

ENSAYO

EL CONCEPTO DE TRAUMA PSÍQUICO: DE LO EXCESIVO A LO DIFERENTE

Eduardo Laverde Rubio

Profesor Titular Facultad de Medicina, Maestro Universitario, Universidad Nacional de Colombia.

* Correspondencia : elaverde@epm.net.co

Resumen

Partiendo de la teoría cuantitativa y pulsional de Sigmund Freud sobre el trauma psíquico y luego de precisar la forma y la esencia del “proceso traumatizante”, gracias al trabajo del equipo anglo-alemán dirigido por J. Sandler; el autor ofrece una teoría del trauma psíquico de tipo cualitativo y objetal, inspirada en la teoría inmunológica pero propia del psiquismo humano, puesto que esta basada en una relación interna de significación, donde existe una mediación simbólica y por tanto una relación triádica.

En esta teoría se acepta lo similar al “Yo” y se rechaza o intenta homologar lo extraño, aún cuando sea de origen interno. Esta propuesta es un modelo teórico y global surgido de investigaciones empíricas y sistemáticas sobre trauma psíquico y de hechos clínicos provenientes de la práctica psicoanalítica.

Palabras clave. Transtornos psicóticos afectivos, neurosis, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar.

Summary

Taking as a starting point Sigmund Freud’s quantitative and drive theory about psychic trauma, and in the other hand the work of the Anglo-Saxon team directed by J. Sandler that clarifying the form and essence of the “traumatizing process”, the author offers a qualitative and object related theory of trauma, inspired in the immunological theory, but relative to the human psyche, based on an internal relationship of meaning where there is a symbolic mediation and, therefore, a triadic relation.

In this theory, every thing that is similar to the «Ego» is accepted, and that interpreting as foreign is either rejected or homologated, even if it has an internal origin. This theoretical proposal, presented as a comprehensive model, has emerged from some observations take off systematic and empiric research about psychic trauma and clinical facts provided by psychoanalytic practice.

key words. Affective disorders, psychotic, bipolar disorders, anxiety disorders.

Introducción

Este escrito conceptualiza un hecho clínico: el trauma psicológico. La conceptualización pasa por la definición (establecer las particularidades de un hecho clínico y qué lo diferencia de hechos similares) pero no se queda allí; pues no sólo significa o caracteriza un hecho clínico, en nuestro caso, sino que busca establecer su esencia además de su apariencia; también busca precisar sus orígenes y relaciones. Siguiendo el curso propuesto, este trabajo busca definir y conceptualizar un hecho clínico “el trauma psíquico”, qué es?, cómo se diferencia?, de dónde proviene?, con qué y cómo se relaciona?.

Las teorizaciones más significativas del problema propuesto, las confrontará el autor con sus propias ideas sobre “lo diferente” como elemento traumático, para obtener respuestas e interrogantes y para intentar cerrar el problema sino para lograr una vuelta en el espiral del conocimiento.

Etimológicamente procede de *traumaticus* (latín) y éste del griego trauma: herida; por extensión el trauma psicológico implica una herida psíquica.

El concepto de trauma psíquico en la obra de Freud.

Entre 1893-1895, Breuer y Freud (1) se ocuparon de un hecho clínico: neurosis traumática e histeria traumática y su conceptualización en la “Teoría traumática” o “Teoría de la seducción”, que comprendía casuística clínica tanto de la histeria como de la neurosis obsesiva y algunas neurosis actuales.

Estos hechos clínicos, fueron relacionados por Breuer y Freud con escenas sexuales infantiles, dentro de las cuales se incluían sucesos de dife-

rente naturaleza, que iban desde intensos traumas hasta sucesos aparentemente nimios. Para designar estos sucesos Freud utilizó diversos términos alemanes que se pueden traducir por violación, abuso, ataque, atentado, agresión, trauma y seducción. Este último término “seducción” fue equiparado por J.Strachey (2) con “trauma” tal como figura en el índice general del volumen II de la Standart Edition (ES). El término “seducción” se impuso dentro de la teoría pero no es el más afortunado, pues implica un grado de complicidad entre la víctima y el victimario. Freud se refirió al usar este término a experiencias sexuales tempranas y reales (no a fantasías) que tuvieron un efecto perjudicial y duradero en la vida ulterior de los niños que las padecieran. Las otras variables incluídas por Freud en su “Teoría de la seducción” fueron el efecto sumatorio de los traumas múltiples, las limitaciones cronológicas (deberían haber sucedido antes de los ocho años) y la aparición de los efectos a través de síntomas en época posterior a la pubertad.

¿Cómo llegó Freud a establecer la teoría de la seducción y sobre qué hechos se basó? Tenemos la siguiente evidencia según la investigación histórica efectuada por Masson. Durante su permanencia en París, Freud asistió a las presentaciones y autopsias realizadas por Brouardel sobre crueldad y trato brutal a los niños, tal como lo consigna el propio Freud en el prefacio que escribió al libro de Bourke. Existe evidencia documentada de que Freud poseía libros (que seguramente leyó) de al menos tres tratadistas sobre el tema del abuso sexual y atentados contra menores (Brouardel 1909, Bernard 1886, Tardieu 1878).(3). La segunda fuente de evidencia se la proporcionaron sus propios pacientes que en 1896 sumaban 20, 18 de los cuales tuvieron una posible etiología sexual traumática en relación con la histeria (1).

