



La esperanza y el trauma¹

Roberto Arendar²

Buenos Aires, R. Argentina

Introducción

Quando Alejandro Ávila me solicitó una colaboración para el ciclo de conferencias sobre trauma que viene desarrollando la Institución dicho pedido produjo resultados insospechados. Por un lado, cuando pensé en la paciente acerca de la cual podría escribir surgió en mi cabeza mi paciente María Laura, aquella de la cual hablo en mis trabajos sobre vergüenza, con su historia de haber padecido abusos y violencia físicas y morales. Curiosamente, esa paciente, había interrumpido su terapia, para mi gran pesar, a principios de 2009. Ese hecho desafortunado fue uno de los factores que contribuyó al trabajo sobre el “Titanic”. Ella era una de las pacientes que se había bajado del “bote salvavidas” (o así yo lo suponía), a pesar de sus aptitudes, talentos y progresos y a pesar del afecto y admiración que me profesaba. Ahí es donde yo digo que se gestó una malformación cronológica, porque puesto a reflexionar sobre la cuestión me comencé a preguntar si la predominancia de hechos traumáticos en la historia de un paciente, éstos se convierten en predictores de un incremento de las dificultades en la tarea de bajarse del “Titanic”, línea de pensamiento que transformaba estas reflexiones en una continuación del trabajo que leeré mañana. Por otra parte, luego de haber comenzado a andar en esta dirección y así habérselo comunicado a Alejandro, a los pocos días surgió en mí con mucha fuerza, el deseo de llamar a la paciente y ver qué pasaba. Algo en mí me decía que era tiempo de darnos otra oportunidad y así lo hice. El resultado fue casi mágico. Llegué en un momento justo. La paciente se estaba recuperando de una segunda internación debida a su enfermedad neurológica (esclerosis múltiple) que le había aparecido 2 años atrás. Mi llamado fue recibido con sorpresa y alegría. Decidí retomar su tratamiento conmigo. Ahí pude percatarme que mi suposición sobre el “bote salvavidas” había estado errada. La paciente se encontraba en un momento, que para graficarlo con la metáfora del “Titanic” estaba con un pie en el mismo y el otro en el bote salvavidas, ¡pero estaba bajando! Dicho con otras palabras, el proceso de evolución psicológica había seguido su curso. Había que ayudarla a que terminara de bajar pero lo importante que pude constatar fue que el proceso no se había detenido. Estos acontecimientos tan conmovedores pusieron en marcha otra serie de reflexiones que dieron título a este ensayo. ¿Qué es lo que este intercambio epistolar con Alejandro había aportado que había hecho reverdecer mi esperanza en que podía seguir ayudando a María Laura y en que hubiese dejado de desahuciarla? Son estas preguntas las que intentaré contestar a continuación. Para ello considero necesario brindarles antes una reseña acotada de la historia y de las vicisitudes de su terapia conmigo.

Resumen de la historia y tratamiento de la paciente.

María Laura, una joven de modales suaves y algo gordita, con un atractivo femenino que sólo se podía adivinar, me consultó por primera vez en diciembre de 2003. Padece de dolores fuertes de cabeza, ansiedad severa, insomnio y vivencias depresivas. Estaba cursando el último año de la carrera de abogacía y para ella el tema del estudio y los exámenes era un tema de vida o muerte. La proximidad de uno (al empezar a vernos le faltaban alrededor de 10 días para rendirlo) se había convertido en un hecho que la atormentaba. Temía no aprobarlo y esto era vivido como una catástrofe. Decía que, a pesar de ser una buena estudiante, el sentarse frente al examinador era algo que le producía pánico. Temía que todo ese nerviosismo le jugara en contra, le pusiera la mente en blanco y esto derivara en un aplazamiento. Era llamativo que, a pesar de no tener un historial de reprobaciones en su record académico, esta posibilidad le produjera tanto terror.

María Laura vivía con su padre y una hermana cuatro años menor que ella. Al poco tiempo de iniciado el tratamiento la hermana menor se muda a vivir con su novio. Paulatinamente la paciente empezó a desplegar su drama personal y familiar. Los padres se habían separado de forma traumática hacía ocho años. Al principio las dos hermanas habían permanecido con su madre hasta que, según me cuenta María Laura, la madre las había echado a las dos a la calle, violentamente. Describe a su madre como una mujer muy perturbada, impredecible, con estados de ánimo muy cambiantes. Cuenta como una constante histórica la propensión de esta mujer a ejercer violencia sobre toda la familia, y especialmente sobre ella, ya sea con golpes, empujones, actos impulsivos, amenazas, gastos exorbitantes y descalificaciones verbales muy crueles y sádicas. Sólo la abuela materna, que había convivido con la familia, era descrita como alguien que se había convertido en un oasis de amor y de cariño para María Laura. Hacía tiempo que no la veía por prohibición expresa de la madre, pero la seguía recordando con añoranza y ternura.

