

EN MI CONSULTORIO.

Lic. Inés Berro(*)

RESUMEN

Pese a la indudable fascinación que ejerce la teoría freudiana y sus aplicaciones clínicas, encontré siempre una cierta dificultad en la aplicación de sus consejos técnicos en muchas situaciones clínicas.

Después de un largo recorrido, descubrir a Ferenczi me brindó con su perspectiva en cuanto a la concepción del trauma y la humanización de su técnica, ciertos parámetros que me eran útiles en la clínica.

Las situaciones traumáticas son parte de nuestra vida: pérdidas significativas, accidentes, enfermedades, pero aquellos hechos traumáticos que suceden en las relaciones vinculares donde existe una significativa disparidad de fuerzas entre las partes, dejan a una de ellas a merced de la otra, arrasan con la voluntad y muchas veces con el psiquismo del más débil.

Palabras llave: Trauma, psicoanálisis, Ferenczi, teoría, clínica.

EL TRAUMA Y LA CREACIÓN DEL PSICOANÁLISIS

El Psicoanálisis se origina sobre la base de los descubrimientos de Freud acerca del origen traumático de la histeria. Entendemos por “trauma” la extensión del concepto biológico de trauma (del griego herida), a la esfera psicológica. (Herman, 1992). Pero que hace que se produzca esa herida psicológica ¿una cantidad excesiva, una cantidad pulsional, una cantidad externa?, ¿exceso o falta?

Por esta discusión ha corrido mucha tinta, durante muchos años y no poca sangre dentro del psicoanálisis y desde ya, esta no ha sido una discusión vana porque de ella depende nuestra manera de enfrentar a los pacientes en nuestros consultorios.

FREUD Y EL TRAUMA

Freud sostiene hasta 1897 la teoría traumática de las neurosis, pero en la carta 69 a su amigo Fliess, del 21 de septiembre de ese año dice: “Ya no creo más en mi neurótica, (Freud, 1897), abandona esta teoría (aunque no totalmente) a favor del modelo pulsional. Este viraje de Freud trajo aparejado grandes cambios en la técnica, porque según afirmará reiteradas veces su propio creador, el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación. (Etchegoyen, 1986)

Freud fue creando la teoría psicoanalítica a partir de sus investigaciones clínicas y de su autoanálisis, dejando que, como decía su maestro Charcot, “la clínica mandara”. Y como la clínica manda, en el psicoanálisis, desde sus inicios encontramos una real interdependencia entre la teoría, la técnica y la investigación.

La noción de trauma marcó un hito en el pensamiento de la teoría y la práctica psicoanalítica, produciendo un giro copernicano en su evolución y en la concepción de la posición del terapeuta frente a sus pacientes,

.- () Lic. Inés Berro

Research Fellow. University College London-International Psychoanalytic Association.

Miembro de International Psychoanalytical Association

Miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina

Profesora Pro-titular en la cátedra de Psicología Profunda, Facultad de Psicología.

Universidad Católica Argentina.

Doctorando en psicología. Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires. En curso.

estableciendo, a mi entender, dos líneas o corrientes diferenciadas que, se mantienen aún hoy. Freud introdujo tantas modificaciones en su teoría como la clínica le mandó, pero hasta donde su paradigma le permitió. (Berro, 2009).

Tomando el concepto de paradigma que Thomas S. Kuhn desarrolla en 1962, donde define al mismo como: Realizaciones científicas universalmente conocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. (Kuhn, 1962)

Me atrevo a tomar al grupo de los primeros discípulos de Freud como una incipiente comunidad científica que creció hasta nuestros días.

FREUD Y SUS DISCÍPULOS.

El psicoanálisis no fue una creación solitaria de Freud, ya que tomó ideas y aportaciones originales de sus discípulos, “dichas contribuciones fueron elaboradas e incluidas en el corpus doctrinario que fue estructurándose a lo largo de años de intenso trabajo”. (Klimovsky, 1994) Muchas veces no se puede saber a cuál de ellos pertenecen la autoría de un pensamiento, y en esto se destaca la importancia del grupo en el pensamiento y creación de una teoría.

En este grupo selecto que lo siguió hubo disensos, alejamientos y rupturas tales como los replanteos de Adler, Stekel, Rank, Jung y Ferenczi que no pudieron ser escuchados por el maestro ya que implicaban profundos cuestionamientos sobre aspectos básicos de este paradigma psicoanalítico. (Berro, 2009)

EL TRAUMA Y FERENCZI

De todas ellas, las ideas de Sandor Ferenczi son, a mi entender, las que más repercusión tienen en la actualidad y en lo personal son las que más me acompañan en la clínica. En relación al poder restrictivo de un paradigma Kuhn expresa: “La zona de mayor claridad de los paradigmas es también su punto ciego: lo que ayudan a pensar es también lo que no pueden dejar ver” (Bernardi, 1989) y fue quizás ésta una de las causas que impidieron que Freud comprendiera las nuevas propuestas de Ferenczi.