En la concepción freudiana de la teoría de la seducción intervienen las siguientes variables: factor económico; exceso de excitaciones; susceptibilidad del sujeto; vulnerabilidad en el momento del suceso; violencia y sorpresa; posibilidad de que el hecho traumático se inserte en la estructura mental; trauma acumulativo; edad del sujeto y período de la latencia entre el hecho y su expresión sintomática o caracterial.

Renuncia a la teoría de la seducción

Laplanche y Pontalis (4), anotaron que el punto de vista traumático “nunca fue abandonado” (por Freud); la evidencia documentada muestra que dejó de ocuparse de esta teoría, al menos explícitamente y renunció privadamente a ella, como lo testimonió la carta de Freud a Fliess, fechada el 21 de septiembre de 1897 (3). Allí expuso argumentos de orden práctico y de naturaleza emocional¹. La renuncia pública se encuentra documentada ocho años más tarde en *Tres Ensayos* (1905) (5).

Argumentación en torno al trauma psíquico

El primer argumento cae dentro del círculo vicioso de la ciencia: “la desilusión continua en mis esfuerzos por llevar un solo análisis a una conclusión real”, este es un ejemplo típico de círculo vicioso científico: si una serie de observaciones o experimentaciones no ofrecen resultados positivos, ¿es por qué estos no existen?, o ¿es por qué hay deficiencias del método, del investigador o de ambos? Tal como ha sucedido en el campo de la física donde no se han validado los experimentos de Weber para registrar

“ondas gravitacionales”, que la teoría de la relatividad de Einstein predice.

Hoy en día se sabe que para romper este círculo vicioso es necesario disponer de un criterio independiente del experimento propiamente dicho (6). En nuestro caso, sólo transcurrió un año entre el planteamiento de la teoría de seducción y su abandono, no estaba bien definido qué era llegar a una “conclusión real”, no se estableció como operativizaba su teoría, es decir como se reflejaba esta en su modelo operativo y si de ello dependía la cura psicoanalítica, etc. En resumen, este argumento no es válido, le faltó “auditoría o interventoría científica”, independiente.

El segundo argumento es puramente emocional destinado a exculpar al padre de perversión y asimismo por las neurosis de sus hijos. “En todos los casos, el padre, sin excluir el mío, debía ser acusado de perverso”. ¿Por qué excluye el papel de la madre en la teoría traumática?. Este argumento además de emocional, está sesgado por falocentrismo.

El tercer argumento: “la historia excede en frecuencia la probabilidad de la perversión sexual ejercida contra los niños”. Este es un reparo cuantitativo, hecho sin disponer de estadísticas, es una presunción sin fundamento. Para confirmar tal presunción habría que disponer de las cifras reales de trauma y relacionarlas con las cifras de neurosis, es decir correlacionar dos variables.

El cuarto argumento insiste en que es imposible en el curso de un análisis distinguir entre ficción

¹Buena parte de la correspondencia Freud-Fliess fue incluida como archivos Z, de publicación solo permitida hasta el año 2100, de acuerdo a las instrucciones impartidas por Ana Freud al custodio del archivo K. Eissler. Conocemos el contenido de estas cartas por el escamoteo que realizó J.M. Masson, investigador historiográfico, a quien Eissler permitió acceder a dicho archivo, el cual reposa en la Biblioteca Nacional del Congreso de Washington. Roudinesco E, Plon M Sitio: Editorial 1997:234-308.

y realidad: “No hay indicaciones de realidad en el inconsciente, de forma que no es posible distinguir entre verdad y ficción”. Este argumento pone a prueba el juicio de realidad tanto del paciente como del analista, ¿la experiencia ocurrió en la realidad externa?, o ¿fue imaginada, soñada, fantaseada o delirada en el espacio interior y luego proyectada?. La experiencia es un hecho y como tal no puede ser discutida, sólo puede ser puesta en duda; pero en la discusión teórica no interesa tanto la realidad como experiencia, sino la realidad como una proposición explicativa, tanto del paciente o inicialmente del paciente y después del analista y no sólo como proposición explicativa individual, sino con posibilidad de generalizarla.

El quinto argumento, es la imposibilidad de superar la amnesia infantil cuando la experiencia se remonta a los primeros años de vida. Aquí Freud no diferencia entre memoria explícita verbal y memoria implícita. La memoria explícita corresponde a la memoria al alcance de la consciencia (autobiográfica y semántica: hechos, conocimiento general). La implícita es de tipo conductual y emocional, se repiten conductas y vivencias, lo cual constituye la base de la transferencia y abre la posibilidad de recuperar conductas y emociones ligadas a hechos pasados.

