



Puntos fundamentales del trabajo psicoanalítico sobre el trauma¹

Antonella Granieri²

Sociedad Psicoanalítica Italiana, Torino, Italia

En este artículo la autora se ocupa de algunas de las dimensiones teóricas, y de las implicaciones clínicas derivadas del trabajo analítico con pacientes traumatizados. En una condición de deprivación afectiva el individuo intenta escapar de los límites temporo-espaciales y escinde las áreas del psiquismo que pierden las palabras y representaciones que permiten describir y pensar en el trauma. Por lo tanto, el mero nivel verbal ya no es suficiente en el trabajo clínico para dar voz a las configuraciones emocionales con sus raíces pre-simbólicas. El trabajo analítico del que aquí se habla se refiere a una función de contención psico-corporal que se basa en la recepción y aceptación por parte del analista de emociones y sentimientos. Esta función, gracias a la "personificación", lentamente puede permitir a los pacientes reconocer y elaborar aquellas partes del self que no habían sido capaces de contener y que consideraban insoportables. La autora subraya la importancia de contener la angustia en este tipo de proceso terapéutico: dicha función contenedora puede ser introyectada solo si alguien es capaz de ofrecer al paciente traumatizado (un paciente que, como Ferenczi nos recuerda, ha vivido habitualmente en lugares mentales que no le pertenecían) comprensión y simpatía que pueden sostener la confusión vinculada con sus *enactments* y que dan importancia a las emociones sin representación psíquica.

Palabras clave: Ferenczi, función de contención, trauma, preverbal, enactments.

In this paper the author deals with some of the theoretical dimensions and the resulting clinical implications of the analytic work with traumatized patients. In a condition of affective deprivation the individual seeks escape from the boundaries of time and space and they split-off the psychic areas which turn out to be without words and representations that can describe and think the trauma. Hence the mere verbal level in clinical work is no longer sufficient to give voice to the emotional configurations that have pre-symbolic roots. The analytic work the author talks about concerns a psycho-bodily containing function which is based on receiving and accepting emotions and feelings on the analyst's part. This function, thanks to the "personification", can slowly allow the patients to recognize and work through those parts of the Self which they had not been able to contain and that they deem unbearable. The author underlines the importance of containing the anguish in this kind of therapeutic journey: such a containing function can be introjected only if somebody is able to offer to the traumatized patient (a patient who has lived at length in mental places not of his own, as Ferenczi reminds us) understanding and sympathy which can hold the turmoil linked to his enactments and which give significance to the emotions without a psychic representation.

Key Words: Ferenczi, containing function, trauma, pre-verbal, enactments.

English Title: Cardinal points of psychoanalytic work on trauma.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Granieri, A. (2008). Puntos cardinales del trabajo psicoanalítico sobre el trauma. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (2): 287-292.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

... lo que los pacientes necesitan más que interpretaciones es, antes que nada, un reconocimiento de su existencia, que es corroborado a través del encuentro con la mente, el cuerpo y el corazón del otro ...
Franco Borgogno (2007, p. 52)

¿Qué ocurre cuando el sufrimiento aumenta y supera la capacidad del individuo para tolerarlo?

Cuando una persona sufre un trauma de cualquier naturaleza, vive una situación de “estar ausente”. No es necesariamente un estado de “no-estar”, sino más bien de “no-estar-aquí” (Ferenczi 1932).

Cuanto más negativo es un trauma, o más temprano, más intenta el individuo escapar de los límites temporo-espaciales; a menudo, en dicha situación no hay imágenes y descubrimos un bloqueo de naturaleza tanto psíquica como corporal. Quiero decir que si el paciente ha escindido totalmente esta área psíquica de su vida, o incluso si esa área nunca llegó a nacer, es probable que en el trabajo clínico se vea carente de palabras o representaciones con que pensarla o describirla. Lo que hace que el trauma sea traumático y patógeno no es solo el acontecimiento en sí mismo sino la total negación posterior, por parte del adulto, de lo que realmente ha pasado.

Como Borgogno subraya, mediante el mecanismo de la denegación no solo se rechaza y niega la percepción que tiene el niño sino que también se le está obligando a negarla él mismo. Como consecuencia, el niño se ve llevado a un lugar mental que no es el suyo (Borgogno 1999).