Sus investigaciones sobre **la técnica y el problema de lo traumático** lo diferenciaron del pensamiento freudiano, al extremo que creo ver en su distanciamiento una cuestión relacionada con el poder restrictivo de un paradigma.

“Su trabajo como oficial médico en el ejército Austro-Húngaro durante la Primera Guerra Mundial le proveyó a Ferenczi la base para su primer estudio sistemático del trauma psicológico” (Frankel, 2008)

Es así como Ferenczi pudo ver repetidamente las consecuencias psíquicas de las secuelas de los traumas o heridas físicas causadas en las trincheras. Con el tiempo comprendió que para que estas tuvieran su correlato psíquico debería haber habido, en algún momento, aun en la infancia, 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”. (Bokanowski, 2005) y sobre esta base armó su teorización sobre el trauma.

Ferenczi retoma el interés en la investigación psicoanalítica sobre los traumas, que había marcado el comienzo de la exploración sobre los casos de histeria en las primeras épocas de Breuer y Freud, concediéndole la importancia que éstos le habían otorgado a los hechos reales y sus posibles efectos traumáticos psicológicos, y además incluye la participación de los objetos primarios en la génesis de los traumas. A partir de estas diferencias, brinda a la comunidad psicoanalítica una nueva perspectiva teórico-técnica acerca del trauma así como de su clínica.

Vemos como Ferenczi, años después vuelve, aunque no de igual manera, sobre la teoría de la seducción que Freud había abandonado, diciendo que sus pacientes le habían proporcionado pruebas de seducciones no fantaseadas sino reales. Asimismo recalca la importancia de la relación de los padres y el niño en la formación de su psiquismo y como posible productor de traumas, poniendo a la familia y sus interacciones en un primer plano.

En esta época, la concepción de Ferenczi sobre lo traumático es mucho más amplia que la de su maestro.

Al plantear que lo traumático ocurre en un campo intersubjetivo, en una dupla, en una pareja, como consecuencia de un encuentro entre un niño y un adulto, un alumno y un maestro, un analista y un paciente, en definitiva un sometedor y un sometido centrado en relaciones de poder. Incluye a la sexualidad pero también a la hostilidad y describe el efecto que tiene el trauma sobre la construcción narcisística del sujeto. Su teoría del trauma se apoya en dos pilares, la teoría de la seducción y la concepción del desvalimiento infantil o de una persona desprotegida. (Genovés, 1998).

Ferenczi considera que a medida que Freud va evolucionando sus concepciones teóricas le comienza a otorgar demasiada importancia a la fantasía a expensas de la realidad traumática, justamente lo contrario de lo que él (cómo tantos de nosotros hoy) hallaba en la clínica (Rand & Torok, 1998).

En la década del 20, época en que Ferenczi se aboca al desarrollo de innovaciones en la técnica psicoanalítica, sus proposiciones aparejarían, con el tiempo, cada vez mayores desacuerdos con Freud, hasta llegar a 1932, fecha de una ruptura explícita entre ambos con respecto a estos temas.

A partir de estas investigaciones, el trauma cambia de vértice, ya que si aparentemente puede presentarse como siendo de tipo sexual, se inscribe, en una experiencia con un otro, no solo en relación con lo que ocurrió, como abuso, sino con lo que no sucedió, como el caso del abandono o falta de investidura. En realidad el trauma sucede cuando el abusador impone su realidad al abusado, negando que el abuso tuviera lugar. Según Ferenczi no tiene que ser exclusivamente sexual pero siempre implica un abuso de poder. El abusado, como consecuencia de la agresión, solo puede fragmentar su Yo y ante esta fragmentación su capacidad de discriminar la realidad interna de la externa se ve dañada.

Considera que el trauma consta de dos tiempos, el primero es en el que se dan las situaciones traumáticas y el segundo, en el que se activaría el trauma a consecuencia de la desmentida impuesta (Dupont. 1998).

Ferenczi enfatizó como clave en la producción de consecuencias perjudiciales posteriores al trauma, la **desmentida**, o sea, la hipocresía de los adultos negando los hechos traumáticos ocurridos al niño o al adulto dependiente, y la consideró fundamentalmente tan destructiva, como el abandono emocional de los padres (Frankel, 2008).

Esta nueva veta etiológica del trauma es totalmente novedosa, ya que establece que éste puede no resultar únicamente de acciones y eventos como se creía, sino también entramarse en la relación con otro. Esto plantea la necesidad de innovar técnicamente, ya que las bases teóricas acababan de ser modificadas.

El tema del trauma fue el centro de los intereses clínicos de Sandor Ferenczi. Aunque los factores traumáticos fueron generalmente abandonados por otros analistas, el estaba convencido, hacia el final de su vida, que estos eran causa importante en mucha de la patología neurótica y del carácter (Frankel, 2008).

