



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado

Trauma Psíquico y Trastorno por Estrés Post Traumático,
¿es posible un abordaje desde la teoría psicoanalítica?

Tutor: Asis.Mag. Lisandro Vales
Revisora: Prof.adj. Maria Nelly Rodriguez
Autor: Br. Ps. María Gabriela Levy Blanco
35139830

30 de Julio de 2016
Montevideo - Uruguay

Índice

<u>Resumen.....</u>	<u>3</u>
<u>Introducción.....</u>	<u>4</u>
<u>Desarrollo.....</u>	<u>6</u>
<u>Desarrollo de la Teoría Freudiana.....</u>	<u>14</u>
<u>Mecanismos de Defensa y otros términos vinculados al concepto de Trauma</u>	
<u>Psíquico.....</u>	<u>16</u>
<u>Repetición.....</u>	<u>16</u>
<u>Disociación.....</u>	<u>17</u>
<u>Somatización.....</u>	<u>18</u>
<u>Retraumatización.....</u>	<u>19</u>
<u>Apego.....</u>	<u>20</u>
<u>Negación y Renegación.....</u>	<u>20</u>
<u>Importancia de la Neurobiología del SN.....</u>	<u>22</u>
<u>Estrés.....</u>	<u>25</u>
<u>Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT).....</u>	<u>27</u>
<u>Posibles Abordajes del TEPT.....</u>	<u>30</u>
<u>Conclusión y Reflexión Personal.....</u>	<u>35</u>
<u>Bibliografía Consultada.....</u>	<u>37</u>

Resumen

El Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), es un trastorno de la respuesta adaptativa llamada Estrés, adquirido secundario a un trauma psíquico (Carbajal, 2002). El concepto engloba la doble articulación de, por un lado, la respuesta esperable o adaptativa del Sistema Nervioso Central, y por el otro, la noción de Trauma Psíquico. Por lo tanto, el abordaje de este cuadro en la clínica, demanda el conocimiento tanto del funcionamiento del Sistema Nervioso y los posibles efectos visibles secundarios a la instalación de un Trauma Psíquico. La noción de Trauma es tomada por el Psicoanálisis desde sus comienzos, aunque desarrollada más en algunos momentos que en otros. El avance de la teoría psicoanalítica y sus modificaciones en torno a la mirada respecto del Trauma Psíquico, sentarán las bases para el posible abordaje de este cuadro clínico desde esta corriente. No obstante se hace imprescindible conocer profundamente el desarrollo de éste concepto dentro de la teoría, y manejar otros adyacentes a él (disociación, apego, compulsión a la repetición, entre otros), que constituirán el eje del trabajo clínico. Las características del sujeto, su historia y su contexto deben ser manejadas por el terapeuta. Ello dará datos tanto de las potencialidades, como de las vulnerabilidades del paciente, siendo la edad el factor de mayor vulnerabilidad (Baita, 2015). Es importante valorar la posible adaptación del enfoque a las demandas específicas del cuadro, haciendo énfasis en la alianza terapéutica, y ponderando una participación más activa de parte del terapeuta.

Palabras clave: Trauma psíquico, Trastorno por Estrés Post Traumático, Psicoanálisis, Clínica.

Introducción

El presente trabajo se desprende de una inquietud personal que a su vez ha sido promovida por los diferentes contenidos transcurridos a lo largo de la carrera. Está planteado en etapas, una primera, que trata de definir lo más acabadamente posible los diferentes términos a utilizar, articulando diferentes autores que trabajan la presente temática y sus posturas. En segundo lugar una breve presentación de las vinculaciones neurobiológicas que, sumadas a sus características dinámicas, conforman el presente cuadro de naturaleza compleja. Finalmente una tercera parte de reflexión que da paso a una discusión en torno al abordaje clínico de esta problemática articulando tanto la teoría clínica como la neurobiología. ¿Qué demanda en particular éste cuadro (por su naturaleza) a la clínica psicoanalítica como la conocemos?

Se intentará desarrollar el Trauma Psíquico y el TEPT (trastorno por estrés post traumático) como uno de los posibles resabios visibles del mismo. Procuraré conocer los procesos intrapsíquicos y físicos secundarios a él, y un posible abordaje desde la teoría psicoanalítica, planteando una breve discusión respecto si es viable o no, y cuáles deberían ser las características particulares de este abordaje.

Personalmente me resulta un tema fascinante y de suma importancia para mí formación, mi desarrollo futuro en torno a la clínica, y también para pensar en los presentes desafíos que atraviesa esta corriente hoy. Un acercamiento y estudio más puntilloso quizá nos muestre la vigencia de la teoría en la clínica hoy. Dado que la hipermodernidad y los tiempos acelerados de la cultura actual demandan una aceleración de la vida, la clínica psicoanalítica ha sido cuestionada, sobre todo en la segunda mitad del SXX, por el surgimiento de distintas psicoterapias. Estas, cuestionaban los tratamientos siempre prolongados, poniendo en tela de juicio su efectividad y procuraban dar al paciente resultados rápidos y eficaces (Mattera, 2004). Aunque las investigaciones al respecto no indiquen una diferencia sustancial entre las efectividades de un tipo de psicoterapia por sobre las demás, es interesante saber cuáles son las bases estructurales de la psicoterapia psicoanalítica que la diferencian de las demás en el tratamiento, incluso en la actualidad (Botella, 2000).

¿A qué le llamamos Trauma Psíquico?

El término **TRAUMA**, es un término utilizado en medicina en diferentes ramas, y etimológicamente significa “herida abierta” o “herida con efracción”. Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo (Real Académica Española, 2016).

A lo largo del desarrollo de la teoría psicoanalítica, desde Freud a nuestros tiempos, algunos términos han sido acuñados pero poco desarrollados con respecto a otros. El estudio del trauma psíquico tiene una curiosa historia de “amnesia episódica”, explica el autor para graficar que el término “trauma” ha pasado por etapas en las que ha sido más foco de estudio que otros (Lescano, 2004, p. 37). Esto nos habla del hecho que el término cobraba una importancia mayor en momentos, por ejemplo, de post guerra. Esto pudo haberse debido a como dice Solvey, el tema provoca tanta controversia que periódicamente es abandonado (Lescano, 2004, p. 38). Existen varios términos que, en un inicio eran propiedad de otras ramas del conocimiento científico. En el caso de trauma, si bien, en un primer desarrollo de la teoría comparte significados con el antes mencionado, su utilización se ha extendido y por consiguiente, desdibujado de lo que podríamos entender de un inicio.

Cuando en una charla coloquial hablamos de “trauma” tenemos la certeza de que el interlocutor nos entiende, pero no necesariamente se imagina una “herida abierta”. De hecho, cada uno puede darle una connotación peculiar al término, pero en definitiva es bastante aproximada. En el caso de la clínica, veremos que el término estaba, en sus inicios, presente en toda disfunción psíquica, en toda patología, casi diríamos en la descripción y explicación de casi cualquier estado displacentero... Explicaba también toda angustia infantil, era el núcleo de las neurosis adultas, las patologías de la acción, etc. (Benyakar, 2005). Se denominaba trauma a la herida (con o sin efracción) y traumatismo se utilizaba más bien para designar las consecuencias sobre el conjunto del organismo de una lesión, resultante de violencia extrema. Esto muchas veces no deja implícita la noción de efracción en la piel, puede tener una connotación interna (Laplanche & Pontallis, 1971, p. 447).

Desarrollo

Si bien es un término inicialmente de la medicina, dentro de los orígenes del psicoanálisis tiene un acento en su cualidad económica. Esta, es una de las características que le atribuye Freud al aparato psíquico cuando comienza a estructurar su teoría. Freud, crea un modelo conceptual que contiene un aparato psíquico dividido en instancias (Inconsciente, Preconsciente, Consciencia) y propone que en este modelo, existe una energía (energía libidinal) que se organiza y distribuye de diferentes formas. En una primera etapa de su teorización, el autor plantea que, este aparato psíquico se encarga de procurar el placer y disminuir el displacer, bajo lo égida del Principio de Placer (Freud, 1900) Así, según esta teoría, los procesos anímicos consisten en la circulación y distribución de esta energía libidinal. Ella incluso, es susceptible de ser cuantificada, dividida, y puede hablarse de un aumento, o disminución de la misma. (Laplanche & Pontallis, 1971). Explica el autor, en su primera postulación teórica, que el displacer corresponderá a un incremento de esta cantidad energética libidinal, y el placer, a una reducción de la misma. El placer, que en principio regiría la vida anímica, encuentra su manifestación en tanto que el aparato anímico trata de mantener baja la cantidad de excitación presente en él. Por ende, todo cuanto conlleve un aumento en la excitación, se vivirá como displacentero (Freud, 1920). En las Neurosis Traumáticas, por ejemplo, los síntomas aparecerían provocados por un choque “demasiado intenso”, por una afluencia excesiva respecto de la tolerancia del sujeto (Laplanche & Pontallis, 1971). Por tanto, el Trauma psíquico será un exceso de excitación que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente (Tutte, 2002). Estas definiciones contemplan algunas de las aristas significativas a la hora de hablar de trauma, pero no las únicas. Conjuntamente con el desarrollo de la teoría psicoanalítica, algunos términos van adoptando nuevas dimensiones, y luego de proponer conceptos como Pulsión de Muerte, Repetición, entre otros, el concepto aquí trabajado, agrega al acento netamente económico esta ligazón. (Tutté, 2002). A su vez, el suceso disparador, es un acontecimiento que sale de la cotidianeidad o al menos, se aleja de lo esperable y por sus características, es imposible de ser tolerado. (Laplanche & Pontallis, 1971, 447).

El término trauma, ha tenido un recorrido interesante. El trauma psíquico secundario a una vivencia de estas características, de alguna manera explica y vehiculiza muchas de las demandas con las que trabajamos en clínica. En esta primer parte del recorrido, trataré de acercar un poco más éste término, escogiendo tres dimensiones del mismo que son, para mí, fundamentales a la hora de estudiar el trauma psíquico y sus vicisitudes, pero de ninguna forma son las únicas aristas que éste presenta. Estas dimensiones son el *tiempo*, el *contenido* (o el “tipo” de suceso del que se trate que tendrá directa incidencia en su presentación clínica y posible abordaje) y la más importante, el interjuego entre el/los *sujetos* implicados en el suceso.

1. EL TIEMPO

Cuando hablamos de Trauma y vinculamos éste a un suceso traumático, es importante tener en cuenta la dimensión temporal. En ella, hay dos grandes factores que a mi me gustaría trabajar: por un lado, el tiempo vinculado a cómo aparece, a su cualidad de disrupción o su instalación insidiosa, y por otro lado, el tiempo vinculado al “tiempo de exposición” a esta situación, a cuánto se extiende cronológicamente.

