigma. Contrariamente a un exceso de seducción externa o interna que caracteriza al período precedente, el *traumatismo* estará desde aquí ligado a un defecto de la función para-excitación (Freud, S., 1920). La angustia de castración, angustia señal de tipo protector, será reemplazada en el nuevo paradigma por la *Hilflosigkeit* – el desamparo del lactante que designa la parálisis del sujeto frente a un terror cuantitativo, verdadero “terror” de origen interno o externo. La traducción clínica de este modelo es la “neurosis traumática” cuyo motor es la compulsión a la repetición.

En los años siguientes, en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), S. Freud propone una nueva teoría de la angustia y pone el acento entre el traumatismo y la *pérdida de objeto* (introduciendo desde ese momento la cuestión, que será ulteriormente central en psicoanálisis, de la ligazón con el objeto). A partir de 1920, al término de *traumatismo* se agrega el de *traumático*.

C) *Al final de su obra*, en “Moisés y el monoteísmo” (1939), S. Freud evoca la concepción del *traumatismo* en sus *lazos con el narcisismo*: una herida narcisística que acarrea un *trauma*. En este texto, S. Freud subraya que las experiencias traumáticas, que son originariamente constitutivas del funcionamiento psíquico así como de su organización⁽¹⁾, pueden implicar *lastimaduras precoces del Yo* y crear *heridas de orden narcisístico*⁽²⁾.

1.- S. Freud escribe: “Llamamos traumatismos a las impresiones vividas en la primera infancia, luego olvidadas, esas impresiones a las que atribuimos una gran importancia en la etiología de las neurosis”.

2.- Situadas en el “período de la amnesia infantil”, precisa S. Freud, las experiencias traumáticas “se ligan a impresiones de naturaleza sexual y agresiva, ciertamente también a lastimaduras precoces del yo (heridas narcisísticas)”.

Considera dos destinos posibles del traumatismo:

Positivo y organizador, el traumatismo permite, por acciones sucesivas, “repetición, rememoración, elaboración”; o negativo y desorganizador, crea un *enclave en el psiquismo* (un “Estado dentro del Estado”, escribe S. Freud), verdadero *clivaje* que impide toda transformación por medio de un proceso y cumple de ese modo su acción destructora.

El conjunto de esta descripción (lastimadura precoz, herida narcisística, clivaje, etc.) permite proponer el concepto de *trauma*.

LOS DESARROLLOS CONCEPTUALES DE S. FERENCZI: EL “TRAUMA

Si es incontestable que S. Freud estableció el concepto de *traumatismo* y lo desarrolló de manera exhaustiva, le debemos sin embargo a S. Ferenczi el profundizar la cuestión de las consecuencias, clínicas y teóricas del trauma que, tal como S. Freud lo recuerda en su texto de 1939, implican un *daño narcisístico* y un *desgarro del Yo*.

S. Ferenczi considera que el *trauma* no está ligado solamente a las consecuencias de una fantasía de seducción, sino que encuentra su origen en los avatares de un cierto tipo de destino libidinal cuya acción sobrevenida de manera muy precoz, a veces aun antes de la adquisición del lenguaje, deviene para el sujeto análoga a la de una excitación sexual prematura. Más que de una seducción sexual ejercida por un adulto, se trata de una conquista abusiva ejercida sobre el psiquismo naciente del *infans* que compromete la constitución de su psiquismo. Que su objeto esté “demasiado presente” o “demasiado ausente”, queda de todos modos como un objeto “en exceso” que marca con una matriz constitutiva la constitución del objeto primario interno.

Se trata de una configuración particular en que las necesidades del adulto prevalecen sobre las del niño, que se encuentra así desconocido, denegado. La denegación influye esencialmente sobre las vivencias afectivas así como sobre los procesos de pensamiento. La descalificación de parte del objeto (la madre o el entorno) toma verdaderamente un valor de violación psíquica que entraña la *sideración del Yo* o la *agonía de la vida psíquica*.