Así sostengo que al cambiar el escenario y sacarlo del encierro de las pulsiones, Ferenczi también conmina al analista a salir de su neutralidad.

EL TRAUMA Y LAS INNOVACIONES TÉCNICAS

Sobre estas innovaciones técnicas que conmovieron el edificio del psicoanálisis, humanizándolo, es que quiero hablar, y para ello voy a comentar un párrafo de Ferenczi de su artículo Principio de relajación y neocatarsis: “Durante mi larga práctica analítica, me he hallado constantemente en trance de infringir alguno de los “Consejos técnicos” de Freud: La fidelidad al uso del diván por la necesidad de mirar al paciente a los ojos, el pago de las sesiones, dispensarlos de venir a verme, prolongar las sesiones, dar dos sesiones el mismo día, darme cuenta que mi rigidez aumentaba sus resistencias al igual que en algunos casos la frustración era excesiva... (Ferenczi, 1930)

O cuando habla en Confusión de lengua de la “hipocresía profesional” al ocultar nuestros sentimientos bajo una fría reserva, que muchas veces esconden una falta de benevolencia. Pero, dice, nuestros pacientes no necesitan una teatral piedad, sino tan solo una autentica empatía, algo que establezca un contraste entre el presente y el pasado insoportable. (Ferenczi, 1933)

Desde 1932 Ferenczi comenzó a redactar un “diario clínico” de viñetas psicoanalíticas y desarrollos teóricos y técnicos, donde denunciaba la “insensibilidad” del analista. Consideraba que debía limitarse el requerimiento de la regla fundamental que indica que el paciente diga todo y la atención flotante, lo que reducía, a su criterio, la calidad de las comunicaciones del paciente y lo hacían dudar de la realidad

de sus sentimientos. El analista debía ser natural y sincero, expresando una “intensa empatía”. Debía ser participante y humano. (Ferenczi, 1933)

Ferenczi decide en vista de la cantidad de casos excepcionales, a los que no podía tratar con los parámetros establecidos, formular un principio hasta entonces inédito, aunque admitido tácitamente, el principio de *dejar hacer*, para ser usado junto al principio de frustración, permaneciendo fiel a la técnica clásica de la frustración en el análisis y tratando de alcanzar sus metas sirviéndose con tacto de ambas técnicas (Ferenczi, 1930)

Las innovaciones que Ferenczi propone son entre otras: una actitud más empática del analista, la contra-transferencia como guía para el terapeuta, y la noción de relación con los objetos primarios, como fundamental en la formación y maduración del psiquismo humano. Sostiene Ferenczi que la espera fría y muda, así como la ausencia de reacción del analista, parecían perturbar la libertad asociativa del paciente. (Ferenczi, 1931) “El análisis es trato humano, decía, y presupone empatía”. (Dupont, 1997)

EL TRAUMA EN MI CLÍNICA

El caso del que les voy a hablar no fue tratado en base a estos principios sino que me llevo a ellos. Recortaré momentos del primer año de tratamiento que sirvan para ejemplificar algunas diferencias entre las técnicas clásicas y las que implementé con este paciente

Debo decir como Ferenczi que en mi práctica durante mucho tiempo me encontré, que debía infringir varios consejos técnicos de Freud: el uso del diván, el pago de las sesiones, ir a ver a los pacientes a sus casas o a los sanatorios, prolongar las sesiones, cambiar los encuadres, etc. Y esto lo hacía a veces en la soledad de mi consultorio, sin su saber y valentía y con muchas dudas.

Prehistoria Del Tratamiento.

El paciente de quien voy a hablar era de un joven de 22 años, estudiante universitario.

Me fue derivado por un colega, quien me informó que él lo había tratado dos años atrás cuando M tuvo un episodio psicótico en medio de una quimioterapia que recibía por un carcinoma óseo que había forzado una operación en su pierna. Su ex terapeuta me comentó que la familia del paciente era muy poco continente, y en su opinión... “bastante difícil”.

La operación de su pierna tuvo consecuencias invalidantes; ya que quedó un poco más corta que la otra y esta mutilación tuvo como correlato fuertes sentimientos de minusvalía. La neoplasia de M surgió en un contexto familiar de marcada decadencia socioeconómica, que provocaba en él intensa angustia. Los padres reaccionaban frente a esta extrema situación para ellos, peleando y amenazando con separarse y “desmembrar la familia”. M cumplía con sus estudios y se refugiaba intensificando sus prácticas deportivas. Esta defensa, sin embargo, se vio interrumpida por la enfermedad, disparando en M un proceso de desorganización mental, que desembocó en una crisis psicótica aguda a la manera esquizo-afectiva por el que sintió que su aparato psíquico había sido pulverizado como un cristal.

