

Traumatismos de guerra: memoria y olvido

GLORIA ELENA GÓMEZ BOTERO

¿De qué falla o desviación de la memoria se trata cuando ciertos sucesos se resisten al olvido, aunque el sujeto quisiera deshacerse de ellos? ¿Cómo se explica ese exceso de memoria? ¿Cómo dar cuenta del hecho de que una vivencia, que produce tanto sufrimiento, no pueda ser olvidada, y por el contrario deje huellas tan duraderas? El sujeto traumatizado que no puede olvidar, ni borrar de su mente las imágenes del espanto, y si lo logra durante el estado de vigilia, esas imágenes reaparecen en sus sueños, nos brinda una importante enseñanza sobre la memoria como imposible olvido.

En los casos de traumatismos, el proceso psíquico de la memoria y el olvido aparecen desvirtuados en su función. La memoria no cumple su labor de vaciar el pensamiento, de enviar al olvido determinados elementos para ser situados en el entramado de la existencia del sujeto, para luego ser nuevamente traídos a la memoria, vía el recuerdo. Si no nos fuera dado olvidar, el pensamiento estaría atiborrado de tal cantidad de material, que resultaría imposible seleccionar lo necesario para operar en la existencia. De la memoria ideal se espera que el sujeto olvide lo que tiene poca importancia y recuerde aquello que en efecto la tiene; mas la clínica de la memoria muestra lo contrario: olvidos donde no debería haberlos y recuerdos que mortifican.

Sabemos, a partir de Freud, que la memoria y el olvido no son reductibles a la función cognitiva; la determinación inconsciente participa de tales procesos. Cuando se olvida algo que debería recordarse, o un hecho permanece para siempre sin posibilidad de olvido, tales hechos no se explican, por entero, con el argumento de que se trata de una falla en la función cognitiva. Lo olvidado o siempre recordado está atravesado por los sutiles, pero efectivos, mecanismos del inconsciente¹.

La problemática del mecanismo psíquico de la memoria atraviesa la obra freudiana: aparece en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895), sigue en

¹ Para la psicología, la memoria es el proceso de almacenamiento y recuperación de la información en el cerebro, básico en el aprendizaje y el pensamiento; memoria de orden biológico.

La memoria y el olvido de los que se ocupa el psicoanálisis, son de otro orden de los que estudia la psicología. La memoria psíquica define la función de registro, retención y reproducción de los hechos y acontecimientos, propios y ajenos, y en cuyo contexto se ubica la memoria inconsciente.

Psicopatología de la vida cotidiana (1905) –donde Freud se ocupa de los olvidos y los recuerdos encubridores–, en *Recuerdo, repetición y elaboración* (1914), *El block maravilloso* (1924) y culmina en *Esquema del psicoanálisis* (1938).

En un primer momento, Freud define el inconsciente como una memoria. Lacan precisa, memoria del olvido: el inconsciente no es la pérdida de la memoria, sino, no poder recordar lo que se sabe. Memoria en la que el sujeto no se reconoce. Saber que no representa al sujeto y que se le impone en las repeticiones y los síntomas. Memoria de la satisfacción pulsional que se repite y retorna vía el síntoma². El inconsciente, así concebido, constituye un lugar hecho de olvidos que dominan parte de la subjetividad.

La teoría freudiana del origen traumático de las neurosis, hace del inconsciente una marca del pasado: memoria de las experiencias traumáticas y fuente de los modos de goce venideros, que los moldean y fijan su forma. El sujeto no recibe y acoge nada de lo real más que a través del tamiz del discurso inconsciente, que reinscribe en lo imaginario y lo simbólico los accidentes de un reencuentro, en sí mismo, imposible e inasimilable³. Las palabras se inscriben en la memoria inconsciente y permanecen allí para siempre: “El inconsciente son los efectos de la palabra sobre el sujeto, es la dimensión donde el sujeto se determina en el desarrollo de los efectos de la palabra, en consecuencia de lo cual el inconsciente está estructurado como un lenguaje”⁴.

La clínica psicoanalítica muestra que ciertos elementos escapan al inconsciente como memoria simbólica; algunos se resisten al olvido, hallándose contabilizados en la memoria de la pulsión de muerte freudiana, goce mortífero. Si el olvido es el reverso de la memoria, lo imposible de olvidar es lo traumático. Esta imposibilidad de olvido representa un *impasse* para la memoria regulada por la rememoración como cadena significativa, dentro de cuya lógica recordar es, para el sujeto, reconocerse en vivencias posibles de ser evocadas o desechadas.

En la repetición traumática, huella de lo real, lo inasimilable a la realidad psíquica no logra adquirir sentido para el sujeto. Resto excluido del inconsciente como lenguaje, que se impone repetir siempre. La inscripción del recuerdo en el psiquismo inconsciente genera problemas al sujeto del traumatismo, que revive lo acontecido con la viveza y agudeza de un hecho actual, aun transcurrido un tiempo, muchas veces largo, desde que tuvo lugar el suceso funesto. Bajo esta óptica, el sujeto traumatizado no recuerda, sino que repite, vive nuevamente lo sucedido: es invadido por imágenes, ruidos, sensaciones, sueños de la desgracia⁵. La memoria del inconsciente se ubica entre el trauma inolvidable y fijo en la mente –fantasma– y la contingencia traumática precoz, a la cual el sujeto se vio inexorablemente obligado a responder⁶.

Estos apuntes teóricos, como otros aportados por el discurso psicoanalítico, dan luces para comprender las razones por las cuales la historia de la humanidad ha institui-



² Cf. Jacques Lacan, “La equivocación del sujeto supuesto saber”, en *Momentos cruciales de la experiencia psicoanalítica*, Buenos Aires, Manantial, 1986.

³ La causalidad traumática de la neurosis domina de principio a fin la obra freudiana: desde su correspondencia con Fliess –donde Freud cree descubrir el traumatismo mas, sin saberlo, atisba el fantasma–, hasta ensayos como *Inhibición, síntoma y angustia* (1925), *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis* (1932) y *Moisés y la religión monoteísta* (1934-38), en las cuales reafirma el carácter traumático de las neurosis: los traumatismos que sostienen los síntomas son experiencias somáticas o percepciones sensoriales –en su mayoría visuales y auditivas–, vivencias o impresiones que tuvieron lugar en la más temprana infancia. Cf. Colette Soler, “Los discursos-pantalla”, en *Trauma y discurso*, revista de estudios psicoanalíticos, núm. 4, Málaga, Eolia/Miguel Gómez Editores, 1998.

⁴ Jacques Lacan, *El seminario, libro 11*, Barcelona, Barral Editores, 1977, pág. 85.

⁵ Cf. Colette Soler, *op. cit.*

⁶ Cf. Carmen Gallano, “Presentación: ‘trauma y discurso’”, en *Trauma y discurso*, ed. cit.

⁷ Cf. Colette Soler, *op. cit.* Cf. Yosef H. Yerushalmi y otros, *Usos del olvido*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1998.