A partir de entonces, para S. Ferenczi, el trauma está ligado a la confusión de lengua (una “seducción” del niño por parte del adulto, por la confusión del “lenguaje de la ternura” con el “lenguaje de la pasión”) (Ferenczi, S., 1933), es decir, ligado tanto a las respuestas inadecuadas del objeto frente al desamparo del niño, como a las que tuvieron lugar para satisfacer los deseos del adulto. El *trauma* traduce así una ausencia de respuesta adecuada del objeto frente a una situación de desamparo, ausencia que mutila al Yo para siempre, ahora en un estado traumático permanente y con una sensación de desamparo primario (*Hilflosigkeit*) que, durante toda la vida, se reactiva a la menor ocasión, incluida la provocada por la situación analítica.

A partir de allí, el *trauma* cambia de vértice, ya que si aparentemente puede presentarse como siendo de tipo sexual, se inscribe, en una experiencia con el objeto, no en relación con lo que tuvo lugar, sino con lo que no pudo tener lugar: una experiencia dolorosa negativizante que entraña un “auto-desgarro” (un clivaje), lo que transforma brutalmente la “relación de objeto, devenida imposible, en una relación narcisística” (Ferenczi, S., 1934).

Una de las traducciones clínicas de este paradigma es la del “*wise baby*” (un niño intelectualmente hipermaduro, pero afectivamente inmaduro), que para hacer frente a los desbordes de la defensa, se retira de la esfera psíquica y deviene observador sabio del acontecimiento traumático por medio de un *clivaje auto-narcisístico* (Bokanowski, T., 2001). Este clivaje acarrea una evacuación/expulsión/extroyección de una parte del Yo, la parte del Yo que quedó vacía es reemplazada por una identificación con el agresor, con sus afectos de tipo “terrorismo del sufrimiento”, la parte expulsada/extroyectada del Yo deviene omnisciente, omnipotente y desafectivizada. Como lo escribe S. Ferenczi, el sujeto cliva su propia persona en una parte dolorida y brutalmente destructiva, y en otra parte tanto omnisciente como insensible.

El *clivaje narcisístico*, origen de los “efectos negativos” del trauma que S. Freud evoca en “Moisés y el monoteísmo” (1939), tiene como consecuencias:

– obstruye el proceso de la ligadura pulsional, produce un desfallecimiento en la constitución del

- narcisismo y acarrea carencias representativas importantes que mutilan al Yo para siempre;
- engendra una “parálisis psíquica”, o una sideración, todo ello manteniendo un “terrorismo del sufrimiento” y un dolor que puede confinar con la desesperación, en relación a la interiorización de un objeto primario “desfalleciente”;
- conlleva, finalmente, una sensación de desamparo primario que, durante la vida, se reactiva en la más mínima ocasión dando lugar a transferencias pasionales, depresiones de transferencia o reacciones terapéuticas negativas, etc., que testimonian la importancia de la destructividad psíquica que opera.

Verdadero precursor en el estudio de los “casos límites”, S. Ferenczi fue llevado a descubrir la importancia del *trauma* como consecuencia *traumática* de los *traumatismos primarios*. Sabemos que luego otros autores desarrollaron esta línea de pensamiento, más particularmente D. W. Winnicott⁽³⁾.

TRES VERTIENTES METAPSICOLÓGICAS DEL CONCEPTO DE TRAUMATISMO

Apoyándome sobre la evolución del concepto de traumatismo en S. Freud, así como en los aportes de S. Ferenczi concerniendo al trauma, propongo diferenciar los tres términos –traumatismo, traumático y trauma–, atribuyéndoles valencias diferentes bajo la óptica de la organización psíquica, y de los parámetros a los que éstos nos confrontan, especialmente en ocasión de la cura psicoanalítica.

- 1) El *traumatismo* se refiere a la concepción genérica del traumatismo, que remite a la teoría de la seducción y a lo sexual.

Su aspecto principal concierne a la capacidad “atractiva” de la fuerza pulsional que organiza la vida de fantasía del sujeto, que por este hecho, articula la representación del acontecimiento traumático en la estructuración de las fantasías originarias: fantasías de seducción, castración y escena primaria. En ese sentido, representa un pivote organizador del objeto interno, fantasías inconscientes y procesos de simbolización.