María Laura, como era de esperar tenía la autoestima pulverizada. La imagen de sí misma estaba completamente devaluada y sus relaciones, especialmente con su padre y su hermana estaban signadas por el maltrato. En palabras de la paciente. “Siempre pienso que nunca nadie se va a enamorar de mí, porque no tengo nada bueno para ofrecerle a los demás. Si alguien me habla o se acerca a mí pienso que rápidamente se va a alejar porque no puede encontrar ningún atractivo en mi cuerpo, sólo defectos.”(Esto es lo que yo he bautizado “Síndrome de Groucho Marx”, porque a semejanza de este famoso comediante norteamericano que decía que él no sería socio de un club que lo aceptara a él como socio, estas personas que dudan profundamente de su queribilidad, del valor afectivo que pueden llegar a tener para los demás, tienen serias dificultades para dar crédito a algún elogio, interés o reconocimiento ajeno. Automáticamente tienden a suponer que el otro tiene una falla, no ve bien o está loco). “Cuando tengo que sentarme en los bancos de la facultad hago en esfuerzo tremendo para tratar de estar bien derecha, porque siento que todo el mundo está mirando los defectos de mi cuerpo.” “Al lado de mis amigos cuando salimos a pasear o también dentro de la facultad, me siento mal. Me veo muy inferior a ellos, ya sea tanto física como intelectualmente.” “No me gusta participar mucho de las conversaciones por miedo

a decir algo tonto o a caer en el ridículo y que todos noten que no soy inteligente.” “Cuando hay una reunión de chicos y hay alguien que me interesa, me empiezo a sentir mal anímicamente, porque no creo poder llamar la atención como para gustarles o que se interesen en mí.” “Mi gran miedo es a quedarme sola”.

María Laura, como lo muestran estas declaraciones, padecía de niveles tóxicos de vergüenza que emanaban de fuertes convicciones personales de defectuosidad. Toda esta gama de controles que necesitaba llevar a cabo le producían una situación de tensión y alerta constantes. Era algo agotador a lo que sentía esclavizada. Como si todo esto no fuera suficiente para alimentar su desdicha, también padecía vergüenza secundaria, es decir, vergüenza de sentir vergüenza.

Lo que ayudó enormemente a relajarla y generar entre nosotros un vínculo de comodidad y de confianza, fue el hecho de que la paciente se sintiese comprendida y lo que resultó decisivo al respecto, fue precisamente que dicha comprensión fuese vehiculizada a través de ejemplos extraídos de cuentos infantiles tradicionales. Dichos cuentos parece que funcionaron adecuadamente como escenarios metafóricos aptos para graficar ostensiblemente sus dramas personales y además, hacerlos creíbles y universales. Recordemos que las personas que padecen de estos niveles de vergüenza, se experimentan como seres radicalmente distintos a los demás, como habiendo nacido en el lado equivocado, en el lado de los defectuosos. También, en este caso, María Laura había tenido hace algunos años una entrevista psicológica en donde la “terapeuta”, cuando le relató sus desdichas pensó (cosa muy común) que estaba inventando o exagerando.

Blancanieves nos sirvió sobremanera para expresar el drama de la relación con su perturbada madre. Cenicienta, nos sirvió para ilustrar no sólo el maltrato recibido por parte de los demás (especialmente de sus familiares cercanos) sino también le permitió ver, como ella, al convalidar ciertas atribuciones desdeñosas, colaboraba activamente en recrear esos escenarios insatisfactorios. “El patito feo” y Kafka también vinieron en nuestra ayuda.

Paulatinamente y al unísono con estas comprensiones, María Laura fue cambiando. Dónde antes había predominado una imagen de ella misma como la de una “gorda deforme” empezó a parecer una mujer y comenzó a verse un poco diferente. Se empezó a vestir mejor y a lucir más atractiva. Empezó a poder enojarse y a oponerse a ser tratada como una sirvienta sin valor por parte de su padre y de su hermana. Empezó a tener ganas de despertarse por las mañanas y a hacer proyectos. Empezó a mirar con ojos más considerados a su cuerpo y sus dolencias, así como a sus estados subjetivos. Empezó a tener iniciativas creativas y a recuperar su derecho a elegir. Y ante todo, empezó a cuestionarse la convicción que su vida estaba capturada por un destino de desdicha y sufrimiento.