El problema de la memoria, el olvido y el perdón en los colectivos, lo ilustra la conversación sostenida por los filósofos Pablo de Greiff y Guillermo Hoyos (del Instituto Pensar de la Pontificia Universidad Javeriana)—con ocasión del Diálogo Mayor, organizado por la Universidad del Rosario (2001)—, publicada en la revista de *El Espectador* n° 60 (9-9-01). Este diálogo permite entrever los *impasses* que plantea al discurso filosófico, el abordaje del asunto. ¿Con qué idea de memoria, perdón y olvido, se puede lograr orientar la reflexión? ¿Es posible implementar el recuerdo y el olvido colectivos? ¿Qué mecanismos adicionales son precisos para el olvido grupal? He aquí algunos apartes de su conversación:

P. de G.: “La noción de que se debe recordar para asegurar un futuro mejor, instrumentaliza la memoria de las víctimas. La tesis que dice que debemos recordar porque tenemos una deuda con el pasado y la única forma de resarcirla es recordando, desde mi punto de vista tiene dos problemas, uno más grave que otro: el primer problema, afirma una obligación con respecto a los muertos. Y los muertos no son sujetos claros de obligaciones”.

G. H.: “A la hora de la verdad, esta [...] tesis tiene mucho que ver con el perdón filosófico, entonces sin negarla, podríamos no considerarla útil para los propósitos de reconciliación y reconstrucción política de la democracia. Pero no les podemos decir a los Benjamin y Horkheimer, a toda esa tradición judía de la memoria, que no hagan el monumento al Holocausto que van a hacer en el centro de Berlín. Dejémosla tranquila, digamos simplemente, no necesitamos discutirla. Hay una posibilidad intermedia entre aferrarse a juicio, castigo a todos; y otra, borrar y cuenta nueva, porque en mitad de todo está un futuro con algunos elementos de democracia que tenemos que reconstruir, tanto los victimarios como las víctimas”.

P. de G.: “No es qué se hace con la memoria, sino lo que se expresa en el acto de traer a la memoria. Hacerlo importa porque siempre hay la opción de reprimirla. En el acto de darle reconocimiento público a la memoria, lo que se está haciendo es mostrando su disposición de poner bajo examen sus convicciones, sus disposiciones. [...] Tenemos la obligación de recordar todo aquello que no podemos razonablemente esperar que nuestros conciudadanos olviden”.

G. H.: “[...] el sentido de la memoria, no sería un sentido sólo de respeto a las víctimas. Es reconstruir el escenario en el cual hubo víc-

do el deber de memoria en los casos de atrocidades. En una colectividad, ciertos olvidos pueden llegar a tener la connotación de complicidad con el horror, de falta de ética; se impone la necesidad de inscribir en la memoria ciertos sucesos, con el fin de atemperar su efecto traumático. Con el deber de memoria se apunta a hacer entrar algo inasimilable en la trama del discurso en el cual un grupo social se reconoce⁷.

LAS NEUROSIS TRAUMÁTICAS Y LA GUERRA

La enseñanza extraída de los afectados por la guerra, muestra cómo sus trastornos psíquicos abarcan manifestaciones de aparición inmediata y diferida. Las primeras se presentan, casi siempre, de forma aguda, siendo su rasgo común la angustia; su sintomatología se extiende desde las crisis de angustia aguda hasta los fenómenos conversivos e incluso psicósomáticos⁸. La angustia puede vincularse a reacciones depresivas que llegan a tomar la forma de estados melancólicos, e incluso de estados de confusión. Las segundas son manifestaciones de aparición diferida, correspondiendo a la neurosis traumática propiamente dicha —encuentro con un real inasimilable por el aparato psíquico, que rompe la estabilidad del sujeto—, definidas bajo el diagnóstico de *síndrome de repetición traumática*, que irrumpe después de un tiempo de latencia. Es más tarde, con la aparición de dicho síndrome, que viene a saberse que hubo traumatismo; que ese breve momento de terror, algunas veces en apariencia olvidado, no ha sido por tanto olvidado. Al contrario de lo que parece, entre uno y otro momento, se trata de un tiempo de acomodación y de un intento de reparar el daño sufrido.

El elemento más relevante del síndrome de repetición lo constituye el *sueño traumático*, que repite de manera casi idéntica la escena traumática, llegando a complementarse con pensamientos sobre lo sucedido, con reacciones de sobresalto, determinados por los fenómenos que delimitan la estructura clínica dentro de la cual el síndrome aparece⁹.

Las neurosis traumáticas son neurosis en el sentido freudiano de las psiconeurosis. No tienen un estatuto independiente, si bien el uso de dicha denominación las haga parecer una entidad específica. En el marco de las neurosis, las neurosis traumáticas reúnen el conjunto de síntomas conocido como *síndrome de repetición traumática*,

timas y victimarios y reconstruirlo de una manera, en el mejor sentido de la palabra, teatral, de suerte que pudiera de cierta manera representarse en la situación concreta del presente”.

⁸ Fueron las manifestaciones corporales de los combatientes —en su mayoría de índole motora: parálisis y temblores—, los que durante *La gran guerra*, dieron lugar al gran debate so-

bre las especificidades de patologías como la histeria (histeria de guerra e histeria masculina), neurosis traumática, neurosis de guerra.

⁹ Cf. Dominique Vallet, “Traumatisme et urgence subjective”, en *La lettre mensuelle*, n° 147, París, 1996.

siendo sus fenómenos clínicos más destacados, *el sueño traumático, la repetición en estado de vigilia y la reacción de sobresalto*.

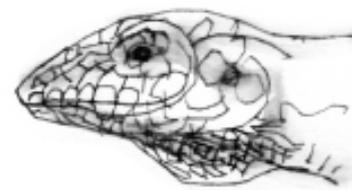
1. El sueño traumático

La repetición traumática irrumpe principalmente en los sueños que, de forma casi invariable, reproducen el acontecimiento traumático con la intensidad del momento en que tuvo lugar, desplegándolo justo hasta ese momento de confrontación con lo real, para interrumpirlo en el punto donde eso no ha acontecido, antes de que aparezca la falta de reacción que dominó aquel momento. *Antes de...* el hecho violento, en el cual, para los casos de neurosis de guerra, el sujeto *ha visto su vida en peligro, un compañero ha sido asesinado ante sus ojos, o el propio sujeto ha dado muerte a otro*¹⁰.

Viñeta clínica: Durante la Segunda Guerra Mundial, el señor N* participó en operaciones aéreas, como en acciones de resistencia en Francia. Fue hecho prisionero y deportado, en tren, hacia un campo de concentración en España. En este tren sufrió, en compañía de otro resistente, un interrogatorio en medio del cual la violencia de los golpes provocaron la muerte, bajo sus ojos, de su camarada. Dice el señor N*: “Cuando él continuó conmigo, yo vi la muerte, no sé cómo me escapé, fue horrible”. Esta escena guarda para el señor N* una intensidad y una actualidad patéticas, retornando tiempo después bajo la forma del siguiente sueño traumático: “Estoy estirado en el piso, mi compañero acaba de morir, está a mi lado; quien hace el interrogatorio dice: ‘ahora es tu turno’. Veo su matraca que va a golpear, así como su mirada”. En este instante el sueño se interrumpe, pero, después de casi cuarenta años, no ha dejado de repetirse. El señor N* desarrollará un insomnio que recubrirá bajo la forma de una hiperactividad nocturna¹¹.