La dimensión desorganizadora del *traumatismo* proviene del reencuentro brutal entre la fantasía inconsciente y la realidad externa (el acontecimiento traumático).

La abolición de las barreras entre el adentro y el afuera provoca entonces un “colapso tópico” (Janin, C., 1996), es decir una desorganización de la “prueba de realidad”, la “función de censura” (represión) y la “transicionalidad”.

El “colapso” está ligado al telescopaje entre la realización de las fantasías inconscientes y la realización externa del deseo: la acción desorganizadora del *traumatismo* no ingresa bajo el primado del principio de placer/principio de realidad, sino que influye sobre la moción pulsional cuyo libre curso hacia las formaciones inconscientes y preconsciouses se encuentra, de esta manera, obstaculizada. Es esta barrera la que es potencialmente traumática.

Este tipo de traumatismo preside la organización de un funcionamiento psiconeurótico, regido esencialmente por el “après-coup”. En ocasión de la cura, este núcleo de la neurosis infantil deviene el motor del conflicto psíquico y del despliegue de la “neurosis de transferencia”.

- 2) Lo *traumático* designa el aspecto más específicamente económico del traumatismo, relativo a la ausencia de preparación previa, así como a un déficit de para- excitación. Este *principio económico* –que en S. Freud se inscribe a partir de “Más allá del principio del placer” (1920) en la segunda teoría de las pulsiones (segunda tópica)– entraña un tipo de funcionamiento psíquico a propósito del cual se podría hablar de funcionamiento a *modo traumático* o en *traumático* propio de la neurosis traumática, entidad clínica que deviene el paradigma de la *Hilflosigkeit*.

Se reencuentra lo traumático en el inmenso campo que va desde las “neurosis de guerra” a las patologías consecutivas a las catástrofes sociales o naturales, sobrevenidas en el curso de la vida del sujeto o de sus ascendentes.

El funcionamiento traumático tiene como característica un sesgo anti-traumático, mientras repite

3.- Señaló que M. Klein, por su lado, puso el acento más en las fuentes endógenas del psiquismo que en los efectos de la respuesta materna.

el *traumatismo*: una lucha contra el “terror” (*Schreck*) repitiendo el “terror”, “terror” para la que el psiquismo conserva siempre un resto no abreaccionado y no elaborado, sean cuales fueren las capacidades de ligadura y de figurabilidad.

3) El *trauma* designa esencialmente la acción *negativa y desorganizadora* de la acción traumática. Esta acción *ataca el proceso de la ligadura pulsional*, negativizando así el conjunto de las formaciones psíquicas.

Para S. Freud, el *trauma* es una “afección precoz” del Yo, “herida de orden narcisístico” que puede dar lugar a zonas psíquicas muertas en el interior del Yo, un “Estado dentro del Estado”.

Compromete cruelmente el rol del objeto o del entorno desde una edad muy temprana, a veces antes de la adquisición del lenguaje, pudiendo ser ligada tanto a situaciones de desamparo como a situaciones de agonía.

A consecuencia de las respuestas inadecuadas del objeto que no puede ni “contener” ni “metabolizar” ni “ligar” la descarga pulsional por una acción fantaseada, el *infans* se ve presa de un estado de “terror” y de “horror”, falta de capacidad de introyectar el empuje pulsional. La intensidad del trauma hace cortocircuito con los mecanismos de represión y refuerza los mecanismos de denegación y clivaje, identificación proyectiva patológica, fragmentación, etc.

Lo que es así designado por el *trauma*, interesa a la naturaleza de la identificación primaria y el destino de las relaciones pre-objetales, en articulación con las categorías de la organización edípica.

Las modalidades, aporías y fracasos de esta articulación sitúan el concepto de *trauma* en el centro de la clínica analítica contemporánea.