De todas formas, queda en el individuo un rastro del trauma, del mismo modo que niños muy pequeños recuerdan acontecimientos a través de matices sensoriales de dolor y placer y sus correspondientes reacciones físicas. En la actualidad está generalmente aceptado que las experiencias que contribuyen a la representación de las relaciones objetales, ya sea normales o traumáticas, ocurren mucho más temprano en la vida de lo que puede ser recordado conscientemente. No obstante, las experiencias tempranas son formativas del psiquismo y se conservan en áreas del cerebro que están separadas de esas otras en las que las memorias, tal como las entendemos, son codificadas, almacenadas y reutilizadas.

Como consecuencia, el trabajo analítico sobre las experiencias precoces no se presenta como un trabajo interpretativo que surja de las asociaciones verbales. El paciente comunica su mundo interno, traído desde la infancia, a través de las presiones y sentimientos que el analista siente en su propia mente y en su cuerpo (Fonagy, 1999). De hecho, la memoria permanece precisamente en el cuerpo (Ferenczi, 1932).

Con este tipo de pacientes, por tanto, el mero nivel verbal es insuficiente para elementos de comprensión útiles con los que dotar de voz a las configuraciones emocionales que poseen unas raíces preverbales. En ocasiones la sola interpretación puede ser perjudicial, no porque sea errónea sino porque es extraña y alejada de la realidad emocional del paciente.

¿Entonces cómo es posible alcanzar ese lugar psíquico en el que el paciente se encuentra después de una situación traumática, si dicho lugar carece de límites, tiempo o

contenidos reconocibles? Ciertamente, lo que el paciente necesita no es principalmente una labor de decodificación ni de explicación de la realidad traumática, puesto que no hay ningún tipo de “receptor” capaz de fomentar la introyección de dichas interpretaciones: sería, valga la paradoja, como trazar el plan de acercarse a un recién nacido e invitarle a un paseo, aunque el paisaje sea fascinante. La mayor parte del tiempo el paciente no está interesado ni en una conversación que clarifique lo que le está pasando ni siquiera en la mera referencia al hecho de que el analista está compartiendo su historia. Bien al contrario, lo que el paciente está pidiendo es llegar a ser capaz de experimentar en su interior emociones reconocibles que puedan dar sentido a su vida cotidiana real en lugar de percibir una confusión generalizada que puede ser intrusiva o abrumadora.

¿Qué recursos podemos movilizar para situarnos en el lugar de sufrimiento del paciente?

En el sentido más general, estos pacientes parecen necesitar una “implicación emocional”. Necesitan experimentar una “confianza genuina en la capacidad del analista para mostrar comprensión” (Ferenczi, 1932). La viabilidad de dicho entorno relacional depende de la capacidad del analista para aventurarse con valentía en el oscuro lugar que se ha convertido en un escudo para la mente del paciente. Con esto me refiero a aquel lugar en el que los pacientes han corrido a ocultarse por primera vez y luego han quedado perdidos.

Utilizando las palabras de Ferenczi, tan evocativas, lo que yo considero necesaria es que se establezca una especie de “confianza genuina en la capacidad del analista para mostrar comprensión ante todo” mientras que “el paciente se hunde en diferentes etapas de ‘estar detrás de sí mismo’, ‘estar ido’, fuera del tiempo y del espacio, (...) y todo esto en una cambiante e incoherente sucesión de imágenes, psicosis alucinatorias” (Ferenczi, 1932, p. 32).

Antes de llegar a pensar en este lugar distante es muy probable que el analista entre de alguna forma en “colusión” con el paciente, en el sentido de que el terapeuta puede aprovecharse de sí mismo para, como si dijéramos, “mezclarse” con el paciente para facilitar el encuentro. En el caso de que esto no ocurra nos encontraremos con un analista no contenedor, puesto que, como decía Ferenczi, la capacidad para contener consiste precisamente en vivir una situación antes de ser capaz de pensarla. En otras palabras, las transferencias deben ser vividas y después interpretadas (Borgogno, 1999).

La función analítica de la que estoy hablando tiene algo que ver con la oportunidad para construir un espacio compartido entre analista y paciente. Un espacio concebido, como mantiene Ferenczi, no solo para poder proporcionar al paciente la contención necesaria, sino, mejor todavía, esta función enriquece dicho lugar convirtiéndolo en un nuevo entorno, capaz de acoger la díada analista-paciente. La díada que, en el trabajo normal, era capaz de penetrar en la dimensión del “estar ido”. Solo de esta manera podemos crear un “sentimiento en los dos sentidos”, diferente del simple “comprender al paciente”. Lo que estoy planteando es en realidad algo diferente de la identificación empática entre los dos (Bolognini, 2008). Dicho de otra forma, la interpretación ya no es el elemento central a nivel técnico, puesto que la interpretación y la capacidad de contención deben con una sola voz, como partes del mismo sistema. De ello se sigue que incluso si solo uno de estos elementos entra en crisis, todo el sistema se bloqueará.