La muerte difícilmente resulta representable. No es representable más que bajo la forma del riesgo. En la expresión *peligro de muerte*, la muerte no está representada: “el hecho de que el lenguaje hable de la muerte, no prueba que tenga de ella ningún conocimiento”¹².

En 1920, terminada *La gran guerra*, Freud introduce la noción de pulsión de muerte, a partir de fenómenos como la enigmática presencia de los sueños de repetición en la neurosis traumática. Tal modificación de su teoría y práctica concomitante es heredera de las enseñanzas dejadas por las neurosis de guerra: “[...] la vida onírica de la neurosis traumática muestra el carácter de reintegrar de continuo al enfermo a la situación del accidente sufrido, haciéndole despertar con un nuevo sobresalto [...] Este carácter posee mayor importancia de la que se le concede generalmente, suponiéndolo tan solo una prueba de la violencia de la impresión producida por el suceso



¹⁰ Cf. Guy Briole, “Rêve et névrose traumatique de guerre”, en *Ornicar*, nº 43, París, 1988, pág. 38. Cf. Guy Briole, “El acontecimiento traumático”, en *Trauma y discurso*, revista de estudios psicoanalíticos, ed. cit.

Entre los sueños de repetición de conocidos hombres de la historia, se destacan los del filósofo Blas Pascal (1623–1662), quien por poco cae a las aguas del río Sena cuando los caballos del coche en que viajaba se desbocaron en el momento de atravesar un puente. Pascal sufrió, durante los siguientes ocho años que le restaban de vida, de eso que hoy se llama Trastorno de estrés postraumático. El psiquiatra francés Pinel, que reporta el suceso de oídas, indica cómo Pascal, que no sufrió ninguna herida en el cuerpo, pero quedó tan aterrorizado, que durante las noches tenía una especie de visión – que guardaba no sólo en su recuerdo sino escrita en un trozo de papel que llevaba siempre consigo. En medio de sus insomnios, Pascal creía ver un abismo a su lado izquierdo, y para tranquilizarse, hacía colocar allí una silla. Cf. L. Crocq, “Perspective historique sur le trauma”, en Michel De Clerc y François Le Bigot, *Les traumatismes psychiques*, París, Masson, 2001.

¹¹ Guy Briole, *op. cit.*, pág. 18.

¹² Jacques Lacan, “Improvisation, desir de mort, rêve et réveil”, en *op. cit.*, pág. 3.

traumático, la cual perseguirá al enfermo hasta sus mismos sueños. El enfermo, hállese, pues, por decirlo así, psíquicamente fijado al trauma”¹³.

Para Freud, tomar como natural el hecho de que el sueño nocturno retorne al sujeto a la situación traumática, supone desconocer la función y la naturaleza del sueño, según la cual, el sueño de los sujetos traumatizados debería, por el contrario, presentarles imágenes de la anhelada recuperación o de la época en que gozaban de bienestar. Los sueños de tres combatientes así lo demuestran¹⁴:

1. “[...] ¿Qué sucede para que en la noche no me pueda dormir? Pesadillas de sangre, muertos y guerra. Todo el tiempo es eso, no me deja dormir”.
2. “[...] He tenido unos sueños ásperos, siempre de la emboscada. Me soñé que estaba vestido con mi camuflado y mi fusil, y estaba con mis compañeros, entonces veía una granada, la cogía y me daba cuenta de que estaba sin seguro. Se la mostraba a mí primero y de pronto esa granada explotaba y yo veía cómo todos se morían alrededor mío, pero [...] yo era el único sobreviviente, todos morían alrededor menos yo”.
3. “[...] Todos los días me sueño en batallas. Pero veo puros muertos y sangre y veo a mis compañeros muertos. Esta mañana me soñaba que estaba con mi fusil y no me funcionaba, yo iba a disparar y a matar [...] y no me funcionaba. Me sueño siempre que estoy en el campo de batalla y tengo que matar y no puedo, nunca puedo y me despierto y no pude hacer nada”.

Para Freud, frente a los sueños de angustia, se impone hacer una excepción a la regla que enuncia que *todo sueño es un cumplimiento de deseo*, ya que ellos obedecen, por el contrario, al empuje de la repetición. El sueño repetitivo que sigue al traumatismo, testimonia de un real inasimilable: “Si los sueños de los enfermos de neurosis traumática no nos han de hacer negar la tendencia realizadora de deseo de la vida onírica, debemos acogernos a la hipótesis de que como tantas otras funciones, también la de los sueños ha sido conmocionada por el trauma y apartada de sus funciones”¹⁵. En efecto, los sueños traumáticos no se dejan interpretar, enteramente, como formaciones del *inconsciente estructurado como un lenguaje*: articulación de pensamientos, articulación significativa. En ellos, el sujeto se cuenta, como Uno, en esa relación repetida al goce del Otro. No es la dimensión del deseo sino la del goce la que da razón a estas imágenes que despiertan, que no dejan conciliar el sueño. “[...] En el campo del sueño, lo que caracteriza las imágenes, es que ‘ello’ muestra”. Evocación de un real invisible e indecible. Es más allá del sueño, como formación del inconsciente y ordenado por lo simbólico, que hay que buscar lo real¹⁶.

¹³ Sigmund Freud, “Más allá del principio del placer”, en *Obras completas*, t. III, pág. 2510.

¹⁴ Los fragmentos clínicos incluidos en este ensayo, provienen de las entrevistas realizadas a soldados del Ejército Nacional recluidos en la clínica La Inmaculada de Bogotá, a consecuencia de la sintomatología aparecida luego de combates. El total de los protocolos de dichas entrevistas, constituyen el material clínico de la investigación “Las secuelas psíquicas del campo de batalla: una visión psicoanalítica de los fenómenos desencadenados por acontecimientos traumáticos en el campo de batalla”, realizada por las estudiantes Sandra Paola Martínez y Laura Natalia Pérez—que cuenta con mi dirección—, con miras a obtener el título en Psicología en la Pontificia Universidad Javeriana.

¹⁵ Sigmund Freud, *op. cit.*, pág. 2511.

¹⁶ Jacques Lacan, *El seminario, libro 11*, ed. cit., pág. 85.

Si bien en esta actividad onírica la metáfora y metonimia no dominan la organización, las imágenes del sueño, éstas, no escapan a tales mecanismos que dan vida al sueño. En algunos sueños traumáticos, puede ubicarse su acción así como la de otros contenidos presentes en los sueños clásicos¹⁷.

Las pesadillas son experiencias en las cuales cobra presencia, de manera cruda, el peso aplastante del goce del Otro: injuria, persecución, agresión, violencia, muerte... En la guerra domina la dimensión de la obscura voluntad de goce del Otro. El sujeto se cuenta Uno: cadáver entre los cadáveres, apilado con los muertos, único sobreviviente. Los sueños de angustia despiertan, y la muerte está dentro de aquello que despierta, mientras que los deseos entretienen los sueños, nos hacen dormir¹⁸.

