

## **El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina**

*Dr. Juan Carlos Tutté\* \**

### **Resumen**

Tomando como “puente” el concepto de trauma psíquico, el autor intenta un diálogo interdisciplinario con la Psiquiatría y la Biología. Partiendo del concepto de trauma psíquico en Freud, se trata de hacer un recorrido por la evolución del pensamiento de este autor, articulándolo con las ideas de Ferenczi y los autores psicoanalíticos postfreudianos.

Desde un marco referencial diferente, se considera el estado actual de los estudios sobre el trastorno por estrés post traumático de la nosografía psiquiátrica actual, intentando hacer entonces, una aproximación interdisciplinaria, con el concepto de trauma psíquico.

Surgen así ideas interesantes como son las de situación traumática, espectro de trauma y **espectro psicopatológico**, que nos permiten entender mejor el concepto de trauma psíquico en su articulación, a modo de **puente** con el amplio abanico psicopatológico, que se extiende desde la condición de normalidad hasta la psicosis, aún a riesgo de perder en prolijidad nosográfica, pero ganando en comprensión y posibilidades terapéuticas.

Se ilustran estas ideas con tres viñetas clínicas y se concluye que desde esta perspectiva, el psicoanálisis se ubica en un lugar privilegiado tanto en posibilidades de prevención como de tratamiento de los pacientes en la actualidad.

### **Abstract**

---

\* Médico Psiquiatra. Miembro asociado de APU. Colombes 1485 Tel. 6137698 – Montevideo Uruguay  
C.P. 11400. E-mail: maltut@adinet.com.uy

Taking as a “bridge” the concept of psychic trauma, the author conducts an interdisciplinary dialogue with psychiatry and biology. He begins with the concept of psychic trauma in Freud and its evolution in this author’s work, together with Ferenczi’s and postfreudian ideas on the subject. From a different theoretical framework he considers today’s studies on post-traumatic stress in psychiatry trying to make an interdisciplinary approach with the concept of psychic trauma. Interesting ideas like traumatic situation, trauma spectrum and psychopathological spectrum are discussed. These ideas enable us to understand better the concept of psychic trauma in its relation, as a “bridge”, with the wide psychopathological notions from normality to psychosis with the risk of losing nosographic rigidity but gaining in understanding and therapeutical possibilities.

Three clinical vignettes exemplify this and he ends saying that psychoanalysis has a place of privilege in politics of prevention and treatment of patients nowadays.

**Descriptores:**        **NEUROSIS TRAUMÁTICA / TRAUMA  
PSIQUICO / SITUACIÓN TRAUMÁTICA /  
MATERIAL CLÍNICO /**

**Descriptores propuestos:**        **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO /  
INTERDISCIPLINA /**

## **Introducción**

“Toda teoría es muy buena siempre y cuando al ponerla en práctica se pueda ir más allá”. No sé ni quien lo dijo, ni en qué circunstancias, pero me encontré leyendo esta frase mientras, sentado en mi escritorio, cavilaba sobre las posibles repercusiones de los trágicos acontecimientos que estamos viviendo.

Tales pensamientos me llevaron a recordar las “Neurosis de guerra” de la Primera Guerra Mundial, que colocaron a las vivencias traumáticas como desencadenantes de Neurosis ante la atención de los psicoanalistas.

Me surgieron entonces varias interrogantes: ¿Pueden acontecimientos actuales, por su sola magnitud, determinar una ruptura del equilibrio psíquico? ¿Es posible pensar una situación traumática desde un punto de vista puramente económico? Y si esto fuera así, ¿no cabría esperar que todos los sujetos reaccionaran de una forma idéntica?

El trauma psíquico implica siempre una interacción del afuera, con lo interno de cada uno. No concebimos algo que actúe solamente a través del acontecimiento actual, aún por más violento que este fuera, lo que de alguna forma equivaldría a negar lo personal, el “bagaje” con el que cada uno reacciona y en última instancia la participación del inconsciente.

Baste recordar la compleja intersección de estas dos realidades imponentes que desde “afuera” y desde “adentro” acechan al sujeto. Concebir, como lo hace Freud, una entidad psicopatológica -la Neurosis Traumática- que tenga un funcionamiento enteramente independiente del sistema inconsciente y del conflicto psíquico, no deja de plantear serios problemas a la teoría analítica.

También esto preocupó a Freud, llevándolo en el “Esquema del Psicoanálisis” (1938 p. 184) a calificar las neurosis traumáticas como “excepción metapsicológica” porque “sus nexos con la condición infantil se han sustraído a la indagación hasta hoy”.

Pero estas palabras, al final de su obra, son testimonio de la ambigüedad de Freud con respecto a este tema. Recordemos que el trauma psíquico, que apareció en los albores del Psicoanálisis como el factor desencadenante de los síntomas neuróticos, pronto se convirtió en puerta y camino para nuevos descubrimientos. Desde esta perspectiva, la teoría del trauma constituyó para Freud un trauma en su teoría que no pudo elaborar adecuadamente.

Retomando el principio, reconozco que las teorías no existen esperando ser descubiertas; como investigadores debemos construir puentes de pensamiento acerca de las relaciones que cuentan para el fenómeno por el que nos estamos cuestionando, aún reconociendo que es difícil vivir con incertidumbres.

Paradoja de vida-muerte, búsqueda de salidas, en momentos en que se aproxima el segundo Congreso sobre “El cuerpo en Psicoanálisis. Diálogos con la Biología y la cultura”, se me ocurrió pensar en un intento de aproximación interdisciplinaria, tratando de confrontar las teorizaciones psicoanalíticas sobre el trauma psíquico con una situación a mi modo de ver de fundamental importancia actual desde el punto de vista psicopatológico: el “trastorno por estrés post traumático”.

Coincido con la pregunta que se hace C. Eizirik (2000, p. 52), vigente en el ámbito analítico, y que busca hoy su respuesta: ¿Será el Psicoanálisis todavía relevante para nuestra cultura?

Me entusiasma así la idea de trabajar estos puntos, indudablemente polémicos. El objetivo del trabajo será entonces, utilizando como “puente” el concepto de “trauma

psíquico”, intentar un diálogo interdisciplinario. Comenzaré mostrando las vicisitudes del concepto de trauma psíquico en el pensamiento de Freud, para articularlas con las concepciones sobre el tema de algunos autores post-freudianos.

En una segunda parte, y desde un marco referencial diferente, consideraré el estado actual de los estudios sobre el trastorno por estrés post traumático en una visión desde el lado de la Psiquiatría y la Biología.

Dejo para, en una discusión final, abordar el objetivo propuesto.

## **Parte I**

### **Vicisitudes del concepto de trauma psíquico en el pensamiento de Freud.**

Dado la cantidad de autores que han escrito sobre este tópico, intentaré hacer un breve recorrido, destacando los aspectos principales de las marchas y contramarchas de Freud, en relación al concepto de trauma psíquico.

En un primer momento anterior a 1900, establece una definición metapsicológica fundamentalmente económica: el trauma como un exceso de excitación, que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente.

El posterior “abandono” de la teoría de la seducción da paso a una importancia creciente de la vida fantasmática y la realidad interna, en un paulatino intento de reacomodar realidad exterior y realidad interna.<sup>1</sup>

A partir de 1920, el trauma irrumpe en escena en la obra de Freud con renovado protagonismo (“Más allá del principio del placer”). Hay sin duda un retorno del viejo trauma, pero éste va cobrando un nuevo estatuto a causa de las elaboraciones que se van gestando desde el vuelco que suponen la segunda tópica y la nueva teoría pulsional: la idea de “ligazón” y de “repetición”.

Así, el concepto de trauma psíquico puntiforme, como “efracción”, parecería recobrar su ubicación, aunque viene a agregarse otro concepto de fundamental importancia en la teorización: la pulsión de muerte y la compulsión de repetición.