Primeras Entrevistas

Cuando abrí la puerta del consultorio recibí a una persona joven, muy agradable, alto, delgado. Me llamó la atención que usaba bastón canadiense debido a una obvia renguera de su pierna. Uno de los temas más impactantes que M desarrolló en esas entrevistas, fue el cáncer de huesos que lo aquejaba.

A pesar que M hablaba de una manera muy controlada, se lo notaba angustiado. El relato de su enfermedad me conmovió tanto que no pude preguntar detalles sobre ella, ni siquiera pude pensar posteriormente como había sido la intervención. Esto fue una respuesta contratransferencial a su angustia y a su pedido implícito de ir despacio y con cuidado.

El punto de urgencia que había traído a M a la consulta fue un cáncer y todo lo que se movía a su alrededor, complicado por la operación mutilante, con la que quedó afectada su estética y la dinámica de su cuerpo. M traía un estado de crisis psicósomática, lo que le suscitaba una intensa ansiedad de aniquilación que no era una simple angustia, sino un hecho concreto imposible de elaborar sólo. Toda la primera parte del

tratamiento transcurrió, prioritariamente, entre su miedo a enloquecer y a no tener tiempo de vida. El miedo a la muerte, a la locura y a la esterilidad lo invadía todo.

M llegó con un síndrome de extrañamiento; de haber sido un excelente atleta se veía reducido a ser un sujeto medio lisiado por una modificación traumática, lo que le representó un esfuerzo constante para adaptarse al mundo o readaptar al mundo para poder vivir y funcionar en él.

La enfermedad no solo produjo a M graves alteraciones físicas tales como: una pierna más corta que la otra, alopecia por la quimioterapia, etc., y además una serie de perjuicios también en su vida intelectual. Perdió un año en la Universidad y tuvo que soportar el espectáculo nada agradable de quedarse totalmente pelado a esa edad con el sentimiento de destrucción y el horror que le llega a través de los ojos de la gente.

Ya desde la primera entrevista me di cuenta que con este paciente no iba a poder usar muchos de los parámetros técnicos que solía usar con el resto de mis pacientes, porque mi técnica clásica no me alcanzaba tuve que seguir lo que me dictaba mi contratransferencia y entendí que la terapia es un encuentro que va mucho más allá de las palabras: el tono, la posición del cuerpo, la mirada, la sonrisa, toda la actitud del terapeuta es indispensable para poder subsanar el déficit sufrido durante la niñez y acentuada por la enfermedad actual del paciente. Años más tarde lo pude ratificar al leer en Ferenczi que el trauma es el resultado de una falta de respuesta de los padres ante la situación de desamparo y que consideraba la empatía (“sentir con”, para el) el vínculo emocional para el desarrollo temprano del infante. En este caso la empatía me guió durante todo mi trabajo de contención y de muy poca o casi nada de interpretación en esta parte de la terapia. Tuve que modificar el encuadre, ya que me di cuenta que era importante y de por sí facilitador para la cura, siendo fundamental la posibilidad de adaptarlo a las necesidades de cada paciente, y en este caso no fue solo “*una silla más alta para no tener que doblar tanto la rodilla porque se me acalambra*”, o cuadernos para que dibuje al estilo de un niño como le ocurrió durante un tiempo a M, sino el manejarse con el tacto necesario. Pero ¿que es el tacto? “El tacto es la facultad de sentir con”. (Ferenczi, 1928)

Después de la primera entrevista tuve la impresión de haber recibido una persona con múltiples fantasías, angustias de castración y muerte motorizadas por su patología somática. Lo que en otra persona eran posibilidades, en él eran realidades que lo convertían, según yo sentía, en una persona frágil a la que había que cuidar, a pesar que también se lo percibía con muchas posibilidades y deseos de vivir.

Una de las inquietudes que me quedó flotando fue que tenía que manejarme cautamente por su episodio psicótico. Esto fue una luz roja intermitente que duró en mí como alarma todo el primer año de terapia y que se fue diluyendo lentamente.

Si debo resumir los sentimientos que M provocó en mí en estas primeras entrevistas diré que fueron los de pena y ternura y un gran deseo de cuidarlo y repararlo, siendo esta mi contratransferencia complementaria y fue mi contratransferencia la que me guió a lo largo de todo el tratamiento. Las entrevistas con M dejaban en mí ansiedades diversas. Me preocupaba la parte prospectiva con el paciente. Sus antecedentes, en especial su enfermedad, operación y secuelas inducían en mí ansiedades paranoides mayores que las que solía tener frente a primeras entrevistas con otros pacientes, yo sabía que debía aguzar mi tacto para no dañarlo.