En la relación conmigo, este sentirse progresivamente cada vez más aplomada y segura, nos permitió asimismo explorar sus desconfianzas con respecto a mí: el temor a que me cansase de ella, que la quisiera echar, que pusiese en duda la verosimilitud de sus relatos.

En mi artículo de 2007, “El trabajo terapéutico de la vergüenza”, escrito a principios de ese año, yo decía a propósito de actualizar como iban las cosas... “En primer lugar el hecho que María Laura haya aceptado colaborar en este trabajo y en la forma en que lo hizo –un antes y después- refleja muchas cosas, **pero lo que quiero resaltar es la**

noción de un proceso que siente que está en marcha y la esperanza.

El debilitamiento paulatino de las convicciones y de las expectativas asociadas se lo puede observar en las frases que utilizaba: Todavía me falta..., a veces..., me estoy acostumbrando..., con más frecuencia... Las metáforas que me resultan útiles para graficar esto son la de un diafragma que se va abriendo o la de un puño cerrado que se va aflojando. Hay una frase que sobresale con respecto a las que ya cité y es cuando dice: “No me siento tan bicho...” Parecería indicar que las imágenes de defectuosidad del propio cuerpo son de las que más cuesta conmovir o cuestionar. Esto es algo que se ve con mucha fuerza en los trastornos de la alimentación. Es menester recordar que María Laura padeció entre sus trece y sus quince años de obesidad patológica debida fundamentalmente a un trastorno endocrino. Hoy por hoy, cuando está por cumplir los treinta, luce como una mujer muy atractiva, pero no se lo termina de creer.

No deja de sorprenderme el constatar como el hecho de modificar las convicciones acerca de uno mismo y las expectativas que las acompañan, lleva a que uno se pare distinto frente a los demás y obtenga asimismo resultados distintos.

Otra cuestión que se me hizo patente es como los contextos intersubjetivos que son caldo de cultivo de estas convicciones invalidantes, generadoras de una propensión a padecer niveles tóxicos de vergüenza, son al mismo tiempo responsables de la génesis de culpa patológica. Culpa por sobresalir y destacarse; culpa derivada de asumir la responsabilidad por las fallas o defectos de los padres y sentir por lo tanto que sus actitudes violentas o locas (las de los padres) son atribuibles a alguna falla propia; culpa por parecerse físicamente a su madre. La culpa patológica es el precio que se paga por sostener un vínculo necesitado, pero enfermo. Como si Blancanieves hubiese pensado, o le hubiesen hecho pensar, que las reacciones de odio asesino de su madrastra hacia ella eran la consecuencia de su juvenil belleza y se hubiese echado la culpa por ello.

Finalmente algunas palabras con respecto al rol del padre. Como en el cuento antedicho, en la historia de María Laura nos llama también la atención la dificultad del padre en cuidar a su hija, en protegerla de la locura y la violencia de la madre o la madrastra. Este déficit del padre, a su vez, expresa la propia dificultad de estos hombres en la elección de sus parejas y en la manera tan insatisfactoria que tienen de relacionarse con ellas, estableciendo vínculos de sometimiento...”

A partir de este año empiezan las dificultades. Recordemos que María Laura vivía con el padre, trabajaba en la empresa del padre y también era maltratada por él. También era quien financiaba el pago de su tratamiento y como era de prever, a medida que el vínculo de sometimiento se iba aflojando, el retaceo del dinero por parte del padre se fue haciendo cada vez más patente. El no poder pagarme, pese a que ya habíamos reducido la frecuencia de las sesiones, se le hizo intolerable a mi paciente e interrumpió la terapia por primera vez en setiembre de 2007. Así las cosas hasta que un día de Octubre de 2008 el médico clínico que la atendía y que me la había derivado, se comunicó telefónicamente conmigo para contarme, muy preocupado, que María Laura estaba internada en un sanatorio por un ataque que al parecer se correspondía con un episodio agudo de ¡Esclerosis múltiple! Cuando pude la fui a visitar al sanatorio donde se hallaba internada y nos reencontramos, cosa que la alegró mucho y ahí decidimos que era imperioso que ella retomara sus sesiones ni bien estuviera en condiciones, con lo que se mostró de acuerdo. También recuerdo que yo, en ese momento, me sentí algo culpable. Culpable de no haber peleado más efectivamente para que no interrumpiera. Al salir de la internación empezó a asistir a mi consultorio 2 veces por semana cobrándole,