LA CUESTIÓN DEL “TRAUMA” EN LA CLÍNICA “DE HOY”

Desde que W. R. D. Fairbairn, hace más de medio siglo, planteó la cuestión de saber si la libido está en búsqueda de placer o en búsqueda de objeto (“pleasure seeking or object seeking?”) (Fairbairn, W. R. D., 1944), los analistas intentaron profundizar la cuestión de la destructividad en relación a la puesta en tensión permanente del “par pulsión/objeto”, asociado a la de otros pares “pulsión erótica /pulsión destructiva”, “investidura objetal/investidura narcisística”. Así, la modificación de la comprensión de ciertas estructuras clínicas (los “casos límite”, los casos “no neuróticos”, etc.) como su abordaje en el plano psicoanalítico, condujeron a tomar en consideración el rol del objeto en la constitución del Yo y de sus disfuncionamientos.

A consecuencia de los desarrollos de S. Ferenczi, M. Klein y D. W. Winnicott, la clínica analítica se interesó cada vez más en los efectos de los traumas primarios, engendrados por los “fracasos”, o las “fallas”, en el establecimiento de los primeros lazos con el objeto maternal. La “no-respuesta”, o una respuesta “inadecuada” de parte del objeto, impide al *infans* estar en contacto tanto con sus pulsiones libidinales como con las destructivas, y constituirse así un espacio psíquico para poder “soñar” y “transformarlas”. Este “defecto fundamental” de la instalación de la relación de base (Balint, M., 1968), conduce a una descalificación de las vivencias psíquicas, especialmente de los afectos. Falto de haber podido introyectar un objeto interno fiable y continente, el sujeto es presa de mociones persecutorias que está, desde ese momento, destinado a volver contra sí mismo, proyectar o evacuar al exterior de manera repetitiva y, por ello mismo, traumática. Cuando el *infans* se encuentra frente a un objetomaternal excesivamente patogénico (“locura materna”), no tiene como solución, a fin de sobrevivir narcisísticamente más que abstenerse de la introyección pulsional en curso y retirarse de su experiencia subjetiva. En otros términos, *clivarse* él mismo a fin de separar la parte afectada por el *traumatismo*, de la parte sobreviviente. Este clivaje pasivo, o estático según W. R. Bion (Bion, W. R., 1963), traba el clivaje dinámico, estructurante para el psiquismo y mantiene confusiones, tanto en el nivel libidinal como en el identitario.

Estos *ultrajes precoces* del Yo y del aparato psíquico, están en la fuente de estados de “desamparo psíquico”, cuyas formas más extremas pueden ser inconscientes. Se traducen por una experiencia psíquica destructiva cuya experiencia es descrita como “agonía primitiva” (S. Ferenczi), como “amenaza de hundimiento” o “desastre psíquico” (D. Winnicott), como “catástrofe interna” (W. Bion). Se trata de un *ataque destructivo contra el objeto* (interno o externo), como *contra el aparato de pensamiento del sujeto* (Bion, W. R., 1962), que se traduce por “perturbaciones del pensamiento”, estados de “blanco”, “vacío”, sentimientos de “no-

existencia”, inclusive de “angustia de muerte inminente”, etc.

Como lo describió D. W. Winnicott en *El temor al derrumbe* (Winnicott, D. W., 1974), el sujeto conserva y repite las huellas de una experiencia de naturaleza traumática, no a causa de los afectos dolorosos que sintió anteriormente, sino en razón de lo *que no pudo sentir* en el momento en que el acontecimiento traumático tuvo lugar. Contrariamente al *traumatismo*, esta situación de *trauma* está caracterizado por la *no inscripción psíquica* de un acontecimiento potencialmente representable (figurable) y simbolizable. Por el hecho de tratarse de huellas conservadas pero no investidas en tanto que experiencia psíquica perteneciente al pasado, toda investidura hacia nuevos objetos será sometida a una compulsión de borramiento o de negativización de los vínculos. Este “aferramiento a lo negativo” (Anzieu, D., 1990) ligado al odio, reactiva, en ocasión de la cura, dolores agónicos como las fijaciones masoquistas y mortíferas, y deviene el motor de las *transferencias negativizantes* o de las situaciones en los “límites” de lo analizable que ponen a prueba el trabajo del analista, así como su contratransferencia.

UN EJEMPLO CLÍNICO

A fin de ilustrar mis palabras, evocaré un momento de la cura de una paciente cuya patología traumática hacía el trabajo analítico particularmente complejo y doloroso. Delfina es una mujer joven, de una treintena de años, médica, que había realizado anteriormente un primer trabajo analítico con un colega en provincia, a causa de una anorexia severa. Habiendo dejado la provincia algunos años después de terminada esta cura, vino a verme con el anhelo de continuar su trabajo.

Desde el inicio, las sesiones de análisis fueron difíciles de soportar tanto para ella como para mí, porque ella revivía durante las mismas la pesadilla repetitiva que tenía regularmente durante los años precedentes y que regresaba frecuentemente desde que retomara el análisis: “Estaba en una habitación cerrada de la cual buscaba cómo salir; no había ninguna salida...” Esta vivencia de encierro la conducía a interrumpir bruscamente la sesión, sin que ningún signo permitiese predecirlo, más allá, algunas veces, de una agitación motriz de las extremidades, tales como retorcerse las manos o mostrar signos de impaciencia con los pies. Esto continuó durante varios meses, sin que ninguna de mis interpretaciones pudiese modificar nada de este estado de cosas. Pudimos comprender a continuación que esos momentos de rupturas (la necesidad de “vaciar los lugares”) estaban también ligados al temor de “vaciar” en mi presencia: en esos momentos, ella podía inclusive temer, en un modo “alucinatorio”, vaciarse de su sangre, por sus manos. Las *manos* parecían representar una investidura corporal tanto más intensa por cuanto remitían a sus evocaciones concernientes a su madre y la imagen de ella que intentaba darme. Cuando Delfina evoca a su madre, pone en primer plano recuerdos traumáticos (y excitantes): la madre tuvo, en momentos de “rabia blanca” contra Delfina, momentos que se traducían por *cachetadas* dadas sin razón aparente. La golpeaba (dándole golpes en el pecho) a la noche, cuando Delfina estaba ya en su cama... Al final de estas escenas, la madre terminaba siempre por deshacerse en lágrimas, poniéndose de rodillas al pie de la cama de su hija y pidiéndole perdón: la “paradoja” era que en esos momentos debiera ser la hija quien tuviera que consolar a la madre...

Durante estas escenas el padre, que es un hombre de biblioteca, se quedaba a resguardo haciendo como que no veía nada, no escuchaba nada. No intentando proteger a su hija, le mostraba una imagen de cobardía que la hacía sufrir mucho.

Surgía de todo esto que ella conservaba, en relación a la imagen de la madre, la de una madre “loca”, “enloquecedora”, “imprevisible”, y que además, tenía una fobia de contacto corporal –una “fobia de contacto”– especialmente con su hija, a la que no “tocaba jamás” fuera de las cachetadas y los golpes. Por otro lado, la paciente presenta a su madre como una mujer hiperactiva que buscaba constantemente ocuparse de los otros, no pudiendo quedarse quieta ni un momento: estaría, según Delfina, “todo el tiempo en movimiento”.

Se puede subrayar que Delfina describe la actividad de la madre de una manera que se parece muy de cerca a sus propios comportamientos repetitivos y traumáticos, durante las sesiones: en ocasión de sus interrupciones intempestivas, se transforma conmigo en alguien tan “traumática”, “imprevisible”, “hiperactiva”, “agitada” y “brutal” como su madre, evitando al mismo tiempo el “contacto” psíquico, tanto

como su madre evitaba el “acercamiento” físico. Durante la cura, puede acercar sus *actividades* por el hecho que ella “no soportaba ser abarcada, captada y sostenida psíquicamente” por mí, idea demasiado excitante que la remitía “a las manos” de su madre.

Su “fobia de contacto psíquico” refuerza el recurso excesivo a los mecanismos de identificación proyectiva a fin de protegerse de toda puesta en relación, vivida entonces como una intrusión análoga a las intrusiones maternas. Por otro lado, cuando una parte de ella pide ayuda (parte que corresponde a un funcionamiento de tipo neurótico), en el mismo momento otra parte (proyectiva, clivada y destructiva) “abofetea”, “pega”, “desgarra”, “muerde”, “destruye” a la persona en la que busca un sostén y una protección.

Voy a comentar una sesión que ilustra las dificultades del proceso que debemos enfrentar Delfina y yo.

Delfina comienza su sesión evocando una paciente “melancólica” que quería, esa misma tarde, suicidarse metiendo la cabeza en una bolsa de plástico. Una enfermera le había dicho que la paciente quería quedarse sola en la habitación, acostada, con la bolsa de plástico a su lado. Escuchando esto, se había precipitado en la habitación de la paciente y la “salvó por un pelo”, me dice.

Sin intentar acercar este relato de salvataje a lo que podría esperar de mí, a saber, que yo la salvara de la “pesadilla de encierro”, le digo, a modo de constatación, alguna cosa como: “Usted salvó a esa paciente...”

Ella me responde entonces “que ella no quiere nunca hablarme de sus pacientes...”

Le digo que es quizás por las “emociones violentas” que hacen surgir en ella sus problemas y sus “actos”.

Ella lo acepta y me responde que es también porque teme “sentirse juzgada” por mí, lo que la remite al “juicio de los padres, frente a los cuales se abstiene de fumar y de beber...”

Se queda callada largamente.

Mientras está silenciosa (lo que es habitual en ella), un llamado telefónico interrumpe el silencio: respondo al interlocutor que lo llamaré ulteriormente y escribo una nota en un papel, seguramente me escucha hacerlo.

Percibo, después de un largo momento de silencio, que Delfina está llorando.

Le planteo entonces la pregunta: “Su llanto puede estar ligado al hecho que respondí el teléfono?” Me contesta “no”.

Sigo: “¿Está ligado a que me escuchó escribir?”

“Sí”, me dice. “Esto me recuerda el análisis precedente, en que me encerraba en un silencio del que no conseguí salir, lo que me ponía en una gran angustia: no conseguía pensar”.

Le digo: “Quizás escuchándome responder el teléfono, y luego escribir, usted tuvo el sentimiento que yo aprovechaba una ocasión para ponerme en comunicación con alguien a fin de salirme de un silencio cruel que nos encierra”.

Ella acepta. Silencio.

Intervengo nuevamente para decirle: “Esto sucedió después del momento en que usted me habló del hecho que se abstenía de fumar y beber en presencia de sus padres”. Me pregunta qué quiero decir.

Preciso: “En el momento en que era cuestión de su dificultad en dejarse ir en presencia de sus padres, usted pensó que yo, que estoy ubicado por usted en una función de juicio (o sea, en el mismo lugar que sus padres para usted) me permitía dejarme ir, respondiendo el teléfono y escribiendo. Usted quizás se enojó mucho conmigo sin poder expresarlo”. Acepta, nuevo silencio.

Pensando en la crueldad de los golpes de su madre y en la fantasía de las manos hemorrágicas, le digo: “Le resulta difícil tener hacia mí propósitos que usted juzga crueles, en la medida en que no sabe cómo los recibiría yo, ni qué haría con ellos. Pienso en los propósitos que usted tuvo hacia mí al comienzo de la sesión, concerniendo a la paciente que proyectaba suicidarse asfixiándose en la bolsa de plástico”.

Me responde: “Pensaba en todo momento que debería hacer como ella; eso nos desembarazaría de mí”.

Intervengo: “Diciéndome eso, usted mantiene propósitos crueles hacia mí, crueldad comparable a la que la paciente ejerció, tanto en relación a ella misma como en relación a usted intentando suicidarse”.

Después de esta intervención, se distiende. Asocia, diciéndome:

“Pienso en mi amigo, y en las dos últimas semanas con él”. (Inició una relación desde hace algunos meses con un hombre que parece interesarse mucho en ella). Sigue: “Anda bien, muy bien inclusive. No tengo costumbre. Es eso que me da miedo: ser feliz. No sabía qué era la felicidad. Somos inseparables, pero es demasiado hermoso. Tengo miedo que se termine”. Silencio. Agrega: “Tengo realmente miedo que esta

felicidad se termine”.

Le digo, pensando en su pesadilla de encierro, “¿sería como si usted tuviera miedo de despertarse de un sueño agradable, diciéndose: ‘pero no era más que un sueño’?”. Ella: “Yo no tengo la costumbre de ser feliz y siento que esto me da mucho miedo. En este momento lo veo un poco menos porque su madre está en París y él se ocupa de ella, sin embargo esto no nos aleja... Sería inclusive lo contrario: nos acerca!”

COMENTARIO

En el movimiento de esta sesión es posible ver la intrincación entre *traumatismo* y *trauma*. El *traumatismo* puede ser evocado en el contenido de la sesión, desde el inicio. El relato de la tentativa de suicidio de la paciente reactiva en Delfina una escena infantil en que, siendo pequeña, se encuentra en peligro frente a la irrupción violenta de su madre. Identificándose con la paciente suicida, deviene su “salvadora”, “salvadora” que había esperado ella misma para arrancarla de las “manos” de la madre.

Se puede suponer que detrás de este relato hay un escenario fantaseado según el cual Delfina se identifica con un tercero paterno, largamente esperado, que vendría a sacarla del encierro pesadillesco de la relación pasional con la madre. La irrupción del tercero durante la sesión en forma del llamado telefónico al que respondo, así como el hecho que estoy pensando en otra cosa cuando escribo, recuerda la decepción de Delfina en la espera de un padre, que se quedaba siempre retirado en sus pensamientos y silencioso frente al dolor de su hija.

Delfina, a su turno, se retira, se refugia en el silencio, lo que remite a una identificación con la actitud del padre de ese entonces. Esta identificación paterna no es estructurante ni está organizada alrededor de un Superyo protector, sino que se resume en una actitud de docilidad y sumisión, que pueden también recordar su sideración de pequeña hija frente a la “locura” materna.

En lo que concierne al *trauma*, la acción de éste aparece cuando se hace imperativo, para Delfina, el “cortar el lazo”, así como interrumpir el proceso asociativo a partir del momento en que se trata de expresar vivencias y afectos, sea cual fuere su tenor, y de acercarse al objeto, en este caso el objeto transferencial.

En el momento en que le hice notar su desconfianza en cuanto a mi capacidad de poder soportar su “crueldad”, Delfina explicita su fantasía de suicidarse para

“desembarazarnos” de ella. Esta fantasía, anulando la identificación con el padre “salvador”, pone en juego el deseo de desembarazarse de su parte identificada con la crueldad de la madre, manera de poder salir así del contacto asfixiante de su madre. Para lograrlo, opera un clivaje entre su parte de niña pequeña angustiada que pide ayuda, y la que, en una identificación con el agresor, viene a recordar la “crueldad” del vínculo.

Se puede hacer la hipótesis que este clivaje está subtendido por la obligación de consolar, inclusive de cuidar a la madre en detrimento de su propia vida psíquica infantil, comprometiendo así toda triangulación.

Delfina, a la vez desea y se impide “desembarazarse” de la madre para quedarse sola con el padre, porque no se trata de una relación objetal con una madre edípica, sino de una identificación narcisística traumática con un objeto primario subtendida por el odio, lo que hace de esta madre un objeto del cual no es posible “deshacerse”. Del mismo modo, cuando evoca, hacia el fin de la sesión a la madre de su amigo, que es descrita no como una rival sino como la que separa juntando, siendo así indispensable para que se mantenga la pareja.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, frecuentemente tomamos en tratamiento a pacientes con organizaciones psíquicas cuya *dimensión traumática* ligada a *traumatismos primarios*, a *traumas*, nos confrontan a sufrimientos identitarios en relación a zonas psíquicas de fragilidad estructural extremadamente dolorosas que someten al funcionamiento psíquico a clivajes importantes. La situación analítica acarrea en estos pacientes regresiones desorganizantes que pueden desembocar en “angustias de muerte psíquica” suscitando sufrimientos tan dolorosos que la simbolización se ve profundamente desestructurada. Estas regresiones testimonian una dispersión de los referentes identitarios, una desaparición inmediata de los contenidos psíquicos, y con