La habilidad para contener la angustia, así como las otras emociones, puede ser iniciada y desarrollada en los seres humanos solo si pueden introyectar a alguien capaz de

ser comprensivo en este sentido hacia ellos.

La posibilidad de que el paciente aprenda a sentir dicha comprensión depende de la posibilidad de experimentar a un analista capaz de contener las emociones recibidas, en lugar de rechazarlas. Es fundamental que éste sea capaz de aceptarlas sin emitir juicios o sin ponerse defensivo.

Es natural que nos preguntemos: “¿Qué es lo que sugiere que en realidad se ha producido un encuentro con este tipo de paciente?” Aquellos que han trabajado con este tipo de pacientes reconocen como indicadores destacados aquellos momentos en los que se da “la personificación por parte del analista de las partes escindidas, proyectadas y negadas por el paciente (Gaburri, 1992). El analista se vuelve cada vez más consciente de que está poniendo en acción algunas resistencias cuando se encuentra a sí mismo en el lugar de las partes psicóticas del paciente (quizá porque el paciente está severamente traumatizado).

El paciente y el analista, al compartir la experiencia de la personificación del objeto ausente, tanto en el plano psíquico como en el corporal, pueden viajar a través de esa área de encuentro que facilita las operaciones mentales preconscientes de la *rêverie*, como pretende Speziale-Bagliacca (2008).

Así es cómo Ferenczi describe que la sensibilidad clínica se hace real:

“(…) Las emociones del analista se combinan con las ideas del analizando, y las ideas del analista (imágenes representacionales) con las emociones del analizando, de esta forma las imágenes – que en otro caso carecerían de vida – se convierten en acontecimientos, y el tumulto emocional vacío adquiere contenidos intelectuales” (Ferenczi 1932, p. 14).

Esto puede pasar porque las imágenes y la confusión emocional encuentran un contenedor que es lo suficientemente suave y flexible, como creo que puedo afirmar sin traicionar la posición de Ferenczi al respecto.

Me refiero a una función contenedora que es compartida por la pareja analítica, desarrollando un tipo inicial de “mutualidad” que se deriva de la oportunidad para beneficiarse de la dependencia de un modo menos persecutorio.

Esta función contenedora es de un tipo psico-corporal que surge de una actitud libre-de-ambivalencia para incorporar y aceptar sentimientos y emociones. Un analista que esté bien entrenado para tal función de escucha será capaz de incorporar hasta intensos sentimientos tanto de odio como de amor, sin sentirse contaminado por ellos.

Los pacientes que están muy fragmentados, al entrar en esas áreas de “no-estar-aquí” ponen a prueba constantemente la resistencia de sustentación del “contenedor-entre-los-dos”, es decir, su capacidad para incorporar esas partes del *self* que ellos mismos no pueden contener y que consideran inmanejables. Este tipo de encuentro es comparable con la capacidad de sostener y soportar expresada a través de los brazos de una madre cuando ofrece su cuerpo al bebé.

Lo que está en juego es esencialmente una función conectada con la capacidad de amar: en este caso pone en práctica una aceptación no solo sino también psico-afectiva, que, si es lo suficientemente fiable, ayudará al niño a madurar y a descubrirse a sí mismo.

Con este tipo de pacientes se atenúa la diferencia entre análisis infantil y de adultos – a nivel técnico – sobre todo en lo que se refiere al encuadre psicoanalítico: por tanto, el requisito de que la comunicación debe tener lugar solo a través del habla se abre, en esta

situación clínica, a lo preverbal y a lo paraverbal. La consulta analítica todavía tiene el diván y el sillón pero puede admitir, como en el análisis de niños, otros modos de comunicación (Flegenheimer, 1982).

Sabemos que en este contexto pueden surgir los *enactments* en la relación con el analista. Por tanto ¿Cómo podremos sintonizar con los *enactments* sin considerarlos simplemente como *acting-out* que se oponen al proceso analítico? Una solución puede ser el reconocer que el *enactment*, en ocasiones, surge como la única forma posible de mostrar y hacer presente algo que viene del interior. Más aún, añadiré que también podemos considerar el *enactment* como una forma de experiencia conjunta con el analista – surgida finalmente gracias a una contención estable – de aquellos aspectos psíquicos derivados del trauma y de las relaciones caracterizadas por la denegación. Esto es válido tanto para adultos como para niños.

