



udp UNIVERSIDAD
DIEGO PORTALES

ABORDAJE CLÍNICO DEL TRAUMA A LA LUZ DE UN CASO

RAISA PARRA LÓPEZ

Monografía para optar al grado de Postítulo en Clínica Psicoanalítica de Adultos

Profesor Guía: Domingo Izquierdo Sánchez

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Santiago, Chile

2016

RESUMEN

En la presente monografía se realiza el análisis de un proceso psicoterapéutico desde la teoría del **trauma** de Ferenczi, para pensar sobre la realidad del trauma, su manifestación en la transferencia y su abordaje clínico, centrado particularmente en la posibilidad de reconocimiento de una situación indecible y mortífera. Su valor reside en pensar la complejidad de las manifestaciones sintomáticas de la paciente como algo del orden de lo “*borderline*” asociado a un estado particular de modalidad de configuración subjetiva del sufrimiento de la paciente que se ponía en juego en la transferencia como reedición de una experiencia acontecida en la realidad y que no había tenido lugar.

En el abordaje del trauma, se consideran los aportes de Ferenczi y Winnicott sobre la **posición** del terapeuta en la transferencia y la noción de **estado límite** que permite pensar aquello de lo “*borderline*” como un estado más que como una estructura.

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
MARCO TEÓRICO	10
1. El trauma en la teoría de Ferenczi: Coordenadas y efectos	10
2. El trabajo con el trauma: Posición del clínico.....	13
3. Sobre el uso de objeto: Posición clínica en Winnicott.....	16
4. Estados Límites.....	18
METODOLOGIA	23
EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO	24
1. Identificación de la paciente.....	24
2. Motivo de Consulta.....	24
3. Hipótesis Diagnóstica.....	25
4. Descripción del Encuadre	27
5. Antecedentes Relevantes.....	27
6. Desarrollo del Caso Clínico	33
ANÁLISIS DE CASO	54
CONCLUSIÓN	60
REFERENCIAS	62

INTRODUCCIÓN

En la presente monografía se analiza una experiencia clínica cuyo valor reside en reflexionar en torno al encuentro con una paciente, en donde la dimensión compleja de sus manifestaciones subjetivas, propone la búsqueda de una posición por parte de la terapeuta que permitiese abrir las posibilidades de escucha en el espacio transferencial y orientar el trabajo clínico.

Para ello, se expondrá el desarrollo del proceso psicoterapéutico desde una lectura transferencial, que permita situar la participación de los implicados en el tratamiento –paciente y terapeuta- resaltando ciertos elementos y movimientos que se tornaron desafiantes en este encuentro y que posibilitaron el trabajo analítico.

Se propone una lectura de las particularidades del desarrollo del caso clínico, a la luz de los aportes realizados por Ferenczi (1932) sobre la realidad del trauma, sus efectos (disolución de la personalidad) y su abordaje clínico, enfatizando la relevancia que adquiere en el tratamiento la posición del terapeuta, quien estaría convocado a sostener el reconocimiento de una situación indecible para la paciente.

Esta elección responde al modo en que se piensa la puesta en juego de la agresión en el espacio transferencial (en un primer momento dirigida hacia sí misma, y luego dirigida hacia la terapeuta) cómo réplica de algo del orden de la violencia del otro, desencadenada, en un primer tiempo del tratamiento, por la interpelación de la terapeuta al sentido oculto de los actos del paciente, que se pensó como única apuesta posible para que la paciente se interrogara algo en torno a su propio sufrimiento.

Para contextualizar, en este primer tiempo, tanto las dificultades transferenciales en el encuentro con la paciente, como la dimensión compleja de sus manifestaciones subjetivas, erigieron el diagnóstico de “Trastorno de Personalidad Limítrofe” (TPL), categoría ampliamente utilizada en instituciones de salud mental, para dar cuenta de aquellos pacientes “*difíciles*” cuyo

funcionamiento no responde a las manifestaciones clásicas de “*lo neurótico*” o “*lo psicótico*”, y a su vez, parece incluir elementos de ambas.

El Trastorno de Personalidad Límitrofe se inscribe dentro de la categoría de Estructura Límitrofe de Personalidad. Esta propuesta teórica, realizada por Otto Kernberg, plantea tres criterios que diferencia a la Estructura Límitrofe de las estructuras clásicas (neurosis y psicosis), y consisten en: el grado de difusión de identidad, los mecanismos de defensa que se utilizan y la prueba de realidad, que en su conjunto darían cuenta de una precariedad psíquica determinada por ciertas fijaciones.

Sin embargo, la noción de Estructura Límitrofe, utilizada en dispositivos de salud mental debido a su afinidad con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), puede, en la radicalidad de su uso, no considerar aquellos aspectos con los cuales se trabaja en psicoanálisis, a saber, con la singularidad del sujeto.

Lo anterior, cobra importancia a raíz de las particularidades de la experiencia clínica con esta paciente, puesto que durante las entrevistas preliminares, la ambigüedad de las manifestaciones sintomáticas (que serán descritos más adelante) a raíz de la convergencia de elementos tanto psicóticos como neuróticos, promovieron, en un primer momento, una lectura orientada por los supuestos estructurales previamente descritos en torno a lo límitrofe.

Cabe recordar que el sentido de las entrevistas preliminares remite a que el terapeuta se pregunta por el lugar en el cual lo está ubicando el paciente, es decir, realiza una lectura transferencial, entendiendo por transferencia la relación que se establece al Otro, relación regulada por los efectos de la castración y la manera en que el sujeto responde a ésta.

Si bien las posiciones localizables en la transferencia permiten situar las diferentes estructuras clínicas, en la experiencia con esta paciente en particular, emergió progresivamente durante el desarrollo del tratamiento el advenimiento de una modalidad neurótica de relación al Otro, a raíz de una progresiva histerización. Sin embargo, en un comienzo, la dimensión compleja de sus manifestaciones subjetivas dificultó en la terapeuta pensar en la posibilidad de

que un paciente neurótico pudiese tener una experiencia psicótica.

En este sentido, es relevante considerar que, lo que estaba en juego en la experiencia con esta paciente, era un modo de sobrevivencia psíquica, y las repercusiones de pensar esta sobrevivencia en términos de estructura psicopatológica serían las coordenadas en la que tuvo lugar el primer impasse.

Por ello, resulta pertinente pensar en este caso aquello del orden de lo “*borderline*” como un estado particular de un modo de configuración subjetiva del sufrimiento de la paciente, frente a lo cual se propone la noción de estado límite, asociado a una transitoriedad.

En esta línea, el trauma va a determinar en la paciente cierto modo de experiencia psíquica de dolor, que se puso en juego en la transferencia, y frente a la cual la terapeuta requería ubicarse en un lugar que posibilitase la escucha de una verdad que, lejos de ser interpretable, acontecía como la reedición de una experiencia tan real como mortífera.

Las coordenadas que posibilitaron el trabajo clínico con la paciente guardan relación con el interés de la terapeuta por encontrar un modo de sostener el trabajo con la paciente y en los intentos por sobrevivir a la agresión puesta en juego en la transferencia, considerando su propio papel en dichas manifestaciones.

Por ello, es relevante plantear algunos elementos centrales desarrollados por Ferenczi en torno al trabajo con el trauma, que permitan dar cuenta de aquello que posibilitó el tratamiento con esta paciente en particular.

Ferenczi traza una manera de pensar el trauma muy diferente al que sostenía Freud. El autor (1913, en Rojas, 2000) considera que aquello que constituye la experiencia traumática en un sujeto, no es sólo la experiencia en sí misma, sino la resistencia del ambiente humano a sostener un espacio de amparo, instalándose el abandono y la desmentida por parte de aquellos quienes debían ofrecer soporte y contención.

La importancia que le otorga Ferenczi a la respuesta del ambiente humano, como elemento esencial en la génesis del trauma, conducen a pensar en la relevancia de la posición del analista, sobre quien recae la demanda de ayuda del

paciente. En el trabajo clínico con el trauma, la pregunta del terapeuta por su lugar en el encuentro transferencial, es una manera de reconocer la posibilidad de replicar la desmentida.

En este sentido, el trabajo clínico con el trauma implica una posición distinta a la postura clásica del analista, no sólo en lo relativo a su neutralidad, sino también a una postura interpretativa, en la cual el trauma es vinculado con un deseo inconsciente. Según Ferenczi (1932) esta postura puede llevar a una reedición del trauma, en el sentido en que el terapeuta puede ocupar el lugar de otro que ya realizó la desmentida, que desde una posición resguardada, intenta imponer una verdad que estaría encubierta bajo las manifestaciones del trauma, cuando, justamente, lo que se despliega es la verdad psíquica del acontecimiento traumático.

Es por ello que el sentido del dispositivo terapéutico basado en una lectura de precariedad yoica, tiene una serie de consecuencias cuando, en ciertos casos clínicos, el trauma es lo más evidente. Existiendo la posibilidad de reproducir la asimetría en la cual habría tenido lugar el trauma, ubicándose el clínico en el lugar del “modelo yoico” para que el paciente pueda servirse de las fortalezas del yo del terapeuta. Esto entraña a su vez, consecuencias ético – políticas en el trabajo clínico, cuando se piensa la cura en términos de adaptación y normalización del sujeto.

También, como se había mencionado anteriormente, el clínico puede ocupar el lugar de otro que ya realizó la desmentida, en donde una persona en la experiencia traumática pierde la posibilidad de reconocerse en la mirada del otro. Al respecto, Dupont (1985) sostiene *“Ferenczi sitúa en paralelo al niño traumatizado por la hipocresía de los adultos (...) al paciente cuyos traumas antiguos se reavivan y agravan por la hipocresía profesional y la rigidez técnica del analista”* (p.22). En este sentido, en el trabajo clínico con el trauma, el analista tendrá que ser capaz de abandonar la interpretación del sentido oculto de los actos del paciente, en consecución de la pregunta sobre como sostener un lugar que posibilite el reconocimiento de la verdad acontecida.

Lo anterior nos permite situar la importancia de tomar posición respecto al

trabajo clínico con el trauma. En este sentido, la experiencia analítica de Winnicott (1968) resulta útil para pensar que hay ciertos tipos de patologías donde el setting deja algo afuera, justamente el fondo psicótico encubierto por una mascarada pseudoneurotica, en donde el trabajo analítico clásico estaría orientado únicamente a sostener esta mascarada, cobrando el estatuto de análisis interminable.

En el artículo “*Sobre el uso de un objeto*” Winnicott (1968) advierte que el trabajo clínico con pacientes fronterizos requiere - para que el analista no establezca complicidad con la mascarada pseudoneurotica de éste - abandonar la interpretación como única forma de intervención, cobrando mayor relevancia en el tratamiento analítico que el paciente pueda usar al analista. De hecho, si el paciente logra usar al analista, la interpretación puede ser recibida como algo distinto del sí mismo.

Para posibilitar el desarrollo esta capacidad, Winnicott (1968) propone que el analista tendrá que sobrevivir a los ataques destructivos del paciente, entendiendo estos ataques como intentos por colocar al analista fuera de la zona de control omnipotente, reconociéndolo como “*una entidad con derecho propio*” (p.267).

El valor del tratamiento analítico para Winnicott (1968) reside en la supervivencia del analista, lo que implica que éste no reaccione ni de manera retaliativa, ni en una actitud de inmolación sacrificial, invitando al clínico a pensar su propia posición en la transferencia, en búsqueda de posibilitar el despliegue de la destrucción por parte del paciente, como clave del desarrollo de la capacidad de usar.

Frente a las manifestaciones del trauma que se evidencian en ciertas experiencias clínicas, es importante pensar en cómo ampliar las posibilidades de escucha y el modo de abordaje que oriente el tratamiento, con la finalidad de que para nuestros pacientes la experiencia terapéutica no constituya una reproducción de aquellos desencuentros relacionales traumáticos de la infancia.

Asimismo, es importante advertir cierta tendencia al desentendimiento de la propia implicancia subjetiva en la práctica clínica, en donde las dificultades

transferenciales son atribuidas casi exclusivamente al paciente, quien proyectaría sobre la persona del terapeuta los aspectos disociados del yo, como repetición de transferencias primitivas. En esta línea, Ferenczi (1932) plantea que la tendencia a no reparar en sí mismo en la transferencia, puede potencialmente reproducir lo traumático para el paciente *“el analista comienza a cernirse como una divinidad sobre el pobre paciente, degradado a la condición de niño; sin sospechar que es esa conducta la que en buena parte provoca artificialmente la llamada transferencia”* (p. 145).

El objetivo de esta monografía es reflexionar en torno a las posibilidades de trabajo clínico con pacientes que comúnmente son catalogados como *“difíciles”*, y que su abordaje resulta un desafío en los dispositivos de salud mental.

En este caso en particular, aquello que posibilitó el trabajo clínico tiene relación con la búsqueda por parte de la terapeuta de tomar una posición respecto a lo que se ponía en juego en sesión, a saber, algo de la dimensión del trauma y, ubicándose desde otro, posibilitar el reconocimiento de una vivencia traumática que históricamente no tuvo lugar.

MARCO TEÓRICO

Para efectos comprensivos, la revisión y análisis del caso será realizada desde la teoría psicoanalítica, particularmente a partir de los postulados de Sandor Ferenczi (1933) en torno a la noción de trauma y a la posición del clínico en su tratamiento, puesto que aporta una lectura que permite articular las manifestaciones subjetivas de la paciente en el desarrollo del tratamiento y la posición del clínico en el espacio transferencial. Además, con la finalidad de pensar en los efectos terapéuticos que implica tomar una posición en el trabajo clínico, se trabajará con el artículo “*Sobre el uso de un objeto*” de Winnicott.

También, se considerará el concepto de Estado Límite para situar la problemática asociada a la dificultad en el encuentro con ciertos pacientes que pueden ser catalogados como “*difíciles*”, y que puede generar una confusión en el clínico tanto en términos diagnósticos, como en su escucha e intervención. Proponiendo pensar las manifestaciones subjetivas de la paciente como un estado particular y transitorio de un modo de configuración subjetiva del sufrimiento.

1. El trauma en la teoría Ferenczi: Coordenadas y efectos.

El trabajo de elaboración teórica de Ferenczi a partir de su experiencia clínica, lo condujo a renovar la teoría del trauma; su interés por la investigación y sus exploraciones en torno a la importancia de la realidad del trauma, junto al desarrollo de una técnica destinada al trabajo terapéutico con pacientes de difícil acceso, condujeron su investigación por un recorrido que lo llevó a tener serios enfrentamientos con Freud, al punto de producir un importante quiebre en su relación que, sólo unos meses antes de la muerte del autor, pudieron conciliar.

En el análisis de su experiencia clínica, Ferenczi (1933) plantea que la manera en que se pensaba e intervenía hasta ese entonces en relación al trauma, reproduce en la situación analítica la experiencia traumática en sí. Este fracaso lo

sitúa a nivel de la técnica analítica, que a su parecer, cae en la hipocresía y en una tendencia a la desmentida por parte del analista frente a lo real del trauma del paciente, provocando que el sujeto se re-traumatice. Esto es importante para situar cómo está convocado el analista en el tratamiento del trauma, particularmente en el desarrollo del presente caso clínico, en donde cobra relevancia el reconocimiento del sufrimiento del paciente.

En el Diario Clínico (2008) Ferenczi sitúa el trauma como “*conmoción, reacción a un estímulo exterior o interior <<insoportable>> de manera autoplástica (que altera el propio-ser) (...). La neoformación del propio-ser es imposible sin previa destrucción parcial o total, o supresión del propio ser anterior*” (p.245). El yo nuevo se forma a través de fragmentos de una descomposición del yo anterior. El grado y la profundidad de esta descomposición dependen de la intensidad del estímulo insoportable, que va desde la alteración de la consciencia, como trance o estado onírico, hasta la muerte.

Ferenczi (1933) propone que aquello que deviene insoportable para el yo y lo lleva a abandonarse y fragmentarse, remite a la interacción entre un adulto sin control y el niño, éste se encuentra en su infancia en una situación vulnerable, en que se percibe a sí mismo indefenso, física y moralmente, como para hacer frente a la aplastante fuerza y autoridad que puede ejercer un adulto.

El autor (1933) considera que las situaciones de violencia y/o abuso por parte de un adulto agresor no son relativas únicamente a lo sexual (seducción), sino también las actitudes hostiles que el adulto pueda manifestar hacia el niño. El adulto no lograría ejercer una función protectora hacia niño, por el contrario, lo utiliza para sus propios fines, cobrando importancia la realidad psíquica del adulto en el devenir de la constitución psíquica del niño. Al respecto, Ferenczi (1929) establece los efectos mortíferos que puede experimentar un niño cuando los padres no lo desean ni lo quieren, logrando percibirlo a través de sus manifestaciones de hostilidad o indiferencia.

Frente a la presencia imponente de la voluntad del adulto, el niño entra en un estado de desamparo y desesperación. Ferenczi (1933) plantea que la única

manera de escapar – debido a que no puede desplegar otro tipo de defensa, ya que su personalidad aún está en desarrollo - sería mediante el sometimiento del niño hacia el adulto, realizando la identificación con el agresor. Esta identificación se cierne como una estrategia de sobrevivencia que permite protegerse ante el peligro que representa un adulto sin control. El niño orientado completamente al adulto y abandonándose a sí mismo, logra adelantarse y adivinar lo que el adulto espera de él.

Sólo abandonándose a sí mismo puede sobrevivir, abandono que implica una escisión del yo *“la fragmentación de la consciencia y la parálisis psíquica van a surgir como sustituto de la aniquilación total propuesta por la situación traumatógena”* (Rojas, 2000, p.183).

Ferenczi (1933) enfatiza que el acontecimiento por sí mismo no instaura el trauma, sino más bien, el trauma se fija en la ausencia de respuesta del ambiente humano frente al desvalimiento que mutila al yo. La negación o el rechazo como respuesta a la situación traumática del niño, que se manifiesta en el comportamiento adulto a través de actuar como *“si nada pasara”*, o bien, una respuesta que minimice la gravedad del hecho, instala una desmentida de la propia experiencia del sujeto.

Es decir, la desmentida del ambiente humano a la experiencia insostenible, provoca a su vez, la desmentida del niño en su propia experiencia, perdiendo la confianza tanto en sus propias ideas, pensamientos y emociones que reflejan la realidad del trauma, como en la benevolencia del entorno (Rojas, 2000).

La experiencia traumática divide el propio ser. En un proceso de disolución de la personalidad, no puede mantener la continuidad de la experiencia y experimenta la pérdida del sentimiento de sí. El yo se escinde para disminuir el efecto penoso y tras recuperarse de la agresión, el niño cae en un profundo estado de confusión, que implica una regresión al estadio originario de la mente, propuesta por Ferenczi como *“fase introyectiva”* de indiferenciación entre yo-no-yo. Ubicándose el niño como objeto, la función de instauración del sujeto no termina por lograrse (Rojas, 2000).

El yo dividido, como efecto del trauma, genera por un lado un yo muerto, una parte de la personalidad incapaz de oponer resistencia y que se resigna “a la ventaja de la insensibilidad de lo inanimado” (Rojas, 2000, p.186). El otro fragmento, se erige como instancia autoperceptiva, orientada a atender los peligros, a adelantarse a la voluntad de otros y a obedecer de manera automática. Un yo vivo, capaz de experimentar el sentimiento de culpa que el adulto no reveló, y que facilita una cierta disposición a ubicarse en relaciones en la vida adulta que replican la experiencia del trauma.

Dupont (1988, en Ferenczi, 2008) señala que la víctima del trauma “devuelve al agresor una imagen caricaturesca de él mismo, con lo que expresa a su vez su sufrimiento, su protesta y las verdades que el otro se esfuerza por eludir” (p.22). Considerando esto, es de especial relevancia que el analista no actué de manera indiferente o fría frente a las manifestaciones de protesta, que en muchas ocasiones pueden despertar rechazo o antipatía. En este sentido, el tratamiento del trauma requerirá una cierta posición en que el analista pueda brindar un sostenimiento al dolor y dar un lugar que posibilite el reconocimiento del sufrimiento de la vivencia traumática.

2. El trabajo con el trauma: posición del clínico.

A partir de lo planteado anteriormente, se podría resumir que el trauma tiene lugar a partir de una experiencia de violencia y/o abuso ejercido por un adulto hacia un niño, quien no tuvo otra salida más que identificarse al agresor para sobrevivir, identificación que se fija en la reacción de desmentida de la experiencia traumática realizada por los adultos. Lo traumático de una experiencia está estrechamente ligado con un no reconocimiento de la misma.

En el mejor de los casos, podría realizarse una reparación de las consecuencias del trauma por una madre benevolente que se oriente con ternura y comprensión. En caso de que esto falte, el niño se encontrará en un profundo

desamparo luego del trauma, conduciéndolo a una ineludible división psíquica (Rojas, 2000).

Para pensar el lugar del analista en el trabajo con el trauma, Ferenczi (2008) propone una lectura crítica de la concepción freudiana clásica del trauma, relacionada a una manifestación del deseo inconsciente del paciente, sosteniendo que esta sería una posición hipócrita al cuestionar la credibilidad del sujeto, otorgándole un valor fundamental a la realidad del trauma y abandonando una postura interpretativa orientada a la develación de los actos ocultos.

Respecto a la hipocresía del analista, Ferenczi (2008) señala que en un intento por aferrarse al dispositivo analítico de escucha parejamente flotante y de la asociación libre, se adoptaría una posición entendida como “neutral”. En su Diario Clínico escribe *“no menos equivocado es abstenerse simplemente de toda reacción anímica de naturaleza positiva o negativa (...) con despreocupación por su sufrimiento, u ocupándonos de él sólo intelectualmente”* (p.186) Frente a ésta posición, Ferenczi (1933) se percató de que el paciente es capaz de percibir lo que genera en el analista, de un modo catalogado por el autor como casi “extrasensorial”. En este sentido, la neutralidad toma su cualidad de hipocresía en el hecho de que el paciente vuelve, nuevamente, a no poder reflejarse en la mirada del otro; su experiencia no logra ser reconocida por el analista y frente a una actitud fría y de desentendimiento por parte de éste, el paciente llega a dudar de su propia vivencia emocional.

Las consecuencias de esta posición residen en una actualización de una situación de abandono que en un momento anterior desencadenó la ruptura psíquica. La neutralidad opera como una suerte de desmentida, teniendo como riesgo una retraumatización, en que difícilmente se reconoce la verdad de lo acontecido, reclamando una toma de posición distinta en el clínico (Ferenczi, 2008).

La importancia que Ferenczi le otorga al lazo afectivo en el abordaje terapéutico se materializa en el desarrollo de la técnica del análisis mutuo, como forma que posibilita la aparición emocional del analista y que permite que el

paciente crea en la realidad de sus traumas. Sin embargo, Rojas (2000) plantea que en el ejercicio técnico del análisis mutuo, Ferenczi no considera su propio modelo del maternaje, en tanto que en el tratamiento del trauma el analista tomaría una posición en la cual sostiene el estado de beatitud, posibilitando en el sujeto la experiencia del “abrazo psíquico”, proponiendo la idea de una mutualidad asimétrica.

El abrazo psíquico consiste en un estado de beatitud de la madre que permite la existencia del bebé a través del reconocimiento y la afirmación. El bebé estaría en fase introyectiva, en la cual su personalidad tiene una consistencia semi-disuelta, frente a la cual la madre ocuparía un lugar de sostén y amparo para posibilitar el develamiento del sujeto. (Rojas, 2000).

En esta línea, la idea de la mutualidad asimétrica (Rojas, 2000, en Green, 1995) propone que el clínico adopte un lugar que permita sostener y presenciar el dolor de la muerte en el trauma, ejerciendo una función de reflejo y abrazo psíquico. Un “*sentir con*” el paciente que posibilite una diferencia entre el pasado traumático y el presente (Rojas, 2000).

Respecto al lugar de la contratransferencia en el tratamiento del trauma, Rojas (2000) puntualiza que el analista, más que dar una confesión contratransferencial, dé cuenta de la pertinencia del sujeto y de su vivencia a través de su experiencia emocional, abriendo la posibilidad de que el paciente pueda confirmar la realidad de la experiencia traumática, experiencia que daría cuenta del sentimiento de sí en el paciente.

La contratransferencia pasa a ser un elemento central en el abrazo psíquico, en que la transparencia del analista y la capacidad de expresar genuinamente sus reacciones con sencillez, sirvan para dar lugar a lo que históricamente no ha tenido, y que el reconocimiento de la vivencia traumática sirva de oposición a la negación del estado de desamparo y aniquilación del yo. En otras palabras, la posibilidad de sostener la apertura de la dimensión mortífera del trauma.

3. Sobre el uso de objeto: Posición clínica en Winnicott

Las elucubraciones de Ferenczi en torno a la manera en que el adulto responde a las necesidades del niño y la búsqueda del clínico por renunciar a una postura interpretativa en consecución de ubicarse en un lugar que posibilite el reconocimiento de la realidad del trauma, se presentan como eje central en la experiencia clínica de Donald Winnicott, quien en su trabajo con “pacientes fronterizos”, desarrolló nuevas maneras de pensar la clínica psicoanalítica, acentuando los efectos del vínculo en la constitución psíquica.

En el artículo “*Sobre el uso de objeto*” (1968) Winnicott advierte que en ciertos tipos de patologías, el dispositivo analítico clásico deja fuera, justamente, el fondo psicótico, movilizándolo el paciente una mascarada pseudo neurótica, respecto a la cual el analista puede entrar en connivencia durante años “*el análisis funciona bien y todos se sienten satisfechos. El único inconveniente es que nunca termina*” (p.264).

Lo anterior lleva a Winnicott (1968) a problematizar la idea del análisis orientado únicamente a sostener la mascarada pseudo neurótica del paciente, cuando aquello que requiere ser abordado remite a una falla en la capacidad de usar al objeto, en donde el analista tiene que posicionarse, no como una proyección de una parte del self del paciente, sino aparecer como alteridad.

Para esto, Winnicott (1968) establece la diferencia entre relación y uso de objeto, la primera pertenece a la dimensión de la fantasía “*han actuado mecanismos de proyección e identificación, y el sujeto se ha vaciado en la medida en que parte de él se encuentra en el objeto*” (p. 265). El uso de objeto da por sentada la relación, agregándose nuevas características del objeto que conciernen a su naturaleza y conductas propias, que lo hacen formar parte de la realidad compartida “*el uso no puede describirse si no se acepta la existencia independiente del objeto, su propiedad de haber estado presente todo el tiempo*” (p. 266).

En este sentido, la tarea analítica consistirá, precisamente, en promover el pasaje de la relación al uso, desarrollando la capacidad en el paciente de “*colocar al analista fuera de la zona de fenómenos subjetivos*” (Winnicott, 1968, p.264). Este pasaje implica que el sujeto destruya al objeto. La novedad que introduce Winnicott (1968) respecto a la destrucción es que ésta es considerada como clave que permite el pasaje a la realidad externa. La agresividad es vista como una forma de poner a prueba la realidad y darle al objeto un estatuto de realidad externa, diferente al sí mismo. Para ello, es importante que el objeto sobreviva a estos ataques “*sin la experiencia de máxima destructividad, el sujeto nunca coloca al analista afuera, y por lo tanto jamás puede hacer otra cosa que experimentar una suerte de autoanálisis*” (p. 269).

Sobrevivir es una respuesta posible, puesto que también el analista puede responder a través de la inmolación sacrificial o mediante una respuesta retaliativa. Ambas respuestas, encierran al sujeto en la lógica de la relación de objeto, permaneciendo a merced del control omnipotente, sin lograr posicionarse en un lugar que posibilite el uso en el paciente.

Es en la supervivencia del analista donde Winnicott (1968) sitúa las coordenadas del trabajo analítico, sugiriendo el abandono del trabajo interpretativo en consecución de la búsqueda por sobrevivir a los ataques destructivos del sujeto, y lograr posicionarse fuera de la zona omnipotente de éste, y desde allí, ofrecer sus contribuciones de acuerdo a sus propiedades, es decir, que el paciente logre usarlo como objeto.

Que el paciente logre usar al analista es la posición clínica a la que llama el trabajo con el trauma. En la medida en que el clínico sea capaz de abandonar una postura interpretativa y logre ubicarse en un lugar que le permita sobrevivir a los ataques destructivos del paciente -considerando lo difícil que puede resultar para el terapeuta – pueda sostener el reconocimiento de la verdad de lo dicho en el trauma. En este sentido, al sobrevivir, el analista puede ubicarse en la realidad externa y desde allí, como alteridad, reconocer la verdad acontecida en el trauma.

4. Estados Límites

Este capítulo tiene por objetivo problematizar el diagnóstico de pacientes considerados como “difíciles” en instituciones de salud mental, con el propósito de pensar en los efectos en la escucha del terapeuta, en el modo de orientar el abordaje clínico y en el dispositivo terapéutico.

A saber, los pacientes considerados comúnmente como “difíciles” ponen a prueba a los equipo de salud mental, tanto por las cualidades de sus manifestaciones sintomáticas y rasgos de personalidad, que generan dudas diagnósticas y dificultades en el clínico para precisar un estatuto de configuración psíquica (psicosis, neurosis o perversión), como por provocar ciertos problemas transferenciales, a través de conductas como ausentarse reiteradamente a los controles agendados, triangular la información entre los miembros del equipo o entre los dispositivos de salud mental o dirigir una demanda que sobrepase los recursos del dispositivo.

Este “*tipo de paciente*” constituye un desafío para los equipos, puesto que en ocasiones pueden experimentar agotamiento o, en su extremo, rechazo, al percibir sus intentos terapéuticos como “saboteados” por el paciente. Sin embargo, es importante propiciar un espacio que permita reflexionar en torno a las posibilidades de intervención que guíen la coordinación y orientación en el abordaje terapéutico.

Para realizar una descripción global de las cualidades asociadas a pacientes que generan confusiones respecto a su pertinencia nosológica clásica del psicoanálisis, se tomará el trabajo realizado por Bilbao (2010), quien describe a estos pacientes como:

“Sujetos de sufrimiento extremo, en el campo de sus manifestaciones, con cortes y flagelaciones, síntomas en el cuerpo, abuso de drogas, ideación e intentos suicidas, angustia extrema; los que destacan por lo agudo de su

expresión y por la suma de todas estas manifestaciones en la misma persona” (p.63)

Frente a la emergencia de pacientes con cuadros de manifestación ambigua, han motivado en la psiquiatría y luego en el psicoanálisis anglosajón, la propuesta por una figura clínica denominada Borderline, asociado en su comienzo a aquello que lindaba entre lo psicótico y lo neurótico.

El encuentro con los pacientes que presentan estas características, convocan a que el clínico pueda, de algún modo, estar abierto a un saber incompleto, nunca absoluto y que no podrá decirlo todo acerca del sujeto. Una postura que permita cuestionar la propia implicancia subjetiva para sostener la cura (Bilbao, 2010).

Existe una multiplicidad de corrientes dentro del psicoanálisis que han producido saberes respecto a este fenómeno clínico actual. Sin embargo, esta revisión se centrará particularmente en el debate en torno a pensar estas manifestaciones sintomáticas y de personalidad como algo relativo a una estructura o a un estado. Es decir, si es que estamos frente a una estructura específica de personalidad, que persevera en el sujeto a través del tiempo, o bien, si se trata de un estado que lo atraviesa transitoriamente.

Por el lado de la estructura, están los planteamientos desarrollados por Otto Kernberg, que se orientan a establecer ciertos criterios psicopatológicos que engloban un tipo de organización en particular, que denominó organización border de la personalidad, sosteniendo la especificidad de la estructura.

Por el lado del estado, existen los aportes realizados por la línea francesa, en que se opta por referirse a estados límites (que pueden encontrarse en diversos cuadros) en lugar de referirse a una estructura específica (Singer, 2013).

Respecto a estas dos visiones de lo borde, Singer (2013) propone rescatar el valor clínico asociado a ambas visiones, y propone una abordaje clínico que permita capturar el entramado entre lo general y lo particular.

Sin embargo, es importante precisar que en los dispositivos de salud mental, prevalece cierta tendencia a pensar lo borderline en términos de estructura, y por ende, predomina una lectura basada en el déficit del yo, lo cual puede generar dificultades en ciertos casos clínicos que requieren un abordaje terapéutico diferente.

Respecto a la categoría estructural de organización limítrofe de personalidad, Singer (2013) advierte que el tipo de comprensibilidad que estos sistemas ofrecen funciona en un sentido único. Las categorías englobantes basadas en la regularidad y generalidad de los fenómenos clínicos, absorbe sus diferencias y no permite considerar aquel resto que queda afuera.

En este sentido, orientar el trabajo clínico basado en un diagnóstico estructural puede dejar afuera, justamente, la pregunta por una posición clínica que abra las posibilidades de escucha de aquello no susceptible de ser categorizado. Asimismo, puede automatizar el quehacer clínico invitando, sin mucha consideración, al paciente a alienarse con un ideal de salud mental, que desde una lectura del déficit está asociado al desarrollo de las funciones sintetizadoras del yo, con el objetivo de integrar elementos disociados de la personalidad.

Lo anterior, sirve para pensar la problemática que entraña lo borderline asociado a una estructura, considerando que esta lectura predomina en los dispositivos de salud mental, y que sus efectos se hacen sentir tanto en la posición del clínico, como en la dirección de la cura.

Es por ello que en ésta presentación de caso, se torna importante situar que aquello del orden de lo borderline se piensa en relación a un estado particular de un modo de configuración subjetiva del sufrimiento de la paciente, siendo más pertinente considerar la noción de estado límite asociado a una transitoriedad. Considerarlo de esta manera, permitió tomar una posición respecto al trabajo clínico que se presentará más adelante.

Respecto al estado límite, Singer (2013) plantea que el eje en que se mueve la neurosis es el de la represión-representación-sexualidad. Los estados límites representan una rotación de éste eje, vinculado a lo irrepresentable e indecible respecto de la representación. La dimensión de lo representacional se desvanece y se convierte en un acto sin elaboración, en donde el contenido simbólico está obturado.

El mecanismo que opera en el estado límite no es la represión sino el clivaje, como mecanismo centrado en la escisión en pares opuestos de los objetos. En este sentido, Singer (2005) plantea que en la resolución de conflicto, la operación del clivaje establece una constante: *“un yo que no puede sustentar un conflicto intrapsíquico, una puesta afuera por obra de la proyección (...) que constituye una desposesión de una parte de sí mismo intolerable, y la producción de una relación de objeto”* (p.700).

El movimiento de pasaje de hacia un afuera, implica que los propios límites de este pasaje no están claramente diferenciados. Este movimiento de eyección crea otro tipo de transicionalidad, una puesta afuera de lo intolerable resulta inverso a la constitución de un espacio transicional que permita un cierto aire elaborativo. Un tipo de transicionalidad que en lugar de marcar un pasaje entre presencia y ausencia, refleja un trabajo de simbolización que no termina por instaurarse.

En este sentido, el trabajo de objetalización toma el lugar de un proceso de elaboración interna, que no ha podido realizarse debido a un espacio transicional colapsado, trauma que puede asociarse tanto por fallas en una estructuración subjetiva temprana como *“también por una efracción traumática actual que el psiquismo no está en medida de absorber”* (Singer, 2005, p.696) por vía elaborativa, estableciendo un elemento común entre estados críticos y organizaciones estables.

La vía elaborativa posibilita que el objeto sea aceptado como ausente, hay una representación de la ausencia. Por otro lado, lo que pertenece al registro de lo no representado, no puede tramitarse vía elaborativa, y al ser insoportable para el

psiquismo es puesto afuera por operación del clivaje. Ésta tiene una función objetalizante, produciendo un cierto tipo de relación con los objetos que ponen en juego un escenario especular y narcisista donde se revive algo de lo traumático, y a la vez algo de su evitación (Singer, 2005).

El trabajo de objetalización cae fuera del trabajo con el sentido, en donde el clínico es convocado a la escucha de aquello indecible por ser no es representable. La manera en que circula lo no representable en el espacio transferencial es mediante una externalización, que hasta cierto punto sostiene el dolor de lo insoportable.

Lo anterior requiere del clínico un cuestionamiento acerca del modo de situarse en la relación transferencial, que permita el despliegue de ese sufrimiento en su particularidad, sufrimiento que mediante sus manifestaciones hace luces al Otro, en un intento de subjetivación que pondrá en juego la presencia de éste.

METODOLOGIA

El material que será utilizado en la presentación de este caso fue recolectado mediante las notas tomadas durante cada sesión. La selección y articulación del material está orientado a retratar el modo en que el proceso psicoterapéutico se fue desarrollando, en que se incluyen las hipótesis pensadas por la terapeuta, las intervenciones realizadas y el propósito de éstas, otorgando especial énfasis en los movimientos transferenciales que orientaron la estructuración en distintos momentos del proceso.

El contenido de la información obtenida en el proceso psicoterapéutico está autorizado por la paciente, a quién se le informó la finalidad académica de ésta presentación, preguntándole por su consentimiento y enfatizando en su derecho a decidir. Al mismo tiempo, para resguardar su identidad, se utilizó un nombre ficticio.

El tratamiento psicoterapéutico se realizó paralelamente a un tratamiento farmacológico a cargo del psiquiatra de la Clínica Psicológica de la Universidad Diego Portales. Las sesiones efectuadas comprometieron solamente a la paciente, sin incluir a familiares en el proceso psicoterapéutico.

Respecto a la hipótesis diagnóstica, ésta se realizó mediante entrevistas clínicas. Al comienzo del tratamiento, con la finalidad de realizar una interconsulta con psiquiatría, se recurrió a un diagnóstico descriptivo del manual diagnóstico DSM IV. Para establecer la modalidad de estructuración subjetiva de la paciente se recurrió al análisis de la dimensión transferencial, mediante la modalidad de relación que establecía con la terapeuta durante el tratamiento.

El enfoque teórico escogido de acuerdo a su pertinencia en el análisis de caso, corresponde a los planteamientos de Sandor Ferenczi (1933) acerca del trauma y la posición del analista en su tratamiento, considerando su propuesta acerca de la relevancia del reconocimiento de la realidad del trauma para posibilitar el trabajo de elaboración psíquica.

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

1. Identificación de la Paciente

Para hacer referencia a la paciente se escogió la abreviatura V. Ella es una mujer de 23 años, soltera, sin hijos, con enseñanza media completa y estudiante de diseño gráfico. Es la mayor de dos hermanos. Sus padres se separaron cuando tenía 13 años, debido a problemas relativos al consumo problemático de alcohol y drogas por parte de su padre. Actualmente vive con su madre y su hermano, de 13 años de edad. Al momento de consultar había ingresado por segunda vez a la carrera de diseño.

2. Motivo de consulta.

V. consultó de manera voluntaria en junio del 2013. Decide comenzar una terapia debido a que está muy preocupada por no entender qué es lo que le está pasando, relacionado a un hecho que ocurrió dos semanas antes de venir a consultar, en donde despertó sangrando en su pieza sin recordar cómo: *“solo recuerdo haber estado en una fiesta y luego haber despertado llena de sangre, me pegue unos combos en la cara pero no lo recuerdo (...) tengo temor de encegecerme, dañarme y no acordarme”*. Antes de esto, habría ocurrido otro episodio en que despertó con una soga en el cuello, también sin recordar cómo ocurrió.

Refiere que espera del tratamiento encontrar una respuesta: *“necesito ayuda, mi mente no para de pensar (...) paso todo el tiempo buscando el por qué me pasa lo que me pasa (...) necesito buscar una explicación”*. Advierte que esto no lo puede hablar con nadie, porque el resto lo percibe como *“rollos aburridos que a nadie le interesa”*.

Señala que no es la primera vez que se golpea, de hecho, se golpea con bastante frecuencia, sin embargo, en ocasiones anteriores recordaba cómo y en qué momento se los infringía. En relación a los golpes, refiere sentir una intensa rabia que dificultosamente puede controlar, y que tienen por desenlace la huida y búsqueda de un espacio físico privado (el baño de un restaurant o un callejón oscuro) donde se golpea a sí misma, al respecto señala *“el golpe es lo que tenía que hacer para estar bien, tengo que pasar por esto para poder botar la rabia y estar tranquila”*, otorgándole, en el discurso, un valor funcional al golpe, que le permite volver *“como si nada hubiese pasado”*. Recuerda que desde los 16 años se golpea, cuando volvió a vivir con su mamá.

En una primera entrevista, se percibió en V. elementos en su discurso que indicaban la presencia de episodios disociativos, en los cuales estaba comprometida la consciencia y la memoria. Además, se observó disociación ideoafectiva y, en su discurso, se desprende la presencia de alteraciones severas del sueño, consumo problemático de alcohol y antecedentes de anorexia.

Cuando comienza la terapia, V. estaba sin trabajo y había retomado recientemente sus estudios de diseño gráfico. Su abuela materna financiaba el tratamiento *“me lo había sugerido hace años, así que cuando le comenté que quería ir al psicólogo me apoyo altiro”*.

3. Hipótesis Diagnóstica

El diagnóstico realizado por el psiquiatra del Centro, consiste en “Trastorno del Ánimo Bipolar tipo II” en el eje I, y “Trastorno de Personalidad Límite” en el eje II del diagnóstico multiaxial del manual DSM IV. Se inició un tratamiento farmacológico con Ácido Valproico y, paralelamente, un proceso psicoterapéutico. Ambos tratamientos comenzaron con una solicitud de atención con carácter de urgencia, debido a la gravedad sintomática y al riesgo percibido por el docente a

cargo del Taller de Recepción de Pacientes, seminario clínico del Postítulo en Clínica Psicoanalítica.

En un primer momento de la psicoterapia, se pensó cómo hipótesis diagnóstica, una estructura límite de personalidad, con síntomas fundamentales de psicosis. A partir de las manifestaciones de personalidad, se apreciaba: esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginario, relaciones inestables e intensas, fluctuación entre idealización y devaluación en la percepción de sí misma y de otros, impulsividad que la conducía a situaciones riesgosas, irritabilidad y dificultades para controlar la ira, que la llevaban a comportamientos autolesivos.

Se observaron síntomas disociativos en relación al afecto -disociación ideoafectiva- y episodios disociativos que comprometían el funcionamiento de la consciencia y de la memoria, al no contar con sus facultades mentales indemnes durante estos episodios y no poder recordar lo sucedido previamente. Además, como se verá más adelante, la paciente alude a la presencia de “ruido interno”, lo que se consideró, en esta primera lectura, como propio de la dimensión del delirio, particularmente como interpretación delirante, sin embargo, más adelante, esto se pensó como elemento asociado a la sugestión.

En un segundo momento, se consideró necesario establecer una hipótesis de corte más comprensivo, con la finalidad de dar cuenta cómo se fue construyendo este tipo de sufrimiento en particular y cómo se vinculaba con sus síntomas.

Para esto fue necesario analizar las condiciones que permitieron el trabajo clínico con la paciente, de lo que en un comienzo era sintomático, suspendiendo por un momento el saber relativo a criterios psicopatológicos, que incluía la noción de precariedad psíquica como indicador de un déficit estructural.

La reflexión se centró en el modo en que circulaba la agresión en el espacio transferencial, en un primer momento dirigida hacia ella misma y luego dirigida hacia la terapeuta. Lo anterior, permitió situar la problemática relativa al trauma, particularmente en relación a vivencias tempranas con su padre, y en cómo la

ausencia de reconocimiento de su sufrimiento por parte del ambiente humano la llevaron a un colapso psíquico.

A lo largo del caso se produjo una histerización de la paciente; la posición de la terapeuta permitió algo concerniente al reconocimiento del sufrimiento y de la violencia, que manifestaba la paciente a través de la agresión. Luego de varias sesiones, se logró establecer una hipótesis diagnóstica estructural – neurosis - a partir del análisis transferencial del modo de relación de V. hacia la terapeuta.

3. Descripción del Encuadre Terapéutico

V. asiste a la Clínica Psicológica de la Universidad Diego Portales, desde el 14 de junio del 2013 hasta la actualidad. La primera entrevista fue realizada en sala espejo, en el Taller de Recepción de Pacientes, del seminario clínico del Postítulo en Clínica Psicoanalítica. Se realizó un total de 58 sesiones. La frecuencia de las sesiones fue discontinua: durante el 2013 fueron irregulares debido a reiteradas inasistencias, frente a las cuales V. expresaba diversos motivos, como por ejemplo: estar cansada, no tener ánimos de asistir o no contar con el dinero para pagar la sesión. En relación a esta última variable, se realizaron tres interconsultas con la Trabajadora Social de la Clínica, lográndose, en cada reunión, un reajuste en el arancel de la sesión.

Durante el 2014 las sesiones tuvieron un carácter semanal. V. mostraba mayor compromiso con el trabajo psicoterapéutico, asistiendo a las sesiones que se agendaban y preocupándose por cancelar con anticipación en caso que no pudiese acudir.

5. Antecedentes Relevantes

V. es la mayor de dos hermanos. Vivió con ambos padres hasta los 13 años, momento en que se separaron. El padre presentaba consumo problemático de alcohol y drogas y habría ejercido violencia constante hacia su madre y hacia V. La separación se gatilló debido a un acontecimiento decisivo para la paciente, el cual refirió como “traumático”, que fue cuando su padre la amenazó con un cuchillo, luego que V. se interpusiera en una discusión entre ambos padres, para proteger a su madre: *“vi que mi madre estaba en peligro y me puse al medio (...) él intentó matarme con el cuchillo (...) lo eché, mi mamá nunca pudo echarlo, entre que seguía enamorada y le tenía miedo, yo tuve que echarlo, ir a tribunales, testificar en contra de él”*.

Por un par de años, el padre estuvo con orden de alejamiento de la familia de V. con la condición de cumplir un periodo de rehabilitación para retomar el contacto. Tiempo después, a la edad de 17 años de la paciente, el padre volvió al hogar pidiendo que lo perdonasen, lo cual genera rechazo en V.: *“él no ha cambiado, sigue siendo un manipulador, quiere jugar a la familia feliz y eso ya pasó”*. Refiere que actualmente mantiene contacto con su padre debido a que financia su carrera. También señala que lo visita quincenalmente, cuando lleva a su hermano a su casa: *“él me trata de meter tema, pero yo no estoy ni ahí, sólo voy a dejar y a buscar a mi hermano”*.

Los padres de V. se conocen desde niños, ya que ambas familias residían en el mismo barrio. Mantenían entre ellas un vínculo estrecho y promovieron la relación entre los padres de V.: *“pololearon desde chicos (...) tenían como 15 años cuando empezaron (...) los hermanos de mi mamá querían a mi papá como un hermano más”*. Por lo que ha referido su madre, el padre cambió mucho cuando se casaron: *“se supone que antes no bebía y era responsable”*. V. Refiere tener recuerdos vagos de su infancia – 5 años - en relación al “cambio” del padre: *“recuerdo esperarlo despierta en las noches, él regresaba tarde de trabajar y quería verlo, me preocupaba si llegaba bien, después cerraba la puerta con pestillo y me escondía bajo las sabanas, me daba miedo encontrármelo curado”*.

Respecto a la separación de sus padres, V. refiere no haber contado con apoyo y contención por parte de su familia materna, al contrario, en múltiples ocasiones sus tíos y primos la habrían acusado a ella y a su mamá de *“quitarle el padre a su hermano”*, reproche que persistiría hasta la actualidad. Al respecto refiere: *“desde pequeña les conté del maltrato de mi papá, pero ellos nunca entendieron, ni con la orden de alejamiento, para ellos mi mamá y yo fuimos las culpables de que él se fuera.”* V. refiere haber intentado explicar las razones, pero al percibir la inflexibilidad de su familia, se contiene y calla: *“me da mucha rabia, me dan ganas de explotar, pero hago como que no me importa y me quedo callada.”*

Señala que nunca se ha sentido protegida por su familia, y que ha tenido que tomar decisiones extremas sin ayuda ni apoyo, ni siquiera de su madre: *“yo he tenido que proteger a mi mamá, ella es como una cabra chica, y no sabe tomar decisiones.”* A esto se suma, el hecho de que sus tíos y primos le dicen frecuentemente *“que está mal”*: *“me dicen que tengo problemas, que no soy una joven normal”*, las críticas se centran en como se viste, en sus tatuajes y por *“no ser alegre”*. Por ejemplo, en una ocasión, una tía le dice *“tienes el aura negra, porque aun tienes mucha rabia contra tu papá, tienes que soltarla y solo así vas a ser feliz.”* V. advierte en este comentario, la impresión general de su familia *“me ven mal, y seguirá siendo así hasta que lo perdone, pero no haré eso”*.

La única figura por la cual V. se siente comprendida y querida es por su abuela materna, a quien va visitar semanalmente y la asiste en caso que lo necesite, siendo ella quien asume voluntariamente el costo de la terapia.

Después de lo ocurrido con el padre, V. repite Octavo Básico, lo cual despierta la preocupación de la abuela. Al ver que la mamá de V. no lograba realizar tareas básicas del hogar, como cocinar o mantener el aseo, le solicita a su hija mayor (tía de V.) que se encargará de ella, *“mi abuela vió que mi mamá estaba en otra, que con suerte se encargaba de mi hermano”*. Por esto, V. vivió un año con su tía materna.

V. recuerda que en un comienzo se encontraba feliz y se sentía protegida en casa de su tía, ya que ella le compraba las cosas que necesitaba para el colegio y se preocupaba por su bienestar. Esta situación se extiende sólo un par de meses hasta que su tía comienza una relación con un hombre que empezó a vivir con ellas, trayendo al hijo de éste al hogar, quien agredía a V. constantemente, burlándose de ella, montando situaciones que la inculpaban y, en ocasiones, agrediéndola físicamente: “*sentía que no pertenecía a ningún lugar, no había ningún lugar donde pudiese estar tranquila, ni en la casa de mi tía, ni en mi casa, ni en el colegio.*”

A sus 16 años, decidió volver a vivir con su madre, sin embargo, el malestar no cesaba, ya que la madre tenía serias dificultades para administrar el dinero del hogar, en ocasiones incluso no podía cubrir necesidades básicas relacionadas al alimento y a la higiene. También mantenía contacto con el padre, situación que V. no podía entender y le generaba mucha rabia y frustración. Recuerda que en esa época comenzó a golpearse a sí misma y a ingerir grandes cantidades de alcohol, enfatiza el hecho de que bebía sola en su pieza y se paseaba por la casa con la botella vacía, o bien, que llegaba borracha a la casa. Esto no era considerado como problemático por la madre, incrementando la sensación de invisibilidad de V. frente a ella.

En el colegio, V. recuerda haber sido víctima de bullying: “*mis compañeros me molestaban porque era rara, nunca me pude adecuar al resto*”. Sin embargo, en la enseñanza media, V. decide adoptar otra actitud, y comienza a defenderse de los ataques de sus compañeros: “*empecé a ser más ruda, ya no me molestaban, después hasta me veían como líder, fui presidenta de curso en los últimos años*”. A pesar de esto, V. señala que aún le angustia sentirse distinta a los demás, que se ha esforzado por amoldarse, pero le resulta imposible.

Respecto al rendimiento académico, refiere que en Enseñanza Media tenía un promedio regular (5.0) y lo atribuye a que no tenía interés en los ramos: “*no servían de nada, por eso nunca me esforcé*”. Cuando terminó el colegio, decidió trabajar, ya que no tenía claro que quería estudiar: “*tenía que buscar algo que me*

apasionara". Se desempeñó en diferentes ocupaciones (empaquetadora, bartender, vendedora) sin lograr mantenerse mucho tiempo: *"a lo más duraba 2 meses"*.

Luego de dos años, decide estudiar diseño gráfico. El padre se entera de esta decisión a través de la madre y se contacta con V. para ofrecerle el financiamiento de la carrera y ella accede: *"es lo mínimo que puede ofrecer después de lo que hizo"*. Refiere que le fue bastante bien durante el primer semestre de la carrera, ya que los ramos eran entretenidos, lo cual la motivaba a esforzarse y tener un buen rendimiento, sin embargo, al comenzar el segundo semestre, comenzó a tornarse intolerable la relación con sus compañeros, hasta que no soporta asistir más a clases y decide congelar. Respecto a la relación con sus compañeros, en un comienzo refería que eran *"muy cabros chicos"* que *"no cachaban nada"*, después precisó que no toleraba que le preguntaran como estaba, asumiendo que ellos preguntarían motivados por el *"morbo"*.

Respecto a las relaciones de pareja, refiere que su primera relación fue con su mejor amiga del colegio, la cual duró un año. Hasta el día de hoy mantienen una amistad no exenta de problemas, ya que según lo que refiere V., su ex pareja aún seguiría enamorada de ella, montando escenas de celos y reproches frente a los cuales V. se siente muy afectada, al ser su única amiga. Reiteradas veces ha manifestado la intención de alejarse de ella, pero la inhibe el temor de quedarse sola y perder a la persona que la ha acompañado por tantos años.

Asimismo, siente que su expareja y amiga ha cambiado: *"ahora es como los demás, encaja a la perfección con otros, antes era muy amable y cariñosa, ahora es totalmente superficial"*. Esto le genera mucha molestia a V., al punto de gatillar episodios en que se golpea.

Respecto a los golpes, V. señala: *"por un lado es bueno porque me hace sentir calma, pero es malo porque me agredo"*. Refiere que su preocupación reside en el temor hacia el potencial daño que puede ejercer sobre ella misma, aludiendo en sesión a escenas reales en que aparece con un cuchillo en mano, o con una soga en el cuello, sin recordar qué ocurrió previamente y tomando

consciencia justo antes de dañarse, lo cual refleja una marcada disociación durante el transcurso de estos episodios.

Generalmente, se golpea en lugares visibles de su cuerpo, como en los brazos, estómago, cuello y cara. Para evitar que las marcas sean vistas por otros, cubre el registro de sus golpes con su vestimenta, maquillaje o con el color de los tatuajes: *“me preocupo de que nadie note moretones”*. Es importante señalar que estos golpes son propiciados en lugares escondidos, en el baño de casas o restaurantes y en esquinas oscuras, espacios que elige para no ser vista por otras personas. Al respecto señala: *“no me gusta hacer show, me pego un combo y vuelvo a donde estaba.”* V. se preocupa de que nadie note sus golpes, y menos aún que noten su rabia *“prefiero golpearme antes que explotar”*.

V. evita transitar por lugares concurridos, ya que siente *“el ruido interno de las personas”*, fenómeno que describe como el conjunto de múltiples voces que reflejan *“el pensamiento de las personas que sufren porque no tienen el trabajo que quieren o que tienen una máscara para cubrir como realmente son.”* Se refiere a este ruido interno como una capacidad que sólo tendría ella.

También expresa angustia frente a su *“mente que no para de pensar”*. Refiere dificultad para ordenar su historia e intenta *“encontrar respuestas”*, lo que la lleva a ensimismarse y a alejarse de sus amigos por temor a que se aburran: *“me han dicho que me paso muchos rollos, y que por eso se han alejado de mí (...) todos pueden deshacerse de mí menos yo misma.”*

6. Desarrollo del Caso Clínico

Es posible dividir el desarrollo del tratamiento en cuatro momentos, con el fin de reflejar los movimientos transferenciales e ilustrar en cada uno, una problemática en torno a la manifestación de su malestar:

- Primeras entrevistas.
- Inicio del tratamiento.
- Sentido de los golpes.
- Derecho a ser pensada y pensarse.

I. Primeras entrevistas.

V. presenta un estilo de vestimenta juvenil “*alternativo*”, ambos brazos tatuados, una postura corporal holgada e inclinada hacia adelante. Se dirige a la terapeuta de manera franca y directa, advierte que no le gusta hablar ni que le pregunten, adoptando una actitud desinteresada y desafiante, sin embargo, hablaba durante toda la sesión, sin detenerse, dificultando la posibilidad de que la terapeuta pudiese formular preguntas.

La manera en que V. se presentaba a sí misma, como alguien a quien “*no le gusta hablar*”, se contradecía con el hecho de que, justamente, hablaba durante toda la sesión. Esto se pensó en un primer momento como una dificultad para integrar una representación global de sí misma. Así mismo, daba la impresión que su actitud desinteresada y desafiante, guardaba relación con una posición defensiva, para protegerse de algo potencialmente amenazante en el encuentro con otro.

El contenido principal durante las primeras sesiones consistían, por un lado, en una constante crítica a la sociedad actual: “*las personas viven en torno a ideales y expectativas neoliberales, son superfluas*” y, por otro, al relato de episodios de violencia y agresividad sufridos durante su infancia y adolescencia.

Su manera de expresarse acerca de otros y de sí misma es muy categórica, con frecuencia enfatiza la diferencia entre ella y el resto de las personas: *“siempre me han encontrado rara, hago cosas que para los demás no tienen sentido, puedo estar toda una tarde mirando un edificio, para el resto eso es una pérdida de tiempo, pero son estúpidos.”*

V. estructura su discurso como develando una verdad irrefutable sobre el mundo: éste es un lugar hostil, que ella ha habitado sólo en el lugar de la exclusión y lo diferente.

El relato de los episodios de violencia y agresividad sufridos durante su infancia y adolescencia, carecen de expresión y tonalidad afectiva, dando la impresión de no estar implicada en su propia historia. Por ejemplo, en una ocasión señala: *“estoy acostumbrada a presentarme así: ‘hola, soy la que el papá trató de matar con un cuchillo’*”, sin afecto concomitante.

Esta manifestación clínica fue entendida en un primer momento, como una dificultad para integrar elementos afectivos en su historia, lo cual estaría asociado a un funcionamiento precario del yo, debido a la primacía defensiva de la escisión, mecanismo central en una estructura limítrofe baja.

Una lectura a posteriori, permite pensar la disociación ideoafectiva como manifestación clínica de cierta modalidad de supervivencia psíquica, en la cual no habría existido otra salida, frente a la violencia padecida, que la escisión del yo vía identificación con el agresor. Esto es relevante para entender, tanto el modo en que se presentaba a sí misma frente a otros (en este caso a la terapeuta), como el aplanamiento afectivo en el relato de su historia.

Parece pertinente situar como ambas lecturas entrañan diferentes formas de conceptualizar la escisión, por un lado, como funcionamiento propio de una estructura yoica deficitaria, y por otro, como modalidad de supervivencia frente al colapso psíquico que genera la violencia padecida.

En el contexto de estas sesiones, V. hablaba sin detenerse, su discurso aludía únicamente al rechazo que experimentó tanto a nivel familiar como social,

un discurso monocorde que se repetía una y otra vez. Así mismo, se mostraba francamente indiferente a las apreciaciones de la terapeuta, dando la impresión de que no fuese importante que hubiese alguien escuchando ahí.

A posteriori, es posible suponer que la terapeuta aún no aparecía como alteridad, como otro distinto a los otros con quienes históricamente se había relacionado. *“¿para qué dar lugar a un otro que nunca me ha dado un lugar?”* es una pregunta que pudiese dar cuenta sobre la manera en que V. se relacionaba con la terapeuta. Sin embargo, apareció en sesión un elemento que posibilitó la generación de un lazo entre V. y la terapeuta.

El único elemento sobre el cual V. se mostraba interesada y se desenmarcaba de la indiferencia que caracterizaba sus relatos anteriores, era cuando hacía referencia a sus tatuajes. Estos contenían frases o dibujos y con cada uno había una historia. Respecto a uno de ellos comenta: *“cuando lo miro recuerdo que soy una sobreviviente, y que tengo que seguir sobreviviendo, me anima, me ayuda a buscar ayuda para seguir.”* V. evocaba el sentido de sus tatuajes, mostrando variaciones tanto en la tonalidad y ritmo, como en la expresividad facial, que en su conjunto evidenciaba una movilización afectiva. En esta línea, hablar de los tatuajes posibilitaba la aparición de lo afectivo en la paciente.

Por un lado, se pensaba que era importante sostener el despliegue de estos relatos, puesto que dar lugar a éstos, posibilitaba la aparición de elementos afectivos. Por otro lado, se piensa que orientarse con interés a escuchar estas historias, permitió el establecimiento de un lazo, en el sentido en que V. iba articulando e interpretando sus tatuajes para que fuesen escuchados por un otro.

V. hablaba de sus tatuajes, lo cual permitía a su vez espacios de silencio y pausa, en que era posible realizar preguntas *“¿por qué ese tatuaje te recuerda eso?”* o comentarios como *“qué interesante como esa imagen sintetiza la idea de la que hablas”*, frente a lo cual V. se mostraba animada y respondía. Parecía que de a poco, la terapeuta comenzaba a aparecer en el espacio transferencial, en la medida en que V. comenzaba a reconocer que había otro en este espacio. Es

posible suponer que V. comprobaba que algo importante y valorado por ella, también podía ser valorado por otro.

En relación a lo anterior, se optó por tomar nota de lo que V. decía en sesión. Esto generó que en los momentos en que la terapeuta anotaba, V. se detuviese y esperara a que terminara de escribir para seguir con su relato.

En el segundo mes, V. comenzó a retomar lo que en un inicio sólo refería periféricamente: los golpes hacia sí misma. Con relación a esto, relata las siguientes escenas:

“Estábamos con un grupo de amigos, y se pusieron tontos, hablaban puras estupideces, fui al baño y me pegué unos combos en la cara, me quedó la mejilla morada, me puse maquillaje que encontré y como era de noche no se iban a dar cuenta, después volví como si nada.”

Hasta el momento, aparecían elementos que permitían relacionar los golpes con situaciones intolerables para V. En otra ocasión, refiere: *“nos juntamos en el bar con mi amigo y su polola, yo sé que ella se aprovecha de él porque tiene lucas (...) empezaron a discutir por sus caprichos, no soporté más y me fui al baño a pegarme, lo importante es que no se dieron cuenta.”*

A pesar de que relataba dos escenas diferentes (la reunión con un grupo de amigos y la cena con un amigo y su pareja) ambas dan cuenta de la misma estructura, a saber, algo dicen los otros que a ella le resulta insoportable.

El discurso de la paciente se centraba en describir lo “estúpido” o lo “caprichoso” del comportamiento de otros, como relativo a la decadencia de la sociedad actual, refiriendo que le parecía simplemente reprochable e inentendible el comportamiento del resto. Sin embargo, no se pronunciaba respecto a sus golpes, parecía no cuestionarse u interrogarse respecto a por qué se golpeaba o por qué de esa manera - preocupada de no ser vista por otro, o bien, que otros no notaran las marcas de los golpes -, lo cual hacía pensar que aquello que era insoportable guardaba relación con lo indecible.

A su vez, la terapeuta se abstuvo de realizar preguntas que apuntaran directamente a las razones de por qué V. se golpeaba y por qué retirándose de la escena que parecía poco tolerable para ella. Se pensó que era importante esperar, con la finalidad de mostrar que las sesiones podían ser un espacio de confianza, como confirmación de un espacio para ser escuchada.

En su relato aparecía la reiteración de un lugar en particular, algo del orden de la exclusión, por ejemplo, consideraba “*estúpido*” que sus amigos hablaran de un asado, cuando ella era vegana, o bien, de testigo de una injusticia “*empezaron a discutir por sus caprichos (...) ella se aprovecha*”. Se supuso que los golpes hacia sí misma tenían relación con que alguien le generaba rabia, y que en vez de dirigirla a otros, la dirige hacia sí misma. Esto fue sugerido a la paciente pero no fue considerado.

En una sesión en particular, cuenta que su mejor amiga, en una fiesta, prefirió bailar con otras personas y no con ella, frente a lo cual se fue a esconder a un callejón oscuro y se golpeó. Se le pregunta *¿qué te dio rabia de esa situación?*, frente a lo cual V. comenzó a enojarse, empuñó sus manos, y señaló irritada “*prefiero no hablar de eso, no me gusta hablar cuando no quiero, aquí hago lo posible por contarte todo, pero si hablo, no sé qué me pueda hacer después.*” Su respuesta fue abiertamente desafiante y hostil. En algún punto, advirtió que, de abrir las razones de su rabia, no habría un límite sino a través de aquel que ya conocía y que mejor funcionaba como corte para su sufrimiento (los golpes).

Frente a la hostilidad que se activó en V., se propuso que no era necesario hablar de esto ahora, puesto que parecía importante reconocer el límite que evidentemente proponía y el malestar que le generaba.

V. se muestra abiertamente molesta, intentaba controlarse y no estaba pudiendo. Durante estos meses dirigía su agresión hacia sí misma y ahora estaba dirigiéndola hacia la terapeuta, quien se mostró agredida, pero no logró responder a la agresión. El mostrarse agredida posibilitó mostrar la propia falla, que no estaba exenta de los efectos que genera la agresión y que también se podía desgastar, sin embargo, esto no implicó perder el interés en V. Le preguntó si

prefería terminar la sesión y respondió: “sí”, saliendo rápidamente del box. Se repitió en sesión aquello que aparecía en sus relatos: una escena en que la relación con otro aparecía como insoportable para V. y que debía abandonar rápidamente para tramitar por otras vías ya conocidas por ella.

La pregunta sobre qué le había generado rabia de la situación, fue una manera de apelar al sentido de sus manifestaciones subjetivas. Interrogarla respecto a algo en la inconsistencia de su relato: “*ya, pero de todo eso, qué es lo que te genera rabia*” moviliza a V. a dirigir su agresión hacia la terapeuta, como si se le revelara que su relato no es suficiente, que hay algo más. En este contexto, una lectura de esta pregunta podría formularse así “*¿y qué tienes que ver tú con todo esto que te pasa?*”, pregunta que pone en jaque e interroga por un lugar en su discurso.

Se propone pensar esta rabia como una manifestación subjetiva, donde se actualiza con la terapeuta una relación en la cual su padecer es relegado, en este caso, por la búsqueda de un sentido. Frente a esto, V. manifiesta la rabia de quien no quiere hablar ni preguntarse por ello, puesto que lo que no estaba logrando decir, y que justamente sostenía el encuentro transferencial, era la búsqueda por el reconocimiento de una situación indecible.

¿Qué relación tiene esta escena con su sufrimiento? La rabia que se pone en juego en la sesión, permite situar la importancia que tiene para V. ser escuchada por otro, y no interpelada. Esto es relevante, ya que históricamente V. ha sido cuestionada por otros, y la terapeuta estaba ubicándose nuevamente en aquel lugar. En este punto, se piensa en cómo aquellos primeros relatos de violencia, de escasa tonalidad emocional, dan cuenta de operaciones defensivas en torno a la escisión, más que por una precariedad del yo, por un movimiento que le permitió sobrevivir a lo mortífero que resulta el rechazo de su propia verdad, por parte de aquellos de quien esperó soporte y contención.

Este impasse marca el inicio del tratamiento, los relatos en que la agresión era dirigida hacia sí misma se desvanecen y comienza a circular la agresividad en el espacio transferencial, dirigida a la terapeuta. Este impasse revela el modo en

que V. busca ser escuchada y reconocida por otro, y a su vez da cuenta de cómo la terapeuta se estaba posicionando en la relación terapéutica, a saber, desde una lógica interpretativa en búsqueda de un sentido oculto que pudiese dar cuenta de las razones de porque V. hacía lo que hacía.

A posteriori, se piensa este impasse como una posibilidad de trabajar el afecto de esos golpes en la relación transferencial, es decir, no se trataba solo de darle un sentido a los golpes, sino más bien, de poner a trabajar el afecto. A partir del concepto de uso de objeto de Winnicott, es pertinente conjeturar cierta orientación del trabajo clínico, en el cual, con la puesta en juego de la agresión, surge la posibilidad de que emerja otro (la terapeuta) como alteridad, y que, como otro, pueda reconocer la realidad de la experiencia del trauma.

II. Inicio del tratamiento.

Luego de tres semanas, se retoman las sesiones. Éstas se tornan más difíciles; el desinterés y desafección característicos de las primeras entrevistas ceden y, en su lugar, la paciente alega, reclama y se ofende con la terapeuta, poniendo en juego su rabia en la sesión.

Comenzaba las sesiones de manera abiertamente hostil, repetía constantemente que no entendía por qué estaba ahí y que podría ocupar su dinero de otras maneras. Frente a esto, se pensó que confrontar lo que decía en su discurso, con el hecho de que siguiera en terapia, podría fragilizar aquello que aún sostenía el trabajo terapéutico. Por lo cual, se optó por preguntar “¿dónde te gustaría estar?” o “¿en qué te gustaría gastar tu dinero?”.

Ante estas preguntas, V. hablaba de sus proyectos de negocio, de sus estudios y de sus trabajos, junto a los problemas que tenía en cada uno de ellos. Su discurso comenzó a tomar diversas tonalidades afectivas, con mayor frecuencia mostraba rabia y enojo, sin embargo, también podía hablar de aquello que le gustaba y que a ratos la hacía feliz.

Frente a las manifestaciones de hostilidad de la paciente, se pensó que era importante escucharla y sostener su enojo. Se considera que esto permitió la instalación del dispositivo transferencial, en el cual era posible trabajar la rabia en la relación. En el enojo con la terapeuta, se actualizaba el modo de relación a otros, y había que sostener y sobrevivir a su rabia, justamente, para que V. confirmase que sus “explosiones” (a las que tanto temía, como aquella parte identificada al agresor), podían resolverse en la relación con otro, de otra forma.

Para ello, fue importante que la terapeuta respondiera de un modo que posibilitara la pregunta por un sentido (*¿dónde te gustaría estar?* o *¿en qué te gustaría gastar tu dinero?*) más que imponer un sentido. Se piensa también, de manera retroactiva, la importancia de que la terapeuta no respondiese frente a la hostilidad desde una posición de inmolación sacrificial o retaliativamente – a través del rechazo, o por qué no, a través de la interpretación- puesto que podían ubicar a la terapeuta en el lugar de otro que ya efectuó una desmentida de las experiencias de V., reeditando la negación como telón de fondo de la situación traumática.

En el transcurso de las sesiones, se quejaba de lo mal que le salían las cosas, refería haberse retirado de la carrera de diseño, abandonado sus trabajos y cancelado sus proyectos de negocios, sin embargo, su queja ya no aludía únicamente a lo cruel que podía ser el mundo, sino más bien, se posicionaba - de una manera que parecía culposa - sobre las cosas que le pasaban: *“nunca termino nada (...) siempre dejo las cosas a medias.”* Se le señaló que frecuentemente se quejaba de sus decisiones y que en la medida en que V. considerara pertinente, podría ocupar este espacio de terapia para pensar en qué la había llevado a tomarlas. Esta intervención, puede entenderse como el ofrecimiento de un espacio para dar sentido a lo que estaba viviendo, y no como una apelación directa sobre el sentido en sí.

De esta manera, V. comenzó a pensar en qué la había llevado a tomar estas decisiones: *“a ver, en el trabajo me sentía más sola de lo que me siento en general”*; *“no soportaba ir a clases porque no me gusta que las personas me*

pregunten como estoy, me irrita". A medida que iba recordando, V. rescataba elementos que situaban el sentido de sus decisiones.

Enfatizaba que le generaba mucha rabia cuando otros le preguntaban cómo estaba por "*morbo*" o por "*copucha*" lo que hacía pensar: *¿podía dirigirse una pregunta, desde otro lugar que no fuese desde el morbo?* Ser objeto de "*copuchas*" u objeto de "*morbo*" de otros, despertaba en V. la rabia de no poder ser reconocida desde un lugar diferente de lo extraño o de lo enfermo. A su vez, refleja la escasa confianza en el ambiente humano, en que ninguna pregunta podía dirigirse desde un interés genuino por su bienestar.

En agosto empezó a mostrar un malestar más agudo, parecía más decaída, cansada y aún más irritable. En las sesiones comenzó a manifestar muchas ideas en torno a diagnósticos como esquizofrenia o personalidad múltiple, interpelando directamente a la terapeuta: "*estoy segura que tengo esquizofrenia, ¿qué piensas tú?*". Se supuso que si V. estaba pidiendo la confirmación de un diagnóstico, se debía a que ubicaba a la terapeuta en el lugar del sujeto supuesto saber. En relación a esto, la terapeuta optó por interrogar aquellos supuestos sobre un posible diagnóstico: "*¿qué te hace sentido de este diagnóstico?*"; "*¿qué te provoca la idea de ser diagnosticada así?*", con la finalidad de desplazar los horizontes de sentido y que pudiese articular una interpretación propia acerca de su malestar.

V. respondió: "*creo que tengo esquizofrenia porque en una película que vi, el personaje principal tenía esquizofrenia y asesinaba personas, y yo de vez en cuando pienso eso, con matar personas*". Esta frase, devela algo de lo mortífero de la experiencia traumática, aquello de lo indecible parecía estar articulándose en la representación del asesinato y la locura. Se le comentó que fantasear podía ser una forma de expresar su rabia sin tener que golpearse. Frente a esa respuesta, V. se mostró ofendida, recriminó que pagaba para que la "*curaran*" y manifestó la idea de no asistir más a terapia: "*de aquí salgo con más ideas en la cabeza, me quedo toda la semana pensando en las cosas que hablamos aquí, creo que no sirve de nada venir.*"

Pareciera ser que para V. la cura estaba asociada al “*no pensar*”, lo cual guarda relación con su queja inicial (“*mi mente que no para de pensar*”) pero lo que se buscaba era, justamente, que V. pudiese hablar acerca de lo que le pasaba y parecía ser, que a través de los diagnósticos, podía articular algo de su malestar para que fuese reconocido por la terapeuta.

Una lectura del enojo que manifestó V. hacia la terapeuta es que ésta, al no confirmar su idea de diagnóstico, de paso también, negó el intento que V. estaba haciendo de dar un sentido a su malestar. Puede plantearse, para fines comprensivos, en los siguientes términos: “*me estas pidiendo que dé sentido a lo que me pasa, lo hago, y no lo reconoces*”, reflejando nuevamente que, para sostener el trabajo terapéutico, era necesario asirse de un lugar donde se pudiese reconocer cómo V. iba articulando su malestar para otro, para restituir la confianza en una relación que pueda reconocer lo mortífero que se pone en juego en la experiencia traumática.

En el intento por responder algo que “*aliviara*” a la paciente (que parecía tener más relación con aliviar la angustia de la terapeuta) se impuso una forma de significar su experiencia (fantasía como forma de tramitar la rabia, distinta a golpearse) que puede entenderse a posteriori, como una desmentida a los intentos de V. por darle un sentido a su experiencia de dolor psíquico. Al parecer V. requería algo del orden de un reconocimiento por parte de la terapeuta, y a través del lugar de la enfermedad, esperaba ser validada por otro, y desde ahí confirmar la realidad de la experiencia traumática.

Durante dos semanas no asistió a terapia. Fue contactada telefónicamente y comentó que no quería asistir más, puesto que según la terapeuta, no había nada que trabajar. Su respuesta confirmó la hipótesis de que no se había dado lugar a su sensación de enfermedad.

En relación a esto, se le señaló que había estado más decaída en el último tiempo y que era importante que continuase, y que si aún estaba interesada en asistir, se le estaría esperando. A posteriori, se piensa que reflejarle su cambio anímico y señalarle la importancia de continuar la terapia, la motivó a retomarla.

Es pertinente situar que, en este momento del tratamiento, era importante trabajar con el afecto que se ponía en juego en la sesión, y mostrar que aún habían elementos que trabajar, pudo reflejar que V. era importante y tenía un sentido para la terapeuta, como también lo tenía sus intentos por darle sentido a su sufrimiento.

III. Sentido de los golpes.

Durante las siguientes sesiones, V. comienza a mostrar cambios significativos tanto en su discurso como en la manera en que se dirige a la terapeuta. Esto se entiende a raíz de los efectos que tuvo este segundo impasse, en donde el intento de la terapeuta por invitar a la paciente a retomar la terapia, dio lugar a algo del orden de un reconocimiento de la experiencia de dolor psíquico. Se piensa que esto posibilitó tanto la continuidad del tratamiento, como la posibilidad de que V. pudiese reconocer otros matices presentes en la relación con otros y también relacionarse de una manera bastante novedosa hasta ahora, con la terapeuta.

Al retomar la terapia, se optó por no hablar del impasse y esperar a ver qué decía V. Al respecto, no parecía pertinente señalar “*yo creo que tú creíste que...*”, ya que podía producirse un entrapamiento en algo del orden de lo imaginario en la relación. Era importante ver qué traía V. y qué se había movilizado con el impasse.

Empezaron a abrirse otros temas, como por ejemplo, la relación con su abuela y la importancia que tenía en su vida: era la única que la “*veía*”, que se preocupaba por ella, en esta relación V. sentía que había un lugar para ella. También relataba la relación con sus amigos más cercanos, con quienes ella se sentía a gusto porque podía guiarlos a través de consejos, y también protegerlos, ya que los sentía más “*pollos*” y que no habían vivido tantas cosas como ella. Es interesante cómo comenzó a referirse sobre sí misma en su propio discurso, ya

que pudo ocupar otros lugares, en que tenía algo que entregar, en que podía ser vista y reconocida, así como la aparición de otras personas significativas en su discurso, a diferencia de lo planteado en un comienzo, donde sólo contaba con una amiga.

V. comenzó a mostrar mejor ánimo, llegaba a las sesiones contando panoramas entretenidos que había hecho con sus amigos. Su tendencia a devaluar a otras personas fue dando lugar a un sarcasmo más cómico, parecía haber abandonado una postura muy defensiva para dar lugar a una espontaneidad que incluso se reflejaba en su forma de moverse y ocupar el espacio terapéutico, por primera vez parecía disfrutar.

Un ejemplo que puede retratar algo de lo novedoso que empezó a aparecer, fue que en ese periodo asignaban un box en el Centro, amueblado para niños. En una ocasión, V. se sentó en un puf para niños, y dijo: *“bueno, te hablaré desde aquí ¿te parece?”*, lo cual parecía cómico, y reflejaba una nueva forma de usar el espacio terapéutico y de relacionarse con la terapeuta.

Este cambio de ánimo generó cierto impacto, su explicación parecía un enigma, por un lado, se pensó en algo del orden de una defensa maníaca, por otro, en una progresiva vitalización de la paciente, sin embargo, antes de realizar una lectura comprensiva, se optó por dar espacio a que esto se desplegara. Puesto que, si algo mostraron los impasses previos, era la importancia de que la terapeuta pudiese dar cuenta de la pertinencia del sujeto y de su vivencia, mediante su experiencia emocional, más que apelar o imponer un sentido que fuese en detrimento de reflejar esta experiencia.

Una lectura a posteriori, permite entender esta nueva modalidad de relacionarse con la terapeuta como efecto del reconocimiento de su experiencia emocional. Se puede suponer que desde la disminuida confianza en el ambiente humano, la paciente daba por sentado que cualquiera con quien se relacionase, respondería de la misma manera en que lo habrían hecho aquellos que en su infancia y adolescencia no pudieron otorgar soporte ni contención (esto se evidencia en cómo percibe las preguntas que son dirigidas por otros). En algún

punto, la respuesta de la terapeuta - reconocer su experiencia, mantenerse presente y mostrar los límites de su comprensión - permitió restituir algo de esta confianza, no sólo en que era posible ser escuchada, sino también en que su experiencia emocional era pertinente. Permitiendo salir de la omnipotencia hacia la realidad compartida. Este movimiento, puede entenderse como un primer asomo del pasaje hacia el uso, que le permite apreciar y reconocer otras características de los objetos de la realidad externa.

A medida que avanzaban las sesiones, parecía que V. estaba utilizando este espacio para articular algo en torno a lo que quería o no, respecto a su familia, a sus relaciones de pareja, a sus compañeros de trabajo: *“me gustaría trabajar en estas condiciones”, “no busco eso en una pareja.”* Lo que aparecía antes en su discurso como una verdad absoluta e intolerable, comenzó a tener matices: *“puedo tolerar eso, pero esto otro, de ninguna manera”*. Se pensó que en estas distinciones, emergía algo de su propia subjetividad.

Cabe destacar, que V. se propuso dejar de consumir alcohol, manifestando el interés de seguir las indicaciones de su tratamiento farmacológico, y refiere: *“voy a hacer todo lo posible para sentirme bien”*. Continúa asistiendo a fiestas y señala sorprendida haber descubierto que puede disfrutar del baile y de la música sin tener que beber. Esto se trabaja en relación al padre y a su consumo de alcohol, lo cual le permite concluir a V.: *“estoy feliz de no depender del alcohol como mi papá, sé el daño que eso puede producir a otros (...) que me produjo a mí, no quiero seguir haciéndome daño”*.

También comenta jubilosamente que hace meses que no se golpea, y lo explica por hecho de que evita de juntarse con personas que la hagan sentir mal. Esto fue considerado como un indicador de éxito en el tratamiento para la terapeuta, lo cual se pone en juego a continuación.

En febrero la Clínica cerró, y se acordó retomar la terapia en marzo. Durante febrero V. envió un mail a la terapeuta, en el cual relataba brevemente que habían ido a un bar con su mamá y unos tíos, y que se les unió el papá porque quería compartir con ellos. Luego de un rato, V. observa cómo su papá

comienza a besar a su mamá: “*entre que la obligaba a hacerlo y se le tiraba encima*”, y que no pudo soportar esa escena. Escribe, “*reaccioné pésimo, me pegué varias veces en el baño y nadie pareció notarlo.*” Después de esta escena no quería ver más a su papá, pero la aquejaba que si dejaba de hacerlo, él no pagaría sus estudios.

Se pensó que el golpe mostraba su dimensión simbólica: en lugar de pegarle a otro, V. opta por pegarse a sí misma. Igualmente, el golpe devela una doble dimensión en que, por un lado, está dirigido como mensaje a otros: “*nadie pareció notarlo*”, pero al mismo tiempo, como acto, niega el malestar asociado al abuso de poder ejercido por el padre hacia la madre, como reedición de situaciones previas de violencia y abuso.

Una manera de pensar el golpe es como frontera y límite de aquello que se torna angustiante para V. El golpe, como acto y huella visible, transita entre lo privado (en que puede trabajar algo de su malestar) y lo público.

¿Qué lugar tiene el límite en la vida de V.? Puede rastrearse en su historia que, a corta edad, fue quien puso el límite a la violencia de su padre y no le permitió vivir en el hogar. También, muestra una tendencia a ubicarse en situaciones límites, en situaciones que la llevan a desbordarse, como si repitiera constantemente el límite en ella.

Asimismo, los golpes reflejan su función de límite frente a aquello que se torna irrepresentable, una negación del malestar que le permite volver del baño del bar para integrarse a la conversación familiar. En la negación de la experiencia dolorosa, se evidenciaba a su vez aquella parte de V. identificada al agresor.

En la infancia de V., la dinámica familiar se caracterizaba porque después de una gran pelea, marcada por gritos, llantos y golpes, los padres se reconciliaban “*como si nada hubiera ocurrido*”, toda la violencia que había entre sus padres mientras vivían juntos era constantemente negada por ellos. Esta negación presente en la dinámica familiar, también resulta similar a lo que sus

padres hacen con V., al no ver que se golpea, quedando nuevamente en un lugar de invisibilidad.

Se le respondió el mail que envió, indicándole “*está bien que me escribas*”, para validar el espacio de trabajo terapéutico y el reconocimiento de su sufrimiento. Asimismo, se señaló que había temas que se verían al retomar las sesiones. Se optó por no mencionar los golpes en sí, puesto que no parecía el medio para abordarlo.

Se pensó con este mail que el tratamiento no estaba funcionando. La terapeuta, aún tomada por aquello que concebía como sintomático - los golpes como autoagresiones-, no lograba reconocer que para V. había algo aún más terrible que golpearse.

En la primera sesión de marzo, se esperó a que V. abordara la situación escrita en el mail, al no hacerlo, se tomó la menor referencia al tema para proponerlo, frente a lo cual V. se mostró muy incómoda, se reía nerviosa y respondía de forma superficial. Parecía que se esforzaba por responder a algo de lo que no quería hablar. Se le comentó de manera muy ingenua: “*parece que no quieres hablar de esto*”, a lo que respondió, tímidamente, “*no*”.

A diferencia del primer impasse (“*¿qué es lo que te da rabia?*”), frente a la insistencia del otro, V. instala un “*no*” y se rehúsa a hablar, propone un límite en la palabra frente a aquello que aparecía como asfixiante de un otro que interpela constantemente en la inconsistencia.

V. continua asistiendo regularmente cada 15 días, esto se pensó como forma de marcar distancia cuando la terapeuta se torna muy asfixiante y no puede someterse a su ritmo.

En una sesión en junio, V. se muestra afligida y triste porque un amigo muy cercano se ha alejado de ella. Al contar cómo se produce la separación con su amigo, señala: “*él sabe un secreto que no le he contado a nadie más*”, frase que menciona en reiteradas ocasiones: “*no puedo creer que me deje de lado sabiendo lo que le conté*”. Frente a la persistente alusión a este “*gran secreto*” se le sugiere

que en caso de que estime pertinente hablar de esto, puede hacerlo en sesión. Explicitar que hablar o no es una decisión que V. tenía que tomar, parecía importante para que la terapeuta no volviese a aparecer en el espacio transferencial como un otro asfixiante, que exige respuesta ante aquello que se torna incomprensible en su discurso.

Frente a esto, decide hablar y cuenta que hace un mes atrás se quedó a dormir donde un conocido, quien la estaba ayudando con un trabajo para un ramo y que: *“a la hora de dormir, él se me tira encima, y por más que le decía que no, y en contra de mi voluntad, terminamos teniendo relaciones.”*

De manera retroactiva, surge como interrogante la relación entre cómo circula esta experiencia en sesión (a través de una alusión a un tercero) y su malestar, ya que parecía que no podía hablar directamente de esto. Retroactivamente, porque en el momento en que V. cuenta esto, la violencia del relato genera un gran impacto en la terapeuta, quien le señala *“¿Sabes qué es esto? Esto es una violación”*.

V. quedó asombrada con esta reacción, sin embargo, siguió con su relato: *“No me llega la menstruación hace un mes (...) no quiero quedar embarazada (...) jamás pensé que este conocido me iba a hacer algo así, él sabe que soy lesbiana, se veía tan pollo (...) ¿por qué no le dije que no con más fuerza?”*. Se le señaló que hizo todo lo posible en ese momento, que le dijo que no y que fue él quien no escuchó. En ese momento parecía de gran importancia sostenerla y apoyarla.

Una lectura de esta intervención es que se llenó con una palabra (violación) un signo de interrogación, algo que aún no estaba en condiciones de ser dicho por V., por más que dejase elementos que lo indicaran. Esta palabra categórica y concluyente de una situación de abuso, para denotar su gravedad, fue puesta por la terapeuta.

Es importante situar los efectos que puede tener en V. que esta significación de su experiencia proviniera de otro. Pareciera que era importante que un otro reconociera una experiencia de violencia como tal. En su historia

familiar, V. nunca había sido reconocida como víctima de agresiones, sino que estas experiencias eran constantemente negadas por su familia.

Podía pensarse la violación como una escena de reedición de lo traumático, en tanto indecible como no reconocido. La posición de la terapeuta, que abrió el espacio al reconocimiento del episodio relatado como un acto de violencia, junto con la manifestación de interés y preocupación por aquello, posibilitó que V. se movilizara a pensar desde otro lugar su malestar.

IV. Derecho a pensarse y ser pensada.

Las manifestaciones clínicas que presentaba V. en un comienzo, reflejaban cierta gravedad, en términos de riesgo hacía sí misma, particularmente en torno a episodios disociativos en que no recordaba cómo se despertaba ensangrentada, y también cierta dificultad relativa al despliegue de una serie de conductas que parecían “*sabotear*” la terapia. En su conjunto, evocaban la idea de una estructura limítrofe, en el cual existiría un déficit estructural que iría en detrimento de la capacidad de integrar y relacionarse con objetos totales.

Sin embargo, se apreció un giro significativo durante el tratamiento, la impresión de “*gravedad*” y “*dificultad*” que evocaba en un comienzo cedió, dando lugar a otro tipo de manifestaciones subjetivas, por ejemplo, la paciente empezó a utilizar metáforas para consignar aquello que le ocurría, también, comenzó a ser posible hablar sobre lo que le molestaba de otros, desde un lugar que la implicaba directamente más que desde una certeza apodíctica sobre el mundo. Esto permitió trabajar sobre el modo en que se relacionaba y qué de su malestar se ponía en juego ahí.

A posteriori, este contraste se entiende a propósito de que, en un primer momento, parecía que el colapso psíquico, como efecto del trauma, impedía una elaboración vía representación (lo cual, cabe recordar, fue exigido en un primer momento por la terapeuta) y que, en la medida en que el afecto se puso en juego en la relación transferencial, fue posible un progresivo despliegue de su

subjetividad, en que la rabia muda que despertaba el quedar en el lugar de objeto de agresiones o de violencia de otros, fue pudiendo ser pensada y articulada en palabras.

Es por ello, que resulta pertinente la idea de estado límite, como un colapso psíquico de carácter transitorio, asociado a las manifestaciones del trauma, en donde aquello de lo “*borderline*” bien puede entenderse como un intento de supervivencia psíquica, de quien padeció continuamente los efectos de la desmentida de la violencia por parte del ambiente humano.

En este apartado, se retrata las últimas sesiones del tratamiento, en donde aquello que comenzó siendo una queja, empezó a instalarse de distintas maneras, como preguntas, metáforas y asociaciones.

En las siguientes sesiones, V. señala que ya se siente más tranquila, porque luego de 4 test de embarazo, más un examen de sangre, éstos resultaron negativo. Refiere que su única preocupación era quedar embarazada, y al no estarlo, podía a estar tranquila. V. no vuelve a profundizar sobre este tema en las siguientes sesiones, centrándose más bien en su decisión de congelar nuevamente la carrera, y en lo difícil que era hablar con su papá para contarle esta decisión, sin embargo, V. comenta que el padre aceptó y se comprometió a financiarle nuevamente una carrera el próximo año. V. considera esta opción, pero prefiere encontrar un trabajo estable y financiársela ella misma.

Respecto a las razones de por qué no quería asistir a clases, señala que con motivo de la sospecha de estar embarazada, faltó en reiteradas ocasiones y que, al asistir le irritaba bastante cuando sus compañeros le preguntaban “¿*por qué has estado faltando?*”, surgiendo nuevamente el temor a “*explotar.*” Nuevamente, la pregunta de otros es considerada por V. como algo incitado dese el morbo: “*en realidad no se preocupan de mí, lo hacen sólo de cahuín.*” Se le preguntó: “¿*Y cómo respondes? ¿Qué te gustaría responder?*” frente a lo cual V. señala: “*es que tendría que contarles toda mi historia para decirles por qué me pasa esto, y no creo que les interese, sólo escucharían para pelarme a mis espaldas.*”

¿Cómo quiere ser reconocida? Para V. nunca ha habido una presencia de alguien que realmente la vea sino a través del lugar destinado a lo otro, a *“lo loco, lo extraño, lo raro, lo enfermo.”* Una manera de hacerse lugar en el otro, es a través de hacerse rechazar. Asimismo, no es posible que V. pueda escuchar una pregunta del otro como preocupación genuina, al parecer la pregunta *“¿por qué has faltado?”*, de sus compañeros, es como que le preguntaran *“¿qué está mal contigo?”*

Contar su historia entera, de manera desafectada, tal como lo hacía en las primeras sesiones, o bien ir a algún lugar escondido donde pueda desplegar contra sí misma la rabia que le genera la presencia invalidante del otro. Ambas opciones evocaban la pregunta: *¿Existían otras posibilidades de respuesta para V.?* Se le preguntó si acaso no sería muy trabajoso para ella contar toda su historia, a lo que responde: *“Sí, no se la contaría a cualquiera” -¿A quién entonces?” - “A alguien que me conozca y que me quiera.”* Esto hacía pensar en el valor que le otorgaba V. a su propia historia, y también en qué condiciones hablaría de ésta.

V. se ausenta por dos semanas, llama y comenta que sufrió una parálisis facial. En sesión, relata que fue al neurólogo, quien le señaló que no había ninguna causa orgánica en la parálisis, y que era importante que hablase con el Psiquiatra acerca de esto. V. comenta que se incomodó frente al neurólogo, quién le preguntó, *“¿qué problemas tiene?”*, ante lo cual responde *“nada, sólo que tengo que hacer de mamá de mi hermano chico”* y se queja con la terapeuta de que quién es él para preguntarle a ella qué es lo que le pasa: *“lo hace de metido.”*

Se le señala que de todas formas le respondió algo, indicándole que frente a la pregunta del médico puede elegir cómo o qué responder, ante lo cual señala: *“sí, sólo le conté una pequeña parte de todos mis problemas, no tenía por qué saber más, eso lo puedo hablar aquí.”* Al parecer, V. estaba pudiendo articular una respuesta que la implicara, sin padecer los efectos de colapso psíquico al tornarse intolerable la relación con otro.

Se pensó que lo intolerable guardaba relación con la violencia de la pregunta y la mirada morbosa que contiene ésta, las cuales resultan amenazantes al espacio privado en que puede trabajar algo de su malestar.

Para explicar el contexto en el que tiene lugar la parálisis facial, V. señala que esa semana había dormido poco, ya que se había comprometido a ser la DJ del cumpleaños de una amiga y tuvo que formatear el computador y descargar la música, luego tuvo que mantenerse despierta toda la noche y cuando llegó a su hogar, a las 8 am, recuerda haber pensado, *“sólo me quedan dos horas para dormir, después tengo que llevar a mi hermano con mi papá.”* Se le preguntó si se había sentido muy sofocada con todas las actividades en que se había comprometido, y respondió: *“me angustié, cuando desperté y mi ojo derecho y parte derecha de la boca estaban dormidas, pensé que podría ser un tumor cerebral, llamé a mi papá y le cancelé.”* Se le comentó que a través de la parálisis pudo desprenderse del compromiso que se había adjudicado, sin embargo, esta interpretación no fue considerada por V. Al parecer, la búsqueda por darle sentido a su síntoma, no agota lo enigmático que sigue siendo para ella (y para la terapeuta) sus propias manifestaciones sintomáticas.

Se apreciaba una diferencia entre el estatuto del golpe y sus recientes somatizaciones (parálisis), en éstas últimas opera algo del orden de lo simbólico, reflejando una progresiva histerización de la paciente en el desarrollo de la terapia, y que se manifiesta incluso, en la posibilidad de realizar una interpretación, aunque ésta no tuviese cabida. En la medida en que su sufrimiento era reconocido por un otro, lo indecible podía guardar relación con lo representable.

En las siguientes sesiones, V. comenzó a traer elementos que iba articulando en torno a su fantasía de *“explotar”*: *“me carga que me busquen sólo cuando quieren, a veces siento que soy un canasto de basura que llenan de cosas.”* Se le señaló que un canasto era un objeto, y que la metáfora era muy pertinente para dar a conocer cómo se sentía en relación a otros, pero que también, no había que descuidar que ella no era sólo canasto, que había que pensar cómo, qué y cuánto dejar entrar.

En la siguiente sesión, V. comenta que empezó a cobrar por sus servicios de DJ: *“poner ese límite me deja tranquila, es importante darle un valor a mis servicios.”* Frente a cómo relaciona su puesta de límites con su sensación de tranquilidad, señala: *“es que ya no siento que se aprovechan de mí (...) cuando me siento utilizada me da rabia, es como que me ven sólo para sus fines, ahora me protejo de eso.”*

Poner límites es una manera de aparecer como alteridad frente a otro, con una subjetividad distinta, qué puede ser no sólo aquello de lo alter que se presenta como lo otro, lo extraño, lo raro. Desde este lugar, V. había intentado estructurarse, no exenta de sufrimiento.

Actualmente, es interesante cómo el temor a la fantasía de *“explotar”*, dejó de operar como una consecuencia inminente ante su sensación de rabia, permitiéndole expresar su opinión y logrando ser escuchada y considerada. Como ejemplo, comenta que en su trabajo las condiciones de infraestructura dificultaban el desempeño de su equipo, y decidió acercarse a su jefe y hacerle saber estas condiciones. El jefe, acogiendo su solicitud, cambió al equipo a otro espacio más cómodo.

V. señala mostrarse sorprendida de lo que llama *“sus avances”* y a pesar que su postura reivindicativa y crítica persiste es, sin dudas, más propia.

ANÁLISIS DE CASO

La presentación de este caso tuvo por objetivo mostrar de qué manera se condujo el trabajo clínico en relación al trauma, retratando los giros transferenciales que acontecieron como resultado de ciertas apuestas clínicas que posibilitaron el tratamiento. Para ello fue importante dejar claro en el desarrollo del caso lo que se pensó en aquel momento y su lectura a posteriori, considerando que, a través de esta última, es posible pensar en los efectos que tuvieron estas intervenciones.

Cada apartado del desarrollo del caso respondió a un recorte de los contenidos de las sesiones, que fueron articulándose en torno a ciertos hitos que ocurrieron en la relación transferencial y que, se cree, permiten reflejar tanto el abordaje terapéutico como el sentido de las intervenciones realizadas.

En esta línea, es pertinente recordar que, en un primer momento, la terapeuta tomada por aquello que concebía como sintomático (golpes como autoagresiones), dirigió la cura pensando en la idea de que si V. hablaba de aquello que parecía indecible, podría otorgarle un sentido a su experiencia. Sin embargo, V. se quejaba del mundo sin lograr dilucidar qué de ella tenía que ver con lo que le pasaba, frente a lo cual la terapeuta apeló directamente al sentido (*“¿qué es lo que te da rabia?”*), desencadenando el primer impasse.

Es importante situar los efectos de éste, puesto que permitió que algo de la dimensión transferencial se pusiera en juego, ya que V. dirigió su rabia hacia la terapeuta. Ya no era necesario que V. hablase de la rabia que le generaba el desencuentro con el otro, puesto que, al producirse este impasse en sesión, el afecto se puso en juego como reedición de algo que acontecía fuera.

A su vez, propició que la terapeuta fuese percibida como alguien que no sólo representaba un cierto saber, sino como un otro, que podía responder de manera diferente ante su agresión y reconocer en ella (en la agresión) un sufrimiento.

Esto, es importante para cuestionar la idea del impasse como algo “a evitar” en el trabajo clínico, el cual es generalmente considerado como un obstáculo en el tratamiento, sin embargo, en este trabajo, el impasse permitió, por un lado, que el afecto pudiese trabajarse en la relación transferencial, y también que la terapeuta pudiese preguntarse sobre su propia implicancia subjetiva en el tratamiento, y por ende, pensar desde qué lugar se podía ubicar para ampliar sus posibilidades de escucha.

En algún punto, en este primer momento del tratamiento, se pretendió trabajar con aquello indecible, no representable, a través de la vía elaborativa. La intervención clínica que generó el impasse, se orientaba a la búsqueda de implicar subjetivamente a la paciente en su relato, sin embargo, el contenido simbólico estaba obturado, produciendo que la agresividad se pusiese en juego en la relación transferencial, actuando la rabia en sesión. Dando cuenta que, lo que pertenece al registro de lo no representado, no puede tramitarse vía elaborativa, sino más bien requería que fuese trabajado en la relación misma.

El segundo impasse se da en un contexto donde la agresividad ya estaba puesta en juego en la transferencia. Es interesante como este impasse se genera debido a que se impone un sentido, por sobre dar lugar al sentido que V. estaba articulando (ideas en torno a diagnóstico).

Ambos impasses comparten una estructura, releva cómo la terapeuta se ubicaba nuevamente en el lugar de la desmentida. Esta réplica de la desmentida, puede entenderse a propósito de lo que planteó Ferenczi en relación a la hipocresía del analista, en que la terapeuta, en un intento por motivar la asociación libre, adoptó una posición que puede entenderse como “neutral”. En la búsqueda por encontrar las causalidades de los hechos que narraba la paciente, V. mostraba un dolor que no tenía palabras, un dolor que acontecía y que no requería ser interpretado, sino reconocido. Frente a esta posición, V. fue capaz de percibir esta neutralidad, sin poder recibir una respuesta que le devolviera el dolor implicado en esa experiencia. Generando nuevamente un colapso psíquico que la llevaba a

mantener distancia de la terapeuta (múltiples inasistencias), cuando esta relación volvía a invalidar su sufrimiento.

Para pensar el trauma en el caso de V., es importante situar las coordenadas en las que se instala como modalidad de sufrimiento psíquico, a saber, en el efecto que produce en la subjetividad de la paciente una serie de eventos marcados por la violencia ejercida por el padre. Hay que recordar que el padre solía ejercer violencia hacia la madre y hacia V. cuando estaba bajo el influjo del alcohol. Ferenczi plantea que lo que deviene insoportable para el yo y lo conduce a fragmentarse es, justamente, cuando en la infancia de un niño o una niña, se ve a merced de un adulto sin control, quien despliega su fuerza desde una posición de autoridad. En la violencia, se produce una desubjetivación, relegando al sujeto al lugar de objeto de agresión.

Por muchos años, V. estuvo sometida en relación a su padre, sintiendo temor cuando éste llegaba a la casa y buscando donde esconderse, lo cual, desde Ferenczi, puede entenderse como una estrategia de sobrevivencia para protegerse ante el peligro que representaba este padre sin control. Sin embargo, al percibir una amenaza real a su vida y a la de su madre (cuando el padre la amenaza con el cuchillo) logra ejercer una serie de acciones que culminan con la salida del padre del hogar.

V. se vió obligada a tomar un lugar más activo que la madre frente a la violencia del padre. La madre no logró proteger ni cuidar de V., tampoco a sí misma, aun cuando el padre ya no estaba en el hogar, tornándose el estado de desamparo y desesperación como telón de fondo. Las manifestaciones de indiferencia de la madre y la hostilidad del padre curtieron los efectos mortíferos de la experiencia de la paciente. Frente a esto, Ferenczi propone que, para sobrevivir, el yo tiene que abandonarse a sí mismo, lo cual implica su escisión, en lugar de la aniquilación total.

Ferenczi le otorga un papel primordial a la respuesta del ambiente humano en la fijación del trauma. En este caso, podemos recordar que ni tribunales u órdenes de alejamiento, fueron suficientes para hacer que la madre o el resto de la

familia pudiesen reconocer la violencia que vivió V. La negación o el rechazo como respuesta a la situación traumática, instala una desmentida de la propia experiencia del sujeto, perdiendo la confianza tanto en sus propias ideas, pensamientos y emociones (que reflejan la realidad del trauma), como en la benevolencia del entorno.

La ausencia de respuesta del ambiente humano, destruyeron la credibilidad y la confianza de V. en su propia experiencia. En medio de la confusión que genera la negación constante de esta violencia, V. quedó identificada con el padre, lo que Ferenczi denominó como identificación al agresor. En su vida adulta, llega a replicar este lugar de identificación traumática, reflejándose tanto en las escenas y fugas disociativas, en que se despertaba ensangrentada y sin registro, como en la violencia de la violación. En sesión, la desafección con la cual narraba estos hechos de agresión, daba cuenta de la supervivencia psíquica de quien padeció continuamente los efectos de la desmentida.

Los efectos del trauma pueden observarse también en la tendencia de V. a considerar las preguntas que le hacían otros como motivadas desde el “*morbo*” y la “*copucha*”, sin poder considerar la posibilidad de que una pregunta fuese formulada con genuino interés, evidenciando la desconfianza hacia el ambiente humano, ambiente que históricamente había negado la violencia del padre y que además la inculcó de haber desarmado a la familia.

Considerando lo anterior, se plantea que los impasses posibilitaron que algo del orden del reconocimiento aconteciera, en tanto se abandonó una postura interpretativa, permitiendo que la terapeuta abriese un espacio de reconocimiento al dolor de V. que nunca encontró en la realidad de su infancia traumática. En esta línea, tanto Ferenczi como Winnicott, coinciden en que el analista debiese darle al paciente aquello que en su infancia realmente no fue dado, realzando la importancia de la posición del analista en el tratamiento clínico. Esto, implicó un giro desde la neutralidad (y sus efectos de desmentida) a ocupar un lugar que le permitiera ser usada por la paciente, usada en términos de efectuar un reflejo de la experiencia traumática.

Posicionarse desde un lugar de uso implicó tomar una posición respecto a la agresividad que se puso en juego en sesión, entendiendo esta agresividad como clave en el pasaje de la relación al uso de objeto. Esto puede ser entendido desde los aportes de Winnicott, quien plantea que la dirección de la cura se orienta a que el paciente pueda usar el objeto, y para ello, es necesario que el analista esté en posición de ser usado. En este caso, V. no requería una búsqueda por la causalidad de su afecto, sino más bien, que la terapeuta pudiese sobrevivir a la agresividad puesta en juego,

Se piensa que algo de esta sobrevivencia aconteció, en la medida en que la terapeuta mantuvo el horario de las sesiones, realizó llamadas telefónicas cuando V. se ausentaba, o bien, cuando mostró los límites de su comprensión, por ejemplo, al reconocer a V. que, efectivamente, se notaba más decaída en el último tiempo.

Winnicott refiere que el objeto se hace real también cuando muestra su cualidad de desgastable, que puede verse afectado por los efectos de la agresividad, y no por ello, reaccionar o responder sacrificial o retaliativamente. Algo de esto estuvo puesto en juego en la sesión, puesto que la terapeuta también se mostraba agredida frente a la agresión de V., reaccionando con cierta naturalidad frente a sus manifestaciones más radicales de agresividad, por ejemplo, cuando V. comenzó a apretar sus puños, o también, cuando reclamó que la terapia no le servía y se retiró enojada de la sesión.

Lo anterior es relevante en el trabajo clínico con el trauma, puesto que, para que algo del reconocimiento fuese posible, tuvo que existir otro que pudiese reflejar esta experiencia. Lo cual en este caso, aconteció en la medida en que la terapeuta apareciera como otro distinto de V., y como alteridad, posibilitó el reconocimiento de su experiencia de dolor, ofreciendo una modalidad de relación nueva hasta ese entonces. Se cree que si la intervención que se realizó con la escena de violación tuvo algún efecto terapéutico, se debe a que la terapeuta apareció como alteridad.

Al reconocer la violencia que vivió V. en la violación, declarándole explícitamente “*esto es una violación*”; posibilitó que la paciente pudiese confirmar

la realidad de su propia experiencia. No es que V. estuviese “loca”, fuese “mala” o tuviese una “enfermedad”, como su familia o amigos le dijeron en múltiples ocasiones. V. sufría, y no podían verlo, quizás porque eso implicaba reconocer también la muerte que hay en el dolor del trauma.

Es dable pensar que la dirección de la cura en este caso, consistió en un reconocimiento de la violencia implicada en las escenas que relataba en sesión. El modo en que se replicaba con la terapeuta algo del orden de la violencia del otro, reclamaban que la terapeuta pudiese reconocer esta violencia como experiencia que acontecía en realidad.

A través del reconocimiento, V. accedió a algo del orden de la continuidad del sí mismo, teniendo como efecto que la paciente comenzará a pensarse, trayendo a sesión metáforas que daban cuenta de su experiencia en relación a otros, por ejemplo, cuando refiere sentirse como “*un canasto de basura*”. Pareciera ser que a través de esta metáfora, logra dar cuenta de cómo, por muchos años, ocupó el lugar de objeto de agresión de otros.

También, permitió dejarse pensar por la terapeuta, quien comenzó a realizar interpretaciones de ciertas manifestaciones sintomáticas que presentó, por ejemplo, la parálisis facial como formación compromiso. No queda muy claro si fue considerado o no por la paciente, sin embargo, no generó la puesta en juego del afecto de quien experimenta, nuevamente, la invalidación de su experiencia.

Se piensa que lo que permitió a V. salir de una posición sufriente y comenzar a tomar un lugar en su discurso, fue la posibilidad de subjetivación que permite el reconocimiento, el cual ofrece un lugar al sujeto que no remite inmediatamente a aquello de lo loco o lo extraño (desde donde buscaba estructurarse) sino más bien, abre las posibilidades de pensarse desde otros lugares, y abrir sentidos respondiendo a la realidad de su propia experiencia.

CONCLUSIÓN

La presentación de este caso clínico sirve para pensar ciertas problemáticas en torno a lo límite, con la finalidad de abrir las posibilidades de abordaje terapéutico, considerando las dificultades que genera, tanto en términos diagnósticos, como en el manejo clínico, el trabajo con pacientes que presentan configuraciones sintomáticas o modalidades de relación a otros, asociadas a patologías bordes.

Integrar el concepto de trauma propuesto por Ferenczi (1933) y considerar la articulación entre Estado Límite y Estructura, planteado por Singer (2005), permitió pensar en las particularidades de la configuración del dolor psíquico de la paciente, que se ponían en juego tanto en sesión como en su vida cotidiana. Lo anterior, permitió considerar la complejidad de sus manifestaciones sintomáticas como un momento de crisis y de colapso psíquico, como efecto, no sólo de la ausencia de reconocimiento del ambiente humano de una vivencia traumática, sino también de la desmentida de esta experiencia, la cual no lograba tener un lugar, en la medida en que era rechazada por otros, como experiencia acontecida en la realidad.

En esta experiencia clínica, aquello que orientó la lógica de las intervenciones realizadas, guarda relación con la manera en que se pensó el dolor psíquico de la paciente, a saber, como efecto del trauma que configuraba cierta modalidad de experiencia psíquica de dolor que se pone en juego en la transferencia, y que requería la búsqueda de una posición clínica que brindase algo del orden del reconocimiento. A través del sostenimiento, en tanto la terapeuta y setting sobrevivieron a la agresión puesta en juego por parte de la paciente, como reedición de algo del orden de la violencia del otro, fue posible la validación de la experiencia traumática como una verdad acontecida.

Entre las dificultades que pueden experimentar los equipos de salud mental en el tratamiento clínico con pacientes que presentan problemáticas de la

línea *borderline*, podemos evidenciar, por un lado, la dificultad en la clarificación diagnóstica, y por otro, lo desafiante que resulta el manejo con pacientes “difíciles”, incluso en algunos casos, los equipos tratantes pueden experimentar la sensación de que sobrepasan sus propios recursos profesionales. En relación a esto, se advierte cierta tendencia a situar la dificultad del lado del paciente, sin embargo, esta lectura puede dejar de lado la pregunta sobre la propia implicancia subjetiva del tratante en el tratamiento, para pensar los lugares en los cuales se puede ubicar el terapeuta para orientar y sostener el trabajo clínico.

Lo enriquecedor de esta experiencia clínica remite a problematizar aquello que comúnmente se entiende en los dispositivos de salud mental por *borderline*, encarnado en la figura del trastorno de personalidad limítrofe, como categoría que remite a una estructura específica de personalidad. Más que una crítica a la categorización por sí misma, se torna relevante en el trabajo clínico tomar una posición que posibilite pensar en ciertas modalidades de intervención clínica con pacientes que presentan algo de la dimensión de lo *borderline*.

Teniendo en cuenta que el trastorno de personalidad limítrofe tiene una alta prevalencia en los diagnósticos de salud mental, principalmente asociado a trastornos psiquiátricos del eje I, lo limítrofe suele considerarse como un elemento que aumenta la complejidad del paciente, poniendo en jaque las herramientas y recursos con los cuales cuentan los equipos de salud. Frente a esto, se torna relevante instalar la pregunta sobre el lugar de lo límite en los dispositivos de salud mental, con la finalidad de propiciar espacios de reflexión que posibiliten el abordaje terapéutico.

REFERENCIAS

Bilbao, R. (2010). Revisión histórica-conceptual de los estados límites de la personalidad desde una perspectiva psicoanalítica: encuentros y desencuentros. *Revista de Psicología GEPU*, 1, 1 – 104.

Ferenczi, S. (2008). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932. Buenos Aires: Amorrortu.

Ferenczi, S. (1933). “Confusión de Lenguas entre los Adultos y el Niño”. En S. Ferenczi *Obras Completas Vol 4*, (edición 1970). Madrid, España: Espasa – Calpe.

Lacan, J. (1960) El Seminario de Jacques Lacan. Libro VIII: La Transferencia. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Rojas, R. (2000). Trauma, escisión y adaptación: Ferenczi antecedentes de Winnicott. *Revista Sociedad Chilena de Psicología*, 1, 179 – 189.

Singer, F. (2005). La borderización del sujeto. *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, 4, 694 - 705.

Singer, F. (2011) “Un saber de los bordes”. En: *Revista Objetos Caídos*: UDP.

Singer, F. (2013). Aportes de André Green a un paradigma psicoanalítico contemporáneo. *Querencia Revista de Psicoanálisis*, 15, 98 – 103.