En “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) nace la última reestructuración del concepto, relacionado ahora con la angustia y el conflicto psíquico, a la vez que a las alteraciones del yo y al carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas.

En “Moisés y la religión monoteísta” (1939), Freud va a reconocer que parece evidente que las neurosis son consecuencia de vivencias e impresiones a las que justamente reconocemos como traumas etiológicos y que estas vivencias serían

“impresiones de naturaleza sexual y agresiva y por cierto también todas aquellas que hayan provocado daños tempranos al yo” (mortificaciones narcisistas), conceptos que no excluyen para nada el factor económico.

Freud va así oscilando entre la definición del trauma como algo meramente derivado de lo cuantitativo a una segunda definición en la que lo importante es el conflicto, que se va superponiendo y termina ocupando el primer plano, viéndose entonces cómo lo económico se integra a lo dinámico.

Señalaremos algunas ideas fundamentales, como puntos nodales que vienen a matizar y limitar el aspecto económico del trauma en esta evolución del pensamiento de Freud.

### **A posteriori**

Tal concepto, pienso que mantiene su vigencia y podemos mantener la propuesta freudiana acerca de la necesidad de dos escenas o dos tiempos para constituir un trauma.

Como sostienen Laplanche y Pontalis, quienes han recalcado su primordial importancia, no se trata aquí simplemente de una acción diferida, de una causa que permaneciera latente hasta la oportunidad de manifestarse, sino de una acción retroactiva, desde el presente hacia el pasado, ruptura del tiempo cronológico y la causalidad mecánica, en favor de un concepto dialéctico de la causalidad y de un modelo de la temporalidad en el que pasado y futuro se condicionan y significan recíprocamente en la estructuración del presente.

### **Series complementarias**

Este esquema, sostenido por Freud en sus Conferencias (16-17) mantiene también vigencia, aún cuando su empleo sea complejo, puesto que nos permite ubicar el trauma en dos puntos distintos de la serie: tanto en el factor infantil (llámese constitución o experiencia) y en el nivel de la experiencia adulta o posterior que produce el trauma por retroactividad, descentrando la acción desde lo puramente puntual, económico y mecanicista hacia una concepción de resignificación de la experiencia infantil.

### **Pulsión de muerte**

La necesidad de una nueva reflexión que situara al trauma psíquico desencadenante de las neurosis de guerra en relación al trauma psíquico infantil, sumada a sus ideas en otras líneas de pensamiento, llevarán a Freud a introducir un concepto nuevo que será

destinado a modificar el edificio teórico del Psicoanálisis y en particular la teoría del trauma: el de pulsión de muerte y compulsión repetitiva.

No podemos concebir la existencia de ninguna situación traumática, sin la participación de esta pulsión, aun teniendo en cuenta las discusiones que introdujo entre los Psicoanalistas esta idea.

Lo cierto es que estos conocimientos introducen nociones capitales para entender la situación traumática y su posibilidad de elaboración, tales son los conceptos freudianos de ligadura, (Bindung) y elaboración psíquica (Verarbeitung), jugando entrelazados.

### **Lo arcaico**

En lo que me interesa poner el énfasis aquí, es en la consideración de lo que se ha llamado lo arcaico que, como quistes, marcas, cuerpos extraños, persisten como restos no elaborados en los estratos inconcientes más profundos del aparato psíquico.

Se trata de impresiones tempranas que no pueden ser tramitadas mediante las funciones normales del yo, porque el yo inmaduro y desvalido, no puede integrar estas experiencias, no entiende de su significado, quedando así como algo operativo no representable, con una elaboración imposible o limitada, en un equilibrio inestable, susceptible de una ulterior desorganización.<sup>2</sup>

### **Freud-Ferenczi. Autores postfreudianos**

La teoría del trauma generalizado o trauma ampliado, tal como Freud lo formula en 1926 se impone al pensamiento. El trauma, en términos psicoanalíticos, es siempre una situación traumática infantil, una situación siempre compleja, en la que interviene tanto el mundo externo como el interno, que activa una fantasmática y fundamentalmente, que no pone en juego tan solo al sujeto y una efracción de su barrera antiestímulo, sino una situación vital: **el desvalimiento**<sup>3</sup>.

Será esta esencial característica de desvalimiento y desamparo al nacer lo que en los últimos 50 años ha estimulado y obligado a muchos psicoanalistas a pensar a la luz de los hechos clínicos, la importancia de este trauma del desamparo. “La radical necesidad del otro se vuelve entonces un elemento esencial para pensar la estructuración psíquica” (M.Casas, 1996, p. 36).

Pero la importancia que en **casi** todos los momentos Freud va a atribuir a la individualidad del sujeto y fundamentalmente a lo intrapsíquico va a ser quizás el punto

fundamental de su fricción con Ferenczi, que insistirá en que en toda neurosis habrá siempre un factor traumático, **real** como desencadenante.

Así en 1931, le escribirá a Freud que “ha subestimado las experiencias traumáticas reales de toda la primera infancia, privilegiando la organización fantasmática y el conflicto intrapsíquico”.

La conocida polémica Freud-Ferenczi, por el terror de que éste retrocediera a la vieja teoría traumática de 1897, no solo era injustificada, sino que es más, Ferenczi planteaba una hipótesis que era consecuencia directa del pensamiento freudiano, a la vez que algunas de sus ideas han tenido enorme influencia en el Psicoanálisis contemporáneo.

En su trabajo más emblemático: “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño” (1933), Ferenczi atribuye a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, enfatizando lo traumatógena que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro sustenta el poder de dar (o imponer) sus propios significados, no solo al evento traumático, sino a toda la existencia del sujeto.

Para Ferenczi, el trauma era la expresión de un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, es decir una “confusión de lenguas” (1933).

Se pone de manifiesto entonces, que sus ideas, lejos de retroceder a planteamientos superados, le sitúan en el mismo nivel que un psicoanalista contemporáneo. <sup>4</sup>

En otras palabras, todas aquellas líneas de pensamiento analítico que jerarquizan el rol de lo externo, el otro, el discurso, el medio.

Llegado a este punto, quiero dejar planteadas las secuencias de traumas que sufre el niño a lo largo de sus primeros años y su relación, no sólo con la madre, sino también con los padres, el entorno y el medio.

Muchas son las vicisitudes generadoras de traumas en la infancia: malos tratos, incompreensión, violencia de los padres, hermanos o cuidadores, falta de conexión con las necesidades del niño, estimulaciones sexuales excesivas, extrema pobreza, miseria y hambre, etc., etc.

Todas estas y muchas otras similares constituyen situaciones traumáticas presentes, cotidianas las más de las veces, que repetidas durante años en la etapa de la vida más temprana dejan una marca indeleble.

Se nos ocurre entonces: cuando hablamos de trauma ¿pensamos en uno o en muchos?

Pienso que en la concepción psicoanalítica, el modelo de un evento predominante puede preparar el camino para la intervención de eventos sucesivos en la historia de los primeros años de vida, por ser momentos de mayor vulnerabilidad psíquica.

En esta línea cabe destacar la concepción de M. Khan (1963, p. 286-306) sobre el “trauma acumulativo”, resultado “de las fisuras en el rol de la madre como protección contra las excitaciones a lo largo del curso total del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia, fisuras que al pasar el tiempo y a través del proceso de desarrollo se acumulan silenciosa e inevitablemente y no adquieren valor de traumatismo sino por acumulación y en forma retrospectiva”.

Pero hablamos solo de la madre; ¿qué pasa con el padre? ¿y con el medio?

S. Acevedo de Mendilaharsu (1988 p. 318) destaca el papel del padre en este proceso: “el niño no debe colmar la organización libidinal de la madre ni ser su objeto libidinal exclusivo, sino que detrás del niño y más allá debe estar el padre como elemento pivot y tercero en la economía libidinal de la madre”.