Primero, el tiempo en tanto a *cómo aparece el suceso*. El suceso con características traumáticas por definición es algo inesperado o disruptivo, pero también puede ser insidioso. Algunos autores afirman que no es suficiente con una única situación traumática, y que como decíamos antes, no siempre ellas son evidentes o perceptibles: en general se presentan de forma que el sujeto quede atrapado en la concatenación de sucesos que las une. (Khan, 1980). De hecho no todo trauma se instala a partir de un evento único y detectable (aunque ello no quitaría el perfil inesperado) a la vez que no toda situación tensa genera un trauma (Benyakar, 2005). Podemos hablar de algunos segundos hasta horas, días o más. Puede ocurrir en forma única (accidente de tránsito) o reiterada (combate, maltrato infantil, violencia intrafamiliar) entre otros (Carbajal, 2002). Este es un dato no menor, dado que nos ayudará a comprender la instalación de la situación traumática en muchos casos y en otros, la violencia disruptiva en el cómo aparece. Por otro lado, el *tiempo que el suceso se sostiene*, cuanto el sujeto está expuesto a él, vale decir, la extensión temporal del mismo. Ello muchas veces define la incidencia en el sujeto que lo padece. En el caso de un terremoto por ejemplo, tiene lugar en determinado punto del tiempo, o si se hubiera sufrido más de uno, cada uno se puede localizar en una gráfica

temporal, y aunque la vivencia no queda ligada solamente al momento exacto del suceso sino en lo que genera, se puede delimitar el tiempo del mismo. Pero cuando hablamos de un suceso de violencia doméstica, por ejemplo, también es de suma importancia atender al tiempo en el que sujeto está expuesto a esta situación traumática. Este tiempo de exposición nociva para el sujeto, tiene directa incidencia en lo que será el tratamiento, en los posibles abordajes, en la valoración de los daños causados, etc.

experiencia vivida que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético. El aflujo de excitaciones es excesivo en relación a la tolerancia del aparato psíquico, tanto si se trata de un único acontecimiento muy violento (emoción intensa) como de una acumulación de excitaciones, cada una de las cuales, tomada aisladamente, sería tolerable

(Laplanche & Pontallis, 1971, p. 447).

2. EL CONTENIDO

En los inicios, Charcot estudiaba el fenómeno histérico sin profundizar en su etiología, proponiendo cierta teatralización por parte de sus pacientes. Eran estudios más bien descriptivos, que según él, tenían vinculación con antecedentes familiares.

Freud retoma estos estudios, y luego de sucesivas pacientes teoriza lo que se llamó “la herencia en la etiología de las Neurosis” (1896), texto en el cual se dirige a Charcot rebatiendo el postulado que la neurosis deviene del contenido hereditario, y propone que aún más que el contenido genético, el origen de las Neurosis lo podemos vincular a vivencias de tipo sexual experimentadas por el paciente durante su infancia, y a estos factores sexuales los llamaba trauma.

Me dirijo especialmente a los alumnos de J. M. Charcot, para presentarles algunas objeciones contra la teoría etiológica de las neurosis, que nuestro común maestro nos ha transmitido. Conocido es el papel atribuido a la herencia nerviosa en esta teoría. (...) suponiendo, en cambio, la existencia de otras influencias etiológicas de una naturaleza menos incomprensible; influencias que merecerán entonces el

nombre de etiología específica (...) Sin la existencia de este factor etiológico especial, la herencia no hubiera podido hacer nada. (...) En cambio, fundándome yo en los resultados de mis investigaciones, elevo tales influencias sexuales a la categoría de causas específicas (...) prueba de una relación etiológica particular entre la naturaleza de la influencia sexual y la especie morbosa de la neurosis.

Freud, 1896

En otro estudio previo, Breuer y Freud ya habían expuesto que las histéricas sufrían reminiscencias del trauma vivido (Freud & Breuer, 1893). Hoy, sin embargo, no ponemos en duda la existencia de patología psiquiátrica causada por trauma psicológicos o emocionales, sea por abusos sexuales, maltratos físicos, negligencia o descuido (Lescano, 2004, p. 47). Del mismo modo, si bien Freud enfatiza la cualidad sexual de la situación traumática, esta no siempre versa sobre un abuso sexual propiamente dicho, sino que serían al menos un episodio de experiencias sexuales prematuras, muchas veces más vinculadas a la etapa evolutiva del sujeto, a su desarrollo libidinal, lejos de ser una experiencia netamente sexual (Lescano, 2004, p. 42).

Durante el desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud se encuentra con pacientes cuya sintomatología clínica revelaba una vivencia que no correspondía con esta explicación. En efecto, la recurrencia de las llamadas Neurosis de Guerra y Neurosis Traumáticas, presentan una mecánica que escapa a la explicación del principio de placer expuesto anteriormente. Estas se desarrollan posterior a un suceso nefasto, en el que, de una u otra manera, el sujeto presumió un peligro de su vida. El postulado del estudio de los sueños como *vía regia* para el estudio del inconsciente, proponía que ante todo, el sueño era la vía de cumplimiento de deseos reprimidos (Freud, 1900). Pero entonces surgía una duda: si tal era la naturaleza genuina del proceso onírico, ¿cómo era recurrente en los pacientes de post guerra los sueños de angustia o aquellos que reproducían las situaciones cruentas que atravesaron durante los conflictos bélicos? Entonces, sería incorrecto hablar de un imperio del principio de placer, si bien existe una fuerte tendencia al placer, esta tendencia coexiste con otras fuerzas que la contrarían, y que por consiguiente, el resultado no siempre es la tendencia al placer. Este es un modo de trabajo primario del aparato anímico, pero peligroso e inconciliable con la vida frente a las dificultades del mundo exterior. Entonces, el principio de realidad, aunque no resigna la meta final de procurar el placer, pospone dicha satisfacción (Freud, 1920). Pero esta reconducción permanente de la neurosis traumática en la vida onírica, habla de que el sujeto está fijado psíquicamente

al trauma, situación similar a la de la histeria, con la que comparte características pero la sobrepasa por la proliferación de sintomatología física y motora que posee y que se explican por esta misma fijación al momento del trauma (Freud, 1920). La explicación que da Freud sobre la incidencia de este tipo de sueños en estos pacientes, que no se ve del mismo modo reflejado en su vida de vigilia, tiene que ver o bien con el esfuerzo de no pensar en ello, o en el reinado del proceso primario durante el sueño y del proceso secundario durante la vigilia (Freud, 1920). O que durante el día, el cuerpo es destino de la sintomatología (de ahí la proliferación de síntomas motores) y no en el pensamiento, mientras que en el sueño, la motilidad se encuentra apagada, y esta energía se manifiesta en los pensamientos oníricos (Freud, 1920). De este modo el sujeto está fijado a este momento durante el día y la noche. Aunque prosigue con el postulado de que el sueño igualmente, no deja de pretender el placer y su tendencia del cumplimiento de deseos, pero puede que, en este estado, la función del sueño también halla resultado afectada o desviada de sus propósitos, o bien se podría pensar en las enigmáticas tendencias masoquistas existentes en el Yo (Freud, 1920).

3. EL/LOS SUJETO/S

El tercer punto, que desarrollaré en esta parte, a mi parecer el fundamental, tiene que ver con los sujetos implicados en el trauma. ¿Dónde colocamos al sujeto que lo padece?: si la cualidad de traumático/a tiene directa implicancia con la psique de quien lo padece como veremos en el recorrido del trabajo, entonces, ¿es una vivencia interna del sujeto o sea interior a él, perteneciente exclusivamente a su psiquismo? ¿Es exterior a él, perteneciente a la realidad que lo rodea?. ¿Cuál es la implicancia de los sujetos que intervienen en la posible instalación y/o desarrollo de un trauma?

Es claro que la vivencia traumática es personal, y por ende, puede ser una vivencia interna del sujeto que no sepa o pueda elaborar, pero esta es siempre disparada por un acontecimiento que tiene que ver con el mundo que lo rodea. Es claro que para que exista trauma, debe existir una interacción con el mundo circundante (Tutte, 2002). No podemos hablar de trauma sin hablar de las características de la persona que lo padece. (Benyakar, 2005). De hecho, el término trauma remitirá entonces al suceso peculiar de la vida de la persona que avasalla las posibilidades de elaboración de la misma y por lo mismo está por fuera de las capacidades de tolerancia de *este* aparato psíquico. Por ende, no podemos

hablar de *un trauma* sino, del trauma en relación a un sujeto determinado (Benyakar, 2005).

A su vez, dentro del mismo colectivo, no todo sujeto expuesto a una misma situación responde de la misma forma ni desarrolla necesariamente un trauma psíquico, ni un desorden post traumático, como TEPT (Trastorno por Estrés Post Traumático) secundario a él (Baita, 2015). Este es una de las posibles consecuencias secundarias a una vivencia traumática, a la posterior instalación de trauma psíquico, y su antecesor fue la Neurosis de Guerra o la Neurosis Traumática de Freud antes mencionadas (Vales, 2012). TEPT, entonces, es el trastorno desarrollado por una persona que atraviesa una situación traumática, y que, a partir de ella desarrolla una serie de síntomas y signos visibles en clínica. Estos síntomas perturban una o varias áreas de la vida del paciente y guardan estrecha relación con el trauma o su naturaleza (Vega, et. al., 2005).

Por lo que se ha investigado, existen factores que aumentan la vulnerabilidad para desarrollar esta patología. Según Freud, existe lo que se llama series complementarias. Estas, superan la división entre factores exógenos o endógenos como explicación de la etiología de las Neurosis. Estos dos tipos de factores se complementan, y según la postura, cada uno de ellos es tanto más débil cuanto más fuerte es el otro, de tal forma que el conjunto hace que solo en los extremos se encontraría un sólo factor. Ambos varían en razón inversa para que se desencadene la Neurosis, en tanto que exista un trauma mínimo, puede ser suficiente para el desencadenamiento de la patología. Estos factores tiene que ver, uno con la frustración (el exógeno) y otro con la fijación (factor endógeno o propio de la persona) (Laplanche & Pontallis, 1971). Otros estudios destacan entre factores que coadyuvan a la etiología de esta patología, factores demográficos (baja densidad de población, aislamiento o baja accesibilidad a los recursos, zonas de catástrofes como inundaciones, terremotos, etc.), trastornos psiquiátricos y de personalidad, factores cognitivos (bajo nivel de recursos intelectuales), factores biológicos (enfermedades crónicas, deficiencias hereditarias, discapacidad), factores genéticos, y exposición previa a sucesos traumáticos, especialmente a edad temprana (como maltrato infantil, hambruna, negligencia) (Marty y Carbajal, 2005). Otros factores de peso a la hora del posible desarrollo de un TEPT, pueden ligarse a las figuras de cuidado (vulneración de ellos, omisión o descuido de las responsabilidades inherentes a ser la figura de cuidado,

enfermedad de alguna índole, consumo de sustancias, pobreza extrema, exclusión social, desempleo crónico, etc.) (Baita, 2015). La edad es esencialmente el factor más relevante, dado que cuanto menor es la edad, mayor es la exposición y prolongación de sucesos que vulneren las posibilidades del sujeto (Baita, 2015).

