

CASO CLÍNICO: TRAUMA Y CLÍNICA PSICANALÍTICA.

Paula Regina Peron ^(*)

El caso clínico que presento a continuación sintetiza y refleja algunas cuestiones psicoanalíticas en torno al tema del trauma, derivadas de mi práctica clínica. Este caso clínico, como tantos otros, provocó impasses en mi marco teórico-clínico¹.

Durante mi práctica clínica en mi consultorio particular, atendí a algunos pacientes cuyas transferencias se manifestaron de una manera muy peculiar y repetitiva, excesivamente marcada por la depresión y por una relación muy sumisa y dependiente conmigo, predominando por algunos períodos o a lo largo de todo el tratamiento. Llamé a este movimiento “transferencia depresivo-masquista”, entrelazándolo con historias infantiles traumáticas. Pude plantear la hipótesis, fuertemente apoyada por la experiencia clínica y la producción teórica de Sándor Ferenczi, de que la transferencia marcada por características simultáneamente deprimidas y masquistas parecían estar presente en algunos tratamientos. En ellas, se evidenciaban una historia infantil marcada por la indiferencia materna y paterna, traducida en una falta o empobrecimiento excesivo del contacto afectivo, corporal y verbal con la madre y el padre, y por deficiencia en el reconocimiento -por parte de los padres- de las necesidades materiales y afectivas básicas del niño. Tal indiferencia a veces daba paso a medidas punitivas violentas, “terrorismo de sufrimiento” y actitud represiva de los impulsos libidinosos y agresivos del niño².

En estos pacientes, encontré frecuentemente defensas psíquicas descritas por Sándor Ferenczi -identificación con el agresor, escisión narcisística y progresión traumática patológica. Se trata, obviamente, de una marca específica en las manifestaciones clínicas de las cuestiones traumáticas -que abarca otras tantas dimensiones y situaciones, incluso de cuño social, que no trabaje en mi tesis- y también de un recorte en la problematización teórica de tales manifestaciones.

ISABELA: “YO NO TENGO NINGÚN VALOR “

Isabela tiene aproximadamente 40 años, es una mujer extremadamente bonita, aunque ella reconozca poco esto, y es diplomada con un título universitario. Llegó para su tratamiento presentando una dulzura pasiva que denunciaba su inseguridad y grandes esfuerzos de control de su propia agresividad. Acudió al análisis poco después de la muerte de un tío, muy entristecida y trastornada por esta pérdida, ya que lo consideraba como a un padre.

Apenas llegada me di cuenta de sus dudas para comprometerse e involucrarse con el análisis, mostrándose poco disponible para el trabajo analítico. Ella me pidió que empezáramos a trabajar de a una sesión por semana hasta que se sintiera más segura de que yo podría ayudarla. Más tarde, establecimos dos sesiones semanales y, finalmente, agregamos una tercera sesión solo cuando pensamos que era necesario. Para que la transferencia se solidificara, tuve que tolerar su imposibilidad de establecer horarios fijos, por ejemplo. Durante mucho tiempo, ella llamaba para pedir una sesión y parecía necesitarla, manipulándome de una manera que le permitía sentir cierto control sobre la situación analítica. Asistí a Isabela cara a cara durante un largo período de tiempo, ya que ella rechazó el uso del diván. A diferencia de otros pacientes, me di cuenta, después de cierto tiempo de trabajo analítico, que la usual neutralidad por mi parte, terminaría por facilitar la repetición de un ambiente hostil que ya había experimentado. Noté que alguna rigidez eventual de mi parte, o una actitud general más fría y objetiva, acabaría provocando una mayor resistencia y permitiría la aparición de una reedición muy literal de acontecimientos traumáticos de su historia infantil, como

si Isabela me identificara inconscientemente con figuras negativas de su infancia y ello desencadenaría reacciones características y sintomáticas relacionadas con sus traumas infantiles. Sándor Ferenczi sugiere que, con el paciente traumatizado ya sea sexualmente, ya por elementos de malevolencia, ya por un tratamiento desprovisto de tacto de sus relaciones parentales, el analista debe posicionarse de una manera diferenciada, más flexible y permisible. Para él, el trauma puede ser considerado como un *quantum* de excitación demasiado intenso para el flujo psíquico normal, que causa marcas psíquicas peculiares. En este sentido, él trabajó las consecuencias clínicas del texto freudiano “Más allá del principio del placer” (1920), en donde la consideración por el factor económico se hace de forma extensa. En ese texto, Freud afirma que el fenómeno de la repetición también está presente en la situación analítica, y que la compulsión a repetir los acontecimientos de la infancia en la transferencia no considera el principio del placer. Además, en este texto Freud define el trauma como el resultado de excitaciones externas lo suficientemente fuertes como para cruzar el filtro para excitatorio del aparato psíquico y crear una perturbación económica.

Más la reflexión sobre el trauma psíquico ha estado presente desde el nacimiento del psicoanálisis. En la obra de Sigmund Freud, el examen de las características psíquicas de las histéricas y sus fantasías sexuales infantiles otorgó a la sexualidad el lugar central establecido en toda la producción de Freud. Para éste, el complejo de Edipo y el complejo de castración ocupan el núcleo de la constitución psíquica de cualquier persona, sin que, sin embargo, Freud hubiese descartado la importancia del escenario de la realidad. No es correcto decir que el abandono de la teoría traumática de las neurosis hubiera llevado a Freud a desconsiderar del todo el peso de la seducción real o de la realidad en la enfermedad psíquica. En “Conferencias introductorias al psicoanálisis”, número XXII -“Consideraciones sobre el desarrollo y la regresión - Etiología”, 1917-, él utiliza, por primera vez, el término “series complementarias” para teorizar sobre las causas de la neurosis y señalar la importancia del factor psíquico y también de la experiencia:

En cuanto al examen de sus causas, los casos de enfermedad neurótica se ordenan en una serie, dentro de la cual los dos factores -constitución sexual y vivencias o, si se quiere, fijación libidinal y frustración- se representan de una manera tal que, aumentando la participación de uno de ellos, el del otro disminuye. En ambos extremos de esta serie se encuentran los casos extremos, de los cuales se puede afirmar con convicción: que lo que sea que hayan vivido y por mucho que la vida se haya encargado de salvarlos, estas personas se habrían enfermado de todos modos, en virtud del desarrollo singular de su libido. En el otro extremo están los casos en los que habría que juzgar lo contrario: estas personas seguramente habrían escapado de la enfermedad si la vida no las hubiera puesto en tal o cual situación. En los demás casos dentro de la serie, a un mayor o menor grado de predisposición de la constitución sexual se suma un menor o mayor grado de exigencias nocivas de la vida. La composición sexual de estas personas no los habría vuelto neuróticos si no hubieran pasado por tales experiencias; y estos no habrían producido un efecto traumático si las condiciones de la libido hubieran sido diferentes.³

También vemos, en “Moisés y el monoteísmo”:

[...] es cierto que existen casos calificados como “traumáticos” porque los efectos inconfundiblemente se remontan a otras varias impresiones fuertes de este período temprano que escaparon a una resolución normal, por lo que se podría juzgar que, si no hubieran ocurrido, tampoco si hubiera producido la neurosis.⁴

Isabela parecía pertenecer a ese grupo de casos donde las marcas excesivas de la infancia fueron determinantes en la enfermedad. Para pensar teóricamente sobre su caso y también para construir formas de conducirlo, fue necesario acudir a Sándor Ferenczi, quien, tras la reconsideración del tema freudiano del trauma de “Más allá del principio del placer” (1920), trabaja dichas concepciones centrándose en la importancia del trauma en la psique del niño, especialmente en el período final de su obra. Él observó que

las consecuencias de los eventos muy precoces se evidenciaban en los embates del conflicto edípico y frente a las posteriores exigencias de la genitalidad, cuando entonces, se manifiesta la fragilidad de aquel que fue traumatizado y cuyos traumas no fueron estructurantes sino desorganizaban su constitución psíquica. Existe una amplia gama de enfoques relacionados con la comprensión teórica y el manejo técnico de las psicopatologías que involucran un trauma temprano. Considerar el trauma como consecuencia del impacto de la realidad externa o como consecuencia de factores psíquicos empobrece la comprensión de la situación planteada. Es necesario tener en cuenta tanto la importancia del hecho real -y, por tanto, no desmentir al sujeto y no aumentar su culpa y estancamiento- y el significado singular que un sujeto dado atribuye al hecho. Con Isabela se hizo evidente la importancia de no descuidar la realidad narrada, aunque el campo de la fantasía y la pulsión tenían igual o mayor importancia.

Las experiencias dañinas precoces parecen haber dominado el universo psíquico de Isabela; aunque, al inicio de trabajo, las escenas de la infancia parecían congeladas en lo recóndito, desvinculadas de las elaboraciones de la fantasía y, por tanto, incapaces de ser metabolizadas, incluso en sus aspectos edípicos. Solo había leves rastros de memoria desautorizados que se mostraban en las fantasías o el habla. En 1924, en “Las fantasías provocadas”, Ferenczi evoca un tipo de paciente similar a Isabela, que tiene poca actividad de fantasía, incluso cuando se trata de situaciones de gran intensidad de afecto. Apoyado en la noción de que tal comportamiento está relacionado con escisiones psíquicas, Ferenczi pide a los pacientes que busquen las reacciones adecuadas, o incluso que las imaginen, generando fantasías que muestren al paciente su capacidad para tales producciones psíquicas y brinden un medio para explorar el inconsciente. En ocasiones, ante la resistencia del paciente a producir fantasías, Ferenczi presentaba cómo él se sentiría, pensaría o imaginaría en la situación en cuestión, con el propósito de estimular al paciente. Las fantasías provocadas serían generalmente de tres tipos: fantasías transferenciales negativas o positivas, fantasías sobre recuerdos de la infancia y fantasías masturbatorias.

Con Isabela, el expediente de las fantasías provocadas fue sumamente útil para que ella produjese representaciones verbales y hablara sobre los difíciles eventos infantiles que experimentó. Varias veces le nombraba sentimientos para situaciones en las que ella se encontraba extremadamente paralizada emocionalmente: “¡Qué rabia provoca una situación como esa!” o “¿No tenías ganas de abrazarlo?” o “Cuánta confusión mental crea esto. ¿No crees?”, estimulándola a imaginar reacciones y posiblemente a evocarlas, en paralelo al análisis del silenciamiento de las manifestaciones afectivas. De esta manera, el trabajo analítico con Isabela de a poco, se iba poblando paulatinamente de afectos y conflictos exteriorizados, recuerdos accesibles, y continuaba con las elaboraciones sobre su historia y nuestra transferencia, generando progresivamente la recuperación de sus posibilidades de sentir, actuar y disfrutar de su existencia. Me parecía que, de esta manera, podíamos acceder a contenidos escindidos en su psique. No se trataba de la escisión a la que está expuesta toda psique, según el psicoanálisis -consciente e inconsciente-, sino de una defensa más radical como recurso de aquellos que no pueden metabolizar algo que, más aún, no deja huella psíquica alguna. Figueiredo entiende la escisión y la represión como diferentes formas de lidiar con lo intolerable, lo inadmisible, lo ambivalente o lo incompatible en la experiencia humana: “En el primer caso, se crean barreras verticales que mantienen a cada lado partes segregadas de la realidad objetiva y de la subjetividad; en el segundo, se crean barreras horizontales en las que partes de la experiencia (representaciones, pero también afectos) son excluidas de la conciencia y ‘enterradas’”⁵. Los clivajes (o escisiones) cumplen una tarea protectora que evita que el conflicto se apodere de la psique. Podemos considerar el término ‘desautorización’ para traducir *Verleugnung*, el mecanismo que Freud ubica como central en el fetichismo y la psicosis, pero también presente en la neurosis. El término “desautorización” destaca que la percepción traumática no es negada; su imagen está efectivamente formada, pero de alguna manera se vuelve ineficaz, anulada en su autoridad y mantenida aislada de los procesos de simbolización y metabolización. Con Isabela, el manejo de las fantasías provocadas ayudó a extender estos procesos a regiones psíquicas previamente escindidas y de alguna manera aisladas de sus dimensiones afectivas, de una manera muy radical.

Su padre se había distanciado permanentemente de su madre y de toda la familia durante el embarazo de Isabela, debido a desavenencias de la pareja. El tío sirvió como sustituto paterno, y su muerte influyó mucho en Isabela, quien nació y vivió con sus tíos y su madre hasta los cinco años aproximadamente, cuando

esta decidió casarse y mudarse de ciudad. Isabela permaneció viviendo con sus tíos, con quienes tenía una relación muy afectuosa, aunque de sumisión y un velado miedo al abandono. Fueron los tíos quienes brindaron una relación afectiva más constante para que Isabela pudiera crecer con relativa integración y fuerza deseante, y desarrollarse en muchos aspectos. Ellos supieron reconocer el gran sufrimiento infligido a Isabela por su relación con su madre y por la ausencia indiferente del padre. Y colaboraron para que ese sentimiento de una infancia rodeada de un clima aterrador de abandono, desamparo e inutilidad no se apoderara de la totalidad del universo psíquico de Isabela.

Su madre acostumbraba a expresar directamente el arrepentimiento de haberla tenido, fruto de una relación frustrada y fugaz, en la que se sentía usada y abandonada. Durante la infancia y aún en la edad adulta de Isabela, su madre la trataba muy mal. Ella era incapaz de reconocer sus necesidades infantiles, a veces tratándola con indiferencia y en otras ocasiones con violencia física y verbal. Isabela servía a su madre como un objeto, como un contenedor para sus frustraciones y desencantos -maldiciendo, criticado, lamentándose por su vida, por su hija y por sí misma: una situación que Ferenczi llamaba: el terrorismo del sufrimiento. Parece que la madre de Isabela iba bastante lejos en esa desconsideración, ya que la sometía a una pesada rutina de trabajo e inapropiada para su edad, a pesar de las constantes protestas de la pareja con la que vivían. Aquí podemos considerar la activación de la prematuridad patológica, que no solo se presenta como una defensa que despierta precozmente disposiciones latentes en el niño, sino que también activa un impulso de cuidar a otras personas, especialmente a los adultos cercanos.

Ferenczi utiliza la figura del bebé sabio, que también corresponde al impulso, presente en quien ha sido traumatizado, de cuidar a las personas que lo rodean: “También tienden a cubrir maternalmente a los demás; manifiestamente, extendiendo así a los demás el conocimiento adquirido a duras penas, a lo largo de este proceso, sobre su propio sufrimiento; convirtiéndose en personas buenas y serviciales”⁶.

La tendencia de cuidar a la madre perduró -en mi opinión, como resultado de la identificación inconsciente de Isabela con esa posición en la cual la colocó su madre, que probablemente ocupó para asegurarse de que fuese amada. Esta tendencia a preocuparse también se trasladó a otras figuras de su vida. Hizo un curso de enfermería, aunque no ejercía la profesión, ni ninguna otra actividad remunerada, como consecuencia de sus constantes depresiones. Por otro lado, la figura del bebé sabio corresponde a esa parte escindida de la personalidad que, a partir del trauma, intenta curarse a sí misma: “una parte de tu propia persona comienza a jugar el papel de madre o padre con la otra parte”⁷.

En la relación analítica, Isabela reveló dificultad para expresar agresividad, fantasía, pensar y recordar. Esta dificultad delineaba un escenario de excesiva pasividad y parálisis, con actividad psíquica globalmente disminuida, es decir, un cuadro de depresión. Considero la “depresión” en el sentido freudiano del término, como un síntoma que puede afectar diferentes condiciones psicopatológicas. Este síntoma se presenta como una inhibición global de las actividades yóicas, marcada parálisis psíquica y falta de voluntad para realizar un trabajo analítico. Ferenczi tematiza que el trauma causa daño al Yo y heridas en el narcisismo, causando un desequilibrio entre el objeto y las investiduras narcisistas y la estasis de la libido en el Yo. La persona traumatizada puede presentar síntomas que evidencian la retirada de la libido del mundo exterior, hipersensibilidad del Yo y fijación al narcisismo infantil. Dichos síntomas pueden ser autoerotismo exacerbado, depresión, debilitamiento, incapacidad para soportar el sufrimiento o el esfuerzo y placeres morales o físicos, angustia y excitabilidad elevadas.

En sus pocas relaciones personales, Isabela siempre ocupaba el rol de cuidadora, muy sintonizada con lo que la otra persona pedía recibir o intentando imaginar lo que le gustaría a la otra persona. Me parece que, muy rápidamente, una relación personal más cercana con alguien -como conmigo- activaba en Isabela este mecanismo de identificación que desconsideraba sus propios deseos. Además, se alimentaba de captar los sentimientos y deseos de las personas que la rodeaban de forma acentuada, en un intento muy masoquista de conservar el amor de alguien. La definición ferencziana de identificación con el agresor, un mecanismo defensivo para introyectar la culpabilidad del agresor por parte del niño abusado, parecía ejemplificarse aquí. Percibí la manifestación de esta defensa en base a ciertas características: una sensación de inautenticidad del propio comportamiento, percepción o sentimiento; una gran inclinación a la sumisión

y al masoquismo; la sensación de ser mala o insuficiente en algún aspecto y la necesidad de castigo; la distorsión del sentido de responsabilidad, acompañada siempre del sentimiento de culpa; la desvitalización de la investidura narcisista; y una gran tendencia a alimentar mi supuesta omnipotencia, colocándome en una posición radicalmente superior. El movimiento transferencial de carácter depresivo-masoquista a menudo se manifestaba así, a través de una constante demanda de ser cuidada y amada, al mismo tiempo que permanecía bastante inactiva, sintiendo que la única actividad permitida era callarse emocionalmente. A menudo me preguntaba, por ejemplo, si no me cansaba de verla llorar al pensar en su tío, como si estuviese prohibido incluso esa expresión tan fundamental; y así evidenciaba, también, su duradero apego al sufrimiento, probablemente del cual ella estaba agotada.

Cuando llegué a mí, Isabela se encontraba en una relación amorosa insatisfactoria, en la que su función principal era precisamente cuidar a su pareja, luego de una etapa en la él había tenido otra novia, al mismo tiempo. Esta situación de infidelidad le provocaba una inmensa culpa. Sentirse culpable hasta un grado paralizante era prácticamente una constante. Isabela relata situaciones muy remotas en las que ya reconocía ese sentimiento en sí misma: *“Todavía en pañales, me sentía culpable por esos locos berrinches que ella tenía [la madre]. Pensaba que necesitaba mejorar como hija”*.

La indisponibilidad del novio le causaba mucho sufrimiento, aunque también indicaba la imposibilidad de Isabela de relacionarse con alguien de una manera más completa y placentera y su necesidad de seguir exponiéndose a situaciones semejantes a las situaciones traumáticas originales. Ferenczi señala que este tipo de repetición busca “dominar, a través de esta experiencia consciente ulterior, la experiencia primitiva, inconsciente e incomprensible en el origen”⁸, mecanismo que él denominó “traumatofilia inconsciente”. Isabela se sentía deprimida en lugar de reaccionar con enojo o quejas. La necesidad de complacer también le sucedía con su pareja, de manera que ella se esforzaba, casi siempre inconscientemente, por ser exactamente lo que pensaba que a él le gustaría, incluso aunque ello le causase dolor, tal como lo hizo conmigo.

Parecía que ella sentía que para ganarse el amor de alguien tenía que dar mucho de sí misma y, al mismo tiempo, mostrarse pasiva y receptiva. En las sesiones tenía la impresión recurrente de que aceptaba todo de mí, siempre y cuando significara ser cuidada y mirada, sin pretensiones explícitas -solo una petición constante, de fondo, de ser vista, reconocida como persona. A medida que avanzaba el análisis, muchas veces faltaba a las sesiones y me pedía que la atendiera en otros horarios, lo que resultaba ser una forma de manipulación para comprobar si la recibiría incondicionalmente.

Durante el análisis, vivió un difícil proceso de duelo por la muerte de sus tíos (posteriormente, durante el análisis, su tía también falleció) y permaneció deprimida en su vida social y emocional: sin trabajo, sin amigos, sin intereses, sin proyectos, sin diversión, sin placer y dominada por un intenso deseo de muerte. Un escenario letal y árido se apoderó de su vida, y parecía no tener aliento para investiduras psíquicas o elecciones emocionales, viviendo de una manera extremadamente apática. Probablemente, como explicamos, estas pérdidas la llevaron a la pérdida anterior de la investidura libidinal proveniente de su madre, sin compensación alguna por parte del padre -a quien ella no conocía, a pesar de haber intentado contactarlo. Por lo tanto, perder a otras personas emocionalmente importantes posiblemente la llevó a un profundo y doloroso sentimiento de abandono.

La amenaza de abandono también estuvo muy presente entre nosotros en la transferencia. Isabela me provocaba una sensación constante de fragilidad de nuestros vínculos, como un fantasma de la repetición de los muchos abandonos que le sucedieron -el padre, la madre, sucesivamente; y ahora, más recientemente, las figuras parentales buenas que representaban los tíos, a pesar de que llevaba más de cinco años en análisis. Ella mostraba gran dificultad para entregarse a la transferencia en el sentido del vínculo, siempre defendida por el contacto, como si las relaciones fueran peligros potenciales y como si pudiera ser abandonada en cualquier momento, provocando un enrarecimiento de sus acciones y reacciones.

Yo percibía movimientos internos de fragilidad narcisista que, poco a poco, fueron apareciendo en su tratamiento: *“No tengo los mismos derechos que los demás, creo que no soy una persona completa. ¿Estoy viva?”* Una frase como esta traducía tanto su sentimiento de incompletitud fálica como sus vivencias de heridas narcisistas. Muchas veces me pedía mi validación sobre las tareas a realizar, poniéndome en el

lugar de un poder superior, de una manera muy superyoica: “¿Crees que soy capaz de hacer esto?” Sobre otros sentimientos transferenciales, Isabela guardaba silencio. Durante unos años no pudo reconocer que estaba abrumada por cualquier sentimiento hacia mí, pero todo el tiempo me colocaba en un lugar de autoridad. Lo que pedía era mi aprobación y que validara sus percepciones de sí misma y de su pasado, mostrando también un déficit en el reconocimiento de sus propias posibilidades y logros, y sobrevalorando mi posición. Se comportaba así en muchos aspectos, mostrándose extremadamente sensible a mis posturas, preocupándose por complacerme, hasta el punto de la parálisis emocional: “*No siento nada, cuando siento las cosas todo empeora. ¿Qué cree Ud., que debo sentir?*”.

Así, fue necesario nombrar lo que sintió y vivió para deshacer la trama estereotipada de imágenes negativas de sí misma ya que su propio testimonio no le alcanzaba: “*Ella [la madre] era muy violenta, ¿no crees?*” o “*¿Crees que lo que estaba haciendo era demasiado pesado para un niño?*” Sus dudas sobre sí misma y el cuestionamiento de sus percepciones eran siempre intensas. En algunos momentos del análisis, sus decires denotaron la construcción de un sentimiento de sí más sólido: “*Imaginar que hay algo legítimo en mi forma de ver las cosas es inédito para mí*”. Muchas veces fue necesario que yo diese crédito y validase sus percepciones y sensaciones para que pudiésemos explorarlas.

Por mi parte, se necesitó mucha disposición para reconocer y apoyar la presencia de sus partes más infantiles y lesionadas en sus embates reivindicatorios, que se manifestaban poco a poco, pero que constantemente hacían sentir su presencia de muchas formas, incluso a través de la resistencia en el trabajo analítico. Podíamos progresar mucho en una sesión y, en la siguiente, se perdía toda la solidez de lo que habíamos hablado, como si hubiese dentro de ella movimientos psíquicos de ataque a nuestra relación, posiblemente manifestaciones de su masoquismo y su rigidez superyoica, que no le permitían progresar. También solía ausentarse mucho después de una sesión rica en asociaciones o como manifestación de su desvitalización y falta de voluntad para seguir trabajando.

Con Isabela fui construyendo la percepción de que existía una protección psíquica muy amplia y consolidada frente a los traumas que la habitaban, permitiéndole cumplir con las condiciones básicas para seguir viviendo de manera ordenada, en un equilibrio frágil y una restricción considerable de la calidad emocional de su vida psíquica. Sin embargo, el trabajo analítico terminó por develar un mundo interno de sufrimiento relacionado con las vivencias de la infancia y, junto con ello, una versión muy frágil de Isabela, menos integrada y poblada por desgarradoras fantasías de muerte y falta de contornos existenciales sólidos. Solo a partir de ello, pudimos avanzar en la construcción de versiones de sí misma menos vulnerables y victimizadas, y en la elaboración de sus conflictos a partir del recuerdo y reconstrucción de su pasado infantil, poblándolo de fantasías y emociones que pudieran ser narradas.

En el artículo “Contraindicaciones de la técnica activa en psicoanálisis” (1926), Ferenczi defiende la capacidad del analista para no aferrarse a una forma de trabajo independientemente de lo que escucha de cada analizando. La técnica es un recurso evocado por el decir del paciente y no por los compromisos transferenciales del analista con un maestro o con un conocimiento constituido. Ferenczi se cuestiona constantemente qué hacer ante el que sufre, lo que lo llevó a considerar la incurabilidad de ciertos pacientes como una incapacidad del analista, y esto le permitió ampliar los límites terapéuticos del Psicoanálisis.

En estos casos, pienso que es el analista quien no debe quedar indiferente, y esta es una condición para que se instale algún movimiento psíquico, considerando que el analista también debe evitar una presencia excesiva. El objetivo de mi práctica sigue siendo terapéutico, en un sentido que se develará con cada tratamiento, pero que ciertamente está relacionado con la economía del placer y del sufrimiento del paciente. El estudio de la transferencia depresivo-masoquista me ha permitido adquirir una intervención auditiva y analítica más depurada, trabajando para que la desmentida no se repita más allá de la medida necesaria e inevitable para el trabajo clínico. Me pregunto sobre la utilidad de resaltar un momento más o menos duradero en la transferencia y nombrarlo. En este caso, el movimiento de la transferencia depresivo-masoquista dio paso, después de mucho trabajo analítico, a nuevas formas de transferencia, aunque, si bien, no había sido, predominante una forma exclusiva de transferencia. La noción de transferencia depresivo-masoquista ayudó en la construcción y confirmación de hipótesis sobre el desarrollo psíquico de Isabela y

sobre sus vivencias infantiles y pudo orientar un manejo técnico que tuviera en cuenta la posibilidad de que el *encuadre* analítico podía reforzar los traumas infantiles de maltrato y su desmentida.

El paciente traumatizado que ha adquirido una forma depresivo-masoquista de relacionarse con el mundo aporta aspectos que facilitan la aparición de una reacción terapéutica negativa, amenazando el tratamiento con la interrupción, ya que tolera el silencio, la aparente (o no) desafección del analista y la inflexibilidad técnica, amenazando con la literal repetición de los hechos de la niñez. En este caso, considerando la transferencia depresivo-masoquista, los factores traumáticos subyacentes y las típicas defensas psíquicas patológicas pueden permitir ampliar las posibilidades de intervención del análisis, con especial atención a los factores que producen la compulsión a la repetición y los síntomas corporales. Además, permite reconocer las fallas en la estabilidad y cohesión del Yo, la falta de padres empáticos y cariñosos en el inicio de la vida, los excesos de excitación psíquica derivados de este inicio, y su capacidad para producir anestesia y escisión. Teniendo en cuenta todos estos factores, pude apoyar la decisión de abordar el *encuadre* según las singularidades y necesidades de cada paciente y flexibilizar la técnica en la medida de mi capacidad. Si el analista reconoce la indiferencia y la violencia de los padres, colabora para que el paciente construya su historia, se apropie de los traumas recibidos y se repositone subjetivamente frente a su pasado.

REFERENCIAS

- FERENCZI, Sándor (1932) *Diário clínico*. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. (1916) “Dois tipos de neurose de guerra”. In: *Obras completas*, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1923) “O sonho do bebê sábio”. In: *Obras completas*, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1924) “As fantasias provocadas”. In: *Obras completas*, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1926) “Contra-indicações da técnica ativa”. In: *Obras completas*, vol. III. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1929) “A criança mal-acolhida e sua pulsão de morte”. In: *Obras completas*, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1931) “Análise de crianças com adultos”. In: *Obras completas*, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- _____. (1933) “Confusão de línguas entre os adultos e a criança”. In: *Obras completas*, vol. IV. Trad. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
- FIGUEIREDO, Luís Cláudio (2003) *Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea*. São Paulo: Escuta.
- FREUD, Sigmund (1916-1917) “Conferencias introductorias al psicoanálisis”. En: *Trabajos completos*, vol. 13º Trad. S. Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- _____. (1920) “Beyond the principle of pleasure”. En: *Trabajos completos*, vol. 14º Trad. P.C. de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1939) *El hombre de Moisés y la religión monoteísta*. Trad. Sr. Zwick. Sao Paulo: L&PM, 2014.

(*) Psicoanalista, doctora en psicología clínica y profesora de psicología en la PUC-SP

Perón, Paula Regina (2007) *Aportes a la clínica psicoanalítica de trauma*. Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de São Paulo, Programa de Estudios de Posgrado en Psicología Clínica, 2007

Publicado en: LACUNA, UMA REVISTA DE PSICANÁLISE, N° 1, mayo 22, p. 6, São Paulo, 2016.

Versión electrónica:

<https://revistalacuna.com/2016/05/22/caso-clinico-trauma-e-clinica-psicanalitica/>

Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 17-ex-71

Notas al final

- 1.- Este caso formó parte de mi tesis doctoral, La clínica psicoanalítica del trauma, defendida en 2007 en la Pontificia Universidad Católica de São Paulo.
- 2.- El término ‘terrorismo del sufrimiento’ lo utiliza Sándor Ferenczi para describir una situación en la que “una madre que continuamente se queja de sus dolencias puede transformar a su pequeño hijo en un asistente para cuidar de ella, es decir, convertirlo en un verdadero sustituto materno, sin tener en cuenta los propios intereses del niño “, o en el que “los niños están obligados a resolver todo tipo de conflictos familiares, y llevar sobre sus frágiles hombros la carga de todos los demás miembros de la familia” (Ferenczi [1933]” Confusión de lenguas entre los adultos y el niño.” En: Obras completas, vol. IV. Trans. Á. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 105).
- 3.- FREUD, Sigmund (1916-1917) “Conferencias de introducción al psicoanálisis”. En: Obras completas, vol. 13. Trans. S. Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p. 461-462.
- 4.- FREUD, Sigmund (1939) “Moisés y el monoteísmo”. En: Obras completas, vol. , págs. 110-111.
- 5.- FIGUEIREDO, Luís Cláudio (2013) Psicoanálisis: elementos para la clínica contemporánea. São Paulo: Escuche, 2003, p. dieciséis.
- 6.- FERENCZI, Sándor (1931) “Análisis de niños con adultos”. En: Obras completas, vol. IV. Trans. LA. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 78.
- 7.- FERENCZI, Sándor (1931) “Análisis de niños con adultos”. En: Obras completas, vol. IV. Trans. LA. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 76.
- 8.- FERENCZI, Sándor (1916) “Dos tipos de neurosis de guerra” En: Obras completas, vol. III. Trans. LA. Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1993, p. 271.