G. García Reynoso (1992 p. 6) se pregunta: ¿Qué sucede cuando en situaciones de extremo desamparo social los padres no pueden ser soporte de vida para los hijos? Y plantea “lo traumático externo al no poder ser simbolizado se transforma en trauma interno por interiorización, cobrará valor de trauma si no es posible metabolizarlo, simbolizarlo y transformarlo en pensamiento y acción”.

R. Bernardi (1988, p. 19 y sgtes.) hace alusión, entre otras cosas, al “soporte social”, definido “en función del grado de apoyo emocional, material e informacional, que el sujeto encuentra en función de su inserción en la red social”.

Balint (1979) con su hipótesis de **falta básica**, remite al desencuentro entre la madre y el niño; el origen de la falta básica es el deficitario ajuste del niño y las personas que lo rodean, el trauma para este autor involucra a las figuras próximas al niño, este medio se incorpora a la estructura misma de su Yo.

## **Espectro Psicopatológico.**

### **Situación traumática y situación patógena.**

Todas las formas psicopatológicas, así como las técnicas de control normales, tienen como finalidad común, evitar que se presente la forma extrema de angustia, tan primitiva que sólo la podemos describir en términos económicos. “A esta forma de angustia automática podríamos caracterizarla como el trauma inicial, el trauma puro, sin sentido, totalmente disruptivo”. (Baranger, M. y W. y Mom, J. M. 1987 p. 766).

Pero, de acuerdo a lo que vimos, el trauma involucra siempre a las personas más cercanas. Es este medio, desde los inicios, que se incorpora a la estructura misma del yo, y será fundamental en ese proceso de desarrollo y de estructuración psíquica

A. Litchman (2000 p.198) menciona las “carencias estructurales primarias” en ese proceso de elaboración y Stern (citado por M. Altmann, 1995 p. 283) habla de traumas primarios que son normales en el desarrollo y distingue entre “traumas primarios normales” y “traumas patógenos secundarios”; los primeros pueden transformarse en los segundos como resultado de la interacción de influencias ambientales negativas y de los factores constitucionales.

M. Casas (1996 p. 38-39), comentando el concepto de trauma puro de Baranger, M. y W. y Mom, J. M. se refiere a “momentos estructuradores”; la propuesta de esta autora es la idea de la “patología del reflexivo” que ilustra este proceso de alienación-separación, de idas y vueltas del sujeto al objeto.

Estas cicatrices narcisistas han sido calificadas por A.Green (1979 p. 127-164) como **adherencias**, es decir zonas sensibles, vulnerables, que “crean esa caparazón narcisista protectora y preventiva frente a los traumas, al precio de una esclerosis mortificante que socava el placer de vivir”.

Al considerar estas alteraciones del yo, pensamos que todos estamos expuestos a “ese trauma temprano constituyente” (Aduriz Ugarte, 1996 p. 110), lo que nos conduce a rescatar, desde los distintos esquemas referenciales, la idea de “situación traumática”, diferenciándola de la de “trauma” como situación patógena.

**Situación traumática** entonces, donde los traumatismos podrán ser entendidos como **necesarios** ya que, al separar al niño de la fusión materna, le permitirá una organización adecuada del psiquismo y una inscripción en un ordenamiento simbólico.

En el caso del **trauma**, todo hace pensar que en tales situaciones, el mencionado proceso estructurante y organizador de la fantasmática infantil **hubiera fracasado**,

dando lugar a espacios mas o menos amplios del psiquismo donde no se puede encontrar un sentido.

Considero útil introducir un concepto personal: el de **espectro psicopatológico**, para dar cuenta de esta situación, en la que en un extremo tendremos los traumas desorganizantes, invasores y paralizantes, y en el otro extremo de la escala, traumas contruidos en una historización temporal abierta. Entre un extremo y otro, existen como se podrá comprender todo tipo de situaciones intermedias, ubicándose aquello que produce efectos de mayor o menor daño psíquico y que transcurre entonces desde estados más o menos leves formando síntomas en la organización de la neurosis, a lo que se constituyen como verdaderos agujeros de simbolización que pueden llegar al silencio psíquico de las psicosis, donde el fenómeno nos da cuenta del fracaso global del aparato mental para tramitar el hecho traumático. Se desplegará así un amplio abanico que María L. Muñoz (1996 p. 95) ha denominado “Las mil caras del trauma temprano”.

Tenemos hasta aquí la primera parte de un trabajo que podría terminarse, dando lugar a una discusión en el ámbito analítico; creo que esto nos expondría a un peligro que no estamos en condiciones de correr: enclaustrarnos en nuestras instituciones y buscar la solipsista realización de un método analítico puro.

Otra posibilidad sería dirigirnos en una tentativa de acompañar los innegables progresos que nos muestra la realidad externa, puesto que como toda teoría, como disciplina, como Institución, se nos presenta el desafío de un permanente diálogo con los demás saberes; el progreso de la teoría y de la técnica analítica debe ubicarse en la frontera del psicoanálisis, frontera aún no delineada con precisión y con espacios que constituyen así una amplia “tierra de nadie”.

Desde esta perspectiva, no me considero satisfecho y quisiera ahondar algo más en las interrogantes que me he planteado en la introducción.

En relación a lo aún no pensado, si no nos atrevemos a extender la frontera de nuestro conocimiento, aún a riesgo de ser tildados de transgresores y tal vez de herejes, al no poder pensar de manera nueva, estableciendo nuevas relaciones acerca de lo desconocido, no seremos sino repetidores de un saber convalidado. Y la repetición, lo vimos, es testigo e instrumento de lo mortífero.

## **Parte II**

## **Siglo XXI - El trastorno por estrés post traumático.**

Tomaré algunas nociones del Tratado de Psiquiatría (Hales, Yudofsky y Talbott, 2000, pp. 607-631) sobre el Trastorno por estrés post traumático que el DSM IV considera, en su intento de estandarización en un lenguaje compartible, dentro de los Trastornos de Ansiedad.

### **Criterios diagnósticos**

Siguiendo al DSM IV (1995) al que remitimos, intentaré una breve síntesis, destacando que lo que importa para el diagnóstico es:

-El antecedente claro de exposición a un acontecimiento traumático intenso, al que la persona ha respondido con manifestaciones que van desde un temor a un horror intensos.

-Los síntomas característicos incluyen la reexperimentación del acontecimiento traumático, ya sea a través de recuerdos dolorosos, invasivos y recurrentes; durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. También pueden producirse estados disociativos que duran desde pocos minutos a días.

La sintomatología suele acompañarse de embotamiento psíquico o anestesia afectiva y activación del sistema nervioso autónomo (hiperactividad, irritabilidad, alteraciones del sueño).

-Las situaciones que recuerdan al trauma original se evitan de forma sistemática.

-Pueden darse otros síntomas como sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, crisis de angustia, vergüenza e ira, abuso de sustancias, conductas autolesivas o intentos de suicidio.

### **Etiología**

“No siempre puede predecirse la relación entre la gravedad del factor estresante y el tipo de sintomatología subsiguiente” (p. 609).

Destaco que el Tratado de Psiquiatría hace una consideración con relación a que cada vez se presta más atención al concepto de “trastornos del espectro de trauma” (p. 608), que se producen principalmente a partir de abusos intrafamiliares crónicos durante la infancia y que se acompañan de variadas manifestaciones como el trastorno límite de personalidad y el trastorno de identidad múltiple.

## **Teorías biológicas:**

En este ítem, los autores mencionan a Freud (1919) comentando: “Defendió la existencia de una base biológica en los síntomas post traumáticos, en forma de una fijación física al trauma” (p. 611).

Luego el Tratado prosigue citando como factores etiológicos:

a) Sistema noradrenérgico. Como respuesta neurobiológica, implica la liberación de varias hormonas relacionadas con el estrés que permiten al organismo responder en forma adaptativa (bases neurofisiológicas y endócrinas de la ansiedad).

También se ha propuesto un modelo que sostiene que los recuerdos intrusivos son reexperiencias reales de recuerdos archivados, desencadenados por una hipersensibilización del sistema límbico.