2. Repetición y estado de vigilia

Las imágenes y recuerdos recurrentes e involuntarios (*flashbacks*) llegan a dominar la vida cotidiana del sujeto traumatizado. Surge el temor de que las situaciones traumáticas lo invadan de nuevo, lo dominen y no sepa cómo protegerse de ellas, se ponga a pensar, a recordar la desgracia, y ello a su pesar. Tal es su queja: “[...] sólo se me viene eso a la cabeza [...] cuando hablo de eso es como si volviera a sentirlo”.

Queja que, por tanto, enmascara la tendencia opuesta a no poder evitar pensarlo. La atracción experimentada por algunos sujetos hacia ocupaciones mórbidas: lecturas, espectáculos, ceremonias, situaciones de riesgo y comportamientos que ponen en acción el acontecimiento traumático, dan cuenta de este doble movimiento: intento de dominar las secuelas del traumatismo e imposibilidad de desprenderse del mismo. Cuatro combatientes manifiestan al respecto¹⁹:

1. “[...] Hablar de eso, me hace recordar cosas que no quiero”.
2. “[...] Creen que se lo puede olvidar, pero no, esas cosas que están en la memoria de uno. Estar yo con mis compañeros muertos y yo ahí, en el medio, vivo, tratando de sobrevivir; uno de ellos con los sesos afuera”.
3. “[...] Todavía siento esta persecución, siento que me persiguen, por ejemplo ahora, siento como si detrás de mí estuviera la guerrilla, como si me estuvieran siguiendo y estuvieran muy cerca de mí. Veo cosas, doctora; pienso todo el tiempo en la emboscada y en la emboscada, no puedo pensar en nada más, es todo el tiempo. [...] Yo estoy así [con los ojos cerrados] y de pronto comienzo a ver como una mancha roja, como sangre, y entonces después veo a mis compañeros muertos, así como los vi en la emboscada, todos llenos de sangre en la cabeza”.



¹⁷ Cf. Guy Briole, “El acontecimiento traumático”, ed. cit.

¹⁸ Cf. Jacques Lacan, “Improvisation. Désir de mort, rêve et reveil”, en ed. cit.

¹⁹ Cf. Guy Briole, *op. cit.*

4. “[...] Anoche no pude dormir. Escuché muchas voces, me despertaban y no podía dormir [...] Escuché a un compañero mío que me decía que me tenía que ir de aquí, que tenía que vengar su muerte, y me decía otras cosas pero no alcancé a escuchar”.

El sujeto se esfuerza por inscribir el hecho traumático en su historia, encontrarle una lógica, simbolizarlo, hecho que puede tomar la forma de culpabilidad o reivindicación, pero el espanto no se deja olvidar. Doble movimiento determinado por una doble dimensión: sujeto representado que intenta hacer entrar en su contabilidad un goce que, sin embargo, posee otra consistencia: la del trauma, la repetición, la pulsión²⁰.

Las imágenes traumáticas que reaparecen en el sueño y la vigilia, son imágenes indelebles, indicios de la peculiar relación del sujeto con la pulsión, que encierran el goce del sujeto, son su memoria y se caracterizan por su fijeza. Lo indeleble de las imágenes traumáticas, se explica en la fisura operada en el sujeto, por un real no del todo simbolizado. La apuesta de la experiencia analítica es que las imágenes indelebles pueden devenir delebles en lo simbólico. El lugar del lenguaje ocupa el primer plano en el tratamiento del trauma: en la palabra, el sujeto puede lograr reabsorber lo real movilizado por el trauma; sobrepasar la detención del pensamiento y reapropiarse de su experiencia a través de la singularidad de un decir que pueda ser escuchado y tratado.

3. Reacción de sobresalto

Ella tiene lugar dentro de un estado de alerta permanente, como si la situación del traumatismo pudiera retornar en cualquier momento, todo puede ser susceptible de convertirse en signo de tal posibilidad, y en particular, cuando algo interrumpe la rutina diaria. Lo que ocurre alrededor del sujeto traumatizado, se convierte en una amenaza difícilmente predecible, y frente a la cual el sujeto toma una actitud defensiva; con la vigilancia se busca evitar la sorpresa, impedir sus efectos²¹. Respuesta de alarma exagerada que se revierte en irritabilidad, desconfianza, dificultad para concentrarse y conciliar el sueño. Dicen dos combatientes:

1. “[...] Comencé a sentir que todos eran guerrilleros, cualquier persona que yo veía, hombre, mujer, yo le iba diciendo que era guerrillero, que lo iba a matar [...] Yo me la pasaba todo el día así, pendiente, mirando para todo lado [...] no me podía sentar, era todo el día de pie, mirando para todo lado”.
2. “[...] Me atormentaba oír el canto de los pájaros, porque me acuerda de mi lanza. Todo me acuerda de eso. Yo siento un dolor muy intenso”.



²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

EL SUJETO DEL TRAUMATISMO

El traumatismo en tanto manifestación sorpresiva de lo real, inunda la actualidad del discurso. La medicina, la psiquiatría, el derecho, las compañías aseguradoras, los gobiernos y la sociedad en general, deben ocuparse hoy de los efectos de los traumatismos que irrumpen en cualquier persona, como efecto del malestar de la época, marcada por la amenaza y el riesgo, y en especial por el terrorismo.

Este traumatismo constituye el sufrimiento que viene de afuera, y frente al cual, en principio, resulta difícil imputar una parte de responsabilidad al sujeto, que aparece por el contrario, padeciendo sus efectos. En consecuencia, ¿cómo sostener la implicación del sujeto en los traumatismos que provienen del real: de la guerra, el terrorismo, las catástrofes, el secuestro, las violaciones, el abuso sexual, las agresiones, el maltrato, etc.²². Entre tanto, la participación del Otro en muchos de estos hechos no dificulta mayormente la comprensión; éstos dejan al descubierto la voluntad de goce del Otro, mientras que en catástrofes como inundaciones, terremotos, huracanes..., ese Otro no parece tomar parte²³.

Hace cien años, el término trauma concernía sólo a los accidentes ferroviarios, laborales y a la guerra; la serie de hechos que hoy traumatiza, se dice, ha crecido: terrorismo, masacres, desplazamiento forzado, abuso sexual, maltrato, catástrofes naturales, accidentes tecnológicos, de aviación, automovilísticos, naufragios, incremento de la violencia cotidiana, inseguridad...

Con el legado de Lacan se abre el debate sobre el hecho de que, en la actualidad, no es que lo real se manifieste con mayor vehemencia –si bien es cierto que lo real toma nuevas formas– sino que los discursos que regulan los lazos sociales no alcanzan, como antes, a tramitar ese real. El discurso implementado por los colectivos y sus formas de satisfacción permitida, sus ideales, prohibiciones, semblantes, interponía una barrera protectora entre los sujetos y lo real. En nuestra época, el Otro no logra proteger de los sucesos potencialmente traumáticos. El traumatismo no se impone cuando el discurso puede hacer existir al Otro; puede haber dolor, sufrimiento, espanto, pero se da sentido a todo esto vía la voluntad del Otro: Dios, el destino, el zar, la maldad de algunos. Cuando sobreviene un real al cual el sujeto no logra asignarle una significación, aparece el traumatismo. Hoy, los discursos intentan proponer sentido, mas el sujeto moderno no cree más en los semblantes que hacen factible significar lo real, esto determina que el sujeto sea más vulnerable a los traumatismos que antes²⁴.