Comprendí que si quería curar a M era preciso que le diera algo distinto en la realidad de nuestra relación, al menos tanta solicitud o la intención real de otorgarla, como la que un niño, duramente golpeado por un traumatismo debe recibir. (Ferenczi, 1933)

A pesar de esto al terminar las primeras entrevistas pautadas me di cuenta que habían sido más fáciles de lo que había pensado debido a que la comunicación establecida entre los dos había sido fluida y cordial, cosa que se fue afianzando con el correr de los encuentros.

Sin embargo casi no pude tomar notas durante las entrevistas, porque sentí que mi atención y mi mirada no podían hacer otra cosa que sostenerlo y este sentimiento se mantuvo en mí casi todo el primer año de tratamiento y con variaciones de intensidad hasta el final del mismo.

M puso de manifiesto mi inclinación a instrumentar la transferencia materna, que en este caso, se hizo presente desde el vamos, como una madre contenedora, “benevolencia materna” (Ferenczi, 1931), o una “madre suficientemente buena” (Winnicott, 1971), porque actúe como una madre que antes que nada atiende todos los miedos, intenciones hostiles, deseos y problemas que perturban a su hijo. (Ferenczi, 1931)

La Dinámica del Proceso Analítico durante el Primer Año de Análisis.

En ese primer año de trabajo el paciente fue hablando sobre personajes importantes de su mundo interno cuya descripción era fundamental ya que cada uno de ellos implicaba identificaciones, influencias y afectos particulares.

El padre: con marcada frecuencia hablaba de su padre al que describía como muy parecido a él; muy ejecutivo y exigente. Mi impresión era que tanto el padre como el hijo solían intercambiar un “discurso académico”, excesivamente formal y aislaban la afectividad natural entre un padre y un adolescente. Otra característica del padre era que le encantaba jugar al tenis “aunque yo creo que durante mi enfermedad lo hacía para evadirse...”, “...En casa lo más importante es el éxito y la inteligencia; es muy importante saber como contestar rápida y además lúcidamente a todo..., las lenguas son afiladas en casa”. En estas frases M volvía a resaltar los aspectos académicos de los diálogos familiares. **La madre:** contaba que la situación que más le angustiaba recordar, fue cuando se despertó de la anestesia y vio a su madre desesperada midiéndole la pierna que había quedado más corta. Y decía tristemente: “...*Para mamá lo estético es muy importante*” Esto mostraba el tipo de relación que tenía con su madre, una mujer muy poco empática, con la que tampoco era posible un diálogo cariñoso. Estas cualidades caracterológicas paterno- maternas marcaron al hijo, ya que toda búsqueda afectiva en él, remitía a estos padres que solo cubrieron necesidades físicas e intelectuales pero no libidinales. M dijo que no sabía si su familia era... *una empresa familiar o una familia empresaria...*

Podemos así entender porque en el psiquismo del paciente habían quedado profundas heridas, debidas a la falta de empatía de sus padres, lo que ante este nuevo trauma, causó efectos desastrosos en su aparato psíquico. Ya que el vínculo primario con los padres basados en la comprensión empática con ellos es fundamental para el desarrollo temprano del infante y sus fallas a través del tiempo causan los efectos que pudimos apreciar en M, pensar en una madre midiendo en cambio de contener, es el peor desconocimiento a la persona, a la gravedad del cáncer, a la posibilidad de la muerte, ya que “La desaprobación por la madre de lo que ha podido pasar hace al traumatismo patógeno” (Ferenczi, 1933), este autor señala que los niños no suelen lograr preservarse de los efectos de un desconocimiento por parte de quienes confían, ya que no pueden prescindir de los cuidados de los padres y por ello es que utilizan así sea en detrimento de su propio desarrollo, mecanismos defensivos tales como la identificación con el agresor, la introyección, la escisión, etc. (Ferenczi, 1933)

Refiere que después de la operación y en medio de la quimioterapia, sin poder soportar la situación traumática vivida, se le produce una desorganización psicótica, situación que fuerza a cambiar a sus padres de terapeuta, ya que el que lo estaba tratando no parecía darse cuenta de lo que estaba ocurriendo. Se pide una consulta con un psiquiatra. Lo que llevó a que toda la familia tomara conciencia de que había una situación urgente, dramática que se había expresado a través de una psicosis aguda a la manera de una psicosis esquizo-afectiva, es decir a una desorganización transitoria productiva del paciente, con delirios paranoides y alucinaciones que remitieron sin dejar consecuencias.

Creo que en un determinado momento la realidad se le volvió demasiado dura y no tuvo más remedio que huir de ella. Fue una psicosis aguda, quizás la única solución posible que en ese momento encontró su aparato psíquico para regularse; sacrificó una parte (la realidad) para salvar el todo (su yo). “Muchas veces la primera reacción a un choque traumático es una psicosis pasajera, es decir una ruptura con la realidad”. (Ferenczi, 1930) Escucharlo era algo realmente conmovedor. Muchas veces hablaba de sus vivencias desafectivamente como defensa, mi contratransferencia me hacía sentir su emoción, muchas veces a nivel corporal. Sabía que lo tenía que tratar con mucho cuidado. Él repetía muchas veces que la enfermedad lo había pulverizado como a un cristal y que había podido colocar bien dos o tres piezas y que quería continuar haciéndolo.