Otros modelos neurofisiológicos sugieren que la génesis de los síntomas intrusivos y de hiperreactividad vegetativa son secundarios a la liberación que resulta del fracaso de la inhibición cortical de las estructuras inferiores como el hipotálamo.

b) Sistema opiáceo endógeno. Se ha sugerido que los seres humanos que han experimentado traumas prolongados o repetidos pueden liberar rápidamente opiáceos endógenos en presencia de cualquier estímulo que recuerde al trauma original, dando lugar a una analgesia o embotamiento psíquico.

Sobre la base de estos resultados se ha propuesto el concepto de “adicción al trauma” (p. 612), que llevaría al individuo a un círculo vicioso de reexposiciones traumáticas para poder conseguir un alivio sintomático transitorio.

c) Sistema parasimpático. Que forma parte del sistema nervioso autónomo.

d) Sistema serotoninérgico. El sistema septo-hipocámpico del cerebro contiene vías serotoninérgicas.

e) Eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. Diferentes hallazgos han reforzado la hipótesis de una disregulación crónica del funcionamiento de este eje.

f) Hallazgos neuropsicológicos y neuroanatómicos. Múltiples estudios han demostrado que los sujetos con este trastorno, así como los sujetos con historias infantiles de abusos físicos o sexuales, poseen ciertos tipos de déficits cognitivos relacionados con la memoria y estos déficits funcionales en la memoria verbal se correlacionan con un descenso del volumen del hipocampo derecho.

g) Predisposición genética. El factor constitucional, biológico, participaría en la forma en que puede participar este sistema en sus diferentes variables y modalidades de expresión, siempre en íntima relación con el ambiente y el desarrollo.

### **Parte III**

#### **Intento de diálogo interdisciplinario**

“La sistematización del conocimiento no puede llevarse a cabo en compartimientos herméticos” (Whitehead, 1938).

Voy a comenzar este intento recordando un artículo de Daniel Biebel (1999) sobre Psicoanálisis y Ciencia. Dice el autor que “la interacción entre el psicoanálisis y otras disciplinas y profesiones, como la biología, la etología, la lingüística, la semiótica, la sociología, la ética, la psicología cognitiva, la poética, la retórica y las neurociencias se encuentra en un momento de fértil posibilidad comunicativa, pero para que esto sea realidad tenemos que trabajar sobre aquellos factores que aproximan los conceptos, las estrategias cognoscitivas, las modalidades de pensamiento y limar los problemas de intercomunicación, problemas que no son sólo de orden teórico sino también de orden biológico, psicosocial y sociológico”.

Winograd (1991) manifiesta al respecto: “Uno puede tomar una posición y decir, bueno, yo creo que el Psicoanálisis es esto y no es esto otro, es algo que los psicoanalistas solemos hacer, ocurre a menudo en las discusiones y lleva a posiciones inconciliables y no entendimientos. Se cierra según una cierta definición hecha a partir de determinado criterio lo que es y lo que no es, aún entre los que dicen que practican el Psicoanálisis”.

Teniendo entonces en cuenta lo que acabamos de escribir, intentaré una aproximación al diálogo entre el Psicoanálisis, la Psiquiatría y la Biología, tomando como **punto** la noción de **trauma psíquico**, intentando una articulación con el trastorno por estrés post traumático.

Comenzaré por los criterios clínicos y diagnósticos.

Desde este punto de vista, creo que se vinculan y coinciden, aún sin entrar en la sistematización de una sintomatología tan florida, la idea de Trastorno por Estrés post traumático con el concepto de Neurosis de guerra o Neurosis traumática, a la que Freud alude en 1920 en “Más allá del principio del placer”.

Pero aquí nos encontramos con una discrepancia fundamental. Al referirse los autores de este capítulo del Tratado de Psiquiatría (Hollander, Simeon y Gorman, 2000) a la etiología del trastorno, comienzan, bajo el título de Teorías Biológicas, mencionando el artículo de Freud sobre Introducción al Psicoanálisis de las Neurosis de guerra (1919, p. 205).

En este mencionado artículo, al que tenemos que enmarcar dentro de los hallazgos metapsicológicos en esos años, amén de las influencias desde y para con sus discípulos, (Ferenczi, Abraham y Simmel), Freud se refiere a “estas enigmáticas enfermedades” y la posibilidad de influirlas terapéuticamente por el psicoanálisis, considerando el “origen psicógeno de los síntomas”. Es contundente en su idea de “causación psíquica”.

Les preguntaríamos entonces a los autores: ¿A qué se refieren cuando hablan de una base biológica y una fijación física al trauma?

Pero más enriquecedoras nos resultan las consideraciones sobre el estrés y los hallazgos actuales desde las Neurociencias, en relación a las estructuras encefálicas vinculadas con la emoción y la memoria y a este respecto no dejan de sorprendernos los aportes hechos en el campo de la neurofisiología, la psiconeuroendocrinología, (Dantzer y cols., 1995), la psiconeuroinmunología, (Yehuda, 1998) la neuroanatomía y la neuropsicología.

La interrelación de los factores citados tales como el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, las regulaciones cerebrales y extracerebrales de las secreciones internas, su acción en áreas específicas del cerebro que **involucran fundamentalmente** los circuitos límbicos (amígdala e hipocampo), el sistema de corteza órbita-frontal, el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, así como los hallazgos neuroanatómicos y neuropsicológicos, nos imponen los avances realizados en este campo.

Con relación a estos hallazgos, en los que se destacan el funcionamiento y procesamiento de la memoria y la emoción, fui a buscar algunos trabajos de la literatura psicoanalítica en relación a los avances actuales y elegí dos que a mi entender arrojaban luz sobre estos problemas: el de R. Pally (1998) sobre “Procesamiento emocional: la

conexión mente-cuerpo” y el libro editado por Sandler y Fonagy (1997) sobre “Recovered memories of abuse”, donde se tocan aspectos fundamentales en relación al conocimiento científico actual acerca de los mecanismos de la memoria, tanto en los trabajos hechos por los editores, como en la conferencia realizada en junio de 1994 en el University College de Londres, acerca de la validez de los recuerdos recuperados del abuso.

En esta conferencia, con participación de psicoanalistas, psiquiatras de niños y adolescentes, psicólogos cognitivos especializados en el campo de la memoria, psiquiatras forenses, estudiosos de las relaciones tempranas padres-hijos e investigadores en Neuropsicología, se tocan aspectos importantes en relación a conceptos psicoanalíticos claves como son la represión, el trauma psíquico temprano, la amnesia infantil, la noción de inconsciente, la verdad histórica y la fantasía inconsciente, escisión y desmentida, etc.

Respecto a la memoria, que constituye un eje fundamental en esta problemática, cabe destacar que hay varios sistemas de memoria diferentes. La forma de memoria llamada autobiográfica o declarativa, es representada en un sistema que es primero procesado o codificado y entonces archivado en alguna forma accesible, para un uso posterior y en última instancia ser traído según la demanda a través de su procesamiento verbal en formas más o menos detalladas.

Pero existen también otras formas alternativas, llamadas memorias procedurales o implícitas, de las cuales hoy por hoy conocemos muy poco, pero que constituyen un área madura para la exploración por su relevancia en relación a que podrían quedar guardadas allí **formas de traumas precoces no sensibles a los recuerdos verbales**.

Con respecto al tipo de memoria autobiográfica o declarativa, los tipos de memoria implícitas o procedurales tienen la particularidad de que no pueden ser recordados; ninguna experiencia consciente de recuerdo es posible aunque es demostrable que allí se retienen experiencias pasadas.

La evidencia sugiere en forma firme, que las memorias procedurales de una edad muy temprana tienden a persistir en forma de **patterns de conducta** que serán repetidos más tarde en la vida y se vuelven manifiestos en la conducta del paciente con el analista en la transferencia.