O sea: existe un suceso disruptivo, que tiene lugar en un tiempo y espacio determinado y que avasalla por sus características a las posibilidades de elaboración psíquica a la estructura emocional de una persona. Hablamos entonces de suceso traumático. Pero de un suceso traumático entorno a una persona determinada y en un tiempo y espacio determinados. El error estaría en adjudicar una cualidad psíquica (la de “traumático”) a una situación que es del mundo de lo fáctico. No se puede hacer una clasificación de eventos de esta naturaleza, solo podemos hablar de su potencial traumático o estresante (Dubourdieu, 2008). El examen psicopatológico que arrojará la cualidad de traumático o no al suceso, pondrá el énfasis en el discurso de la persona, en su elaboración en torno al mismo, tratando de alejarse de la calificación “traumático” por parte del analista, dado que ello se desprende solamente de la vida psíquica del paciente (Benyakar, 2005, p. 64). No diremos que ninguna situación es traumática, sino que deviene tal en tanto exista una falla en la elaboración de este suceso, sea cual fuere (Benyakar, 2005, p. 63). Por tanto, no vincularemos el término traumático a ninguna situación, debe reservarse a una disfunción psíquica observada a posterior de un examen clínico psicodinámico de la persona que lo padece (Benyakar, 2005, p. 65).

Cuando el suceso traumático es un “acto de Dios”, vale decir, (terremotos, diversos cataclismos) nos es muy fácil empatizar con la/s víctimas y actuar en torno a ello no así cuando se trata de una situación que genera una “víctima y un victimario” por así decirlo (Lescano, 2004). Shapiro reserva el término Eventos Traumáticos de Trauma con “T” para los primeros, y Eventos Traumáticos de trauma con “t” para aquellos cuyas secuelas impactan en menos personas que sería el segundo caso (Shapiro, 1997). Por último y no menos importante, cuando hablamos de trauma psíquico, y cuando el suceso que lo dispara es secundaria a una acción humana concreta (ya sea descuido, maltrato, abuso, tortura, etc.), genera un conflicto entre víctima y victimario o incluso un sujeto puede ser víctima de un acontecimiento traumático por sufrir en sí mismo la experiencia, por presenciar una situación traumática o incluso por enterarse a través de un tercero (Carbajal, 2002). Es moralmente imposible permanecer neutral en esta situación. El/los victimarios promoverán el olvido o la negación, desplazando las responsabilidades a las fantasías de

quien se convierte en víctima. Hará o harán lo posible para promover el silencio y atacarán la credibilidad de la víctima. La brecha de diferencia de poderes hace al victimario tener más posibilidades de manipular la realidad y ser exitoso con sus argumentos, siendo el silencio su arma más poderosa y devaluando así a la víctima (Lescano, 2004). Esto generará entonces que la víctima de este tipo de situaciones sea a su vez, víctima de la situación de imposibilidad, rebajada o denigrada en su calidad de ser humano, lo que le deja, además del trauma, una realidad por fuera de la validación social que corresponde, inexistente, y por, ende imposibilitada (Lescano, 2004). El niño, cuanto más pequeño, más depende del mundo de los adultos, y ello se agudiza cuando el agente perpetrador del evento es el mismo adulto del cual el niño depende emocional y/o físicamente. En este caso, la edad del niño disminuye el repertorio de estrategias concretas de defensa ante el peligro. Tampoco este niño puede satisfacer por sus propios medios las necesidades básicas de forma de no depender del adulto, debiendo remitirse a él a la hora de satisfacerlas. Esto hace más vulnerable aún a ese niño (Baita, 2015). De hecho, otros autores como Kohut (1992) proponen que trauma es la ausencia de respuesta y no el contenido en sí de lo ocurrido, es una situación emocional que el niño no puede integrar sea por la intensidad de la demanda de la situación o porque las estructuras del niño son o bien muy inmaduras o bien hipersensibles de acuerdo a su edad (Kohut, 1992).

No obstante, nos encontramos en la presente temática no solo con estos dos sujetos vinculados (víctima, quien sería perjudicado secundario a una acción específica, y victimario, quien lleva adelante esta acción en detrimento de la integridad de alguien), sino aquellas personas que están vinculadas a la vida de los mismos. En varias líneas de la teoría se concuerda con la importancia del objeto, del *otro*, en la estructura psíquica, sin perjuicio de la impronta biológica y de otros elementos intrapsíquicos (Dryzu, 2006). Estos otros vinculados al desarrollo de una persona, y a su desarrollo psíquico, comienzan desde temprano a sentar las bases de la confianza, del respeto y del cuidado de ese otro. De hecho, algunos autores destacan la resiliencia como una transformación subjetiva de los procesos psíquicos dentro de un sostén imprescindible de vínculos subjetivos (Zukerfeld, 2006). En el caso de la teoría del Self, *el sí mismo*, es un buen ejemplo de ello. En esta teoría el desarrollo de la persona se basa en los “self objects”, en los objetos: personas (generalmente padres o figuras de cuidado) quienes tienen la tarea de responder al niño. Dependiendo de la calidad de esta respuesta en términos de empatía, de la prontitud de la misma, y de la medida en la que satisfaga estas necesidades, es de la forma en la que se

invertirá este narcisismo que dará lugar a este Self (Kohu, 1992). Del mismo modo, este “otro”, o “estos otros” serán el depositario de las garantías de subsistencia y sobrevivencia de un niño, y cuando esta estructuración falla, probablemente esta psiquis cuente con menos herramientas defensivas. El niño es indefenso por sí mismo, cuanto más lo será con él (Drizzu, 2006). De acuerdo con la existencia y la correcta (o no) internalización de estas figuras será posible un abordaje óptimo (Woller, 2012)

Desarrollo de la teoría Freudiana luego de 1920

Antes mencionaba la teorización freudiana respecto del aparato anímico, su estructura y sus características. Desde luego que el autor, con el desarrollo de la teorización se fue encontrando con diferentes contradicciones, mojones o simplemente, casos que no cuadraban en esta teorización. Fue necesario entonces, un estudio más acercado a algunas de las proposiciones previas y a alguno de los postulados que ya manejaba. A partir del año 1920 Freud publica trabajos como *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926), *Más allá del Principio de Placer* (1920), entre otros, que echan luz sobre la dinámica del psiquismo y el trauma, los cuales a su vez, toman otra serie de características, funcionamiento y presentación novedosas hasta entonces. Entendíamos que, el aparato anímico, se regía bajo la égida del principio del placer. Esto es: todas las funciones del mismo, estaban orientadas a la disminución del displacer, o bien al aumento del placer. Era tarea del, hasta entonces funcionamiento, mantener baja toda energía libre -no ligada-, por lo que todo aumento de excitación energética sería vivido como displacentero (Freud 1920). En esta misma teorización se cuestiona respecto que, si ello fuera cierto, la inmensa mayoría de los procesos intrapsíquicos tendrían que llevarnos al placer o bien, ser de naturaleza placentera lo cual no podemos afirmar (Freud 1920). Plantea entonces la existencia de pulsiones de vida, que tienden a lo vinculado a ella (funciones de autoconservación), y otras que la contrarían, por lo que no siempre el resultado es el placer (Freud 1920). En el desarrollo de la vida anímica, existen tendencias inconciliables que son necesariamente subordinadas a la instalación del principio de realidad, para asegurar o salvaguardar la vida o el correcto desarrollo yóico (Freud 1920). Del mismo modo, existen fuentes de éste displacer que provienen tanto del exterior como del interior. El displacer de percepción puede devenir tanto de insatisfacciones como de una percepción exterior penosa que excite en el aparato anímico la situación de “peligro” (Freud 1926). Ante la percepción de peligro externo el organismo tiende a huir, en tanto que de las segundas, no existe forma alguna, por tanto

protegerse es más difícil (Freud 1920). La diferencia que establece el autor entre inhibición, síntoma y angustia, es entonces, que la angustia protege del peligro preparando al aparato anímico de alguna forma, la inhibición remitirá directamente al funcionamiento de tal o cual órgano sistema o aparato, y el síntoma es una formación, es un sustituto de una moción pulsional reprimida por efecto de represión yóica (Freud 1920). La moción reprimida que da lugar al síntoma no desaparece, es conservada como formación inconsciente, y tiende a retornar o a tratar de satisfacerse. En este sentido, una inhibición somática, puede entenderse como un síntoma. Sería un intento de efectuar un huida -como si se podría ante un peligro externo- en el que el Yo retira la investidura que trata de reprimir (Freud 1920).

A pesar de la represión, la moción pulsional ha encontrado en efecto, un sustituto, si bien muy mutilado, desplazado e inhibido. Lo que lo hace irreconocible como sustitutivo de una satisfacción pulsional irrealizada o insatisfecha como tal. Y si ese sustituto llega a consumarse, a instalarse, a realizarse como tal, no produce tampoco ninguna sensación de placer; a cambio de ello, esa consumación suele cobrar un carácter compulsivo (...) El proceso sustitutivo en tanto se ve forzado a agotarse en la alteración del cuerpo propio (provocando alteraciones o trastornos en el propio cuerpo del sujeto), privado de desbordar sobre el mundo exterior, en tanto le está vedado (impedido) (verwehren) transformarse en acción (energía cinética efectivamente productiva en el sentido de la satisfacción de la necesidad). En la represión el yo trabaja bajo la influencia de la realidad externa, pero excluye el éxito en ella...

Freud, 1926

ALGUNOS MECANISMOS DE DEFENSA Y OTROS TÉRMINOS VINCULADOS AL CONCEPTO DE TRAUMA PSÍQUICO

En el párrafo precedente, el autor pone de manifiesto las características del síntoma. Para entender la recurrencia con que se manifiestan los síntomas que se instalan a través del Trauma Psíquico, es preciso manejar varios términos que están implícitos dentro de esta temática y que le dan sentido. Estos ayudan a comprender el trauma psíquico, el TEPT secundario a él y su posible presentación en la clínica.

Decíamos que el TEPT, según el DSM 5 es un trastorno psiquiátrico particularmente frecuente entre los individuos que han experimentado trauma psíquico (Woller, 2012). Estos son pacientes que presentan síntomas psíquicos y emocionales, dentro de los que se puede ver un alto grado de deterioro del self, afecciones a nivel de las funciones de apego y de las funciones del yo (adaptación a la realidad, autocuidado, concepto de sí, entre otras), y se presentan abrumados por la recurrencia de los efectos del trauma (Woller, 2012). *Disociación, Apego*, entre otros varios, son términos que debemos manejar acabadamente para hablar de ésta temática, como síntoma o como entidad patógena.

REPETICIÓN

Proceso de origen inconsciente, por el que el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual. (Laplanche & Pontallis, 1971, 68). En el caso del síntoma, en tanto representante psíquico, se pone de manifiesto tanto en la vida del sujeto causando una incomodidad, como en la clínica haciéndose material de trabajo para el analista (Laplanche & Pontallis, 1971). Este es uno de los términos fundamentales en la presente temática, ya que existe una gran tendencia a repetir, dada la naturaleza del síntoma, que tiende a la descarga, a la búsqueda de satisfacción (aunque no se consiga tal o aunque ella no sea la procurada). La recurrencia de la repetición sintomática hace de este suceso un síntoma, ya que de otra forma hablaríamos de un suceso aislado. También así las escenas, las situaciones en las que inconscientemente el sujeto se coloca. Según Freud (1914), el paciente no recuerda mayormente los sucesos, sino que los actúa, los repite. ¿Con qué fin el sujeto repetiría una situación que le ha causado dolor, angustia, miedo o pena? Con el fin, pues, de controlarla, por ejemplo. También es entendido como una forma de “ligar”, de simbolizar aquello incapaz de ser simbolizado

(Marucco, 2006). El psicoanalista puede, por ejemplo, intervenir en ayudar a discriminar lo que pertenece al campo de su pulsión (y por tanto a su compulsión a la repetición), de lo real para el sujeto. Es entre la “realidad traumática” y pulsión, donde se puede comenzar un nuevo entramado psíquico (Marucco, 2006). Este es un proceso inconsciente, el paciente no tiene conocimiento de que ello está sucediendo, y ésta es una pieza fundamental para el análisis. De hecho, la transferencia, es una pieza fundamentalmente de repetición y la repetición es la transferencia de lo olvidado pasado (Freud, 1914). Este punto nos facilita a pensar en la recurrencia de un determinado síntoma que es repetido, o determinada “escena” repetida en la vida o en el relato del paciente. Muchas veces esta repetición es una simple colocación frente a otro, una conducta habitual que se desprende de la dinámica familiar, etc.

DISOCIACIÓN

El término disociación nos es de mucha ayuda para entender los fenómenos psíquicos y físicos trabajados más adelante en el presente trabajo. Ha resurgido el interés en torno a este término como mecanismo fundamental para la comprensión de las reacciones ante el Trauma (Vega, et. al, 2005). La disociación es un fenómeno post traumático y constituye una forma de defenderse contra el trauma (Vazquez, 2008). Es un mecanismo de defensa, que intenta contrarrestar el desequilibrio emocional que de él deviene. Como tal, es una operación inconsciente, cuya particularidad es la de disociarse de aquella vivencia, situación, o de sí mismo, de forma tal que se hace manipulable el desborde energético. Es, una sustracción del Yo de determinadas porciones de la vida afectiva (Freud, 1961). Es un término utilizado muchas veces en relación al trauma, y tiene que ver tanto con un mecanismo de defensa (en tanto operación psíquica inconsciente que defiende al aparato anímico), como con un mecanismo adaptativo tendiente a la homeostasis: en este sentido, hablamos de una regulación interna de equilibrio a la que tiende el organismo. Ocurre una fragmentación de la experiencia que acata a la persona, al conjunto de condiciones tanto innatas como las adquiridas por medio de interacciones con el medio y con otros -el Self, el sí mismo, y se torna imposible la integración de tal experiencia en una única narrativa. El sujeto tiene la necesidad de construir una escena coherente a partir de elementos dispares, es entonces que la conciencia puede “doblarse”, “encogerse” o “dividirse” en pos de esta coherencia. Este impulso hacia la integración es tan fuerte luego de una experiencia traumática que tiende a armarse un todo coherente ahí

donde existía un vacío (Vega, et. al, 2005). Es, entonces, una respuesta subjetiva del individuo, no se desprende netamente de la vivencia, ya que depende del nivel de tolerancia de la persona, y es recurrente cuando se expone a sujetos a situaciones potencialmente traumáticas (van der Hart et. al., 2005). En ciertos casos se ha visto que algunos cuadros disociativos pueden incluso generar distintas vivencias e identificaciones del Yo, cuando la disociación es estructural (van der Hart et. al., 2005). “La sensación de una ausencia es menos tolerable que la ausencia de una sensación” (Vega, et. al, 2005).

SOMATIZACIÓN

Es por excelencia una tendencia a experimentar el síntoma de forma física. Es una modalidad de respuesta disociativa ante el Trauma en la cual los aspectos físicos no son integrados (Vega, et. al, 2005). Desde un punto de vista neurobiológico, se apoya la idea que la unicidad encierra la complejidad y que el cerebro tiene que enfrentar la sobreabundancia de información sin perder la coherencia (Vega, et. al, 2005). Janet (1920) planteaba que los recuerdos de las experiencias traumáticas se almacenaban fuera del campo de la conciencia para explicar este fenómeno (Vega, et. al, p. 2005). Esto sin embargo no implicaría que el hecho de estar fuera del campo de la conciencia no tenga influencia sobre la vida psíquica del sujeto (Vega, et. al, 2005). En la literatura de Freud, encontramos el término Conversión, mecanismo de formación de síntomas que consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución en síntomas somáticos, motores o sensitivos. La libido desligada de la representación reprimida, siendo lo que caracteriza principalmente la conversión es su significación simbólica dado que estos síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas (Laplanche & Pontallis, 1971). Los afectos pasan a ser causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso como de otros órganos (Freud, 1980). Luego de estas teorizaciones, el DSM identifica estos síntomas en las patologías de trastornos somatomorfos o trastornos disociativos (Rodríguez et. al., 2005). Para la psiconeuroinmunoendocrinología, toda experiencia produce modificaciones psicoorgánicas, aunque ellas pueden producir factores de vulnerabilidad o factores facilitadores (Duburdiou, 2008). En el caso de estrés, las respuestas somáticas estarían condicionadas tanto por factores estresores como por características del sujeto. Para esta disciplina, el trauma sería un agente provocador de este tipo de respuesta (Duburdiou, 2008). «Inhibición» tiene un nexo particular con la función

y no necesariamente designa o significa algo patológico...En cambio, «síntoma» equivale a indicio de un proceso definido como patológico (Freud, 1926).

Nemiah (1998) plantea que TEPT, conversión y disociación están conectados por el proceso disociativos y emplazados en diferentes categorías del DSM lo que dificulta su estudio (Vega, et. al, 2005). Van der Kolk por otro lado, plantea que la somatización, la disociación y los diferentes trastornos de regulación afectiva son expresiones tardías de Trauma. Estos expresan dificultades en la organización de la integración de las experiencias subjetivas, por tanto es posible que todos ellos representen trastornos en la naturaleza y procesamiento de la experiencia emocional (Vega, et. al, 2005).

RETRAUMATIZACIÓN

Muchas veces el contexto socio-histórico vehiculiza esta invisibilidad, haciendo más vulnerable a algunos sectores de la sociedad como los niños, las mujeres, minorías étnicas, movimientos políticos, etc. Esta vehiculización del contexto socio-histórico, sumada a la negación y denigración, al desamparo legal, o a procesos legales que exponen o descuidan a las víctimas, tanto como re-exposiciones a situaciones de similares características que la situación traumática primera, sientan las bases para lo que algunos autores expresan como “retraumatización”. Aparición de nuevos procesos disruptivos sobre el psiquismo individual y colectivo, que son desencadenados a partir de hechos contextuales que reproducen, con sus características medulares, una condición traumática preexistente (Madariaga, 2006). Muchas veces se suele vehiculizar la retraumatización sin un tratamiento oportuno de éste cuadro. Cuando el sujeto que presenta una vivencia de trauma psíquico no es debidamente trabajado teniendo en cuenta las particularidades del cuadro, tanto un abordaje habitual (en este sentido) como la ausencia del mismo pueden derivar en situaciones de retraumatización. Más aún teniendo en cuenta la tendencia a repetición, que antes veíamos, frecuente en estos casos

(Woller, 2012)

APEGO

Apego es un constructo teórico acuñado por Bowlby y Ainsworth en la década de 1950, y que refiere al estudio de la relación del bebé con su madre como piedra angular para la comprensión de la personalidad del bebé, su capacidad de afrontamiento, sus procesos motivacionales, seguridades e inseguridades (Lescano 2004). ¿Porqué es interesante para este trabajo? La experiencia de vinculación, de conexión y diferenciación con los otros, con el mundo deviene de éste constructo teórico y es la principal reguladora de las emociones (Bowlby en Vega, et. al, 2005). La regulación del mundo afectivo incluye la regulación interna (del Self y la autorregulación) y la externa (la regulación social) y esta es construida en contacto con el otro. De ello dependerá por ejemplo la capacidad de la integración afectiva. Cuidadores en condiciones óptimas ayudan al niño a identificar y verbalizar los afectos que inicialmente se experimentan somáticamente (Vega, et. al, 2005). El sistema de apego en tanto sistema regulador, es fundamental para la estructuración de la identidad y se activa en situaciones de tensión, en las cuales tiene como objetivo reducir el estado de alerta y reinstalar la seguridad (Bowlby en Vega, et. al, 2005). El fracaso en la integración de los afectos puede generar la tendencia a expulsar de la conciencia ciertos contenidos emocionales, vale decir, vehiculiza la disociación (Vega, et. al, 2005). Si la figura de apego está implicada de manera directa en el suceso traumático, ya sea concretando la acción (maltrato físico, emocional, sexual) o por omisión (en la negligencia), sobreviene en el sujeto víctima una dicotomía entre el daño la figura que provee la garantía de supervivencia, que allanará el camino hacia la psicopatología (Baita, 2015). Algunos pacientes describen su experiencia en forma de fragmentos aislados de diferentes percepciones sensoriales, como fragmentados o aislados, que a su vez, dejan al sujeto aislado de los demás, a solas con su experiencia (Vega, et. al, 2005).

NEGACIÓN Y RENEGACIÓN

Negación y Renegación son mecanismos de defensa, que, como tales, son operaciones intrapsíquicas inconscientes, que defienden al aparato psíquico, por ejemplo, de la angustia (Laplanche & Pontallis, 1971). Es importante aclarar que los mecanismos de defensa tienen que ver con la estructura del sujeto, con la edad evolutiva, con la experiencia psíquica en torno de la cual operen. En el caso de la Negación, el sujeto, a

pesar de formular deseos o sentimientos reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezcan (Laplanche & Pontallis, 1971). Este mecanismo se ve en dos grandes distinciones: o bien negando algo propio del sujeto, o bien, negando una percepción, “esto no pasó” (Laplanche & Pontallis, 1971). En el caso de los niños, por ejemplo, ante la imposibilidad de protestar o defenderse, luego de una situación en la que fue víctima, buscará un estado anterior de ternura, donde no existe lugar la violencia por él vivida (Ferenczi, 1932) Cuanto más avanza el análisis clínico, más difícil es aceptar lo que surge para el paciente. Es entonces, un modo de conocer lo reprimido en el paciente para el analista (Laplanche & Pontallis, 1971). Este mecanismo es visible por ejemplo en los casos de abuso sexual infantil. En estos, frecuentemente el niño niega el suceso, por diversas razones, entre otras, por lo que tiene que ver con la retractación que propone Summit (1983), como uno de las etapas del síndrome de acomodación. Cuando la figura del perpetrador es un ser de la familia o del colectivo próximo, es intolerable admitir ambas situaciones, entonces lo niega. Muchas otras veces, teniendo en cuenta que este tipo de situación abusiva se instala por medio de complicidad y amenaza (“*si le cuentas a alguien voy a hacer tal cosa...o me va a pasar algo malo...o voy a ir a prisión, etc.*”) y el niño comienza a contrastar en la realidad que esta amenaza “de hecho” se cumple (por ejemplo en el medio de un proceso legal en torno a una denuncia de esta situación), ello lo lleva a retractarse, dado que de alguna forma también lo hace responsable de lo que suceda. Esta retractación siempre es posterior a haberlo declarado de alguna forma (aunque sea al interior de la familia) y tiene lugar por medio de una negación explícita de la situación abusiva, o de alguna declaración o discurso por el niño antes pronunciado (Summit, 1983). En el caso de la Renegación, es una defensa en la que el sujeto rehúsa reconocer la realidad de una percepción traumatizante. En tanto que en la negación el sujeto niega algo propio por efecto de la represión, o a los efectos antes nombrados, lo que habla más de una estructura neurótica, en la renegación el sujeto niega la realidad, lo que habla de un mecanismo psicótico (Laplanche & Pontallis, 1971). Es incongruente la realidad material circundante, entonces de alguna manera el sujeto la manipula y la acomoda. Ello para Freud, data de la incongruencia de la figura materna sin pene, lo que habla de un situación mucho más arcaica, más primaria, y por tanto más hacia la estructura psicótica que la Negación (Laplanche & Pontallis, 1971)

En otras palabras, el sujeto que presenta un TEPT, suele tener diversos síntomas que pueden guardar relación con la situación disparadora del cuadro. Estos síntomas de manifestación somática, los entendemos como síntomas somáticos, o productos del

proceso de somatización. Ellos pueden ser variados como podemos ver más adelante. En cuanto a las situaciones potencialmente traumáticas, como vimos no generan trauma en todos los sujetos. De factores como el apego, cuando el mismo fue generador de herramientas personales e interpersonales, internalizador del autocuidado y la búsqueda de seguridad, devendrán un mejor afrontamiento de la misma, o vehiculará, al menos, una mejor estructura para contrarrestar la compulsión a la repetición, y también de posibles situaciones de retraumatización que puedan desprenderse de la repetición o de otros factores que no dependen del sujeto. Luego, es frecuente encontrarnos dentro del TEPT con sujetos cuyo mecanismos de defensa utilizados han sido disociación, negación o renegación. Las vivencias límite llevan a apelar a mecanismos con éstas características que a su vez, generan vulnerabilidad emocional y psíquica. Son mecanismos operativos y funcionales cuando la situación que lo demanda es altamente nociva y avasallante para el sujeto, y pueden llegar a ser estructurales.

Dado que el presente es un trabajo que versa sobre el trauma psíquico y el TEPT como posible presentación clínica del mismo, es necesario no solo entender y manejar los términos antes expuestos, sino tener conocimiento del sistema nervioso y de su vinculación al cuadro. Dado que está presente en varios manuales tanto de psiquiatría como de neurobiología, es preciso hacer este recorrido, entendiendo que lo que hoy es

TEPT, en otros momentos fue llamado “Neurosis de Guerra” o “Neurosis Traumática” (Vales, 2012). En épocas antes citadas, no se encontraba sistematizado ni siquiera era referido como un cuadro en sí como lo manejamos ahora. El desarrollo de estas áreas hace que debamos repasar el sustento biológico que hace al mismo.

Importancia de la Neurobiología del Sistema Nervioso

¿Por qué es importante hablar aquí del Sistema Nervioso? Desde el comienzo, el cuadro se vinculó casi directamente a soldados provenientes de diferentes guerras (existen registros históricos de soldados provenientes de la Guerra de los Cien años entre Francia e Inglaterra en el Siglo XV, con esta sintomatología, personajes dentro de algunas obras de Shakespeare, Siglo XVI, por citar un par) y se vió a lo largo de la historia que los síntomas entre ellos eran similares (Carvajal, 2002). Luego, previo a la sistematización de manuales de psiquiatría, durante los Siglos XVII-XIX, existen registros que datan de personas que transcurrieron por sucesos de características traumáticas que presentaban

similares síntomas. Pinel (médico de la época) llamo a este conjunto de síntomas “neurosis cardiorrespiratoria” y a otros estados post traumáticos les llamó “idiotismo”. Estos cuadros corresponderían a lo que se llamó Neurosis de Guerra posteriormente (Carvajal, 2002). Dado que el término Trauma es acuñado por Freud es necesario volver a la teorización que inicia el autor. El mismo, basa su teoría en torno a las Neurosis, y dentro de ellas, a la Neurosis Traumática, que es la más acercada teóricamente al presente trabajo. Ésta, es un tipo de Neurosis en la que los síntomas aparecen consecutivos a un “choque emotivo”, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto siente amenazada su vida (Laplanche & Pontallis, 1971). Existe una crisis de ansiedad paroxística, que puede provocar estados de agitación, estupor o confusión mental. (Laplanche & Pontallis, 1971). Traumatismo se reservará a lo somático, y designa lesiones producidas de forma instantánea por agente mecánicos cuya acción vulnerante muchas veces es superior a la resistencia de los órganos donde actúa, que serán heridas o contusiones según exista o no efracción (Laplanche & Pontallis, 1971). Ello hace que las situaciones generadoras de Neurosis planteen el problema diagnóstico de la existencia o no de un problema Neurológico (Laplanche & Pontallis, 1971). Es importante precisar la vigencia de las vicisitudes que plantea el cuadro, desde los inicios de la teoría freudiana hasta hoy. Todas las variables antes mencionadas que son citadas del autor, se encuentran hoy como material de trabajo clínico. Incluso luego del desarrollo y clasificación de manuales de psiquiatría, y avances teóricos de otras corrientes. Dadas estas condiciones, debemos revisar el conjunto del organismo, ya que muchos de los síntomas con los que trabajamos en clínica, son susceptibles de tener una correspondencia dentro del sistema nervioso, de hecho Freud, que era neurólogo, hace hincapié en el carácter somático (en la conmoción del organismo que provoca una afluencia de excitación) y en el carácter psíquico del Trauma. Esta teorización sostiene la existencia de factores variables en relación directa entre sí -como antes mencionaba- entre los que se pueden destacar predisposición y traumatismo (mencionados como factores exógenos y endógenos en otras obras) (Laplanche & Pontallis, 1971). Ello explicaría, según el autor, todos aquellos casos en los que un suceso menor adquiere un valor desencadenante debido a la fragilidad del sujeto, y por otro lado, aquellos acontecimientos de una intensidad excepcional que perturban el equilibrio del sujeto. En este punto, el Trauma se vuelve relativo (Laplanche & Pontallis, 1971). Vemos nuevamente aquí la correspondencia entre síntomas y cuadros, que hacen indispensable entender el funcionamiento total del cuerpo y de todas sus partes. Es por ello que se hace necesario el entendimiento del funcionamiento del Sistema Nervioso, dado además, que algunos de los factores que están presentes tanto en la historia, luego en

la Neurosis de Freud, como en el TEPT posterior a él -entendiendo que ambos son cuadros adquiridos a raíz de un trauma psíquico por definición- tienen que ver con el correcto funcionamiento del mismo.

Sabemos que nuestro cuerpo es un sistema abierto, por lo que no es imparcial a los cambios exteriores: se ve por él directamente afectado y a su vez puede modificarlo (Dubourdieu, 2008). Sabemos también que en su calidad de Sistema, el organismo tiende a un equilibrio de todas las partes y tiende a regularse. Por lo mismo, entendemos que además de lo social y cultural (que sería lo más exterior de este sistema abierto) y de un aparato psíquico, contamos con un cuerpo con diferentes sistemas y aparatos, dentro de los que nos detendremos particularmente en el Sistema Nervioso (SN). Cada aparato y cada sistema dentro del cuerpo tienen una función preponderante, que no significa que sea la única. En el caso del Sistema Nervioso, tiene la compleja tarea de regular el mundo interno y a su vez, implicarse asertivamente con el mundo externo. De hecho, diferentes órganos del sistema nervioso se unen entre sí para dar lugar a complejos sistemas que se especificarán en diferentes tareas esenciales (Solms, 2004).

El Sistema Nervioso (SN), con respecto al mundo interno, recaba, procesa y envía información a los diferentes órganos del cuerpo a través, por ejemplo, del sistema circulatorio, e inervación a los diferentes órganos del cuerpo. En general son tareas que no tienen que ver con la voluntad, que a su vez está supeditado al correcto funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Es denominado así, porque de éste se desprenden todas las funciones cuya respuesta es involuntaria (Solms, 2004). A su vez, no solo recaba esta importante información, sino que se encarga de elaborar una respuesta que puede ser regular un factor por ejemplo, la existencia de una hormona en el torrente sanguíneo (Solms, 2004).

En el caso del mundo exterior, el SN también capta y procesa información que viene desde el mismo, y sintetiza una respuesta. Es capaz de modificar su medio en forma de una respuesta para regular o asegurar una función interna (Solms, 2004). Para este fin, el SN cuenta no solo con complejos interjuegos entre diferentes sistemas, sino con el auxilio de terminales nerviosas que están en la piel, las articulaciones, y los diferentes órganos que recaban información desde el exterior y la vuelcan en forma de impulsos nerviosos hacia el interior (Solms, 2004). Así, no solo es capaz de recibir, procesar y generar una respuesta,

adecuada, sino que el SN debe coordinar exactamente diferentes esquemas de acción que pondrá en juego para que la ejecución de la respuesta elaborada sea adecuada (Solms, 2004). Toda transformación que hagamos en el mundo exterior es primero una internalización de esquemas que se lleva a cabo en el mundo exterior y que a su vez genera una modificación en el medio interno, vale decir, los eventos físicos tiene a su vez efectos mentales y viceversa (Solms, 2004).

No solo el ser capaz de generar una respuesta por tener un SN funcional, sino el tipo de respuesta y todo lo que la determina y cómo se ejecuta tiene que ver con mucho más que el SN. Esto es visible tanto en las respuestas sanas o esperables, como en la enfermedad. De aquí se desprende que las respuestas no son idénticas en todos los sujetos, sino que tienen que ver con una construcción personal. Las respuestas al estrés son un buen ejemplo de ello, y las consecuencias del trauma psíquico, también. Retomando los conceptos antes manejados como la construcción del Self, las relaciones de Apego y el tipo del mismo, el tiempo de exposición a la situación que desencadena un trauma psíquico y el contexto en el que se encuentra esa persona en ese momento determinarán de alguna forma la respuesta a una situación en conjunto con su SN. Hipócrates (siglo IV a C.) planteó que no habría enfermedades como entidades nosológicas sino hombres enfermos (Dubourdieu, 2008, p. 28).

Estrés: un ejemplo de respuesta del Sistema Nervioso

Este término ha sido utilizado en varios ámbitos y con diferentes acepciones. Ante todo, debemos entender que el estrés (o *stress* en su vocablo original) es una respuesta adaptativa del SN. Es una reacción del ser humano ante situaciones amenazantes o de excesiva demanda, y puede presentarse en torno a la supervivencia del sujeto (Vales, 2012). Es entendido como una respuesta adecuada o esperable del Sistema Nervioso ante un estímulo que por su naturaleza pone en marcha las respuestas adrenérgicas, vale decir, predispone el cuerpo para la lucha o la huida. Las respuestas al estrés estarán condicionadas tanto por las características de los estresores (cualidad, intensidad y tiempo de exposición) como por las características del sujeto, que pueden variar en tanto ser características propias (como genéticas), circunstanciales, adquiridas o evolutivas (Dubourdieu, 2008). Las emociones, por ejemplo, intervienen en la valoración subjetiva de este estímulo estresor, de ahí la diferencia de las respuestas en torno a la misma situación

de diferentes sujetos (Vales, 2012). En condiciones normales, el eje HHA (hipotálamo-hipófiso-adrenal) se vincula con las funciones vitales como sueño-vigilia, ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria, dilatación de las pupilas, entre otras (Vales, 2012). Dentro del conjunto de las respuestas al estrés, se pueden distinguir tres instancias: ultrarrápida, que se produce en segundos luego del ingreso por las vías sensoriales del estímulo estresor, y es una respuesta autonómica. Aumenta el tono cardiovascular, aumento de la energía disponible, activación inmunológica, etc. (Vales, 2012). Una respuesta rápida, la cual implica un aumento del flujo cerebral sanguíneo y de utilización de la glucosa, en la que se pueden ver pérdida de apetito, y disminución de los sistemas gonadotróficos. Y una mediata, que es necesaria para mantener los niveles de actividad y funcionamiento de las instancias anteriores, en la que hay una disminución de la libido sexual, de la función tiroidea, y de toda otra función que en situación de afrontamiento o huida no serían necesarias (Vales, 2012). En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas (Lazarus y Folkman, 1984). Dado que el sistema nervioso a través de sus órganos y su funcionamiento interviene a su vez en otros sistemas, veremos que en las respuestas al estrés, también se verán afectadas por ejemplo, el sistema inmune, y puede así, desbalancear la respuesta inmunitaria (Vales, 2012). De esta forma, existe una interacción compleja que implica al psiquismo, al sistema nervioso, al sistema inmune, al sistema endócrino, por citar algunos ejemplos (Vales, 2012). Cuando esta respuesta que en principio es adaptativa implica una inadecuada adaptación, las reacciones se prolongan en el tiempo y se produce una sobrecarga en el organismo, hablaremos entonces de distrés (Vales, 2012). Factores como el estilo de vida, la sobre exigencia laboral, dificultades económicas, o acontecimientos negativos como una enfermedad crónica, una catástrofe, el fallecimiento de un ser querido, pueden generar este tipo de respuesta de inadecuada adaptación (Vales, 2012). El trauma psíquico secundario a experiencias tempranas adversas pueden llevar a este tipo de respuesta, tanto como depresiones, trastornos de ansiedad, entre otros en la vida adulta (Vales, 2012).

Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT)

Previamente comenté el estrés como una de las posibles respuestas del SN. Luego, y de aquí en más, trabajaremos sobre el TEPT. Este es uno de los ejes del presente trabajo, y es de particular interés trabajarlo dada la naturaleza del mismo: engloba y articula una proliferación de síntomas visibles desde el punto de vista psicodinámico y el correlato de ellos (o incluso otros) de naturaleza específicamente neurobiológica. Es curiosa esta doble articulación dado que representa en sí mismo un desafío para la clínica psicoanalista clásica, dado que por sus características, en principio, sin ninguna modificación, sería muy complejo de abordar y demanda un conocimiento y un manejo de la neurobiología como pocos otros cuadros tan peculiarmente. De hecho, el inicio del trabajo con este tipo de pacientes en la clínica fue lo que modificó sustancialmente la teoría freudiana como era hasta entonces, la naturaleza del cuadro (de los “predecesores” de este cuadro) reorientaron muchos años de estudios psicoanalíticos que hasta entonces conocía el principio de placer, la pulsión de vida, el sueño como cumplimiento de deseo, entre otras cosas (Freud, 1920, 1926; Benyakar, 2005). El mismo fue lo que en otros momentos se llamó Neurosis de Guerra o Neurosis Traumática (Vales, 2012). Aquí presenta una sintomatología particular y visible más o menos estable en todos los pacientes que presentan el cuadro. Es este uno de los puntos clave en los que se ve la vigencia de lo descrito por Freud hacia 1920 y los psicoanalistas posteriores a él y la actualidad. El Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), como lo indica su nombre, es un trastorno de la respuesta adaptativa antes expuesta, adquirido secundario a un trauma psíquico (Carbajal, 2002).

Con el desarrollo de las ciudades, los medios de comunicación y transporte, sobrevinieron nuevos accidentes, algunos de ellos graves, cuyos posteriores síntomas no físicos eran atribuidos a microscópicas lesiones medulares o craneales, y no a secuelas psicológicas o emocionales de las vivencias. Otros, los atribuían al shock de haber vivido aquello y proponían su origen emocional, de ahí que poseían características histéricas. Así se dio una gran controversia para explicar los síntomas del TEPT oponiendo una aproximación biológica con una psicológica (Carbajal, 2002). Posteriormente, Charcot, Janet y Freud (S XIX) publican estudios vastos donde una importante cantidad de pacientes presentan síntomas explicables por un origen traumático, y por tanto, era imposible integrar esta experiencia agobiadora. Incluso luego de acuñar el término Shell Shock (de los soldados que habían vuelto de la 1era. Guerra Mundial y que presentaban esta sintomatología) un médico propuso el término de Fisioneurósia, para explicar la

naturaleza tanto psicológica como neurológica del trastorno. De ese modo se constituía una memoria traumática, la cual estaba disociada de la conciencia, con síntomas como temblores, amnesias, parestesias, ausencia o exceso de sueño, etc. (Carbajal, 2002).

En términos del DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edición nro 5), encontramos al trastorno por estrés post traumático (TEPT) dentro de los Trastornos Relacionados con traumas y factores de Estrés, y dentro de este tema, como Trastorno de Estrés post Traumático. El mismo plantea que estos pacientes suelen presentar problemas con la regulación del humor, pobre concepto de sí mismo, problemas a nivel de las relaciones interpersonales, síntomas afectivos, ansiedad, síntomas disociativos y somatomorfos, entre otros. (DSM 5, 2013). En el OPD 2 (Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado en su segunda edición) encontramos algunas aclaraciones que complementan el diagnóstico CIE-10 para la psicopatología y psicoterapia en tres áreas dentro de las cuales encontraremos al trastorno por estrés post traumático. Este trastorno en particular guarda una estrecha relación con su eventual causa o desencadenante, que puede ser un evento excepcionalmente grave o un hecho decisivo de la vida, entre otros (CIE 10, 1992 en OPD 2, 2008).

El término TEPT engloba claramente dos grandes aspectos: por un lado el estrés, y por el otro el trauma. El estrés en tanto respuesta del SN, pero en este caso inespecífica y desorganizada, no respondiendo exactamente al estímulo, por tanto se acerca más al “distrés” que al estrés. Sin embargo, este es un *trastorno* de la respuesta adecuada. De ahí su vinculación con el vocablo “estrés”. Por otro lado, el término trauma, ya trabajado y definido en el presente trabajo. Es entonces un trastorno, que ataca las respuestas habituales del SN que sobrevienen luego de a experimentación de un trauma psíquico (Carbajal, 2002). Así, en esta terminología se integran las vicisitudes de diferentes índoles: naturales (como catástrofes), accidentales (incendios por ejemplo), o acciones humanas deliberadas (tortura, maltrato, por ejemplo) (Carbajal, 2002).

En la literatura se encuentran varias clasificaciones para agrupar los síntomas asociados a este cuadro. Dentro de estos se pueden visualizar tres grandes grupos (sin perjuicio que siempre existan algunos asociados a las características del sujeto y su vivencia personal):

- I. Síntomas de **hiperalerta**, como reactividad permanente, sobresaltos, hipervigilia o que hace a una visible irritabilidad problemas en la regulación de los afectos, conductas, impulsos,; así como también problemas interpersonales y de identidad. Dentro de estos podríamos también proponer algunos síntomas físicos como dolor crónico (que no tiene una mejor explicación médica), síntomas sexuales, digestivos o de conversión.
- II. Síntomas **intrusivos** (en los cuales es importante resaltar que no existe una activación normal de la memoria): flashbacks, recuerdos recurrentes no buscados, pesadillas, problemas de atención y conciencia
- III. Síntomas **constrictivos o evitativos** (en los cuales el sistema de defensa se desconecta), como la incapacidad de respuesta, desapego, freezing, rendición. Muchas veces el sujeto se ve desde afuera de su cuerpo como un observador externo. Insensibilidad al dolor y otras veces despersonalización. (Lescano, 2004)

También se han observado frecuentemente la pérdida de creencias importantes, falta de proyecto de vida, desesperanza, idealización del perpetrador, sentimientos de que nadie puede entender y de no ser importante o escuchado, culpa, vergüenza, sentimientos de desesperación que muchas veces vehiculizan ideación suicida o incluso intentos de autoeliminación. Habitualmente presentan serias regulaciones de los períodos sueño/vigilia, dificultades con la regulación de la alimentación y la ingesta (lo que a su vez puede proporcionar problemas vinculado a ello como desórdenes alimenticios o consumos problemáticos), dificultades con la concentración, la atención (con conductas como freezing, episodios disociativos incluso dentro de a clínica, flashbacks, recuerdos intrusivos no procurados), alteración o funcionamiento alterado de sistema endócrino con exceso o ausencia de factores y hormonas dentro del mismo, y alteración del sistema inmune lo que los lleva a una vulnerabilidad somática también.

En cuanto a sus aspectos clínicos y somáticos secundarios al trauma, en el Siglo XIX se comienzan a sistematizar las características clínicas (tanto dentro de la medicina como dentro de la patología mental) de las personas con traumatismo y esta es la primera

aproximación a una descripción clínica. (Benyakar, 2005). A la hora de hacer esta sistematización, había algunas afectaciones que tenían que ver más con el cuerpo (como amputaciones, cicatrices, etc.) y algunas otras que tenían más que ver con la psique (desarrollo de algunas alteraciones como tics nerviosos, fobias, alteraciones de las conductas basales) (Benyakar, 2005). Estos síntomas son, más bien, de manifestación física son secundarios a estas alteraciones de origen emocional. Dice M. Benyakar (2005), “aquí definiremos entonces al hecho externo a la persona como *Situación Disruptiva; Vivencia*, a lo subjetivo y *Experiencia* al encuentro de ambos” (Benyakar, 2005). Vale decir según ésta definición la Experiencia estará conformada por la situación traumática sumada a la vivencia de la misma. Aquí quedan bien diferenciados los diferentes aspectos de lo que habitualmente llamamos trauma psíquico. Según el autor, la sistematización del cuadro TEPT, tiene mérito en ordenar los diferentes aspectos que se estaban haciendo visibles a lo largo de los años sobretodo secundario a las diferentes guerras, y que en principio eran explicados por otros cuadros a los que tampoco se ajustaban. Esta terminología marca un origen del cuadro, la cualidad afectiva y su calidad de trastorno como alteraciones más o menos duraderas o más o menos estables (Benyakar, 2005). Hemos recorrido varios siglos de historia en torno al tema, donde podemos visualizar los mismos síntomas. Es aquí donde cabe preguntarse ¿cuán plausible de ser abordado este cuadro que es “reciente o nuevo” en tanto cuadro en sí, desde el psicoanálisis, que comienza a delinearse en el siglo XIX?

POSIBLES ABORDAJES DEL TEPT

Existen abordajes que apuntan al trabajo directo sobre el síntoma. Dado que el TEPT tiende a manifestarse clínicamente a través de síntomas somáticos y que ellos tienen directa implicancia con las vivencias traumáticas, estas terapias trabajan en torno a ellos. Si releemos atentamente, el material recogido tanto de los inicios del psicoanálisis como el punto de vista de las neurociencias, veremos congruencias exactas a la hora de visualizar el cuadro clínico. En párrafos anteriores, mencionaba cómo se presenta una persona con TEPT, qué aspectos de la vida del sujeto se alteran en respuestas de estrés cuando ellas son desadaptativas, las situaciones potencialmente traumáticas y las estresantes, y podemos afirmar existe una vigencia de los postulados psicoanalíticos en la actualidad clínica. Claro que existen años de lectores de Freud, críticos del mismo e innovaciones muy importantes en esta herramienta, pero podemos trazar estos paralelismos. La

alteración en torno al sueño, al apetito, a la libido, la sensación de ahogo, las parestesias, la irritabilidad, etc., son hoy, muchos de los motivos de consulta clínico. Estas son congruentes con los síntomas de TEPT. Claro está, que, como todo cuadro, los síntomas no se presentan ni todos, ni juntos para configurarlo, y dado que cada cuadro tiene directamente que ver con cada paciente, podemos también trazar este razonamiento a los posibles abordajes que existen en torno al tema: ni todos los terapeutas se sienten cómodos con todas las herramientas teóricas, ni todos los pacientes se sienten cómodos o se colocan como pacientes en todas las corrientes. De ahí se desprende el éxito de unas y otras en el tratamiento del mismo cuadro.

La terapia cognitivo-conductual entiende que la percepción de los sucesos y de las vivencias tienen directa influencia sobre las emociones y las conductas de las personas (Beck, 2000). Trabaja en torno al síntoma, generalmente con un tiempo acotado, y está orientada a resultados. Estos tienen directamente que ver con lo que plantea el paciente, con su síntoma, poniendo un fuerte énfasis en el presente. De hecho, se trabaja en conjunto con el paciente, en una “sólida alianza terapéutica” (Beck, 2000). Tiene como objetivo la reeducación de una conducta, y la prevención de futuras recaídas en el planteo del paciente, por lo cual, esta reeducación, ayuda también a que el paciente pueda hacer una evaluación de futuros sucesos similares y actúe en consecuencia (Beck, 2000).

Por otro lado, en 1987, la Dr. Ps. F. Shapiro, en Estados Unidos comenzó a sentar las bases de lo que hoy llamamos EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, o en español, Desensibilización y Reprocesamiento por medio de los Movimientos Oculares) (Shapiro, 1997). Esta terapia consiste en focalizar el tratamiento en torno, por ejemplo, a un trauma psíquico. En conjunto con el terapeuta, se irán delineando los aspectos más significativos para el paciente en torno a esta vivencia, y el terapeuta, por medio de estimulación bilateral, podrá “guiar” al paciente hacia la reconducción de este síntoma. La estimulación del terapeuta es bilateral y puede ser de naturaleza auditiva, ocular, kinestésica, etc., lo que facilitará una mejor conexión entre ambos hemisferios cerebrales (Shapiro, 1997). Este método, contiene en sus bases teóricas postulados de diferentes corrientes teórico-técnicas como el psicoanálisis, la terapia cognitivo-conductual, neurociencias, entre otras (Shapiro, 1997). La meta en este caso es la reconducción de esa emoción de forma adecuada, llevándola a una

“resolución adaptativa”. En este caso, la terapia se basa en tres grandes puntos: experiencias de la vida temprana, factores estresantes del presente y comportamientos deseados para el futuro. Es un abordaje que procura que el terapeuta, mediante la reconducción antes mencionada, estimule en el propio sujeto los mecanismos de curación inherentes a él (Shapiro, 1997).

¿Podemos abordar este cuadro desde la clínica psicoanalítica? El cuadro TEPT, que en otra época llamado Neurosis Traumática o Neurósis de Guerra ha sido estudiado y abordado por el psicoanálisis desde sus inicios, aunque el cuadro TEPT se presente sistematizado más recientemente. Igualmente, es importante preguntarnos, ¿qué herramientas de trabajo posee hoy el psicoanálisis en torno a este cuadro? En un principio, Freud planteaba que la cura versaba sobre “devenir consciente lo inconsciente”, o bien en “apagar el síntoma” (Freud, 1896). Posteriores trabajos de Freud han ido más allá de este postulado, planteando que esta meta, -la de devenir consciente lo inconsciente-, ni podría alcanzarse, ni correspondería al trabajo clínico. En tal caso el paciente se vería obligado a repetir lo reprimido como vivencia actual en lugar de reproducirlo como pasado (Freud, 1920). Pero dadas las características particulares del caso, su multidimensionalidad, y el riesgo que implica una repetición o un manejo habitual de la transferencia, es posible preguntarnos, si la clínica psicoanalítica más tradicional se ajusta a las demandas del cuadro. El abordaje debe ser particular en este caso. Debe existir por parte del analista en una primera instancia, una preocupación por generar un espacio de confort y seguridad para el paciente. El abordaje debe procurar que el sujeto se sienta empoderado, en control de la situación, para generar un clima óptimo de trabajo y sobre todo una sólida alianza terapéutica, sin la cual será imposible todo trabajo clínico (Woller, 2012). Se debe manejar debidamente la naturaleza neurobiológica del cuadro y sus manifestaciones psíquicas, generando paulatinamente un clima de entendimiento y sostén hacia la persona. Una escucha retraída con interpretaciones oportunas no sería recomendable, dado que, por la naturaleza del cuadro, se pueden actualizar sentimientos de abandono, inseguridad, miedo, en el paciente o repetir en el analista a su agresor, por ejemplo en los casos de maltrato y abuso. Si ello sucede, coartará toda posibilidad de vehicular el análisis (Woller, 2012). En éste sentido, la orientación será activa por parte del analista, no solo en cuanto a lo antes mencionado, sino también a integrar sólidos conocimientos de teorías adyacentes que serán de mucha ayuda para este peculiar abordaje (neurociencias, teorías del Yo, del Self, de Apego, conceptos como resiliencia, entre otras). Esto maximizará en gran medida

el repertorio del analista (Woller, 2012). El psicoanalista deberá contar con un vasto conocimiento de la realidad del paciente, de sus síntomas y de cuán influyentes son en su vida, de sus relaciones, etc., pero al momento de recabar esta información debe tener el resguardo suficiente como para no activar emocionalmente recuerdos que puedan ser nocivos en esta etapa. Si ello sucediera, se debe interrumpir oportunamente la sesión (Woller, 2012). En un segundo momento, ya avanzado el tratamiento, se tenderá a evocar en el sujeto todo aquello que puede haber sido internalizado, quizá previo a la instalación del trauma, que signifique una figura o lugar de resguardo, de protección, de tranquilidad. Esta activación tiene su correlato neurobiológico y, teniendo en cuenta que ya a esta altura manejamos un clima de trabajo propicio y una detallada información del paciente y su historia, podemos actualizar en él sentimientos de seguridad, de apego, sentando las bases para el trabajo del trauma propiamente dicho, y a su vez trabajando sentimientos de impotencia, el deterioro de su imagen, de autocuidado, de reconocimiento de sí mismo y de su persona, frecuentes en estos cuadros (Woller, 2012). De esta forma es esperable que se vayan instalando nuevos sistemas de creencias (o recuperar los anteriores), su autocuidado, y demás funciones del Yo antes pérdidas o erosionadas por la instalación del TEPT. Esto atendiendo a posibles situaciones de retraumatización y promoviendo un óptimo proceso de anticipación de este tipo de situaciones (Woller, 2012). Es necesario trabajar minuciosamente en la transferencia y en la contratransferencia con el fin de detectar y manejar oportunamente cualquier proyección en nosotros de un perpetrador o de una figura no deseada para el correcto desarrollo del análisis. Ello atentaría contra la alianza terapéutica que debemos proteger. Por ello, la instalación de la Neurosis de Transferencia, en estos casos no sería aconsejable desde un punto de vista práctico (Woller, 2012). Dada la fuerte recurrencia de síntomas intrusivos, accesos ansiógenos entre otros, es recomendable conocer y manejar técnicas de que ayuden al paciente a restablecerse en un posible estado disociativo agudo, que ayuden a reestablecer el aquí ahora, el presente dentro de la clínica, fuera de los peligros en otros momentos vividos (Woller, 2012). Lo mismo con accesos como “flashbacks” (fenómenos de acceso a abrupto a la conciencia y no deseado de recuerdos de la vivencia traumática) que interrumpen o bloquean el correcto desarrollo de la instancia, y a su vez es muy común de ver en estos cuadros (Woller, 2012). La superación de una inhibición, un desplazamiento a nivel del síntoma, la elaboración de un saber (no de “la verdad”) que pueda impedir un pasaje al acto, la elaboración de un procesos de duelo, son las evidencias de la eficacia del trabajo del psicoanálisis. Iremos de un sujeto con una demanda a un sujeto que modifica su posición respecto de su sufrimiento y lo que lo causa, sus relaciones con la realidad, con

el saber inconsciente, con sus síntomas. Este saber es solo alcanzable, si se basa en un cambio interior del paciente, tal como se puede alcanzar mediante un trabajo de análisis (Mattera, 2004). Pero este sólo es posible si existen las condiciones antes mencionadas. Luego será el momento de las puntualizaciones y de las intervenciones psicoanalíticas, pero después de haber generado las garantías pertinentes al cuadro.

Dado que el paciente que presenta un trauma psíquico presenta una clara fijación al momento traumático, trasladándose por entero a estas situaciones, repitiéndolas como actuales (lo que coincide a su vez con la descripción de los síntomas de pacientes con TEPT y la neurobiología en páginas anteriores), es lícito pensar en el psicoanálisis como forma de abordaje (Freud, 1916). También Freud habla de “precondiciones psíquicas” en su conferencia 18, refiriendo a lo que hoy proponemos como facilitadores, o conductas de afrontamiento (Freud, 1916; Duburdiou, 2008). Si bien no podemos confundir los términos, porque no son lo mismo, nos ayudan a visualizar la vigencia de algunos postulados freudianos. Más aún si tenemos en cuenta que el psicoanálisis está en las bases fundamentales de varias otras corrientes más cercanas en el tiempo. Si hablamos de la tendencia a la repetición del síntoma, si hablamos de que el paciente no logra controlarlo ni siquiera conocerlo, o tomar recaudos respecto de él, hablamos entonces del terreno de lo inconsciente, que tiene su mayor injerencia dentro de la teoría psicoanalítica: “de procesos conscientes no se forman síntomas” (Freud, 1916). En otras palabras, toda vez que nos encontramos con un síntoma, podemos conjeturar la existencia de procesos inconscientes que contienen el sentido del mismo y que por tal, son desconocidos para el paciente pero susceptibles de ser trabajados en el análisis (Freud, 1916). En el mismo texto plantea que de la vivencia en sí misma, no podemos hacer mucho, dado que no la conocemos, pero, dado que se constituyó en un trauma psíquico, podemos encontrar un sustituto (Freud, 1916).

Sabemos, por todo lo antes expuesto, que el cuadro de TEPT contiene tantos síntomas como personas que lo presentan, más allá de los que ya han sido sistematizados y que se mantienen medianamente estables en todos los cuadros, y que por ello conforman un síndrome. De esta forma se pudo realizar el agrupamiento de síntomas de TEPT. Teniendo en cuenta que son todas modificaciones que se producen como respuestas estresantes secundarias a un trauma psíquico, la variabilidad de síntomas acompañarán al suceso traumático individual (Duburdiou, 2008). Podríamos decir que cada sujeto

“elabora” su cuadro dado que tiene directa implicancia con las vivencias propias. El síntoma es, dice Freud, el resultado de un conflicto que se libra en torno a la satisfacción de la pulsión, o sea, como formación de compromiso. Es por ello que el síntoma es tan persistente y tan fuerte, porque está “sostenido” por ambas fuerzas y porque tiene el fin de satisfacer la pulsión y de ahí su carácter recurrente (Freud, 1916). Vimos antes que no alcanza con la herencia, ni con la genética para configurar la etiología patógena de cada cuadro. Según Hipócrates, “No existen enfermedades sino hombres enfermos” (Duburdiou, 2008). Tanto desde esta perspectiva, como desde el psicoanálisis, podemos ver la variabilidad de las presentaciones clínicas de pacientes sin perjuicio de que integren todas el mismo cuadro psicopatológico. Así, las respuestas de Estrés, tanto las esperables como las no esperables o desadaptativas, estarán dadas tanto por los estresores como por las características del sujeto, sus recursos, vulnerabilidades, etc. (Duburdiou, 2008).

Conclusión y reflexión personal

Luego del presente recorrido puedo visualizar la vigencia que tiene no solo la teoría psicoanalítica, sino las bases que fundamentan la dinámica psíquica en torno a, por ejemplo, la Neurosis Traumática. Teniendo en cuenta la cantidad de avances tecnológicos y de desarrollo científico que permiten abordar esta u otras temáticas y que a su vez, la producción de información se elevó considerablemente, aun así, podemos encontrar en los orígenes de esta teoría las piedras angulares de la clínica actual. Si hay que contar y apoyarse en los conocimientos científicos, en los desarrollos de los post freudianos, que son los que han continuado y perfeccionado la técnica, que está en continuo andamiaje, que la critican y que la mantienen, y esto mismo da cuenta de la vigencia de la que hablaba. Es importante llevar a cabo algunas adaptaciones de la técnica a la demanda del paciente. Este es un cuadro muy complejo por sus características y por su multidimensionalidad, en el que priman el miedo, el poco o nulo control sobre algunos aspectos de la vida cotidiana, el acceso disruptivo de flashbacks o de recuerdos intrusivos, que paulatinamente van generando aun más inestabilidad, aún más angustia, y aún más vulnerabilidad en el sujeto. No está seguro de que va a pasar y de cómo va a reaccionar en las diferentes situaciones de la vida cotidiana, lo que hace que vaya perdiendo solvencia e independencia con todo lo que ello implica. Entonces, sentarse a solas con un extraño a hablar de un suceso que lo privó hasta de su calidad de ser humano independiente, no es tarea sencilla ni autógena.

Se debe contar con sólidas bases teóricas, agregándole al repertorio de posibles herramientas de trabajo.

El ser más activo y generador de más comodidad y co-crear un ambiente óptimo de sostén y seguridad no sólo tendrá réditos para el paciente, sino también para el terapeuta. Este es quien debe tener el conocimiento más acabado de la realidad psíquica del paciente, y de la realidad material co-construída en la que devino el espacio terapéutico que la vehiculiza.

En cuanto al Trauma Psíquico, hoy poseemos mejores herramientas teóricas y técnicas que en cualquier otro momento para afrontarlo, y por lo mismo es necesario conocerlas, adquirirlas y si es necesario, adaptarlas para que puedan ser provechosas para el trabajo clínico. El llevar adelante nuevas aportaciones o nuevas adaptaciones no restarán en la calidad de psicoanalistas tratándose de innovaciones teóricas pertinentes, sin que ellas avasallen las características fundantes de la técnica.

No es difícil ver que la sociedad contemporánea habilita y desprotege permanentemente a sectores de la sociedad que resultan ser, a su vez, los más vulnerables por sus características. Los niños, los colectivos minoritarios (de género, políticos, religiosos), los ancianos, etc., son las grandes víctimas de la hipermodernidad y su manejo perverso del tiempo. El tiempo es, justamente, uno de los factores más impactantes del Trauma Psíquico, y la actualidad no colabora en este sentido, muchas veces haciendo más vulnerable al vulnerable, al sujeto más solo en tiempos de redes sociales, más descuidado, más estresado, y más desprotegido.

Bibliografía Consultada

- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Benyakar, M., & Lezica, Á. (2005). *Lo traumático: clínica y paradoja. El proceso traumático* (Vol. 1). Editorial Biblos.
- Baita, S. (2015). *Rompecabezas*. Ed.
- Bleichmar, H. (2008). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: hacia una técnica de intervenciones específicas* *Psicología, psiquiatría y psicoterapia* (Vol. 168). Paidós.
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O., & Corbella, S. (2000). Investigación en psicoterapia: El estado de la cuestión. *Boletín de Psicología (Valencia)*, (69), 19-42.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34
- Dryzun, J. (2006). Daño o desafío: posicionamiento subjetivo ante el trauma. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (24), 6.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE* *Psiconeuroinmunoendocrinología*.
- Freud, S. (1916). 18ª conferencia: La fijación al trauma, lo inconsciente. *FREUD, S. Obras Completas*, 16.
- Freud, S. (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. *Obras completas*, 12.
- Freud, A., & Carcamo, C. E. (1961). El yo y los mecanismos de defensa (Vol. 3). Paidós.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños, vol. VI ídem.
- Freud, S., López-Ballesteros, L., Hoffmann, E. T., & Bravo-Villasante, C. (1979). *Lo siniestro*.
- Freud, S., Strachey, J., & Freud, A. (2002). *Más allá del principio del placer*. RBA Coleccionables.
- Freud, S. (1980). *Obras completas. Tomo XII*. Amorrortu editores. Bs. As, 115117.

- Freud, S. (1970). Inhibición, síntoma y angustia.
- Freud, S. (1916). Los caminos de la formación de síntoma. Conferencias de introducción al.
- Khan, M. M. R. (2005). El concepto de trauma acumulativo. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*, (44), 117-137.
- Kohut, H. (1992). Análisis del self.
- Kohut, H., & Elson, M. (1990). Los seminarios de Heinz Kohut: sobre psicología del sí-mismo y psicoterapia con adolescentes y adultos jóvenes. Paidós.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B., Lagache, D., Gimeno, F. C., & García, F. A. (1971). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lescano, R., & Arazi, D. (2004). Trauma y EMDR: Un nuevo abordaje terapéutico.
- Madariaga, C. (2006). Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. *Reflexion*, 32, 4-8.
- Marty, M., & Carvajal, A. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(3), 180-187.
- Daurella, N. (2012). Trauma y retraumatización. De Ferenczi a Fonagy, pasando por la teoría del apego y la neurociencia. *Temas de psicoanálisis*.
- Force, O. T. (Ed.). (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Hogrefe Publishing.
- Lescano, R., & Arazi, D. (2004). Trauma y EMDR: Un nuevo abordaje terapéutico.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Tres Haches.
- Marty, M., & Carvajal, A. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 43(3), 180-187.
- Mattered, S. (2004). Efectos terapéuticos del psicoanálisis. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación*, 3.
- Marucco, N. C. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Rev. de Psicoanálisis*, 1, 9-19.

- Real Academia Española. (2016). Diccionario de la lengua española (Nro de EDICION.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html> ●
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). EMDR.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (2009). EMDR: una terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los traumas. Editorial Kairós.
 - Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59.
 - Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accomodation syndrome. *Child abuse & neglect*, 7(2), 177-193.
 - Solms, M., Turnbull, O., Sacks, O., & Jaramillo, D. (2004). El cerebro y el mundo interior: una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva. Fondo de Cultura Económica.
 - Tutté, J. C. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (23), 1.
 - Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-423.
 - Vales, L. (2012). Psicobiología del estrés. en M. Leira, *Manual de Bases Biológicas del comportamiento humano* UdelaR.
 - Vega, B. R., Liria, A. F., & Pérez, C. B. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de psicología clínica y de la salud= Annuary of Clinical and Health Psychology*, (1), 27-38.
 - Wöller, W., Leichsenring, F., Leweke, F., & Kruse, J. (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse-- Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(1), 69.