Quizás la formación analítica y el análisis personal me permitieron contener los aspectos más escindidos de M y poder rearmar sus piezas por que el análisis del terapeuta es “La segunda regla fundamental del psicoanálisis, a saber que quien desee analizar a los demás debe primero ser él analizado... (entonces)... sabrá cuando y como se comunica algo al analizado”. (Ferenczi, 1928)

Muchos meses después en un momento de esfuerzo reconstitutivo, M me dijo: “Me cuesta armarlo, pero es necesario que armemos un cuadro temporal. Me acuerdo absolutamente de todo, pero no del orden o el tiempo. Lo único que me daba noción del tiempo es lo mal que yo estaba.

Me acuerdo absolutamente de todo pero nunca..., no puedo, es como una película que no sabes, que está

toda mezclada. Es muy difícil armar este rompecabezas. Ahora podré ordenar, habría que ordenar todo esto para entenderlo”.

Supe que la reproducción y reelaboración del trauma por sí solo no bastaría, si no era dentro de un marco distinto al que M había vivido, ese marco era una relación en donde su referente no se asustara, ni desmintiera sus miedos, porque si el analista desconoce la realidad del trauma, como pasó con M, éste repite ese ataque a la percepción del sujeto y lo re-traumatiza. (Boschan, 2005). Sino que lo ayudaría a enfrentarlos para así armar ese rompecabezas pulverizado que era su psiquismo y así poder seguir adelante; ya que “el parecido entre la situación analítica y la situación infantil incita, a la repetición, mientras que su contraste favorece el recuerdo y la cura”. (Ferenczi, 1930)

Entonces comenzó a dibujar, cuando las palabras eran muy difíciles de pronunciar, y lo hizo en cuadernos que aún conservo en mi consultorio, a la manera de las terapias infantiles, costumbre que mantuvo hasta promediar la terapia.

Y dejé que M. juegue, porque ya había usado el juego con otro paciente seriamente traumatizado, como forma de mitigar la pérdida del placer de vivir “ya que la irresponsabilidad de la infancia, les permite introducir impulsos de vida positivos, y razones para continuar viviendo” (Ferenczi, 1929). En ambos casos con éxito.

“En estos procesos vemos que las técnicas que usamos con los niños muchas veces pueden y deben ser usadas con los adultos”. (Ferenczi, 1931)

Estas ideas las va a desarrollar años más tarde Winnicott:.. “En mi opinión debemos esperar que el jugar resulte tan evidente en los analistas de adultos como en el caso de nuestro trabajo con chicos. Se manifiesta, por ejemplo, en la elección de palabras, en las inflexiones de la voz, y por cierto que en el sentido del humor” (1971)

Contratransferencialmente, sentía que debía sostenerlo en esa lucha, a veces con la voz, otras veces sólo con la mirada, pero siempre conteniéndolo. A veces no me animaba a preguntar, sólo acompañar. Lo veía aterrado y yo sentía ese miedo con él; temía hacer algo que lo descompensara y que se repitiera el episodio psicótico. Sin embargo paradójicamente, lo veía como una persona con muchas posibilidades y deseos de vida.

Me decía en su delirio que pensaba que la casa alquilada era una clínica, su padre el director, su madre la encargada y su primer terapeuta, un médico.

Yo pensaba, centrándome en la fantasía que él me relataba que su casa había dejado de ser meramente su hogar para convertirse en una clínica. Su enfermedad marcaba las cualidades de la casa, no estaba muy lejos de la realidad ya que de hecho, esto es lo que ocurre en estos casos.

En la viñeta que sigue el paciente relata parte de su delirio:

“... Cuando estaba loco, casi me internan. El médico pensaba que quizás era mejor internarme, mi viejo no sabía qué hacer. Yo me quería levantar de la cama y no podía porque estaba recién operado. Una vez me dejaron solo y me agarré las muletas, me levanté y me fui al piso de arriba y pensaba que vivía allí y pensé que pasaban todas las noticias, porque mi televisor estaba intervenido igual que mi teléfono, yo marcaba, pero me daban con las personas que ellos querían”.

En esta viñeta se muestra la falta de referentes de M para sostenerse y reconstruirse, ya que su familia era, como en su delirio, una casa alquilada convertida en una clínica, en donde lo dejaban solo.