En cualquier caso, este tipo de situaciones comprometen al analista a interactuar con el paciente con modos y ritmos diferentes de los habituales. Todo esto implica un trabajo adicional, lo que está pasando debe ser elaborado a fin de evitar que el *enactment* se convierta en algo traumático para el propio contenedor.

Los pacientes aportan a la sesión analítica sus expectativas inconscientes, patrones mentales y su cultura familiar y trans-generacional, y los exteriorizan sobre todo a través de los patrones de relación interpersonal. A partir de ahí podemos encontrar el punto de inflexión donde la comprensión mutua y compartida abra el camino para la cura y la transformación.

Gracias a la “personificación” el analista puede ayudar al paciente a reconocer y elaborar - de manera consciente – los “procedimientos” antiguos para promocionar la puesta en funcionamiento de otros nuevos.

Dicho de otra forma, el paciente aprende a no temer aquellos aspectos terroríficos de sí mismo que le han llevado a experimentar de forma recurrente una fragmentación interna conectada tanto con su propio self como con los objetos alcanzados por medio de la identificación proyectiva. Se trata de un cambio sustancial de perspectiva: lo que la relación con el otro permite al paciente ya no es solo la posibilidad de recuperarse, sino la de experimentar un objeto – el analista en este caso – capaz de contener su sufrimiento y confusión, elaborando sus rutinas mentales habituales. El objeto, todavía intacto, por lo menos será considerado valioso y será amado puesto que sobrevivió a una regresión intensa y profunda, así como al pensamiento omnipotente que la acompañaba.

El “sentimiento en los dos sentidos”, tal como lo he descrito, permite que el paciente interiorice al objeto personificado y evolucione hasta la distinción entre consciente e inconsciente, algo necesario para el funcionamiento del Yo. Sin estos prerequisites proliferarán los elementos del trauma y las formas de pensamiento disociado.

Sentir junto con el paciente el impacto del “estar ido”, la confusión propia del *enactment* y las tormentas emocionales de los sentimientos sin representación expone a los dos miembros de la pareja analítica a un duro trabajo que implica también al analista, y lo transforma, y que supone un gran esfuerzo. La fiabilidad del vínculo que así se forma, la capacidad del analista para aceptar los cambios que tienen lugar en él mismo, la posibilidad del paciente de expresar una nueva capacidad de sentir y “estar-aquí”, suponen la recompensa emocional de estar juntos en áreas impracticables y terrenos quebradizos.

REFERENCIAS

- Bolognini S. (2008), *Passaggi segreti. Teorie e tecniche della relazione interspichica*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Borgogno F. (1999), *Psychoanalysis as a journey*. Open Gate Press, London, 2007.
- Ferenczi S. (Ed. J. Dupont) (1932), *The Clinical Diary*. Harvard University Press, Cambridge, MA/London, 1988.
- Flegenheimer F. (1982), *Divergenze e punti comuni tra psicoanalisi infantile e psicoanalisi degli adulti. Alcune riflessioni*. Riv. Psicoanal. 29-2, pp. 196-205.
- Fonagy P. (1999), *Memory and therapeutic action*. Int. J. Psycho-Anal. 80, pp. 215-223.
- Gaburri E. (1992), *Emozioni, affetti e personificazione*. Riv. Psicoanal. 38-2, pp. 325-351.
- Speziale-Bagliacca R. (2008), *Rêverie and metaphor. A particular way to investigate the unconscious in psychoanalytical practice*. Am. J. Psychoanal., in press.

NOTAS

¹ Este trabajo fue escrito originalmente para la "Clinical Sándor Ferenczi Conference", 2-6 de agosto de 2006, en Baden-Baden. Estoy agradecida al Prof. Franco Borgogno por su magnífica revisión de una versión anterior de este artículo. También doy las gracias a Michele Piccolo por su traducción del italiano al inglés. Versión castellana de Carlos Rodríguez Sutil.

² Antonella Granieri, Ph.D. es Profesora Asociada de Psicología Clínica en la Facultad de Psicología, Universidad de Turín (Italia). Miembro Asociado de la *Società Psicoanalitica Italiana* (IPA). Psicóloga y Psicoanalista. Contacto: granieri@psych.unito.it