Se infiere en consecuencia, que es altamente posible que los niños puedan almacenar mucha experiencia que no son capaces de evocar, y a este respecto importa señalar que el trauma temprano puede alterar el normal funcionamiento del sistema de memoria.

Fonagy (1997, p. 84 y sgtes.) cita a Allen (1995), quien opina que la memoria implícita puede jugar un rol clave para mediar los síntomas del estrés postraumático, aportando evidencia psicológica que respalda este argumento y sugiriendo que partes relativamente primitivas del sistema nervioso central como la amígdala y el hipocampo podrían estar vinculadas en la mediación de los recuerdos de estas experiencias.

En este modelo, los recuerdos traumáticos regresarían principalmente a través del sistema sensorial, en forma de sensaciones cinestésicas, olores, sabores o imágenes visuales, descontextualizadas y sin significado aparente. Las propiedades relativamente simples de este sistema de memoria sugieren que las inscripciones (lo que queda almacenado) retornan en la misma modalidad en la que fueron codificadas (lo que se olió vuelve como un olor, etc.).

Esto me hace recordar palabras de C. y S. Botella (1997, p. 26): “Si en las neurosis traumáticas hay memoria, ello sólo es concebible como ‘memoria sensorial o huellas perceptivas’ que no han adquirido la cualidad de representación de la huella mnémica. Lo mismo ocurre con los traumatismos infantiles no integrables en la red de representaciones de la neurosis infantil”.

Lo cierto es que según Allen, el regreso del recuerdo se ve marcado por intensas reacciones emocionales (temor y rabia) tanto como imágenes (flashbacks y pesadillas) en aquellos individuos que han sufrido experiencias de trauma intenso.

R. Pally concuerda con algunos de estos conceptos, fundamentalmente en lo atinente a las reacciones emocionales. En su artículo “El procesamiento emocional: la interconexión mente-cuerpo” (1998, p. 649 y sgtes.) intenta arrojar luz sobre los circuitos de la emoción en la mente y mostrar cómo estos circuitos se aplican a una gran variedad de cuestiones clínicas relevantes: angustia, condiciones psicósomáticas, y aún el apego y la comunicación no verbal.

En lo que respecta a las estructuras cerebrales involucradas, la autora destaca que además de su papel en la memoria, el hipocampo regula también el despertar emocional y dice: “parece más probable que lo que es referido por los analistas como ‘afecto’ no es sólo un estado mental sino un complejo estado psicobiológico”.

También juegan papeles importantes la amígdala y la corteza prefrontal. Para ella, la amígdala es muy probablemente también el centro de la angustia humana y destaca que durante el estrés, el hipocampo puede alterarse o hasta dañarse, mientras que la actividad de la amígdala puede aumentar. Las células del hipocampo pueden mostrar

una actividad disminuida y hasta atrofia durante el estrés, llevando a perturbaciones de la atención y la memoria.

El hipocampo humano es inmaduro en los dos primeros años de vida, mientras que la amígdala está completamente desarrollada. Algunos investigadores sugieren que en virtud de este hecho, durante el estrés severo que resulta en el daño del hipocampo en la vida adulta, pueden surgir miedos infantiles muy tempranos, los cuales han sido retenidos en la memoria emocional de los circuitos de la amígdala.

Retomando el trabajo de Fonagy (1997, p. 183 y sgtes.), encontramos que “los conceptos de Bowlby (1973) acerca de modelos de funcionamiento interno de **attachment**, que se construyen en base a las expectativas de la conducta del cuidador y que se cree que organizan la conducta del individuo en todas las relaciones significativas, podrían ser vistos como un ejemplo de memoria implícita”.

Me parece interesante, para finalizar la discusión sobre este ítem de memoria, destacar su relación con el concepto de “escisión”, puesto que encontramos coincidencias con algunos conceptos expuestos en la primera parte del trabajo sobre la considerable evidencia de la relación entre escisión y trauma.<sup>5</sup>

Los recuerdos escindidos son descontextualizados en el sentido de que permanecen intactos pero sin elaborar, influyendo tanto en la conducta como en la disposición emocional. La descontextualización puede ser fundamental para impedir la adecuada codificación simbólica de eventos traumáticos.

Pero los recuerdos disociados no están perdidos para la conciencia; Christopher Bollas (1992) lo describió como “not unknown thought but the unthought known” (que traducido literalmente sería algo así como “no pensamientos desconocidos sino despensamientos conocidos”) y que en una aproximación se trataría de “lo sabido no pensado”.

Otro punto sobre el que me interesaría dialogar es el concerniente a lo que en el Tratado de Psiquiatría aparece dentro de los factores etiológicos como **el sistema opiáceo endógeno**. Las consideraciones expuestas allí me llevan a pensar en tres aspectos, a su vez vinculados entre sí: el masoquismo, la pulsión de muerte y la compulsión de repetición.

Con relación al masoquismo, me queda una pregunta acerca del relacionamiento entre sufrimiento y placer, en su búsqueda de repetir el acontecimiento traumático. Al revisar la bibliografía, me sorprendió que uno de los autores (van der Kolk, 1989) sugiere que los individuos con experiencias traumáticas previas, tienen más posibilidades de

exponerse a traumas futuros, puesto que pueden ser propensos a reconstruir conductualmente el acontecimiento original.

También en relación a la compulsión de repetición, algunos autores (Baranger, M. y W. y Mom, J. M., 1987, p. 769) hablan de “accidentofilia” y “traumatofilia”, para poner en evidencia la predominancia de la repetición como el intento más elemental de ligar la pulsión de muerte e impedir que llegue al aniquilamiento.

De lo que vengo pensando, recuerdo el trabajo de M. Guiter (1996, p. 11 y sigts.) en relación a la noción de pulsión de muerte en Freud, como “expresión de una necesidad instintiva absolutamente primordial, que tiende a desorganizar, a romper la unidad del aparato psíquico, acelerando la acción de retorno a lo inorgánico, inherente a todo lo organizado en el terreno mental o biológico”.

Esta idea, tan extremadamente discutida, calificada de mítica, de simple modelo de pensamiento, reemplazada por el concepto de pulsión sexual no ligada (Laplanche) etcétera, ha sido, al modo de ver de Guiter, corroborada por las ciencias más supuestamente exactas que se conocen: la física y las matemáticas.

Este autor hace alusión a la segunda ley de la termodinámica o entropía, que afirma que “el Universo se hace cada vez más desordenado, hay un descenso gradual pero inexorable hacia el caos... Los físicos han inventado una magnitud matemática, la entropía, para cuantificar el desorden”.<sup>6</sup>

Freud menciona el concepto de entropía dos veces en su obra. En “El hombre de los lobos” y en “Análisis terminable e interminable”, y si bien no relaciona la entropía con la pulsión de muerte, parece estar a un paso al calificar de entropía psíquica a pacientes con “un agotamiento de plasticidad, de la capacidad de cambio y desarrollo... de inercia psíquica”.

Sobre el final, Guiter parece volverse más optimista (o menos pesimista) al decir: “Sería interesante considerar si las pulsiones de vida podrían referirse a las actuales ideas sobre el orden surgiendo del caos”.

Esto me hace recordar palabras de M. Casas (1999), en sus consideraciones sobre la pulsión de muerte, pensada en modalidades agregativas o desagregativas, como dos vertientes indispensables de la pulsión, de las que depende precisamente la posibilidad de simbolización como pivote en torno al cual pensar el proceso de estructuración psíquica.

También F. Schkolnik (1995, p. 311) parece aludir a estos conceptos: “Muchos desarrollos actuales enmarcados en lo que se ha llamado como la clínica de ‘lo

negativo' subyacen los efectos positivos de la función separadora de la pulsión de muerte para el trabajo elaborativo del psiquismo...”.

Respondiendo a este diálogo, y en relación a la articulación de estos dos conceptos, creo que las neurociencias nos responderían, aún desde otro ángulo, que en situaciones de intenso sufrimiento como en el estrés post traumático, los cuadros depresivos severos y el síndrome del niño maltratado se ha observado una **muerte neuronal** en algunos sectores del cerebro.