Las situaciones traumáticas actuales son recogidas y tratadas en el campo de la salud mental a partir de la noción de estrés: *estrés postraumático* y *estrés agudo*. Las razones traumáticas de los padecimientos psíquicos, son circunscritas a la causa fisioló-

²² Cf. Colette Soler, "Trauma et fantasme", en *Trauma et fantasme*, revue de Psychanalyse - École de la Cause Freudienne - ACF en Belgique.

²³ Sin embargo, el discurso que organiza hoy lo social, con sus dispositivos de prevención y responsabilidad, reintroduce ese Otro cuando debe resolver los efectos del traumatismo que sobrevienen a causa de accidentes provocados por la naturaleza o la mano del hombre. Cada sujeto, cada discurso convoca al Otro para darle sentido al real que no lo tiene, y así encontrarle uno. No es igual considerar que lo que sucedió no tiene sentido, que fue puro azar, puro accidente, a pensar de que alguien tuvo en ello su parte, su responsabilidad. Cf. Colette Soler, "Los discursos-pantalla", ed. cit.

²⁴ *Ibid.*

gica del estrés: estímulo externo que va desde las palabras hasta el ruido de un disparo, y que el cerebro interpreta como un peligro. Es el cerebro el que responde, no el sujeto con los mecanismos supuestos, que son el soporte de su cuerpo, en la medida en que este cuerpo sostiene al ser hablante.

“Ansiedad”, título de la portada del *Time Magazine*²⁵ publicado algunos meses después del 11 de septiembre de 2001, que reporta algunas de las investigaciones en los Estados Unidos sobre la relación entre la fisiología del cerebro y la ansiedad: “Las preocupaciones nos enferman. La causa está en el cerebro y en cómo se percibe el miedo”, indica la publicación.

Un “grupo de investigadores halló que los pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD, por su sigla en inglés), tenían un hipocampo más pequeño de lo normal. ¿Acaso sus experiencias estresantes de alguna manera habían interferido con la capacidad del hipocampo para crear nuevas memorias y olvidar las anteriores?

[...] Un tipo de tomografía del cerebro le dice a los científicos que células cerebrales están utilizando más oxígeno o absorbiendo más nutrientes. Como dice el Dr. Scott Rauch del Hospital General de Massachussets, la idea es que si un área aparece más activa que de costumbre cuando se atraviesa un estado de ansiedad, entonces probablemente juegue un papel importante en producir este estado. Rauch ha pasado los últimos ocho años tomando imágenes de un grupo de veteranos de guerra, algunos con PTSD y otros no, para ver qué áreas del cerebro se encienden cuando escuchan cintas que les recuerdan sus experiencias más traumáticas. Hasta ahora, las señales de la amígdala aparecen más activas en quienes sufren de PTSD. Además, las señales hacia un área del cerebro –llamada corteza prefrontal–, de los individuos con PTSD, parece ser más débil que en los que no sufren esa afección. Tal vez esto explique por qué los pacientes se sienten amenazados incluso cuando están absolutamente a salvo”²⁶. Conocimiento sobre la biología cerebral, su mecánica, las secreciones químicas en los momentos de desamparo²⁷ que no cierne, por tanto, la causa de la ansiedad: “...los doctores han utilizado las tomografías computarizadas y las imágenes por resonancia magnética para diagnosticar derrames cerebrales, tumores en el cerebro y otras condiciones neurológicas. A medida que la tecnología se volvió más sofisticada, los investigadores la han comenzado a utilizar para indagar sobre algunos cambios sutiles asociados a las enfermedades mentales”²⁸.

Para el psicoanálisis, la cuestión de la dimensión bioquímica del sujeto se plantea en estos términos: ¿De qué manera el cuerpo biológico resulta afectado por el inconsciente? ¿Qué del inconsciente prevalece en el afecto? “¿Un afecto, concierne al cuerpo? ¿Una descarga de adrenalina, es del cuerpo o no? Que desordene las funciones, es verdad, ¿pero es que ello viene del alma? Es del pensamiento que descarga [...]



²⁵ Artículo referenciado por el periódico *El Tiempo*, domingo 9 de junio de 2002. Sobre la forma como, al hacer del estrés la causa de la ansiedad, se reduce el cuerpo del sujeto a su organismo, véase Gloria E. Gómez B., “Estrés: cuerpo, traumatismo y urgencia subjetiva”, en *Letrazas*, Cuadernos del Foro del Campo Lacaniano de Bogotá, núm. 3, Bogotá, 2003.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ En la teoría freudiana de la angustia, el desamparo –*Hilflosigkeit*– constituye el prototipo de la situación traumática. La angustia es el afecto del encuentro con lo real, al menos en el sentido de lo imposible de soportar en el orden simbólico de la subjetividad, de lo inasimilable en la realidad psíquica.

²⁸ *Ibid.*

El hombre piensa con –instrumento– su alma, o sea, con los mecanismos supuestos que son el soporte de su cuerpo”²⁹.

El cuerpo es el soporte de la relación del sujeto al significante. El afecto pasa por el cuerpo: la angustia lo hace temblar, palidecer, le suelta el intestino, produce una sensación de opresión en la región torácica o abdominal, desvela. La pasión amorosa acelera el corazón, seca la boca, hace temblar las piernas... Si se miden las neuro-hormonas en momentos como éstos, ellas tienen que encontrarse alteradas. La pregunta es, qué se pretende tratar: la causa o el efecto y por qué vías, las palabras o la química.

Ahora bien, el *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)* distingue para el Estrés postraumático, tres tipos de situaciones estresantes:

- 1- Las que lo pueden *originar*: los combates en el frente de guerra, ataques personales violentos [agresión sexual y física, atracos, robo de propiedades], secuestro, ser tomado como rehén, torturas, encarcelamiento como prisionero de guerra, internamiento en campos de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes automovilísticos graves, diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal.
- 2- Entre las que lo pueden *provocar*, se cuentan: la observación de accidentes graves o muerte –no natural– de otras personas a causa de: guerra, accidentes, ataques violentos, desastres, o ser testigo inesperado de muerte, amputaciones o fragmentación del cuerpo.
- 3- Entre las que lo pueden *producir*: actos terroristas, accidentes graves, heridas de consideración vividos por un familiar o un amigo cercano, o la constatación de que un hijo padece una enfermedad muy grave.

La situación potencialmente traumática afecta al sujeto de forma directa o indirecta: ver su vida o la de otro, amenazada o en peligro; ver morir a otro ante sus ojos; ser el propio sujeto quien da muerte. La clínica psicoanalítica muestra que en los casos donde se trata de algo acontecido a otro, cobra importancia el hecho de que la víctima sea un próximo, o que un rasgo de aquélla evoque, para el sujeto, a uno de su entorno³⁰.

Reconociendo la gran dificultad implicada en situaciones como éstas, en la perspectiva clínica abierta por el psicoanálisis no resulta suficiente afirmar que: el sujeto ha sido testigo, ha vivido, ha sido confrontado con un hecho en el cual otro ha muerto, ha sido gravemente herido, ha sido amenazado de muerte; o donde la propia integridad física del sujeto ha resultado o sido amenazada, para dar cuenta de las secuelas psíquicas en un sujeto, tal como se hace con el apoyo del DSM-IV.