con la anuencia de mi paciente, un honorario reducido. Esta estrategia funcionó hasta enero de 2009, cuando por motivos parecidos a lo de la ocasión anterior decide nuevamente interrumpir y yo volví a fracasar en disuadirla de esta iniciativa. Así las cosas cuando llegamos a setiembre de 2009, cuando se produce el intercambio con Alejandro, la llamada que mencioné, el enterarme que estaba saliendo de otra internación debida a su enfermedad y el segundo reinicio del tratamiento. Pienso que en mi fracaso en disuadir a la paciente de interrumpir su tratamiento en las dos ocasiones mencionadas intervino algo que marchitó mi esperanza y probablemente también la de mi paciente. Y es este tópico, que da el nombre al trabajo, es al que me intentaré referir ahora.

La esperanza y sus vicisitudes

Quiero ahora ser más específico y describir con más detalle a que aludía en la presentación cuando afirmé que María Laura se estaba “bajando” al bote salvavidas cuando nos reunimos en Octubre de 2009. Con cierta vergüenza me contó que estaba teniendo una aventura amorosa intensa con un amigo casado del padre y que la estaba disfrutando, aunque todavía con cierta aprehensión. En su trabajo se había asociado con colegas más idóneos, lo que estaba posibilitando obtener más clientes privados (recordemos que todavía seguía trabajando por una paga insuficiente y mezquina en la empresa del padre) aunque todavía tenía cierta dificultad para cobrar sus honorarios. La relación con su hermana menor había mejorado notablemente y se apoyaban emocionalmente la una en la otra. El pequeño hijo de la hermana era la adoración de María Laura. Otro hecho significativo en esta modificación de su panorama relacional era que se había procurado la asistencia de un equipo de neurólogos mucho más sensible, comprensivo y eficaz que la estaba ayudando a sobrellevar mejor su enfermedad.

¿Pero, por qué me sorprendieron estos avances? ¿Por qué no la había llamado antes? La respuesta la dividiré en dos partes, a saber 1) mis propias reflexiones y 2) un párrafo harto elocuente que extraje del brillante libro de Jody. M. Davies y Mary G. Frawley “Treating the adult survivor of childhood sexual abuse”.

Lo que yo alcancé a discernir fue que había subestimado el temor de la paciente, frente a sus dificultades financieras. Temor a decepcionarme, a tratarme injustamente, a que yo me enfadara con ella por considerar que estaba siendo tratado sin el adecuado reconocimiento. Parecería ser que cuanto más hechos traumáticos hay en la historia de un paciente, menos capacidad hay para sostener la esperanza de un futuro mejor. Hay, por así llamarlo, menos capital de expectativas positivas y por ende, como decía antes, más propensión a decepcionarse y a decepcionar. Es como si en el psiquismo rigiera con fuerza no sólo el “más vale malo conocido que bueno por conocer” sino también “el que se quema con leche ve una vaca y llora”. Es decir, que quien ha visto sacudida su esperanza y su confianza por una persona tan allegada y cercana afectivamente como una madre, el temor a entregarse adquiere una dimensión mayúscula. Cuando en el correo a Alejandro hablé del afecto y admiración que la paciente sentía hacia mí, eso funcionó como un hecho que deshizo una especie de hechizo, o si lo prefieren, me sacó de una posición contratransferencial en la que me había atascado. Y es en este punto que el libro mencionado y en particular ese párrafo me vinieron como anillo al dedo. Creo que, más allá que las autoras se refieren a un fenómeno que se da en los sobrevivientes de un abuso sexual temprano, cosa que no ocurrió con María Laura, sus conclusiones se aplican perfectamente. En el capítulo 9, donde hablan de las 8 posiciones

transferenciales-contransferenciales que estos pacientes tienden a recrear en su terapia, dicen... “Hay por lo menos una manera adicional mediante la cual estos pacientes ponen en acto una identificación con sus abusadores, y esa manera es la destrucción de la esperanza. En la mayoría de los casos, los sobrevivientes adultos están aterrorizados con que las cosas buenas no pueden durar, que todas las promesas, tarde o temprano, van a ser quebradas. Antes que esperar que la inevitable decepción ocurra, los pacientes con historias de abuso sexual manejan la ansiedad que acompaña a la esperanza asumiendo el control de la situación y tienden a hacer añicos lo que, después de todo, están convencidos que es sólo una ilusión. Lo llevan a cabo amenazando con una terminación prematura, retomando un acting-out autodestructivo luego de largos períodos de abstinencia, desarrollando nuevos síntomas tales como enfermedades con componente psicósomático en su evolución (*¡la Esclerosis Múltiple³!*), o sabotando éxitos extra-terapéuticos en relaciones y trabajos.