Se dice como argumento adicional que el abandono de la teoría de la seducción permitió a Freud dirigir la búsqueda hacia el mundo interno y la fantasía y desarrollar el psicoanálisis². Pero existen otras posibilidades: que no sean modelos excluyentes sino complementarios o que Freud con algunos cambios hay reintroducido más tarde las bases de la teoría de la seducción bajo diferente nombre y haya agregado otros facto-

res determinantes, como se puede apreciar en la lectura 18, “Fijación a traumas” de “Lecturas introductorias” (1916-17), (8). Freud al referirse a las neurosis traumáticas anota: “en realidad, el término ‘traumático’ no tiene otro sentido que el económico. Nosotros aplicamos éste, a una experiencia en la cual en un corto período se aporta a la mente un incremento de estímulos muy poderosos que no pueden ser elaborados normalmente, lo cual conduce a alteraciones permanentes en la manera como opera la energía”. (traducción del autor)

En “Mas allá del principio del placer” (1920), (9), Freud utilizó de nuevo el modelo económico para explicar el trauma, pero ahora incorporó a la teoría el instinto de muerte y su expresión mediante la compulsión a la repetición. En “Inhibición síntoma y angustia” (1926), (10), enfatizó la indefensión del Yo frente a las excitaciones, explicó la ansiedad como expresión de la expectación del trauma y también la repetición de éste en una forma mitigada.

Con esta evidencia obtenida de los textos freudianos, damos la razón a Laplanche & Pontalis (4), “La teoría traumática nunca fue abandonada por Freud”.

¿Qué diferencia existe entre la teoría del trauma (seducción) de 1893 y la teoría de la ansiedad, la teoría traumática y la compulsión repetitiva de 1915 a 1926?. De las ocho variables mencionadas en la recapitulación anterior, seis permanecen intactas, las dos últimas pueden ajustarse. A esto se agrega que el caudal de excitaciones puede provenir del interior del Yo y éste es tanto de naturaleza erótica como tanática; la fuente de excitaciones también puede prove-

²En carta fechada en octubre de 1897, dirigida a W. Fliess, Freud por vez primera, se refiere a la Obra de Sófocles “Edipo Rey” y comenta: “Cada espectador, es en germen, en imaginación un Edipo”. Roudinesco E Plon M. op.cit.

nir del exterior. La teoría traumática fue ampliada por Freud con una doble fuente de excitación, con pulsiones de diferente naturaleza, pero la teoría económica incluida permanece intacta. Esta última teoría cuantitativa la contrastaré con mi propuesta del trauma como resultado del ingreso al “Yo” en especial de lo diferente, proveniente de lo vincular, o sea una teoría de lo cualitativo y objetal. Es un paso de lo económico a lo cualitativo y de lo pulsional a lo objetal. En mi propuesta no se descarta la existencia del modelo cuantitativo-pulsional, se hace énfasis en lo cualitativo-objetal, por considerarlo un modelo propiamente mental, por tanto no será necesario refutar, o considerar poco útiles ninguno de los modelos expuestos por Freud, sólo es necesario reubicarlos, puesto que constituyen la base biológica del psiquismo. Mi hipótesis no compite con la cuantitativa de Freud, sólo busca complementarla con el factor cualitativo.

Definición actual

La definición de trauma, aceptada por la mayoría de los autores incluye: estimulación excesiva (interna o externa) al “Yo”. En este texto se utiliza Yo, para designar la totalidad del ser (Self) y distinguirlo de yo, como instancia psíquica, estimulación que sobrepasa la capacidad de manejo del “Yo” y conduce a síntomas e inhibiciones. Los aspectos que inducen desacuerdo son la capacidad de recuperación del “Yo” y las consecuencias psicopatológicas a largo plazo.

El proyecto trauma

Una revisión conceptual sobre el tema del trauma psíquico, hace obligatoria la consulta del trabajo en equipo realizado por el profesor J. Sandler y sus colegas de Londres y Frankfurt en 1991 (11).

Este proyecto comprendió dos etapas: la revi-

sión bibliográfica y las entrevistas a diez psicoanalistas reconocidos para explorar el uso de este concepto en su práctica diaria, sin teoría y refiriéndose a tres pacientes. La revisión bibliográfica, realizada mediante el “Hampsted index”, (12) destacó los siguientes elementos: el término trauma era usado tanto para referirse a la consecuencia mental de un evento externo, como al evento en sí, existe un componente de dolor psíquico, se generan categorías diagnósticas diferentes a neurosis o psicosis y los efectos más importantes eran el afecto subyugante y la perturbación de la estructura psíquica.

El análisis de las entrevistas grabadas de los psicoanalistas permitió agrupar el uso del término en las siguientes áreas: como el nexo entre el evento y la experiencia (subjetiva), como el estudio de las consecuencias inmediatas y posteriores, y como predisposición y vulnerabilidad del sujeto y como manejo terapéutico.

En los aspectos conclusivos se destacó la importancia de lo subjetivo para que un proceso devenga traumático, así como la existencia de factores internos (fantasías investidas de pulsión).

Terapéutica

En relación a la técnica empleada por los analistas entrevistados, la convicción predominante consistía en que el trabajo analítico tenía que ser dirigido a despertar el trauma contenido, trabajando desde la transferencia-contratransferencia e introduciendo necesariamente parámetros y modificaciones a la técnica.