“Lo que necesitan estos neuróticos, es ser verdaderamente adoptados y que se les deje por vez primera disfrutar de las excelencias de una infancia normal”. (Ferenczi, 1930)

Después de una serie de sesiones particularmente dolorosas me fui una semana de viaje, tema que ya habíamos trabajado con M., y a mi retomo viéndome quemada me dijo: “*¡Qué suerte Inés, yo pensé que después de las dos últimas sesiones te había enfermado!*”

¿Cómo debe operar un analista que acompaña a un paciente que siente que tiene guardado en él un material tan peligroso? M creía que me podía enfermar porque su dolor, odio y muerte estaban puestos en el cuerpo y a este nivel se vivía muchas veces la transferencia y contratransferencia. El tratamiento de un paciente somático o psicossomático está íntimamente relacionado con la capacidad del analista para “sacar las cosas

del cuerpo” y pasarlas a un nivel mental donde puedan tener otro tipo de procesamiento, menos destructivo. Se hacía necesario establecer la capacidad de contención que yo tuviera para que, al igual que la madre de un bebé furioso por la frustración, recibiera su odio, lo elabora y se lo devolviera transformado en algo que pueda ser inocuo para él.

CONCLUSIONES

El objeto de este trabajo es la demostración brindada por el consultorio acerca de la necesidad de apartarse de las rigideces propias de las teorías, entendidas como dogmas. Al igual que Ferenczi opino que muchas veces, nos resulta más fácil seguir al pie de la letra las palabras de los maestros y a proclamarlas como única verdad, cayendo así de este modo en error (Ferenczi, 1929), a veces por miedo. Pero como prefiero seguir la premisa de Charcot “la clínica manda”, a ella me adecué. Por ello traje a colación un caso, para mi paradigmático, donde la atención de M demandó, apartarse de las teorías y técnicas consabidas y tuve que ser una psicóloga no dócil y aprender que “la confianza en nuestras teorías solo debe ser una confianza convencional, pues puede darse el caso de la excepción de la regla o incluso modificarlas”. (Ferenczi, 1928)

Es que ante un caso límite me debí adaptar y ver al paciente como ese ser que sufría demasiado y que demandaba ser comprendido, sostenido antes que interpretado, como paso previo a la etapa terapéutica clásica.

Toda la primera parte del tratamiento transcurrió, prioritariamente, entre su miedo a... “*volver a estar loco*” y a “*no tener tiempo*”. El miedo a la muerte, a la esterilidad y a la locura lo invadía todo. Escucharlo era muy movilizante y conmovedor; provocaba en mí deseos de cuidarlo para evitar que siguiera sufriendo.

Ya que como decía M: ... “*Para mí las metástasis y la enfermedad son algo presente, no me los puedo sacar de la cabeza*”. Lo que M no podía decir, lo pudo expresar jugando. Con su humor ácido, su juego eran dibujos que hacía mientras hablábamos. No desde un diván, sino desde “*una silla más alta por los dolores de su pierna*”; no desde una posición de paciente a su acartonada psicóloga, sino desde un niño que sufría mucho y pudo encontrar un lugar donde se lo escuchó y desde donde pudo comenzar a rearmarse.

Jugando pudo pedir ayuda para que “armemos un cuadro temporal”, esto es rearmar un rompecabezas disperso. A la manera de un refugio, mientras durara la tormenta.

Con toda mi técnica o afecto y años de análisis pude escuchar y así los dos primeros años de tratamiento pasaron en la emergencia, vale decir, fuera de los cánones de la técnica de frustración y el encuadre preestablecido. Después, cuando se comenzó a rearmar el rompecabezas, este especial paciente pudo hacer diván, aunque con ciertas prebendas: “pero con vos mirándome, con una almohadita más cómoda porque tu almohadón es muy duro, con frazadita”, porque la relación estaba ya consolidada y M era un niño especial para mí, un verdadero sobreviviente al que hubo que hacerle entender que la vida no es un siempre tormenta agobiante.

Todo paciente afectado por el cáncer sabe que la muerte puede triunfar y que debe luchar para vencerla. Él decía: fracaso, yo le devolvía la idea del éxito; él pensaba en la muerte (ya que el fantasma no era otra cosa que la muerte), yo le decía: luchar es vida.

Aparte lo que yo buscaba era dónde estaba el centro de control, dónde estaban todos los actores que hablaban; y cuando subí y no había nadie dije: ¡chau, no hay nadie! Siempre oía voces y era verdad, siempre había gente en casa, lo que pasaba es que no me veían. ..

Y era verdad en esa casa, en esa familia, no había nadie que pudiera ver a M con el dolor, el sufrimiento y el miedo a la muerte, en eso estaba solo. Yo me sentía bastante abrumada por que él era un paciente con grandes demandas. Los principales temas de la terapia de M se iban poniendo sobre el tapete, eran los que estaban muy en el límite de la vida y la muerte. La muerte como incapacidad para transmitir la vida y desaparecer.

Con todos los pacientes siempre me pregunto ¿Voy a poder hacer algo por esta persona? Con M este sentimiento fue terrible, la contratransferencia complementaria fue el temor a ser estéril terapéuticamente, no crear nada, ni darle nada.