Contra-transferencialmente, el terapeuta se siente desalentado por estos ataques a la esperanza que, frecuentemente se dan cuando las cosas parecen ir particularmente bien en el tratamiento. El clínico se puede deprimir y se siente en ocasiones tentado de rendirse pasivamente a la desesperanza mediante el retraimiento relacional, la pérdida de ganas y energía, el embotamiento afectivo...” Creo que las semejanzas con lo que me pasó son evidentes. Al comentar con algunos colegas estas impresiones pude constatar que no era el único al que le había sucedido este hecho tan desafortunado. Recuerdo sobretodo, el relato de una colega sobre un tratamiento de una paciente joven, muy perturbada, en donde este ataque sistemático a la esperanza, había ocupado un lugar central y había tenido un desenlace parecido. Pienso que tener presente la ocurrencia de este fenómeno, puede funcionar como una alerta eficaz y así colocarnos en una mejor posición para poder superarlo.

La importancia de una buena relación con una figura afectivamente significativa.

Así como antes afirmábamos que cuanto más hechos traumáticos hay en la vida de un paciente eso disminuye notablemente su capital de expectativas positivas y más aún si el responsable de esos sucesos desdichados es alguien tan cercano afectivamente como un padre o una madre, también es cierto que la presencia en su historia de una figura benévola, que haya prodigado amor y cuidados, es algo de tremenda importancia. Es un vínculo que, no sólo apuntala al paciente e impide que su capacidad de tener esperanzas se apague definitivamente, sino que al mismo tiempo se convierte en un andamio, un conjunto de experiencias felices, en las cuales como terapeutas nos permitirán apoyarnos para llevar a cabo nuestro trabajo de rehabilitación. Y al paciente le servirá como punto de anclaje que lo ayudará a poder contrarrestar su propensión al desaliento y al escepticismo. En el caso de María Laura, esa figura fue su abuela materna, que mencionamos brevemente en la presentación del caso. Desafortunadamente falleció hace dos años y, para su profundo pesar, la madre impidió que pudieran despedirse. Cuando María Laura hablaba de su abuela se le iluminaba su cara.

Si me permiten el uso de un anglicismo, diría que el encontrar en la historia de un paciente una relación de estas características se convierte en un “predictor” positivo.

Conclusiones

Decidir tratar a un paciente con traumas severos es todo un desafío. Nos acechan serios riesgos pero también puede depararnos muchas satisfacciones, la principal: la posibilidad de devolverle a los pacientes la chance de vivir una vida más plena, más esperanzada. Espero que estas reflexiones contribuyan a estar mejor equipados en esta difícil empresa.

Referencias:

- Arendar, R. (2007). El trabajo terapéutico de la vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1): 78-90.
- Arendar, R. (2010). ¿Hundirse con el Titanic?. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (1): 236-242.
- Davies, Jody Messler y Frawley, Mary Gail (1994). *Treating The Adult Survivor Of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New York: Basic Books.

Palabras clave: Esperanza, Trauma, Resiliencia

Key Words: Hope, Trauma, Resilience

English Title: Hope and Trauma

Cita bibliográfica / Reference citation:

Arendar, R. (2010). La esperanza y el trauma. *Clínica e Investigación Relacional*, 4 (2): 443-449.
<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen42Junio2010/tabid/728/Default.aspx> [ISSN 1988-2939]

¹ Texto leído en el INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL, en el ciclo de conferencias "Perspectivas de lo traumático" Madrid, 4 de Junio de 2010.

² Roberto Arendar es Médico Psicoanalista. Miembro de IARPP. Ex - Miembro de la *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires* (APdeBA, IPA). Correo electrónico: robertoarendar@fibertel.com.ar

³ El diagnóstico médico de Esclerosis Múltiple estaba plenamente fundado, pero la dinámica de evolución de la enfermedad estaba claramente influida por factores emocionales.