Pero, y he aquí lo que me interesa destacar, los avances más recientes han mostrado fenómenos de regeneración neuronal sobre los que hoy se está trabajando, (Barbeito, 2000) constituyendo esto un hecho que hasta el presente nunca había sido aceptado.

Antes de finalizar esta parte, quisiera referirme brevemente a una idea que tanto escozor y polémica genera en un gran número de analistas: se trata de la predisposición genética. A mi modo de ver, la intervención de un gen no puede considerarse como algo rígido, lineal, inexorable, sino que debe considerarse dentro de una amplia perspectiva biopsicosocial. No olvidemos que la sola presencia de un gen no implica necesariamente que éste se vaya a expresar, hay multiplicidad de factores que influyen: ligamiento, mutación, recesividad o dominancia, herencia poligénica o multifactorial, asociación genética, etc. etc.

Entonces, lo que importa destacar es la íntima relación del ambiente y el desarrollo, en interrelación con las posibilidades o no, que la predisposición genética pueda expresarse.

## **Discusión y reflexiones finales**

Al iniciar esta parte final, lo vamos a hacer moviéndonos aún en el terreno de lo interdisciplinario, cruce o intersección de fronteras, pero también tierra de nadie y de todos, para volver finalmente al punto de partida, nuestro objeto específico: el Psicoanálisis.

Tomaré entonces un punto final en el diálogo porque entiendo que me va a servir de **punto de retorno**: me refiero a la idea que aparece en el Tratado de Psiquiatría sobre **espectro de trauma**, intentando una articulación con lo que he llamado **espectro psicopatológico**.

¿Qué podemos entender por espectro de trauma? Se citan en el texto (p. 608) los abusos intrafamiliares crónicos desde la infancia y que se acompañan de variadas

manifestaciones como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de la identidad múltiple.

Si nos extendemos a los diagnósticos diferenciales con los que se puede confundir el trastorno por estrés postraumático, se amplía aún más el panorama, ocupando un extremo la Psicosis Reactiva breve, pasando por el Trastorno por estrés agudo, el duelo no elaborado, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, hasta el otro extremo de la serie, que serían los trastornos adaptativos, definidos como reacciones desadaptativas ante un estrés social identificable, en última instancia diferenciándose en que “el acontecimiento estresante suele ser menos grave y está situado dentro de las experiencias humanas comunes” (p. 614).

En última instancia, estos últimos trastornos se ubicarían a mi entender en el rango de lo clásicamente conocido como personalidades neuróticas en los que se articula una historia de conflictos que se mantendrán más o menos compensados en relación a los acontecimientos vitales.

**Caso 1** – Se trata de un paciente de 31 años, internado en el Hospital Vilardebó en 1980 en la sala de presos, en circunstancias en que el país atravesaba la llamada “época del terror” y en la que la población vivía atemorizada. Este hombre fue detenido por la policía cuando lo encontraron robando en un depósito de neumáticos.

Llevado a la Seccional y amenazado de muerte y tortura, presentó un cuadro diagnosticado como Psicosis Delirante Aguda.

Yo, que me había enterado de los motivos reales de su detención a través de familiares, concurrí a visitarlo un día que estaba de guardia en el Hospital.

Al llegar encuentro un hombre joven totalmente desorientado, con cara de terror, mirando con desconfianza hacia todos lados, con ideas delirantes de persecución, no sabiendo bien por quienes ni las razones, pero sí que iba a ser ejecutado. No reconocía el lugar donde estaba y no recordaba absolutamente nada de porqué estaba allí. Hacía dos días que recibía tratamiento con Neurolépticos y tenía planteada una serie de micronarcosis. Comencé a hablar con él y en un ambiente de tranquilización, le fui explicando con mucha dificultad las circunstancias que rodearon su detención.

Durante mucho rato conversamos, en un intento de calmarlo, procurando ayudarlo a reorganizar sus vivencias a la vez que lograr disminuir aquella intensa sensación de terror. Progresivamente el paciente se fue tranquilizando, recordando los pormenores de

cómo y cuándo fue detenido, organizando su pensamiento y sus recuerdos, hasta recuperar en forma total la claridad de su conciencia y la reconstitución de los hechos.

Me enteré que salió en libertad y de ahí en más ignoro qué fue de su vida.

Coincido con el diagnóstico de Psicosis Aguda, motivada por un claro antecedente de exposición a una situación de terror.

**Caso 2-** Paciente hombre, de 40 años, que fue traído al Hospital Vilardebó en la misma época que el paciente anterior. Ejercía funciones de soldado y había estado internado durante los tres meses anteriores en una dependencia militar, tratado con antidepresivos y micronarcosis. Por no haber respondido al tratamiento instituido y por su riesgo de vida, fue llevado al Manicomio Nacional.

Al entrevistarlo, lo encontré con aspecto depresivo e intenso sufrimiento; su pensamiento era reiterativo en relación a su culpa por haber conducido un grupo de soldados a enterrar a detenidos a orillas de un río, para matarlos con un tiro en la garganta, a la espera que la marea en creciente los terminara de sepultar. Por estos hechos, el paciente se sentía indigno y sin derecho de seguir viviendo.

El diagnóstico que establecí fue el de depresión severa con manifestaciones melancólicas; ignoro la veracidad de sus contenidos ideicos, pero entiendo que coinciden con un “desencadenante de horror”

El paciente fue internado; dado las circunstancias desconozco otros detalles, así como su evolución ulterior.

**Caso 3-** Mujer de 41 años, que al descender de su auto para abrir el portón de su casa, fue abordada por un desconocido que le colocó un revólver en la cabeza, amenazándola de muerte y manifestándole su intención de violarla . Luego de un breve forcejeo entre ambos, la mujer logra zafar e ingresar en su casa, presa de un sentimiento de terror y algunas lesiones físicas de menor entidad

En los días siguientes, se sucedieron crisis de angustia, acompañada de flashbacks en los que se repetía la escena traumática. También malestares físicos, mareos, náuseas y sensación de desmayo. Eran notorios y persistieron durante un tiempo olvidos para hechos significativos ocurridos durante el día, despertares nocturnos en medio de pesadillas, ya sea con el hecho ocurrido o con situaciones amenazantes. No se produjeron perturbaciones ni en la esfera laboral ni intelectual.

Tal sintomatología persistió en los siguientes tres meses acompañada de manifestaciones fóbicas, sobre todo agorafobia y evitación de escenas violentas por televisión.

En vista de la persistencia del cuadro, la paciente fue inicialmente medicada y comenzó un tratamiento psicoanalítico. Los síntomas más ostensibles desaparecieron al poco tiempo, persistiendo por un lapso mayor, la sintomatología fóbica.

En el proceso de análisis, donde se desplegó una conflictiva fundamentalmente neurótica, cabe destacar el recuerdo de dos situaciones traumáticas de abuso físico en la infancia a la vez que una elaboración del sentimiento de vulnerabilidad, angustia frente a la muerte y al paso del tiempo.

Con estas tres viñetas clínicas intento ilustrar lo que vengo diciendo: en la primera, un paciente reacciona ante una situación traumática con una desorganización psicótica aguda; en la segunda, ante una situación similar, la presentación clínica es depresiva y en la tercera, las manifestaciones de la paciente se adscriben al rango de lo neurótico.

Si esto es así y se abre ante nosotros un abanico que va desde la Psicosis a la Neurosis ¿no sería esto superponible a lo que llamé **espectro psicopatológico**?

A partir de aquellos defectos primarios en la estructuración psíquica, aquellos restos no elaborados ni historizados, que como marcas iniciales, serían factor predisponente para la acción de desencadenantes futuros de enfermedad a lo largo de las peripecias vitales; se abriría un rango que iría **desde la supuesta normalidad a las formas más graves de la enfermedad mental**.

Pienso que si lo miramos desde esta perspectiva, podríamos **perder** en prolijidad nosográfica, pero **ganaríamos** en posibilidades de comprensión y por ende de poder actuar con nuestros pacientes.

Al intentar cruzar el puente para volver a nuestra disciplina específica, y teniendo en cuenta los conceptos anteriores, pienso que estos planteos nos obligan a una consideración más amplia de la noción de series complementarias, porque es dudoso que una sola disciplina o método de investigación, pueda dar cuenta cabal de sus diferentes niveles.

Entonces, transitando aún en las fronteras del Psicoanálisis, podremos intentar un último breve **diálogo** sobre todo con la Epidemiología. Haggerty y col. en “Stress, risk and resilience in children and adolescents” (1994) se refieren ampliamente a estos

conceptos epidemiológicos destacando los factores de **vulnerabilidad**, **resilience**-entendida ésta como resistencia, pese a la circunstancias adversas, sean de orden biológico, psicológico o social- y **coping**, concepto éste que podemos entender como los estilos de afrontamiento.

Destacan los autores que la relación entre los eventos estresantes de la vida y la enfermedad es más complicada que una simple conexión directa.

Ahora sí, ya cruzado nuevamente el puente, aunque no creo que podamos llamarlo tierra firme al campo psicoanalítico, pienso que aún sin saber en cuanto pude dar cuenta de las interrogantes planteadas en la introducción, creo que hay una de ellas que resulta la más destacada en relación a la vigencia actual del Psicoanálisis.

A este respecto, entiendo que la respuesta resulta ampliamente afirmativa luego de este tránsito, y afirmativa en un doble sentido: preventivo y terapéutico.

Preventivo porque a través del tratamiento de nuestros pacientes, cualquiera sea el lugar que opera en el **espectro psicopatológico** y aceptando las limitaciones inherentes a todo quehacer, podemos intentar prevenir o atenuar la aparición de nuevas desorganizaciones, frente a los avatares que la vida misma nos impone.

Psicoprofilaxis también en un sentido **educativo y de difusión** en lo que atañe a un mejor conocimiento y un mejor manejo para las relaciones tempranas originadoras de traumas infantiles en la posibilidad de instaurar medidas sea con los padres y aún en el medio.

Dejamos para el final el valor terapéutico del Psicoanálisis, porque, más allá del alivio sintomático que pueden ofrecer los fármacos (a los que no negamos su valor en algunas oportunidades y racionalmente usados) creo que el principal **ansiolítico** sigue siendo la palabra, siempre y cuando ésta sea usada en un marco terapéutico adecuado y no arbitrario; no se trata de decir, dejar decir o hacer cualquier cosa.

Sin pretender que sea el único posible, el Psicoanálisis nos abre amplias puertas. Psicoanálisis que ya desde la perspectiva de Freud, jerarquiza el carácter peculiar de su teoría del psiquismo, en tanto incluye la noción de Inconciente como pilar fundamental del funcionamiento psíquico.<sup>7</sup>

Pienso entonces, que se trata de un proceso en el que los hechos emergen en una situación dinámica, en un constante interjuego entre la realidad y la fantasía, entre lo subjetivo y lo objetivo, lo cual se hace a veces imposible de distinguir.

Maturana (1996, p. 169) se refiere al proceso analítico, enmarcado en la dialéctica entre fantasía y realidad, haciendo alusión a “esos momentos en que la identidad psicoanalítica es puesta a prueba, sobre todo de un modo harto sutil, desde la incuestionabilidad de lo evidente”. Prosigue luego: “Trauma para un Psicoanalista debe ser aquello que, siguiendo la definición clásica, se constituye como un plus económico sobre la capacidad del yo, pero teniendo lugar en el mundo interno y no exclusivamente en el mundo real. En una especie de retroactividad las cosas no tienen sentido en sí, sino incluidas en el escenario interno”.

De sus palabras se desprende que esta actitud de una escucha diferente de lo relatado, es mucho más difícil de sostener cuando los síntomas que presenta el sujeto son el resultado de **un acontecimiento a todas luces traumático** y será entonces cuando el punto de vista psicoanalítico deberá ser sostenido sin ambigüedades, de modo que seamos capaces de escuchar aquello que es significativo para un paciente, sin dejarnos llevar por valoraciones externas.

Esto que se nos pone a prueba cuando los hechos objetivos son de tal contundencia que nos tientan a salir de lo que debería ser nuestra posición de analistas, permitirá dotar al paciente de un subjetivismo de modo que posea un punto de vista absolutamente personal sobre su vida, por encima y/o además **de lo que realmente tuvo lugar**.

De esta forma se podrá cumplir el encuentro analítico, que implica en definitiva elaborar e historizar. Ya lo dijimos, el proceso analítico intenta que la persona pueda **inscribirse** en una historia individual. El análisis hará posible “la mudanza de impresiones precoces en testimonios fantasmaticables y por tanto pasibles de ser historizadas” (C.Uriarte, 1995 p. 271).

El objetivo a lograr será entonces el cambio psíquico, es decir “al enriquecimiento en el ámbito del sentido se suma el que se da también en el ámbito de los afectos, en el reordenamiento de los procesos defensivos, así como en las consecuencias en los nuevos procesos de identificación y desidentificación” (Schkolnik, 2001, pp. 48-53), en última instancia en una reestructuración del aparato psíquico.

Pero, que esto sea una aspiración no quiere decir que se podrá lograr en su totalidad. Los límites existen, no solo están presentes en el análisis, sino en toda actividad de la vida y debemos aprender a aceptarlos y convivir con ellos.

En el caso del análisis, los límites se presentan como “el muro infranqueable” que se opone en el sujeto a la historización de algunos sectores de su existencia, “se trataría de

lo que en él pudo quedar presente e inasimilable del trauma puro” (Baranger, M. y W. Mom, J. M., 1987, p. 771).

Al terminar de escribir, vuelvo a encontrarme sentado con la mirada vaga como al principio, que se me vuelve a fijar en un punto: justamente donde está la frase con que comencé. Se trata de una propaganda de sistemas de seguridad donde leo : “Hoy en día alarmarse es protegerse”. Desde mi Inconciente, ¿será ésta una respuesta a mi gran interrogante inicial?

## **Bibliografía**

- ACEVEDO de MENDILAHARSU, S. “La identidad” Vol 2 N° 4 A 317-325. 1988.
- ADURIZ UGARTE, S. “Vigencia del trauma” Rev. de Psic.de Madrid . A.P. de Madrid N° Extra 1996.
- ALLEN, J.G. “The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma”. Harvard Review of Psychiatry 3, 1995. 84-95.
- ALTMANN de LITVAN, M. “Traumatismos y vulnerabilidad psíquica” en Lo Arcaico, temporalidad e historización. Ed. de la Com. de Pub. De APU. 1995.
- BALINT, M. “Trauma and objetc relationship” Int.J.Psych, 50,4. 1969 429-436
- BARBEITO, L. “Jornadas Científicas en Psiquiatría”. Mesa redonda: “Desarrollo e investigación en Neurociencias en el Uruguay” Org. Por la Clínica Psiquiátrica Año 2000. (Inédito).
- BARANGER, M.; BARNAGER W. y MOM, J.M. “ El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud” Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. Rev. de Psic. APA Vol .44, N° 4, 1987.
- BERNARDI, R. “ Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta” R.U. P. N° 67, 1988, 19-31.
- BIEBEL, D. “Psicoanálisis y Ciencia”. En Aperturas Psicoanalíticas. Hacia modelos integradores. Rev. de Psicoanálisis, Julio 1999. N°. 2, <http://www.aperturas.org/>
- BION, W.R. (1977) “Aprendiendo de la experiencia”. Paidós. Méjico, 1987.
- BOLLAS, C. “Being a character. Psychoanalysis and self experience”. Hill and Wang. N.Y. 1992.
- BOTELLA, C. y S. “Neurosis traumática y coherencia psíquica” Zona erógena. N°. Especial: Desafíos Clínicos, 1997.

- CASAS de PEREDA, M . “El trauma y el Inconciente”. Encuentro de la Asoc. de Psic de Rosario, V.1, mayo de 1996.
- “ En el camino de la simbolización”. Caps. 18 y 21. Paidós .Bs. As. 1999.
- DANTZER, R and MORMEDE, P “Psychoneuroimmunology of stress” en B.Leonard and K. Miller: “Stress, the immune system and Psychiatry” Ed. John Wiley and Sons. England 1995.
- D S M IV. “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. Masson. Barcelona. 1995.
- EIZIRIK, CL . “Realidad y fantasía en el psicoanálisis contemporáneo”. Rev. de Psic. APA, LVII , 1. Mayo 2000.
- FERENCZI, S. “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño”. O.C. 4, Espasa Calpe. Madrid, 1933.
- FONAGY, P; TARGET, M. “Perspectives on the recovered memories debate”. En “Recovered Memories of Abuse”. Karnak Books. Londres, 1997.
- FREUD, S. “Conferencia de Introducción al Psicoanálisis” (1916-17) T. XVI, Amorrortu, Bs. As., 1990.
- De la historia de una neurosis infantil: el “ Hombre de los lobos”. (1918 (1914) T. XV II Amorrortu, Bs. As. 1990.
- “ Introducción a Zur Psychoanalysis der Kriegsneurosen” (1919) T. XVII . Amorrortu. Bs.As. (1990).
- “Más allá del principio del placer” (1920) T. XVIII. Amorrortu Bs. As. 1990.
- “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) T. XX .Amorrortu :Bs. As. 1990.
- “Análisis terminable e interminable” (1937) T XXIII Amorrortu. Bs. As. 1990.
- “Moisés y la Religión monoteista” (1939). T. XXIII Amorrortu.. Bs. As. 1990.
- “Esquema del psicoanálisis” ( 1940) (1938) T.XXIII. Amorrortu Bs. As. 1990.
- GARCIA REYNOSO, G “El trauma psíquico de las transformaciones sociales; algunas consecuencias psíquicas” Zona Erógena. Nº 11 Urribarri. Bs.As. 1992.
- GREEN,A. (1979) “Narcisimo de vida, narcisimo de muerte”. Amorrortu. Bs.As. 1983.
- GUITER, M “El trauma y su relación con lo inconciente” 1er Encuentro de la Soc. de Psic. de Rosario. Rosario, mayo 1996.
- HAGGERTY, R; SHERROD, L; GARMEZY, N. and RUTTER, N. “Stress, risk and resilience in children and adolescence” Cambridge University Press, N.Y. 1994.

HALES, R. E.; YUDOFKY, S. C.; TALBOTT, J. A. Tratado de Psiquiatría. 3ª. Ed. Masson. Barcelona, 2000.

HOLLANDER, E.; SIMEON, D.; GORMAN, J. “Trastornos de ansiedad” Cap. 14, en Halles, Yudofsky y Talbott. Tratado de Psiquiatría .T1 Masson Barcelona 2000.

KHAN, M.M. R. “The concept of cumulative trauma” Psichoanal. Study Child 18: 286-306, 1963.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. “Diccionario de psicoanálisis” Labor Barcelona 1971.

LICHTMANN, A. “Trauma, compulsión a repetir y significación”. Rev. de Psic. APA , V. 57, Nº 1. Mayo, 2000.

MATURANA, J. M. “Trauma real y trauma psicoanalítico”. Rev de Psic. de Madrid. Nº Extra 1996. 169-174.

MUÑOZ, M.L. “Entre el trauma y los síntomas, la realidad psíquica”. Rev. de Psic. de Madrid. Nº. Extra, 1996. 95-105.

PALLY, R. “Emotional procesing: the mind body connection”. Int. Journal 78 649-662, 1998.

PONTALIS, J .B. “Entre el sueño y el dolor”. Ed. Sudamericana Bs.As . 1978.

SANDLER, J. and FONAGY, P. “Recovered memories of abuse: true or false” Ed. J . Sandler and P. Fonagy. H.Karnac Boocks. London, 1997.

SCHKOLNIK, F. “Lo arcaico en la neurosis”. En lo arcaico, temporalidad e historización. Ed. Com. de Publicaciones de APU. Mont. Set. 1995.

——— “Los fenómenos residuales y la represión originaria” R.U.P N° 94 Nov. 2001.

URIARTE DE PANTAZOGLU, C. “Traumatismos precoces; cicatrices y lagunas dentro de lo Psíquico”. R.U.P. Nº. 74, 1991.

——— “Las impresiones de infancia y su historización” En “ Lo arcaico, temporalidad e historización” Ed. Com. de Publicaciones de APU, Set. 1995.

Van der KOLK, B.A. “The compulsion to repeat the trauma: reenactment, revictimization and masochism” Psichiatr. Clin. Nor. Am. 12: 389-411 1989.

WEISKRANTZ, L. “ Memories of abuse or abuse of memories? Part I in Recovered memories of abuse; true or false? Sandler and Fonagy . Karnac Books . London, 1997.

WHITEHEAD , A.N. (1938) “Modos de pemsamiento”. Losada. Bs.As. 1944.

WINOGRAD, B. “El tratamiento psicoanalítico y la producción de cambios. Indicadores. Su relación con los parámetros de la Teoría de la Técnica”. EPSAM. 1991.

YEHUDA, R. “ Psychoneuroendocrinology of post traumatic stress disorder” In the Psychiatric. Clin. of North Am. Vol 21 N°. 2, 1998.

## Notas

- 1 Así, en las Conferencias de Introducción (1916-1917), si bien mantiene una definición económica (Conferencia 18) se va a ir perfilando la intersección de esas dos realidades, que desde adentro y desde afuera asedian al sujeto: “Si ha ocurrido en la realidad, tanto mejor, pero si no ha sucedido en la realidad son construidas a partir de indicios y complementadas por la fantasía”.
- 2 Marcas que han sido pensadas en conceptos equivalentes como: un “hueco no historizado” (Baranger, M. y W y Mom, J.M.1987), “una falta básica” (Balint,1979) o relacionado con “lo negativo” (Green 1979) o “vestigios” como prefiere Bion (1977). En nuestro medio C. Uriarte (1991) habla de “Hilos rotos que no lograron un entretejido” y F. Schkolnik (1995) “Lo arcaico”, etc, etc.
- 3 Todos los destacados del trabajo pertenecen al autor, a menos que se indique lo contrario.
- 4 En definitiva, las ideas planteadas por Ferenczi están en muchas líneas de pensamiento psicoanalítico actuales: Mahler, Winnicott, Balint, Bowlby, Spitz, Kohut, P.Aulagnier y muchas de las concepciones que sustentan el psicoanálisis de pareja y familia. También tienen una importante presencia en Lacan, Laplanche y en autores postkleinianos, como Bion, Meltzer, Bick, autores que reconocen la participación de la figura materna y nos dan elementos para pensar las situaciones traumáticas precoces.
- 5 En el trabajo de L. Weiskrantz presentado en la citada conferencia de Londres leemos: “por la intervención de tempranos mecanismos como escisión, proyección, identificación proyectiva y renegación en términos psicoanalíticos, lo sucedido ha quedado profundamente inconsciente, como experiencia impensable, como si lo escindido quedara encapsulado ‘como una burbuja denegada de experiencia’ que no es integrada”.
- 6 Estas ideas, dice Guiter, fueron extraídas del libro “Dios y la nueva física” de Paul Davies, profesor de Física y Matemáticas aplicadas (Salvat Ed. P. 12-13).
- 7 En este sentido, Pontalis marca bien los límites con otras disciplinas, cuando plantea que “el Psicoanálisis se separa de la Psicología y de la Biología, en tanto no toma las operaciones cognitivas y afectivas o los proceso corporales en sus expresiones

fenomenológicas, sino que se detiene en el trayecto metafórico que se pone en marcha en el análisis”.