A pesar de lo duro de estos planteos es recién al final del primer año de terapia, donde el paciente comenzó

a mejorar y cambiar sus defensas maníacas. Dejó de hacer mil cosas a la vez y fracasar en todas, por ejemplo en los exámenes de la facultad, que daba compulsivamente. Ante mi pedido: “*date tiempo*”, él respondía: ... *¿y si lo que no tengo es tiempo?*

Este tipo de técnica me permitió rearmar un psiquismo que se había “*desarmado como un rompecabezas*” permitiéndole apropiarse de su tiempo y de su vida. Esto solo es posible en base a adaptarse a las posibilidades de los pacientes y poder combinar la frustración debida con el “dejar hacer” del análisis.

A pesar de las angustias y miedos que se movían en Miguel, contra las que se luchó con defensas obsesivas y algunas maníacas, se lo veía con un gran sentido del humor, característica que se mantuvo durante todo el tratamiento y que le ayudó a sobrellevar situaciones muy duras en él, no sólo usándolas maníacamente sino también en su forma creativa y madura, lo que demostró que el paciente tenía una gran capacidad de juego y creación -cualidades que en el decir de Winnicott son uno de los elementos fundamentales para que se desarrolle un tratamiento: ... “*Me parece válido el principio general que la psicoterapia se realiza en la superposición de las dos zonas de juego, la del paciente y la del terapeuta. Si este último no sabe jugar no está capacitado para la tarea. Si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo, después de lo cual comienza la terapia. El motivo de que el juego sea tan esencial consiste en que en él el paciente se muestra creador. ...*” (Winnicott, 1971)

Y después de este caso como dijo Ferenczi traté de trabajar cada vez más “con humanidad y naturalidad, con benevolencia y libre de prejuicio personal, para la adquisición de conocimientos que me permitieran proporcionar ayuda” (Ferenczi, 1932)

REFERENCIAS

- Bernardi, R. E. (1989) El poder de las teorías, El poder de las teorías; el papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. En Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Argentina; 46: 904- 929.
- Berro, I. (2009) Paradigma o Paradigmas en la Clínica Psicoanalítica Actual. En Vertex Revista Argentina de Psiquiatría, XIX (80), 218-223.
- Bokanowski, T. (2005). Variaciones sobre el concepto de “traumatismo”: traumatismo, traumático, trauma. (Spanish). Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 27(1/2), 41-57.
- Boschan, P. (2005). Trauma en la obra de Ferenczi. Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, 27(1/2), 207-212.
- Dupont, J. (1997) “Prólogo”. En Sin simpatía no hay curación de S. Ferenczi. Buenos Aires, Amorrortu, 13-32.
- Dupont, J. (1998). La noción de trauma en Ferenczi y su influencia en la investigación psicoanalítica posterior. Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, Tema Monográfico (28), 17-27
- Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Ferenczi, S. (1928). La elasticidad de la técnica. En Ferenczi, S.; Judith DuPont; Sandor Ferenczi, Obras Completas, Tomo IV (59-66-72). Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1929). El niño mal recibido y su instinto de muerte. Ferenczi, S. Obras Completas, Tomo IV (85-90- 92). Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1930) Principio de relajación y neocatarsis. En Ferenczi, S., Obras Completas, Tomo IV (91-108). Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1931). Análisis de niños con los adultos. Ferenczi, S. Obras Completas, Tomo IV (109-124). Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1932) (2-II-1932). Sin simpatía no hay curación. Diario Clínico. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Ferenczi, S. (1933). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. En Ferenczi, S., Obras Completas, Tomo IV (139-152). Madrid: Espasa Calpe
- Frankel, J. (2008). La teoría del trauma en Ferenczi. Interpretación: Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis, (11/12), 249-274
- Freud, S. (1897) Carta 69. En Freud, S. Obras completas, Tomo I (301-302). Buenos Aires: Amorrortu

editores.

- Genovés, A. (1998). La teoría del trauma en la obra de Ferenczi. En Cabré, L.,
Genovés, A. Revuelta Blanco, P. y Roldan Villaverde, B., Asociación Psicoanalítica de Madrid; Leer a
Ferenczi. (271-281). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Herman, Judith L. (1997). Trauma and Recovery. Nueva York: Basic Books
- Klimovsky, G. (1994) Las desventuras del conocimiento científico. Buenos Aires, AZ ediciones. Kuhn, T.
S. (1962) La estructura de las revoluciones científicas. Buenos Aires, Fondo de cultura Económica.
- Rand, N. y Torok M. (1998). Freud cara a cara con la investigación de Ferenczi sobre el trauma. Revista
de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. De Madrid, 28, 35-49. Winnicott, D. W. (1971) Realidad y Juego.
Buenos Aires. Gedisa.

(*) **Lic. Inés Berro**

http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre_10/_En_mi_Consultorio.pdf

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE