

TRAUMA Y CONTRATRANSFERENCIA EN LA OBRA DE SANDOR FERENCZI.

Dra. Cristina Pano (1).

Sandor Ferenczi fue una figura particular en la historia del psicoanálisis. Dedicó la mayor parte de sus esfuerzos a teorizar y desarrollar la técnica psicoanalítica. Paulatinamente fue formulando ciertas concepciones relativas al trabajo analítico y a la contratransferencia del analista durante el tratamiento, intentando elaborar una metapsicología de los procesos psíquicos propios del proceso analítico. En varios de sus textos pone de manifiesto la necesidad que el analista se aleje de actitudes rígidas y omniscientes en beneficio de una mayor flexibilidad y tolerancia.

En los comienzos de la década del '30 Ferenczi comienza a interesarse y a estudiar lo traumático en sus pacientes, dando un lugar de vital importancia a la “subestimación de la realidad traumática”.

Innovador, peculiar, arriesgado, inocente. Admirado y criticado, enigmático.

A lo largo de su vida fue descubriendo cómo tratar a los pacientes más graves, los que hoy llamaríamos narcisistas y borderline, aunque él los siguió englobando dentro de las neurosis.

FERENCZI Y LA TEORÍA DEL TRAUMA

“Me preocupo sobre el problema del trauma en sí mismo; las escisiones, incluso las atomizaciones de la personalidad, ofrecen la ocasión de un juego de resolución de enigmas, estimulante pero complicado. Al hacerlo, uno se aproxima peligrosamente al problema de la muerte (los enfermos mentales son ciertamente gentes medio muertos).”(2)

Un punto fundamental de sus observaciones y a lo largo de su obra fue la importancia del trauma infantil. En 1932, en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis traza una reformulación metapsicológica de la teoría de la seducción articulada con el traumatismo. Lo traumático ocurre en un campo intersubjetivo como consecuencia de un encuentro entre el niño y el adulto. Ferenczi amplía el concepto de seducción tal como había sido teorizado por Freud, desarrollando un avance teórico considerable planteando la etiología del trauma como el resultado de una “violación psíquica” de la mente del niño por un adulto, de una “confusión de lenguas” entre ellos y, sobre todo, de la “desmentida” por parte del adulto de la desesperación del niño. Así es que incluye a la sexualidad pero también a la hostilidad, y describe el efecto que tiene el trauma sobre la construcción narcisista del sujeto. Prioriza profundizar en el origen externo del trauma, ya que de otra manera correremos el riesgo de dar explicaciones apresuradas relativas a la predisposición y a lo constitucional. Su teoría traumática se apoya en dos pilares, la teoría de la seducción y la concepción del desvalimiento infantil. Éste desvalimiento (biológico y psicológico) hacen del niño un ser necesitado de amor y de cuidado de un adulto que posea capacidad de metabolización.

El trauma se instala cuando el adulto no cumple con la función protectora y utiliza al niño para sus fines pasionales (sexuales o agresivos), en un ataque que toma desprevenido al sujeto. Los niños se sienten física y moralmente indefensos, su personalidad es aún débil para protestar, incluso mentalmente, la fuerza y la autoridad aplastante de los adultos los dejan mudos. Cuando éste temor alcanza el punto culminante, se someten automáticamente a la voluntad del agresor, a adivinar su menor deseo, a obedecerle, olvidándose

1.- Medica psiquiatra. Analista en formación. Candidato de la SAP (Sociedad Argentina de Psicoanálisis).

2.- Carta a Groddeck, 10-X-1931.

de sí e identificándose con él. Por identificación, o sea por introyección del agresor, éste desaparece en cuanto realidad exterior, se hace intrapsíquico. Por lo tanto va a quedar sometido, en un estado próximo al sueño, al proceso primario, es decir, que lo que es intrapsíquico puede ser moldeado y transformado de una manera alucinatoria, positiva o negativa, siguiendo el principio de placer. El niño introyecta el sentimiento de culpa del adulto, el juego que parecía insignificante ahora merece castigo. Si el niño se recupera de la agresión, siente una confusión enorme, ya está dividido, es a la vez inocente y culpable, además se ha roto su confianza en el testimonio de sus propios sentidos.

El ataque es una condición necesaria pero no suficiente para elevarlo a la categoría de patógeno, es imprescindible la capacidad de asistencia que pueda otorgar el adulto significativo, de él depende que el suceso se elabore o no.

Y dice: *“Incluso tengo la impresión de que éstos choques graves son superados sin amnesia ni consecuencias neuróticas si la madre está presente con toda su comprensión y su ternura y, lo que es más raro, con una total sinceridad⁽³⁾. En julio de 1932 escribe en su diario:” La capacidad adaptativa de “response” aún de niños muy pequeños a ataques sexuales y otros ataques apasionados es mucho más grande de lo que se imagina. A la confusión traumática sólo se llega, las más de las veces, cuando ataque y respuesta son desmentidos por el adulto cargado de culpa, y se los trata como si fueran algo punible.”⁽⁴⁾*

Además, considera que en la situación analítica el analista debe ser capaz de acompañar al paciente en una regresión profunda, donde se reactiven algunos aspectos del trauma, y así, éste revivir en sesión podía poner en marcha los procesos para la elaboración del mismo, que en su momento habían sido paralizados por los efectos del trauma. Él señala que ésta reproducción del trauma es “en sí misma ineficaz desde el punto de vista terapéutico” pero es el paso obligado para que el trauma se haga “pensable”. Para ello debe haber otro capaz de alojar psíquicamente la irrepresentabilidad y ayudar a su transformación.

Ferenczi también señaló que el trauma tiene dos tiempos, y el segundo momento se activaría por la desmentida impuesta. Insiste en la notable frecuencia de abuso sexual y agresivo reales que producen una fragmentación, y debido a esto se hacen impensables, y por lo tanto no hay acceso al discurso, al juego o al soñar. Esto lo hace posible el analista siendo capaz de acompañar al paciente y tolerar las consecuencias del recordar del trauma, para ello el analista debe haber sido profundamente analizado (situación poco frecuente en aquella época)

“Si se quiere que el proceso encuentre otro resultado que el que lo originó, es necesario ofrecerle a quien ha sufrido un ataque traumático algo en la realidad, al menos tanta solicitud o la intención real de otorgarla, como la que un niño, duramente golpeado por un traumatismo debe recibir.”⁽⁵⁾

En su trabajo “El niño no bienvenido y su impulso de muerte” (1929), Ferenczi plantea otra línea teórica con respecto a la psicogénesis del trauma infantil y es que el trauma puede originarse no sólo por acciones y eventos sino también a causa de la no investidura del niño por parte de los padres. Enfatiza la preponderancia de los impulsos de muerte en el recién nacido, con poco afianzamiento de los impulsos de vida. Dicha preponderancia debe ser contrarrestada por una “inmensa investidura de amor, ternura y cuidado; cuando ello no sucede, la tendencia a deslizarse de regreso al no-ser puede serle más fácil.” Postula que existe la probabilidad que los niños acogidos con frialdad y sin cariño mueran fácilmente por propia voluntad, y si escapan a éste destino, les quedará siempre cierto pesimismo y cierto disgusto por la vida. El pesimismo moral y filosófico, el escepticismo, y la desconfianza se convierten en los rasgos de carácter sobresalientes de éstos sujetos. También podría hablarse de nostalgia, inapetencia por el trabajo, incapacidad de mantener un esfuerzo prolongado, es decir de un cierto grado de infantilismo emocional.

Existe una imposición al sujeto por distintos medios de violencia, de una realidad psíquica ajena, desconociendo sus propias necesidades, sentimientos y percepciones; la imposición de la desmentida por el otro significativo es un elemento esencial. Y aquí Ferenczi enfatiza que el ataque a la percepción del paciente

3.- Reflexiones sobre el traumatismo, citado en “Para leer a Ferenczi”, Jiménez Avello, J.

4.- ¿Qué es traumático: un ataque o sus consecuencias? 27-VII-1932. Diario Clínico.

5.- Análisis de niños con los adultos.

lo re-traumatiza, y señala que la no investidura del sujeto puede ponerse en acto en la relación analítica. En

“Confusión de lengua entre los adultos y el niño (1933)” dice

“llegué a la convicción de que los pacientes percibían con mucha finura las tendencias, simpatías y antipatías, y el humor del analista, incluso cuando éste era inconscientes de ellas. Los pacientes se identificaban con él, caen en una extrema sumisión, a consecuencia de su incapacidad o del temor de desagradarnos al criticarnos. Rechazamos la crítica de los pacientes, debido a la hipocresía profesional.”⁽⁶⁾

Lo que plantea Ferenczi es deshacernos de ésta hipocresía, reconocer nuestras falencias y errores y así no desmentir las percepciones del paciente hacia nosotros, lo cual provoca una nueva situación traumática que recuerda a la vivida en su infancia. Esto, dice, nos hace ganar la confianza del paciente, y es eso mismo lo que establece el contraste entre el presente y un pasado insoportable y traumático.

ELASTICIDAD EN LA TÉCNICA Y CONTRATRANSFERENCIA

Me gustaría remarcar dos ideas que son fundamentales para entender su actitud terapéutica. Una es la ausencia, en el momento traumático, de una asistencia materna capaz de un auxilio que conduzca a la metabolización del acontecimiento. A partir de aquí él propone la actitud que debería asumir el médico: proporcionar aquellos cuidados cuya falta en el pasado sellaron el destino patógeno del suceso. Y así el énfasis técnico recae sobre la necesidad de revivir el trauma y modificar sus efectos en un contexto asistencial diferente. La segunda es la que considera las secuelas intrapsíquicas como procesos de escisión que se manifestarán a través de diversos síntomas que dañarán la capacidad de evaluar la realidad. El objetivo de la acción terapéutica será disolver esos síntomas y así reintegrar lo escindido. El paciente tendría en la situación analítica, una segunda oportunidad para rectificar los efectos traumáticos; para ello es fundamental la búsqueda de la repetición y el contraste.

En su artículo “Elasticidad de la técnica psicoanalítica” (1927) Ferenczi plantea la necesidad de un cambio radical en la técnica comparativamente con el período anterior (técnica activa), y aquí incluye varios puntos diferentes. Por elasticidad define que se debe ser flexible ante las tendencias del paciente-*como si se tratara de un hilo extensible*- sin que por ello el analista deba abandonar sus propias opiniones. Franco Borgogno plantea que el objetivo de Ferenczi fue investigar lo dinámico y resultante del encuentro entre dos mentes, interrogando las cualidades y ritmos de intercambio y los placeres y displaceres provocados en cada uno de la pareja analítica: él intenta llegar a algo más íntimo y profundo considerando las características libidinales y afectivas que generan sentido y significado al rapport.⁽⁷⁾

Otro concepto interesante es el de “tacto psicológico” que es la facultad del “*sentir con*”, esto incluye saber determinar cuando el material aportado es suficiente para comunicarle alguna conclusión al paciente, cuando saber callarse y esperar el momento oportuno para hacer alguna intervención. Implica no sólo estar con sino “cerca” y si es necesario “en lugar del” paciente para ayudarlo a transformar sus ansiedades, conflictos y traumas en historias pensables e identificaciones afectivas que sean precursoras de opciones existenciales eficaces y así acceder a soluciones vitales.

También consigna algunas ideas que definen la relación que el analista debe tener con “el saber”, él postula que *“el saber nos permite considerar a la persona más desagradable como un paciente con necesidad de ser curado y por lo tanto digno de nuestra simpatía. La modestia del analista no es una actitud aprendida, sino más bien la expresión de la aceptación de los límites de nuestro saber”*.⁽⁸⁾

El analista es alguien que esboza hipótesis que tienen un valor relativo y deben ser validadas durante un proceso. Para él resulta necesario reconocer los propios errores, ya que, la relación analítica debe basarse en la confianza, la franqueza y la sinceridad del médico, sin que esto implique salir perjudicado frente al reconocimiento de un error. Plantea que es importante estar atento a las manifestaciones ocultas del paciente con el fin de discutir las inmediatamente a continuación: descubrirla sin responder a ella; ya que toda muestra

6.- Confusión de lenguas entre los adultos y el niño, 1933.

7.- Borgogno, F; Elasticity of technique: the psychoanalytic Project and the trajectory of Ferenczi's life. The Am J of Psychoanal, 2005 Vol.61, N° 4.

8.- Elasticidad de la técnica psicoanalítica, 1928.

de desprecio por parte del médico prolonga la duración de la resistencia. Al finalizar el artículo admite haber abordado el problema del “tacto” sin lograr resolverlo y afirma que la única base fiable de una buena técnica analítica es el análisis finalizado del analista.

Ferenczi también hace un aporte de capital importancia en cuanto al papel de la contratransferencia, y plantea que debe ser utilizada como instrumento y no como obstáculo. Postula cómo un analista debe participar afectivamente, aunque siempre resguardando la capacidad de observación y la reflexión analítica sobre el tema. Él piensa que la capacidad de contener al paciente y tolerar la contratransferencia son ejes fundamentales de la actitud analítica. El resonar afectivamente con el paciente y además controlar nuestra propia actitud constituyen el dominio de la contratransferencia.

Describe así tres etapas, una de ingenuidad y actuación de la contratransferencia, la segunda de “resistencia”, debida a la ansiedad del analista y la última de dominio. En su artículo “Elasticidad de la técnica psicoanalítica” él se preocupa por la hostilidad oculta e inconsciente del paciente, a su función y al modo de encararla. Dice que se debe hablar sin dilaciones con el paciente, y descubrirla sin responder a ella, ya que muchas veces detrás de una transferencia positiva se esconde una hostilidad reprimida.

ALGUNAS VIÑETAS CLÍNICAS

Hilan 14 años.

Yo ya sabía parte de su historia. Su madre es paciente mía y me había contado que Hilan se fue de su casa en 5 oportunidades. Que había sufrido muchos ataques por parte de su padrastro desde que tenía 1 año hasta los 10 aproximadamente. “lo golpeaba hasta el punto de dejarle las marcas de la mano en todo el cuerpo, con lo que tenía, manguera, caño, lo que sea” “Cuando tenía 1 año lo sentaba en la pelela y no lo dejaba levantar hasta que hiciera caca y él se quedaba, capaz todo el día, sino sabía que la golpiza sería terrible.” Ese padrastro abusó sexualmente de todos sus hermanos y se sospecha que también de él (dos de ellos eran sus propios hijos, mujer y varón).

Mi intervención pretendía ser puntual, diagnóstica, para ver si podía derivarlo dentro de la institución ya que en el lugar donde estaba siendo tratado le dijeron: “no tiene nada” y estaban a punto de darle el alta.

Al llegar me saludó en forma escueta, casi sin mirarme a los ojos. Se sentó, nervioso, sentí que estaba lleno de miedo, que no sabía muy bien porque tenía que venir a verme y eso lo asustaba. Levantó la vista y me miró fijo, su mirada era desafiante y débil a la vez, con una mezcla de miedo, paranoia y pedido de ayuda. Sentí que me invadía una angustia arrasadora.

Le hice algunas preguntas, las que me respondió con monosílabos, y entendí que me estaba equivocando de camino. Él necesitaba que le muestre que podía comprenderlo, empáticamente, que podía entender su sufrimiento. Y comencé a decirle: “en tu casa pasaron cosas muy graves... (Levanta la cabeza y asiente)... seguramente fue muy doloroso para vos todo lo que viviste, todo lo que te pasó y lo que pasaron tus hermanos” Ahí me miró y dijo:” no, al bebé no le pasó nada de eso todavía.”. Continúo...”acá te podemos ayudar, estamos para acompañarte a pensar en todas estas cosas tan dolorosas. Cuando quieras vení y yo te voy a contactar con alguien para que puedas comenzar un tratamiento.” Asintió con la cabeza y con la mirada. Se fue del consultorio más aliviado, con una actitud y una mirada más relajada, como si parte de su angustia se hubiese disipado, como si él hubiese sentido que había encontrado un espacio distinto, un lugar donde se podía otra cosa. Cuando cerré la puerta del consultorio lloré un rato largo.

La semana siguiente vino, con una sonrisa, para decirme que había pensado y quería hacer tratamiento. Hoy está en tratamiento con un colega psicólogo.

¿Rosa Violeta ó Jazmín Blanca? 25 años.

Llega al consultorio derivada por un psiquiatra de un hospital de Capital Federal que ya no podía seguir atendiéndola porque llevaba un año de tratamiento. Es una paciente gordita, se presenta desarreglada a las entrevistas, tiene el aspecto de poco aseada, con el pelo sobre la cara que deja asomar su mirada desconfiada. Dice:” me llamo Rosa Violeta ó Jazmín Blanca. Mi mamá adoptiva me dice que me pega el nombre Blanca

pero mi mamá biológica me puso Rosa Violeta. Hoy si me preguntan como me llamo lo dudo, no sé, lo tengo que pensar... y eso me confunde.”

“Yo quiero buscar a mi mamá biológica, mi mamá llora cuando le digo. Ella me mintió, cuando le dije que había visto los papeles de adopción y le pregunté no me contesta, me decía que mi mamá se había muerto y después me decía que no... me volvía loca. Ella me dice que mi mamá está viva y después me dice que murió; que me dejó un recuerdo y que ella lo quemó y después me dice que nadie me dejó nada, eso me vuelve más loca todavía y ahí empiezan los murmullos; que me confunden y aturden y me duele la cabeza.”

Lo primero que pensé que fue que ella necesitaba un nombre, que cuando alguien la llamara pueda responder sin titubear. De los cuatro que tiene buscamos el que más le gusta. Luego convoqué a la madre a una entrevista en conjunto y así pudimos hablar y la paciente pudo “ponerle nombre” a lo que le pasaba con su adopción, pudo decirle a la madre lo que la “volvía loca”.

En la siguiente entrevista cuenta: “... para que voy a buscar a mi mamá biológica, yo ya tengo una mamá. Ahora tengo que dar un paso adelante...”

Solana. 13 años.

Solana es una paciente que llegó al consultorio derivada por una psicóloga, ya que vivía cerca de donde yo atiendo. En principio habían consultado porque tenía problemas de aprendizaje en el colegio, estaba a punto de repetir el año y además por

“sus problemas sociales” como decía su mamá. Ella me comenta que había hecho una consulta previa en la cual la psicóloga le dijo “sos esquizofrénica y vas a estar medicada para toda la vida.”

En el primer encuentro me dice: “¿vos me vas a poder tratar o yo te asusto? Porque la psicóloga a la que fui antes me dijo que estaba loca, le decía cosas que la asustaron. Yo no creo estar loca, soy distinta a los otros chicos y por eso me peleo con ellos. No me gusta la injusticia, el maltrato. Yo tengo algunas amigas pero cuando los chicos del colegio me tratan mal les pego y por eso no me quieren. Me llevo bien con los chicos que tienen un año menos que yo, con ellas juego en los recreos.”

Hicimos una buena alianza, me puso a prueba durante un tiempo largo, venía al consultorio y me decía que quería irse, que no le gustaba venir, y todo el tiempo me repetía hasta cuando la iba a atender. Cuando comprobó que yo estaría ahí, sin molestarme ni asustarme, comenzamos a trabajar con lo que la preocupaba. Trabajamos durante un año, en el cual ella logró tener más amigas, aceptarse, repitió de año pero “era lo que quería, así podía estar con sus amigas del año anterior.” Se la notaba contenta, sonreía, se arreglaba, estaba interesada en salir, ir al cine, hacer programas con sus amigas. Comenzaron las vacaciones de verano, la madre la sacó de tratamiento porque la veía mucho mejor a pesar de mi indicación de continuar. Al comenzar el año lectivo retoma, me dice que le va “re bien” en el colegio y que como todo está solucionado no va a venir más. Le digo que me parece bueno que siga viniendo, que es el momento de seguir con el tratamiento, que sería una lástima que deje ahora que había logrado tantas cosas. Ella ya había tomado su decisión. Hablo con la madre, le explico que debe continuar el tratamiento pero ella dice que si Solana no quiere venir más no lo hará.

Luego de varios meses concurre nuevamente muy enojada, diciéndome que necesita venir y eso la enfurece. Vuelve a abandonar. Luego me vuelven a llamar, sacan un par de turnos y no concurre.

Finalmente comienza nuevamente a los seis meses de haber abandonado el tratamiento la primera vez. Habían comenzado nuevamente los conflictos con sus compañeros, con su familia, no tenía ganas de nada, nada le atraía. A todas las entrevistas Solana venía muy enojada, no me saludaba, se sentaba y no hablaba, sólo lo hacía para decirme que yo era una inútil, que lo único que quería era sacarle plata a su mamá, que para qué la seguía atendiendo, que quien me creía que era. Los tres primeros meses intervine diciéndole que notaba que estaba enojada, que quería volver a ponerme a prueba, que yo iba a seguir estando ahí para ayudarla y para que pensemos juntas que le pasaba. De a poco fue apareciendo la conflictiva relación con su padre. Un hombre de procedencia alemana, que creía que todo lo podría solucionar ella sola si se lo proponía, que le daba largos sermones de cómo superar sus problemas con las compañeras de colegio. Quien, según la madre, no quería tenerla ya que el esperaba que su primer hijo fuese un varón.

Un día empecé a sentir que ir al consultorio a verla me aburría, que me sentía aliviada cuando suspendía

la sesión, que me daba bronca que me insultara todo el tiempo. Que le cambiaba los turnos sin una razón muy válida para hacerlo. Pero no lo trabajé en mi análisis, estaba con cosas muy complicadas en mi vida y no pude. Al poco tiempo abandonó. Hoy sé que no estaba lo suficientemente analizada, que actué la contratransferencia, que la “eché” del consultorio.

BIBLIOGRAFIA

Borgogno, Franco (2001). Elasticity of technique: the psychoanalytic Project and the trajectory of Ferenczi's life. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol.61, N° 4. Boschán, Pedro (1998). *El dominio de la contratransferencia o el laberinto de Minotauro*.

Apuntes para una conversación sobre niñez y trauma. Ferenczi Sandor;

(1927) Elasticidad de la técnica psicoanalítica.

(1929). El niño no bienvenido y su impulso de muerte.

(1932). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. (1932). *Diario Clínico*. “¿Que es traumático: un ataque o sus consecuencias? Pág. 241. Amorrortu Editores. 1997.

Jiménez Avello, José (1998). *Para leer a Ferenczi*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.

Instituto de Desarrollo Psicológico. INDEPSI. LTDA.

ALSF-CHILE