²⁹ Jacques Lacan, “Ou pire”, en *Silicet*, n° 5, París, Seuil, 1975, pág. 9. Cf. Jacques Lacan, *El seminario, libro XX*, Barcelona, Paidós, 1981, pág. 134. Lacan dice *alma*, pero subvierte su connotación religiosa y metafísica de unidad supuesta del cuerpo. Por *alma* define lo que hace la identidad desde el comienzo hasta el fin y concierne al cuerpo en tanto sostiene al ser hablante. Para aproximar el cuerpo vivo como requisito de goce, esto es, esa dimensión del ser atravesada por lo corporal, no por el significante (cuerpo simbólico) ni por la imagen (cuerpo imaginario), Lacan se apoya en Aristóteles y su idea sobre la naturaleza de lo real, donde el individuo es pensado a partir del cuerpo: el ser es la sustancia, aquello capaz de subsistir y de ser definido aparte. *Sólo el individuo en su realidad física es*, afirma.

³⁰ Cf. Guy Briole, “El acontecimiento traumático”, ed. cit.

Asignar, de entrada, un carácter traumático a ciertas circunstancias, presupone efectos mórbidos para todo aquel que las padece. Sobre esta base se trazan y ejecutan en la actualidad, políticas sanitarias de prevención y atención que sistematizan las acciones de los profesionales de la salud mental para informar, tranquilizar, actuar sobre los sujetos en situaciones de emergencia³¹. Esta forma de concebir el problema, hace valer el traumatismo como causa de gran número de sufrimientos, y tiende a desdibujar el lugar que corresponde al sujeto en su sufrimiento. No se vislumbra al sujeto como activo, se lo estima víctima de la voluntad de goce de Otro o de las adversidades de lo real.

Si hay una parte de verdad en fijar el traumatismo en un real imposible de ser previsto, igualmente existe otro tanto de verdad en el hecho de que la manera como el sujeto responde, como hace frente a lo que le sobreviene, sólo depende de él y de nadie más. Esta doble verdad está implícita en las formulaciones freudianas sobre el traumatismo, cuando asigna como causa principal de las neurosis traumáticas al sobresalto, el susto, el terror experimentado; términos con los cuales Freud apunta a cernir el estado que invade al sujeto cuando llega un peligro, algo inesperado para lo cual no se haya preparado; la idea de un elemento extraño al sujeto jalona dicho planteamiento. Freud concibe como traumático ese punto límite donde la significación encuentra lo real como imposible: la sexualidad y la muerte.

Y se pregunta, cuál es el nódulo y significación del peligro real de la situación amenazante: “[...] la estimulación de nuestra fortaleza en comparación con la magnitud del peligro y el reconocimiento de nuestro desamparo, de nuestro desamparo material en el caso del peligro real y de nuestro desamparo psíquico en el caso del peligro pulsional. [...] Tales situaciones de desamparo real experimentadas son las que calificamos de *situaciones traumáticas*, estando por tanto, justificada la diferenciación por nosotros establecida entre la situación traumática y la *situación peligrosa*. [...] La situación peligrosa es la situación de desamparo reconocida, recordada y esperada. [...] La angustia es la reacción primitiva al desamparo en el trauma, reacción que es luego reproducida, como señal de socorro, en la situación peligrosa. [...] Hay casos en los que se nos muestran mezclados los caracteres de la angustia real y los de la angustia neurótica. El peligro es reconocido y real, pero la angustia ante él es excesivamente grande, mayor de lo que nuestro juicio nos dice que debiera ser. En este exceso se delata el elemento neurótico [...] en análisis nos muestra que el peligro real conocido se halla enlazado a un peligro pulsional desconocido”.

“[...] La exigencia pulsional se convierte con frecuencia en peligro (interior), porque su satisfacción traería consigo un peligro exterior, o sea, porque tal peligro interior representa un peligro exterior.

³¹ Cf. Gloria E. Gómez B., “Estrés: cuerpo, traumatismo y urgencia subjetiva”, en ed. cit.

Por otro lado, también el peligro exterior (real) puede llegar a ser interiorizado si ha de llegar a significar algo para el yo. Tiene, en efecto, que ser reconocida su relación con una situación de desamparo ya experimentada, pues el hombre no parece dotado, o sólo en muy escasa medida, de un conocimiento instintivo de los peligros que le amenazan desde el exterior [...] En la situación traumática contra la cual estamos desamparados, coinciden el peligro exterior y el interior, el peligro real y la exigencia de la pulsión”³².

El traumatismo es el encuentro con un peligro, frente al cual el sujeto no tiene los recursos para movilizar el principio del placer, y es presa de una excitación insoponible. Concepción que implica una cantidad de excitación y la capacidad del sujeto para hacerle frente³³. El peligro implica, por ende, un exceso de excitación que puede venir de afuera o de la pulsión. En ambos casos se está ante una excitación insoponible. La teoría freudiana formula que el peligro exterior no es traumático sino por haber pasado a la interiorización. Solamente el sujeto está en condiciones de fijar el carácter excesivo del hecho, desde sus posibilidades de enfrentarlo con sus recursos simbólicos e imaginarios; con su realidad psíquica. La dimensión causal y traumática del suceso, sólo es factible de ser establecida en un segundo momento, en retrospectiva, por el propio sujeto, y caso por caso.

Con la experiencia de desamparo, Freud traza las coordenadas de las diferentes modalidades de angustia: experiencia del nacimiento, fragilidad del niño pequeño, peligro vital, peligro psíquico, pérdida de objeto, pérdida de partes del propio cuerpo. Se deduce que si el desamparo puede ser inducido por Otro o provenir de afuera, su razón de ser responde a una cantidad de excitación desbordante para el sujeto, que no logra tramitarla con el discurso. El trauma constituye el límite del poder de la representación y la palabra, lo real es el dominio de lo que subsiste fuera de la simbolización³⁴. Se deduce del planteamiento freudiano que la experiencia de desamparo tiene lugar fuera del dominio del Otro, sólo pertenece al sujeto³⁵.

Entre las causas y las secuelas del traumatismo se aloja el sujeto. El psicoanálisis interroga la función y el lugar del traumatismo en el destino de cada uno. Existen, entonces, dos tiempos del trauma: primero, impacto de lo real ajeno al sujeto. Segundo, a posteriori, efectos sobre el sujeto, tiempo definido por respuesta particular de cada sujeto frente a lo acontecido.

El suceso traumático envuelve al sujeto; irrumpe en un lugar y un tiempo determinados de su vida, de su historia. Por tal razón, la práctica psicoanalítica busca situar la posición del sujeto antes, durante y después de la situación traumática: las circunstancias que llevaron al sujeto al lugar y al momento donde todo ocurrió, lo que ha sido de su vida después de lo sucedido, qué parte del pasado reciente o lejano re-



³² Sigmund Freud, “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras completas*, t. III, pág. 2879. La *situación de peligro* involucra la expectativa y la señal de angustia, mientras que *la situación traumática* implica la condición de anticipación. En este último caso, el sujeto se comporta como si el peligro ya hubiese llegado, cuando todavía es tiempo de extrañarse de él. Entre la expectativa y la anticipación, Freud aproxima la angustia con el concepto de repetición. La angustia es, de un lado, expectativa del trauma, y de otro, una repetición disminuida del mismo.

³³ “Lo esencial en [...] toda situación de peligro, es que provoca en la vida anímica un estado de gran excitación, que es sentida como displacer y que el sujeto no puede dominar con su descarga. Si a tal estado, en el que fracasan las fuerzas del principio del placer, le damos el nombre de ‘instante traumático’, habremos llegado a través de la serie angustia neurótica, angustia real, situación de peligro a la sencilla conclusión siguiente: lo temido, el objeto de la angustia, es cada vez la aparición de un instante traumático que no puede ser tratado según las normas del principio del placer.

Sólo la magnitud del montante de excitación hace de una impresión un instante traumático, paraliza la función del principio del placer y de la situación de peligro su significación”. Sigmund Freud, “Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis”, en *Obras completas*, t. III, pág. 3153.

³⁴ Cf. Jacques Lacan, *El seminario, libro 11*, Barcelona, Paidós, 1983. Cf. Jacques Lacan, *El seminario, libro 1, Los escritos técnicos de Freud*, Barcelona, Paidós, 1981.

³⁵ Cf. Colette Soler, “Los discursos-pantalla”, en ed. cit.

apareció con lo acontecido, qué pensamientos se hicieron presentes en el momento en que todo basculó³⁶.

Encuentro con lo real que se presenta bajo una secuencia que va del trauma al fantasma: el sujeto responde al encuentro traumático con su singularidad. El binomio traumatismo y fantasma, no sólo constituye una dimensión clínica, sino ética. Según que el énfasis recaiga sobre el traumatismo o el fantasma, la responsabilidad subjetiva es mayor o menor: si se acentúa la dimensión del trauma, como real intratable, se justifica al sujeto que aparece como víctima, mientras que si se hace valer su participación fantasmática en lo acontecido, a pesar del infortunio, el sujeto está preocupado.

Viñeta clínica: durante la guerra civil en la antigua Yugoslavia, un joven militar de la misión de la ONU –en un momento extremadamente difícil de la misma– debe frecuentar, desde hace algunas semanas, un sector de Sarajevo. La actividad que realiza lo expone al riesgo, y si bien no deja de experimentar cierta tensión, la considera normal, soportable, dado el carácter de su labor.

Una noche, esta rutina se interrumpe. El convoy en que se encuentra es bombardeado y queda bloqueado bajo los tiros sin posibilidad de respuesta, ni salida. El responsable del convoy –del cual el joven militar es el conductor–, resulta víctima de un obús, y el joven militar permanece incomunicado: solo y desamparado en medio de la noche. No es tanto la percepción del peligro –si bien extremadamente presente–, sino un profundo sentimiento de abandono el que lo invade: se ha quedado solo. Este hecho precipitará en él un estado de angustia cercano a la despersonalización y a la des-realización. En las horas que siguen, teniendo la ocasión de hablar sobre este sentimiento de abandono, de manera espontánea lo situará en las coordenadas de su vida: abandono de su padre en el momento de su nacimiento y, en la adolescencia, su conmoción ante la revelación de ese secreto por parte de la madre, al separarse del hombre con quien ella convivía, y al que el sujeto creía su padre. Más tarde, su entrada en el ejército, enmarcada por el anhelo de reencontrar una familia. En las circunstancias trágicas de esa noche, son estos hitos de su historia los que cobran presencia para el sujeto³⁷.

Con la memoria del inconsciente, el sujeto puede aproximar lo que le resulta inasimilable. Hacer el trayecto que va desde lo oscuro de la experiencia traumática sufrida –mal encuentro con lo real– hasta la experiencia subjetiva –que define la implicación del sujeto en lo vivenciado–, hace posible al sujeto, al mirar hacia atrás, saber cómo se forjó su destino: “La apuesta del tratamiento psíquico del trauma reside en lo que se podría designar como ‘un tercer tiempo’. Es el momento del corte, el cual pasa por una puesta en relación del sentido con un acto del sujeto para salir de la repetición,



³⁶ Hay casos y momentos en los que es posible interrogar al sujeto acerca de su parte en lo acontecido. Pero se dan otros en los que esto no resulta prudente, si el sujeto atraviesa una situación de extrema dificultad. Cf. Colette Soler, *op. cit.* Cf. Guy Briole, “El acontecimiento traumático”, en ed. cit.

³⁷ Dominique Valet, *op. cit.*, pág. 15.

para separarse de la fascinación por el trauma. Este acto moviliza el sentido. He aquí la verdadera apuesta de la intervención clínica en la situación traumática. El destino del sujeto está reducido a la historia del trauma, en un tiempo congelado. La apuesta del tratamiento del trauma consiste en ir contra tal movimiento: que el sujeto pueda volver a ser autor de su porvenir en todos sus componentes, y sobre todo que pueda ir más allá de lo que está congelado en la repetición a partir de la irrupción traumática. [Aunque], siempre permanece un núcleo de estupefacción aún después del trabajo de historización. Igualmente, los restos de un sentido congelado pueden persistir a pesar del trabajo terapéutico. Estos restos de estupefacción o de fijación persisten en el núcleo de la experiencia del sujeto, constituyendo por un efecto retroactivo las vías de la repetición traumática”³⁸.

En suma, doble perspectiva del traumatismo: indecible del encuentro y subjetividad. Ningún acontecimiento, por inesperado, por violento que pueda resultar, hace trauma sin la participación del sujeto. No es suficiente que algo terrible suceda para que una huella indeleble se instale para siempre, hace falta *el más* del sujeto.

El discurso analítico pone el acento en la implicación subjetiva que comporta el traumatismo, como real, y sitúa en el fantasma la respuesta simbólica e imaginaria tejida por el sujeto para paliar lo traumático.

Es por vía del fantasma, que el sujeto se sostiene en los límites del principio del placer freudiano: regulación de las expectativas –por ejemplo, las vitales–, las convicciones, las reacciones del sujeto, mientras que el trauma es una efracción vital o sexual que excede el principio del placer. El goce circunscrito en la trama del fantasma, es regulado por lo simbólico y lo imaginario; de esta manera se opone al traumatismo.

El campo de la salud mental, por su parte, operando con los postulados del discurso medico-psiquiátrico, aborda el traumatismo sólo como un acontecimiento extraño al sujeto –quien no hace sino padecerlo–, creando el riesgo de reducir al sujeto a una mera víctima.

Lo que hace trauma no es cualquier encuentro con lo real, sino *un auténtico* encuentro con ese real, para un sujeto que hasta allí no había tenido sino falsos encuentros, y esto gracias al fantasma que lo protegía de un encuentro abrupto. Si los encuentros con lo real no faltan, no todos ellos devienen traumáticos. Sólo la clínica del caso por caso, permite cernir la particular dimensión del acontecimiento para alguien, y su anudamiento con los significantes de su historia.

El acontecimiento traumático, siempre teñido de un efecto inesperado, interrumpe la rutina del sujeto, incluso en situaciones semejantes. Esta dimensión incalculable, determina que las circunstancias no sean las mismas para todos los sujetos sometidos a la misma experiencia, incluso para el mismo sujeto en circunstancias similares. Mal

³⁸ François Ansermet y C. Mejía, “Trauma y lenguaje, notas para una metodología de investigación clínica”. Universitario de psiquiatría para niños y adolescentes (Supea), traducción personal, inédito, París, 1999.

encuentro o encuentro brutal con la muerte, que el sujeto no logra integrar a su vida psíquica, como lo hacía habitualmente. Esta veta clínica, la ilustran los casos de cuatro combatientes que, confrontados con situaciones similares a las descritas como causa de su padecimiento, no desencadenaron para entonces un traumatismo de guerra:

1. “[...] No sé por qué me puse así, si llevaba ya ocho años de estar en el ejército, en campos minados. Ya había tenido que cargar muertos y echármelos al hombro, ver heridos, ver muertos, ver a cualquier persona muerta. Esta vez, sólo vi tres muertos y quedé así [...]. Ya había visto morir a compañeros y no había pasado nada [...] no sé por qué me pasó eso. Ya había estado en campos minados, ya había visto morir a muchas personas. Y esta vez no sé. Los vi morir, y yo seguí a los otros, y di bala y todo pero no pude”.
2. “[...] Ya había estado en cuatro combates, pero a finales del año pasado me hicieron una emboscada y mataron a todos mis compañeros, eso fue áspero, a mí no me hicieron nada, ni un golpe. Solamente una esquirla que me cayó en la cabeza, de una bala que cayó en un enlatado, el resto ni un golpe ni nada [...] Me escapé y cuando llegué al batallón todo el mundo me preguntaba qué me había pasado y yo les conté a todos los que me preguntaban lo que había pasado [...] Yo creo que eso fue lo que me puso mal, porque cada vez que yo contaba sentía que lo estaba viviendo, yo no quiero que me pregunten de eso, porque es como si volviera a pasar [...] No entiendo por qué se me corrió así la cabeza; si yo estuve en cuatro combates y nada, todo estaba bien, y en una emboscada, me pasa eso y yo termino en el hospital, cuando yo todavía podría estar patrullando... ahora siento que si hablo de eso me vuelve a pasar, no quiero hablar de eso porque creo que fue lo que me puso mal”.
3. “[...] No sé por qué me pasó esto, si yo ya había tenido que estar en el campo, matando, viendo muertos y sangre, y justo fue esta vez que quedé así, no sé qué me paso. Esta no es la única vez que yo vi morir a personas. Esa vez tuve que ver a mis compañeros muertos, era un campo minado que quedaba muy cerca [...] A mí no me tocó ni una esquirla, no me pasó nada. Un compañero que estaba al lado mío murió y yo lo cogí para taparme y por eso fue que me salvé. Yo vi cómo todos mis compañeros morían, cómo se explotaban; a uno de ellos se le salieron los ojos y la lengua, eso se iban como desmoronando. Otro de ellos perdió dos dedos”.
4. “[...] Ya había visto morir a mucha gente, compañeros y no me soñaba con ellos ni me pasaba nada. Y esta vez fueron sólo tres... bueno, uno de ellos era muy

amigo mío, nos la pasábamos jugando cartas y yo me quedaba con él, era muy amigo mío. Comíamos hasta del mismo plato, y apenas fue la emboscada, él quedó todo desmoronado. El otro, apenas explotó la mina me decía que no lo dejara morir, pero ya estaba todo reventado por dentro, estaba todo dañado. Y el otro se despedazó todo, se le salieron los ojos y todo lo de adentro y los dedos quedaron botados por todo lado. Yo vi eso y como que no pude reaccionar por un minuto, después ya comencé a disparar [...] nada más tapé el cuerpo de mi compañero y después nos lo llevamos. Yo vi eso y ya después no quise mirar más”.

No es posible, en todos los casos y en lo inmediato de las circunstancias potencialmente traumáticas, situar lo que está en juego para un sujeto, y sobre todo, el trayecto por vía del cual podrá deshacerse de ese indecible, de ese goce que se le impuso con la violenta irrupción de lo real. Frente al desamparo inicial que un sujeto siente en una situación tal, sólo las coordenadas de su subjetividad sostienen y orientan el acto terapéutico. Todo saber preestablecido sobre el sufrimiento del sujeto, toda respuesta a la demanda con lo escueto de un diagnóstico, puede producir otra cosa distinta de lo esperado y deseado³⁹.

Para el psicoanálisis, la pregunta: ¿en qué medida el sujeto protegido con su fantasma, puede recibir nuevas marcas?, está abierta y precisa respuestas caso por caso⁴⁰. Entre tanto, en el campo de la salud mental, con la noción de *resiliencia* se pretende dar cuenta de la capacidad que tiene un individuo para hacer frente a las adversidades de la vida. Según los especialistas, la resiliencia, siendo tan antigua como el ser humano, sólo muy recientemente ha comenzado a ser estudiada. En ingeniería, define la capacidad de un material para recobrar su forma original después de haber sido sometido a una situación deformadora. De aquí pasó a las ciencias sociales para explicar cómo individuos que viven en condiciones desfavorables o de alto riesgo, se desarrollan sanos y adaptados socialmente. Ante circunstancias igualmente adversas, la clave de la variedad de respuestas de parte de los sujetos, radica en la puesta en marcha de la resiliencia. En el lugar de aquello que hace traumatismo para cada sujeto, y marca su singularidad, con la resiliencia se hace operar la determinación universal que excluye lo singular. Esta categoría de carácter general contiene una dirección terapéutica específica: su activación en todos los individuos.

Las relaciones entre el discurso psicoanalítico y el discurso médico-psiquiátrico siempre han estado teñidas de cierta tensión. La polémica entablada, hace un siglo, entre ambos discursos a propósito del estatuto de los traumatismos, sigue hoy vigente. En su época, Freud tuvo que defender su teoría del traumatismo, frente a las tesis imperantes en la medicina de entonces: leves lesiones en el sistema nervioso –si bien imposibles de ser demostradas–, perturbaciones funcionales donde el sistema



³⁹ Cf. Guy Briole, *op. cit.*

⁴⁰ Cf. Colette Soler, “Los discursos-pantalla”, en ed. cit.

nervioso permanecía intacto, simulación, cobardía. Hoy, el psicoanálisis sigue abocado a defender sus elaboraciones sobre las causas y consecuencias de los traumatismos, frente al orden fisiológico del estrés, al que están siendo reducidos tales fenómenos, a partir del diagnóstico de Estrés postraumático. El psicoanálisis interroga la reducción, operada por la psiquiatría biológica, de los desarreglos mentales en desarreglos del organismo. Es la causalidad fisiológica, implícita en la noción de estrés y asignada a los traumatismos, la que sostiene el establecimiento de traumatismos estándares. Frente al postulado del estrés que domina en el campo de la salud mental, el psicoanálisis sostiene que entre la causa y las consecuencias sintomáticas de los traumatismos se halla alojado el inconsciente.