En relación a la terapéutica del trauma durante el período agudo, se puede optar por ejercer un psicoanálisis sin parámetros, o un psicoanálisis

con parámetros como lo comunicaron los psicoanalistas entrevistados durante el “proyecto trauma”, o una psicoterapia inspirada en las técnicas de “debriefing” (textualmente es un término militar: interrogatorio minucioso a los soldados después de una misión). La técnica de “debriefing” surgió en los Estados Unidos en la década de los 80 con J. Mitchell y luego fue ampliada en Noruega por A. Dyregrov, como una manera de tratar víctimas de catástrofes naturales dentro de una intervención en crisis. Esta técnica incluye la intervención rápida en el momento de las crisis para estimular la expresión del trauma y el revivir sus emociones; se espera que uno de los mecanismos de mejoría con el uso de esta técnica sea el de crear un espacio de significación compartida entre el paciente y el terapeuta (13).

Los resultados del uso de esta técnica han sido objeto de diversos seguimientos y evaluaciones. Un grupo de investigadores, (13), se muestra optimista, en tanto que otro (14), en una revisión Cochrane sobre el tema, no recomienda su uso para el estrés post-traumático, al menos en sesiones aisladas. Tengo información de la inclusión de estas técnicas como parámetro en el curso de un psicoanálisis. Consiste en estimular el recuerdo de la escena (traumática), incidiendo en las sensaciones que acompañaron la vivencia, tales como olores, colores, sonidos, texturas. Se insiste en la intrusión de imágenes durante el episodio, tratando de asociarlas con el sentimiento que las acompañó, la técnica se dirige a estimular la integración de la representación con el afecto, e incluye el ofrecimiento por parte del analista de vivencias contratransferenciales para construir aspectos perdidos del suceso traumático.

Dado que se trata de una parámetro que podía entrar en conflicto con la regla fundamental y la abstinencia del psicoanalista, el debate queda abierto en espera de una mayor información que pueda

ser usada al respecto.

En lo relacionado a mi experiencia terapéutica, en los análisis informados en este trabajo, utilicé una técnica psicoanalítica “normalizada”, sin incluir ningún parámetro.

Con las pacientes de las investigaciones sistemáticas empíricas, a quienes realicé psicoterapia psicoanalítica, no fue necesario estimular o focalizar el tema del asunto traumático, pues era referido verbalmente y expresado afirmativamente de manera no solamente espontánea sino perentoria. Sin embargo es obligatorio considerar que existen otras respuestas psicológicas frente al proceso agudo de traumatización: historias motoras, mentales y verbales útiles, con predominio de respuestas motoras sin un fin aparente y de lo fisiológico sobre lo mental. La necesidad de un acercamiento terapéutico a este tipo de personas ha sido el factor determinante para la inclusión de parámetros o de técnicas activas, focalizadoras, de suministro transitorio de funciones mentales, etc. Algunas de las conclusiones del proyecto trauma son: se debe utilizar el concepto de proceso de traumatización el cual incluye la situación traumática y sus efectos inmediatos y tardíos. En cuanto a la respuesta patológica no sólo es de amplio rango, pues incluye inhibiciones, trastornos de carácter, alteraciones psicósomáticas, desórdenes afectivos, etc, sino que excede los diagnósticos de neurosis traumática y estrés post-traumático. Es decir el trabajo de este grupo permitió crear un espacio de significación, que se desplaza cuando el contexto y el sentido cambian, creando un proceso de evolución teórica.

De lo excesivo a lo diferente

A continuación presentaré mis ideas relativas a la teoría del trauma psíquico su origen y desarrollo, discusión y sustentación.

Desde la investigación empírica

Las ideas que a continuación expreso surgieron de investigaciones clínicas “*ex post facto*” en el campo de la salud mental, realizadas con la metodología de grupos de estudio y grupos de contrastación, cuyos hallazgos fueron entendidos bajo una mirada psicoanalítica. Son en conjunto seis trabajos extensos, por lo tanto sólo incluyó aquí una reseña crítica y la conclusión de los mismos.

En “Psicosis post-parto y conflicto filicida” (15), la hipótesis sustentada era “la existencia de un conflicto filicida inconsciente se relaciona con el alto riesgo de manifestación de una psicosis post-parto”. Los otros factores de riesgo estudiados: ausencia de pareja, antecedentes de estrés y antecedentes de aborto provocado, sólo evidenciaron una tendencia. Una de las conclusiones de este estudio fue que además de la vulnerabilidad psíquica del período post-parto, un factor predominante en el desencadenamiento de la psicosis de estas pacientes era percibir la hostilidad, el odio y el deseo de muerte hacia su hijo; vivencias que son captadas, por el núcleo central de identidad de estas mujeres, como extrañas, invasoras, enloquecedoras que las lleva más allá del límite de su tolerancia mental. Aún cuando provengan de su interior, estas vivencias tan amenazantes son vividas como extrañas.

El estudio de los efectos psíquicos de la violación sexual en la mujer (16), permitió establecer que las mujeres víctimas de violación presentaron mayores alteraciones psicopatológicas (afectivas, psicosomáticas y cognoscitivas) como consecuencias del trauma y en mayor proporción los siguientes factores de riesgo: agresión física, prácticas sádicas, perversas, violadores múltiples y aborto como consecuencia. Al estu-

diar los efectos psíquicos producidos por la violencia sexual en la mujer, se pudo precisar que los factores de riesgo incluían el estar sometidas al ataque de fuerzas externas, extrañas las cuales no sólo amenazaban, lesionaban, restringían y coartaban, si no privaban a la mujer de su capacidad de escogencia y oportunidad. Además forzaban a la mujer a situaciones peligrosas o no deseadas: contaminación venérea o embarazo, a lo cual se agregaban amenazas de rechazo o abandono por sus seres queridos, violación de sus valores éticos, estilo de vida y limitaciones subsiguientes.

El trabajo sobre aborto inducido y aborto espontáneo (17), buscaba establecer la relación entre factores de riesgo médico-psicológicos y el impacto emocional del aborto en uno y otro grupo. Las mujeres con aborto espontáneo presentaron a corto plazo mayor compromiso emocional y de mayor gravedad que las del grupo de aborto inducido. Al precisar el factor traumático en: “aborto inducido y aborto espontáneo”, se pudo verificar que éste estaba constituido en las mujeres del grupo “aborto espontáneo”, por la pérdida de las expectativas de ser madres y una mayor influencia afectiva en la representación psíquica del hijo perdido. En las mujeres con aborto inducido, se encontraba en la carencia de pareja conyugal y de apoyo familiar, por consiguiente debieron asumir toda la responsabilidad de abortar y no compartieron con su pareja la representación psíquica del hijo perdido; un duelo en solitario aumenta la dificultad para elaborarlo.

El trauma psíquico ocasionado por el embarazo no deseado en adolescentes tempranas (10-14 años) y adolescentes tardías (17-19 años) fue estudiado con criterios de contrastación (18). Se analizaron las diferencias estadísticamente significativas y se encontró que la ma-

yor vulnerabilidad psíquica de las adolescentes tempranas radicaba no solamente en su inmadurez, sino también en el hecho que eran suplantadas en su papel de madres por una figura familiar femenina autoritaria, teniendo que asumir el papel de hermanas de sus hijos.

En las adolescentes tempranas con un embarazo no deseado, llevado a término, el factor traumático estaba constituido por la presencia física de éste, *vis a vis* con la negación psíquica del mismo, a lo cual se agregaba que eran suplantadas en su papel de madres por una figura femenina autoritaria (madre, abuela, etc.) y debían asumir el falso papel de hermana de su hijo.

En el estudio de los factores estresantes psicosociales en la génesis de la hipertensión gravídica (19), se puso de presente la privación afectiva, la pobreza, la falta de espacio privado e inestabilidad ocupacional, todo lo anterior llenaba de incertidumbre e inseguridad y empujaba los proyectos de vida de estas mujeres.

En dos grupos de mujeres gestantes: unas hipertensas y otras normotensas, se determinó el nivel de estrés psicosocial a que estuvieron sometidas durante el último año. La hipótesis básica sustentaba fue “el factor de estrés juega un papel importante dentro de la amplia génesis de los trastornos hipertensivos gestaciones”. En las hipertensas existía un mayor estrés agudo, de moderado a extremo y mayor concurrencia de estresores que en las normotensas. Los factores de estrés aislados y que estadísticamente mostraron ser significativos fueron: pobreza, hacinamiento, pareja casual o esporádica, inestabilidad ocupacional.

“La falta de contacto, información y toma de decisiones, con su bebé enfermo, moribundo o muerto dificulta la elaboración del duelo materno”, fue la hipótesis sustentada mediante el es-

tudio de 40 pacientes, (20 de estudio, 20 de contrastación) cuyo bebé murió en el período perinatal. (20).

Los trabajos anteriormente reseñados tienen un común que se ocupan de un proceso de traumatización, (para acoger el término de Sandler y col), el cual puede venir del interior en mayor proporción (fantasías pulsionales), como en el caso de las psicosis post- parto, proceder de ambos frentes como es el caso de los abortos donde el hijo fantaseado anhelado se muere, (aborto espontáneo) o es expulsado, (aborto inducido) o proviene del exterior como en las pacientes violadas o embarazadas hipertensas.

Desde la clínica psicoanalítica

No me es posible ofrecer, por limitación de espacio, un informe clínico detallado. Comunicaré solamente una recapitulación de los hechos clínicos, comentarios y conclusiones del material original. Al lector interesado lo remito a los trabajos correspondiente, (21-24).

El psicoanálisis de dos pacientes femeninas y en especial su relación con los hombres, (21), permitió establecer que esta relación se da en términos del narcisismo de la mujer. Para que esta relación se diera, (al menos inicialmente), el hombre debería funcionar a la manera femenina durante el cortejo para lograr la aceptación de ella. Esta modalidad obedecía a una necesidad de parte de la mujer de recuperar sus objetos primordiales a la manera femenina establecidas sus peculiaridades en el proceso de construcción de su identidad sexual. Este proceso incluía identificación con la madre, identificación para permanecer como ella, sin des-identificación ulterior ni con la madre ni con el padre. Por su parte el varón debe identificarse y des-identificarse con la madre, para luego sí poder identificarse con

el padre. (22,23) “Si el proceso de des-identificación culmina con una mayor armonía de la personalidad, se logra una mayor autonomía narcisista, por re-proyección en el mundo exterior de elementos producto de la des-estructuración”. O su inclusión por medio de la homologación, según lo propuesto en este trabajo.

Resumen del material clínico

Amanda, joven de 25 años de edad, cuya profesión está vinculada al espectáculo. Soltera, bonita y elegante, tenía muchos admiradores a quienes despreciaba y mantenía a una distancia afectiva que ella manejaba. Acudió al análisis un tanto afectada por las enfermedades físicas y mentales que por ese tiempo padecían miembros cercanos de su familia.

En el curso del proceso analítico, los aspectos pertinentes estaban configurados por la relación con los hombres, que pretendía hacer funcionar a la manera de ella, donde no existía complementariedad, sino una relación narcisista especular. El trabajo analítico se centró, durante una época, en develar y elaborar estos funcionamientos de controlar, someter y poner a su servicio a los hombres, a quienes sólo admitía y toleraba como sus admiradores.

Gabriela, universitaria de 20 años, soltera, hija preferida de una familia acomodada. Asistió al análisis por presentar una disfunción orgásmica en el curso de sus relaciones sexuales, pero no cuando practicaba la masturbación. Sus temores frente a la violencia e intrusión masculinas se simbolizaban en sueños, en donde ella estaba desnuda, indefensa, duchándose y era asaltada por un hombre mayor quien abusa sexualmente de ella, había niños que facilitaban el acceso de los delincuentes.

Estos temores fueron objeto de análisis y elaboración durante buena parte de su tratamiento, el cual fue suspendido y retomado en varias oportunidades, justamente por no tolerar ella una relación continua con un hombre.

Mónica, mujer joven, universitaria, hija de inmigrantes, homosexual con dificultades de relación con sus amantes, ocasionalmente había tenido relaciones heterosexuales, “experimentales”, donde no gozaba, pero se divertía observando las dificultades de desempeño de los hombres que escogía: inseguros, tímidos y con dificultades eréctiles.

La relación con M, su amante principal, era tempestuosa, pues trataban de dominarse la una a la otra. También estaba teñida esta relación de crueldad, invasión física y mental y amenazas de abandono e infidelidad, varias veces llevadas a la acción.

La relación con el analista era vivida por Mónica, como una amenaza, una figura que se interponía e impedía o dificultaba sus relaciones homosexuales. El análisis era sabotado con ausencias, descalificaciones al accionar terapéutico del analista y demoras en el pago sin que ella tuviera ninguna dificultad económica externa.

En Mónica el elemento masculino queda excluido aún cuando ella y su amante adoptaban actitudes imitativas masculinas; no sólo evitaba lo masculino externo a través de la homosexualidad, sino que sólo entraba en contacto con los hombres a quienes podía esclavizar y ridiculizar.

Tanto en Amanda como en Gabriela, existió la fantasía consciente de cambiar de analista – hombre a analista – mujer. Esa figura femenina era imaginada de fácil acceso y estaba dotada de las máximas capacidades de comprensión. En contraste, con el analista actual se genera-

ban rechazos, este era objeto de continuos reclamos y vivido como fuente de insatisfacciones; en general sufría un proceso de denigración tanto por Amanda como por Gabriela. Este no encuentro transferencial se externalizó y generalizó aplicándose al hombre en general. La sesión de Amanda, ilustra la exclusión de los funcionamientos narcisísticos masculinos por parte de la mujer: “el hombre no sabe amar.... es demasiado corto en su contacto con la mujer, es egoísta, sólo busca satisfacción, se relaciona sólo con la cabeza de su pene y no con la mujer”. Al final de la sesión, después de su diatriba en contra de los hombres y relacionado con su ausencia del día viernes, hay un esbozo de soledad y tristeza, pero cuando esto se le interpreta, cambia nuevamente al no encuentro hombre-mujer. En general las interpretaciones de esta sesión no generan aproximación, no hay funcionamiento de complementariedad en pareja, sino de exclusión y violencia e intrusión indebida de lo masculino (extraño) en lo femenino.

En las sesiones de Gabriela están igualmente presentes las amenazas del asalto, la violación de su espacio interior, el robo de contenidos valorados y los intentos de seducción que culminan con violencia. Las interpretaciones generan en Gabriela actitudes denigratorias, rechazo como consecuencia de las dos estructuras narcisísticas que al interactuar no generan contacto, sino choques por una insuficiente labor de homologación entre las dos.

En Mónica la estructura narcisística femenina se refleja en sus relaciones homosexuales, donde el elemento masculino queda excluido y ella no sólo evita el contacto con el analista, sino además, se escamotea a sí misma e intenta reemplazarse por M en su relación conmigo. Interpretativamente le indico a Mónica cómo mi relación la siente intrusiva, violenta, manipuladora, abusiva, una amenaza para su rela-

ción con M; en otra dimensión, una amenaza para su equilibrio y estructura narcisística; ella espera que yo cambie y me ajuste a su funcionar narcisístico, pero no lo contrario. Cuando la relación con sus amantes se vuelve amenazante, requiere de mí, pero como un aliado estratégico y coyuntural.

En resumen, creo que estos materiales ilustran apropiadamente el aspecto que destaco en esta comunicación: la violencia que puede generar la interpretación como el resultado de la confrontación de dos estructuras narcisísticas no homologadas.

Debe tenerse en consideración que esta situación se da tanto con hombres como con mujeres (pues tanto en unos como en otras las estructuras y funcionamientos narcisísticos: yo ideal, ideal del yo, auto estima, elección de objeto narcisístico pueden ser incompatibles), por lo tanto el hecho de que el material clínico corresponda al sexo femenino es sólo circunstancial.

El suministro de un saber a través de la interpretación aporta al paciente algo diferente a su estructura narcisística, la cual se siente amenazada; se trata de la co-existencia en el paciente de una estructura narcisística (propia) con elementos procedentes de otra estructura narcisística (del analista) que por su incompatibilidad, aún sea selectiva y transitoria, genera exclusión, rechazo y violencia. La revisión de este tema me permitió confrontar mi punto de vista con Castoriadis-Aulagnier, (25), esta autora enfatiza la imposición, el exceso y la necesidad que violentan la individualidad de un ser sometido a un saber que se presume superior (la madre). Desde mi punto de vista, estos ingredientes son adicionales, pues lo fundamental es el ingreso al psiquismo de introyectos diferentes e incompatibles con el Yo.

Desde esta manera de entender el proceso analítico, “la elaboración” puede ser comprendida como un proceso de homologación que necesita de cierto tiempo para producirse, antes de que los introyectos puedan ser asimilados por el Yo.

De manera similar puede ser vista la “reacción terapéutica negativa”, como un rechazo del sistema de homologación narcisista, ante introyectos intolerables que generan ruptura. Igual apreciación puede hacerse de la “compulsión a la repetición”: intentos de asimilación del Yo repetitivos y no exitosos.

Modelo cualitativo

Lo diferente como elemento traumático

Para comprender este proceso traumático he propuesto una teoría comprensiva, modélica, creada por similitud al modelo inmunitario, donde se entiende como traumático al psiquismo humano, los elementos extraños al Yo (self) que ingresan de manera súbita o mediante agregados que se suman en el tiempo.

De la misma manera que el sistema inmunitario neutraliza elementos o substancias extrañas (antígenos) por medio de células (“killer cells”, macrófagos, células basófilas, linfocitos T, etc) y anticuerpos; el sistema narcisístico del Yo (self) excluye lo diferente (objetos) que intenta ingresar, mediante mecanismos defensivos, o intenta asimilarlo mediante un tratamiento de homologación, pues la estructura narcisística sólo admite lo similar u homólogo. Propongo que aquellos objetos extraños al Yo, pero con alguna similitud o grado de compatibilidad, atraviesan por una labor de homologación dentro o fuera del Yo, de acuerdo con el mayor o menor grado de similitud. La homologación externa al Yo, se realizaría en un espacio de homologación, similar al espacio transicional propuesto por Winnicott.

¿Cómo operaría este proceso de homologación externo al Yo?. Una posibilidad sería la de proyectar objetos internos que se adosarían a los futuros introyectos para luego introyectarlos o incorporarlos, cuando este proceso haya alcanzado un nivel mínimo. Una vez incorporados y homologados estos objetos serían tratados por medio de un más elaborado proceso de homologación interna para poder ser asimilados al Yo. El trauma psíquico se entiende por medio de este modelo, como una falla en el proceso de homologación interna o externa, de tal manera que estos introyectos extraños actuarían desde dentro como objetos que deberían ser aislados o expulsados del resto del Yo, creando una alteración estructural y funcional en el espacio mental.

¿Qué ocurre cuando el proceso de traumatización procede del interior del self? Ya hemos anotado que factores internos (fantasías pulsionales) pueden desencadenar este proceso de traumatización. Se trata de elementos extraños aunque procedan del Yo, tal como ocurre con las fantasías inconscientes filicidas, que son propias aunque parezcan extrañas y precipitan una psicosis post-parto. Al igual que en las enfermedades autoinmunes, el sistema defensivo psicológico se dirige ante estas fantasías pulsionales propias que le causan extrañeza, no pertenencia, el sujeto no se reconoce en ellas, chocan contra su núcleo de identidad y aceptación tanto yoica como superyoica y el Yo intenta neutralizarlas o aislarlas quedando en este último caso, como cuerpos extraños que pueden llevar a una ruptura psíquica, o eventualmente logra expulsarlos, creando estados mentales paranoides o fóbicos.

Un ejemplo clínico de espacio intermedio para homologar objetos extraños, es el que se debe ofrecer a las madres con duelo por la pérdida de su hijo, en la etapa perinatal. En la medida que

se crea este espacio para que vean, toquen, entren en contacto con su hijo enfermo, moribundo o muerto y le den un nombre, pueden hacerlo suyo, hacerlo compatible con su Yo y elaborar mejor la pérdida.

Conclusiones

Como se ha podido apreciar, los trabajos empíricos reseñados y el trabajo en la clínica psicoanalítica se realizaron todos, sin excepción, con pacientes femeninas. No fue planeado de manera propositiva para estudiar la psicología femenina frente al trauma, pero desde luego existe un sesgo de género en la población estudiada, ¿se podrá generalizar la elaboración de estas observaciones para los hombres? Yo creo que sí, pues la estructura narcisística de los varones, con las diferencias propias de su género, funciona de manera similar a la femenina anteriormente descrita, sin embargo sería necesario comprobarlo a través de la investigación clínica y empírica.

En relación a mi criterio frente a la teorización freudiana del trauma que destaca lo cuantitativo y pulsional, opino que refleja lo observado y confirmado por muchos investigadores, es un punto de vista necesario pero no suficiente para comprender de una manera integral el problema del trauma; lo cualitativo, diferente y objetal expuesto y sustentado en esta comunicación aporta algunas piezas adicionales útiles para armar el rompecabezas. Pero además, el modelo cualitativo tiene la ventaja de especificidad en la comprensión de los hechos psíquicos, cuando se introduce el concepto de “heterólogo” u “homólogo”, o más

coloquialmente: “extraño” o “propio” en relación con el Yo manejamos una relación interna, de significación, (simbólica), propia del psiquismo humano, al tiempo que una relación de comunicación triádica; sujeto, objeto, símbolo³.

En cambio el modelo cuantitativo económico, explica el hecho clínico por un exceso de fuerza o carga, es un modelo físico-biológico. Se trata de ofrecer un modelo alterno en la búsqueda sin fin de un modelo complementario o combinado, o en las palabras de Sandler, crear un espacio de significación común compartido con varios (ojalá muchos) colegas, para mejorar nuestra comunicación.

En cuanto a los aspectos terapéuticos, queda abierto el debate sobre la necesidad o no de implementar parámetros tendientes a estimular la expresión del trauma y revivir sus emociones, incluyendo el ofrecimiento de las vivencias del analista para “construir” aspectos perdidos del evento traumático.

Referencias

1. **Freud S, Breuer J.** Studies on hysteric SE 2.1893-1895.
2. **Strachey J. Standar Edition.** Of the Complete Psychological works of Sigmund Freud Vol. II General index. London: Hogarth 1995.
3. **Masson JM.** El asalto a la verdad. La renuncia de Freud a la teoría de la seducción. Barcelona: Seix Barral 1985.
4. **Laplanche J, Pontalis JB.** Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor 1968.
5. **Freud S.** Three Essays SE 7 1905..
6. **Collins H, Pinch T.** The golem. Cambridge: C. Uni-

³El concepto de símbolo empleado, incluye la representación del objeto o partes del si mismo, cuya evocación conlleva la vivencia, si bien su origen es inconsciente (represión, desplazamiento, etc.), es objeto de procesos cognitivos y por tanto deviene consciente, con un grado de autonomía que le permite incluirse en variados escenarios y ante todo destaca que posee patrones relacionales, de donde surge la comunicación triádica: sujeto, objeto símbolo diferente del objeto. (Lorenzer A.). *Crítica al concepto psicoanalítico de símbolo.* Buenos Aires: Amorrortu editores 1972.

- versity. Press 1993.
7. **Olds D, Cooper AM.** Dialogue with other sciences: opportunities for mutual gain. *Int J Psycho-Anal* 1997;78:219-225.
 8. **Freud S.** Introductory Lectures. S. E. 15-16 1916.
 9. **Freud S.** Beyond the pleasure principle S. E 1920
 10. **Freud S.** Inhibitions, symptoms and anxiety. S. E. 20 1926.
 11. **Sandler J.** Dreher AU Drews S *Psychic Trauma*. London: Institute of Psycho Analysis.;1962.
 12. **Sandler J.** The Hampsted index as an instrument of psychoanalytic research. *Int. J. Psychoanal.*, 1962; 43: 287-291
 13. **Wainstein M.** *Intervenciones con individuos*. Buenos Aires: Eudeba. 2000.
 14. **Wessely S.** Intervenciones psicológicas breves («debriefing»). Revisión Cochrane. info@update.co.uk 1998.
 15. **Laverde E.** Psicosis post-parto y conflicto filicida. *Rev Soc Col Psiquiat* 1968; 13: 364-393.
 16. **Laverde E.** Efectos psíquicos de la violación sexual en la mujer. *Rev Soc Col Psiquiat* 1992 ;21: 211-242.
 17. **Laverde E, Carvajal C.** Aborto inducido y aborto espontáneo. *Rev Soc Col Psiquiat*. 1993; 22: 165-180.
 18. **Laverde E, Contreras, L. Rodríguez E.** Embarazo de adolescentes. *Actualizaciones Pediátricas Fundación Santafé de Bogotá*. 1993 ; 3:116-125.
 19. **Laverde E.** Trastornos hipertensivos gestacionales y estrés psicosocial. *Rev Fac Med Univ Nac* 1995; 43: 124-138
 20. **Laverde E.** Mortalidad perinatal y duelo materno. *Rev. Fac Med Univ Nac* 1998; 46: 75-81.
 21. **Laverde E.** El narcisismo en la mujer y su influencia en la relación entre los sexos. *Temas. As. Psicoan, Uruguay* 1991 ;8: 111-124.
 22. **Tyson P.** Infantile sexuality gender identity. *J. Am. Psycho-Ass* 1989;37:1051-1069.
 23. **Mannoni O.** *Le moi es l'outre*. París: Denoél.1985.
 24. **Laverde E.** Narcisismo, interpretación y violencia. *Rev. Soc. . Col. Psicoan*. 1995; 21: 90-105.
 25. Castoriadis - Aulagnier, P *La violencia en la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1995.