ellos, de los vínculos portadores de sentido. Estamos entonces confrontados a una expresión particularmente intensa del aspecto *destructor* del “trabajo de lo negativo” (Green, A., 1993) que conduce al *intercambio analítico* a ser dominado por modos de relación que van desde la *persecución* hasta la *desesperación*. En tales momentos, la intensidad de la pulsión de destrucción entraña en el sujeto un dolor de existir tan insoportable, como de estar en un vínculo, que el conjunto de la economía pulsional es doblegada. El *objeto*, en razón de su alteridad, así como el *vínculo con el objeto*, en razón de su sentimiento de dependencia, devienen un factor de peligro para el narcisismo. Desde ese momento, el proceso interpretativo no puede ocuparse más del contenido fantaseado portador de sentido y motor de los procesos asociativos, sino que debe, antes que toda otra cosa, restablecer un objeto continente y *para-excitación*, o bien aplicarse a establecerlo por primera vez. Llevado a concentrar toda la atención en la *dimensión narcisística* de la *transferencia* y sus riesgos, el psicoanalista, en su trabajo de contratransferencia, deberá ser particularmente vigilante en mantener una cierta continuidad psíquica, garante de una continencia que en otra ocasión, resultó cruelmente fallida.

REFERENCIAS

- ANZIEU, D. (1990) L'attachement au négatif. En Créer, détruire. Paris, Dunod, 1996.
- BALINT, M. (1968) Le défaut fondamental. Paris, Payot, 1991.
- BION, W. R. (1962) Une théorie de l'activité de pensée. En Réflexion faite. Paris, P.U.F., 1983. (1963) Éléments de la psychanalyse. Paris, P.U.F., 1979.
- BOKANOWSKI, T. (2001) Le concept de “nourrisson savant”. En Le nourrisson savant Une figure de l'infantile, bajo la dir. de D. Arnoux et T. Bokanowski, Collection de la SEPEA, Paris, Éditions In Press, p.13-32.
- (2002) Traumatisme, traumatique, trauma. Revue française de Psychanalyse, 66, 3, p.743-755.
- FAIRBAIRN, W. R. D. (1944) La structure endopsychique en fonction de la relation d'objet. Études psychanalytiques de la personnalité, Paris, Éditions du Monde Interne, 1998.
- FERENCZI, S. (1933) Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. En Oeuvres Complètes, IV (1927-1933), Paris, Payot, 1982, p.125-138.
- (1934) Réflexions sur le traumatisme. Oeuvres Complètes, IV (1927-1933), Paris, Payot, 1982, p.139-147.
- FREUD, S. et BREUER, J. (1895) Études sur l'hystérie. Paris, P.U.F., 1965.
- FREUD, S. (1895) Esquisse d'une psychologie scientifique. En La naissance de la psychanalyse, Paris, P.U.F., 1969.
- (1920) Au delà du principe de plaisir. OCF.P, XV, Paris, P.U.F., p.273-338. - (1926) Inhibition, symptôme et angoisse. OCF.P, XVII, Paris, P.U.F., p.203-286.
- (1939) L'Homme Moïse et la religion monothéiste. Paris, Gallimard, 1986. (1940 [1938]) Abrégé de psychanalyse. Paris, P.U.F., 1975.
- GREEN, A. (1993) Le travail du négatif. Paris, Les Éditions de Minuit.
- JANIN, C. (1996) Figures et destins du traumatisme, Le fait psych-analytique, Paris, P.U.F.
- WINNICOTT, D. W. (1974) La crainte de l'effondrement. En La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, Gallimard, 2000, p.205-216.

Traducido por Mónica Serebriany

Publicado originalmente en: Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - N° 1/2 – 2005, pp. 41-57.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE