**LA CLÍNICA DEL TRAUMA EN SU EXPRESIÓN SOMÁTICA. VIGENCIA DEL PSICOANÁLISIS Y NUEVAS PERSPECTIVAS**

**Ema Ponce de León**

El concepto de trauma está estrechamente ligado al cuerpo desde el nacimiento del psicoanálisis y de los primeros escritos de Freud, ubicando en la etiología de la histeria el trauma sexual que deja su huella en el inconsciente reprimido y emerge a través de síntomas corporales. Sin embargo, en la propia obra freudiana este concepto se va modificando y ampliando para referirse a los traumas de guerra, a la neurosis traumática, los traumatismos del desarrollo, los traumas patógenos precoces, que coinciden con lo que observamos hoy día, donde es frecuente la superposición de distintos tipos de traumas.

Entre los aspectos vigentes de Freud sobre el tema del trauma, destacamos la idea inicial del trauma viniendo del otro y que no alcanza con lo externo para explicar el trauma: es necesario comprender cómo impacta en lo psíquico singular debido al peso de la fantasía. Esto ilustra la dialéctica interno-externo, que es preciso sostener en relación al trauma.

A propósito de la neurosis de angustia, Freud describe las hoy llamadas dificultades de simbolización refiriéndose a las dificultades de elaboración psíquica de la excitación “que no puede pasar a lo psíquico y permanece en una vía física” (Freud, 1892-99).

Pierre Janet, por su parte, señaló el fenómeno de disociación propio de las memorias traumáticas y su diferencia con las memorias narrativas, la tendencia al automatismo psicológico, es decir la repetición de elementos asociados al trauma, lo que será trabajado por Freud y en desarrollos más actuales dará lugar a la idea de un inconsciente escindido.

Es así que, la definición que hoy hacemos, retiene elementos de estos desarrollos pioneros. El trauma se define por ser un evento, o una suma de ellos, que produce una “efracción”, un impacto, cuya magnitud (intensidad afectiva) no es posible procesar psíquicamente e integrar en el conjunto de la experiencia vital. El impacto que vulnera los recursos psíquicos y vinculares existentes, no puede ser eludido ni suficientemente simbolizado y es el cuerpo el que manifiesta las repercusiones del trauma.

En el recorte que haré de un tema tan vasto, propongo tres ejes para pensar el problema clínico de los pacientes que presentan la sintomatología corporal en primer plano.

1. DIAGNOSTICO CLÍNICO PSICOANALÍTICO

Debemos realizar un diagnóstico clínico fino basado en la escucha atenta para determinar:

* ¿Cómo es traído el trauma en el relato del paciente? ¿Puede armar un relato o hablar del trauma o las situaciones traumáticas repetidas, discriminando los distintos eventos y adjudicándoles algún sentido? ¿O solo puede traer los síntomas desencadenados por el evento pero sin encontrarles significado? ¿Es un relato desafectivizado que denota disociación?
* ¿Qué capacidad de simbolizar lo traumático y grado de dificultad para poner en palabras algún sentido acerca de ello?
* ¿Qué tipo de vínculos establece el paciente? ¿Se trata de vínculos estables y continentes o emerge una historia vincular traumática a la que puede haberse sumado un evento traumático particular?
* ¿Cómo se presentan sus síntomas y sus defensas?

Los pacientes con capacidad de simbolización y de relato, historia vincular estable y con funcionamientos en los que predomina la represión, pueden trabajar analíticamente lo vivido, respetando el timing necesario para ir resignificando lo traumático. Los pacientes con dificultades de distinta entidad para simbolizar lo traumático, requieren estrategias terapéuticas que se adapten a sus posibilidades, sobre todo al inicio del tratamiento, tema que retomaremos en el eje 3.

Queremos mencionar, sin adentrarnos en el tema, que una parte de los individuos que viven situaciones traumáticas, dependiendo de sus antecedentes, pueden desarrollar un Trastorno por estrés postraumático o Trastorno por estrés agudo de acuerdo al diagnóstico nosológico del DSM V.

1. LA SINTOMATOLOGIA SOMÁTICA DE ORIGEN TRAUMÁTICO.

Me centraré en los cuadros en los cuales lo traumático se expresa privilegiadamente en el cuerpo. En estos cuadros el paciente no puede hacer un relato coherente del evento traumático, no tiene recuerdos nítidos, sino sensaciones e imágenes, que pueden aflorar repentinamente a modo de flashbacks, puede presentar ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño, insomnio o pesadillas, dificultades de concentración, alimentación, etc.

Desde una perspectiva psicoanalítica pensamos que, en las situaciones traumáticas, tanto a lo largo del desarrollo como a partir de eventos puntuales, se producen distintos grados de fallas de la simbolización, quedando el cuerpo como vía de expresión de las tensiones que no logran ser representadas.

Hoy día contamos con investigaciones de las neurociencias que correlacionan los traumas con cambios fisiológicos: exceso o inhibición de la activación, desregulación afectiva con sensaciones displacenteras intensas y reacciones agresivas, alteraciones neuroquímicas y hormonales (incremento de las hormonas del estrés) y alteraciones en diversas zonas cerebrales encargadas de funciones psíquicas importantes. En los traumas precoces se observan alteraciones en el desarrollo de la corteza cerebral.

Los estudios sobre la memoria han permitido determinar que las marcas de las experiencias traumáticas están organizadas no solo como narrativas, sino en trazas sensoriales y emocionales fragmentadas de imágenes, sonidos y sensaciones físicas. Confirma lo que Janet descubrió hace más de 100 años, que se trata de memorias disociadas. Las narrativas suelen ser desorganizadas, en las que la secuencia de eventos está alterada.

1. ABORDAJE TERAPÉUTICO

En muchos de estos casos, la palabra, como herramienta terapéutica, resulta insuficiente para trabajar los efectos del trauma, anclados al modo de memorias encarnadas, que se expresan como manifestaciones fisiológicas y sensorio-motrices que acompañaron la situación traumática.

Existe una fuerza autónoma del cuerpo en relación al lenguaje, para mantener otros canales y códigos no verbales, con manifestaciones que quedan por fuera de la simbolización. A mi entender, en una concepción psicoanalítica del *sujeto*, cuerpo y lenguaje no pueden desvincularse ni ubicarse en un lugar de prioridad uno respecto del otro, sino en relación dialéctica. La separación entre lenguaje corporal y verbal es artificial, el cuerpo forma parte de la producción no verbal y verbal, tiene paradojalmente autonomía y al mismo tiempo sujeción al lenguaje. Nada puede cobrar sentido y convertirse en lenguaje si no se articula a lo real del cuerpo. Si se hace abstracción del cuerpo, se elude el trabajo del inconsciente.

Tanto partiendo de la experiencia clínica como de las investigaciones de las neurociencias respecto de los efectos físicos del trauma en el cuerpo, vemos la importancia de que el cuerpo tenga experiencias diferentes a las vivenciadas durante y después del trauma, que contradigan el desamparo, el colapso y el terror vivenciados en los músculos, las vísceras, los sentidos. De acuerdo a Van del Kolk (2014), estudioso del trauma durante más de 30 años, esto es posible a través de ciertos abordajes corporales que permiten recalibrar el sistema nervioso autónomo, al cual llegamos por la respiración, el movimiento y el tacto.

Lo que vemos en la clínica es que el hecho de que recuperar la historia no necesariamente modifica las respuestas físicas y hormonales que hacen que el cuerpo permanezca en estado de alerta. ¿Cuáles serían entonces las estrategias posibles dentro de un tratamiento psicoanalítico y cuales las que emergen de una concepción interdisciplinaria del abordaje del paciente?

Al interior del tratamiento psicoanalítico, es importante al inicio apuntalar las funciones yoicas debilitadas, más que confrontar con el dolor el desamparo y el sentimiento de fracaso que invaden al yo, en base a una actitud de reconocimiento y contención. La posibilidad de revivir situaciones angustiantes en la sesión crea un riesgo de retraumatización.

La calidad de la experiencia emocional en la relación con el analista, es el camino para recuperar afectos disociados y temidos, una integración del sentir-pensar. Esto pone en primer plano la comprensión de los mensajes no verbales y los actos del paciente, que vehiculizan aspectos que no pueden ser dichos. Esto permitirá una progresiva reintroyección y restauración de las capacidades que se sienten perdidas. Es en base a la confianza en las propias capacidades que puede restablecerse paulatinamente la confianza en el otro. La elaboración en torno a la agresividad, muchas veces inhibida o proyectada, es fundamental.

Es frecuente que los pacientes expresen su deseo de no volver al pasado, de dejarlo atrás, siendo que en los hechos el pasado invade el presente. Este aspecto requiere un trabajo muy delicado en el cual se pueda ir integrando el pasado en el momento oportuno y en pequeñas dosis, en un camino de la realidad externa hacia la realidad interna. “No soy la misma persona” es una afirmación habitual. La pérdida del sí mismo suele acompañarse de un sentimiento de pérdida objetal, que la relación transferencial debe restaurar.

En una perspectiva interdisciplinaria del tratamiento, las limitaciones de la palabra en ciertos cuadros y etapas del mismo, me ha llevado a implementar estrategias terapéuticas que combinen el dispositivo analítico con herramientas de otras disciplinas que trabajan con el cuerpo real, como la psicomotricidad. En el caso de niños hace décadas que utilizo un encuadre en co-terapia para niños con alteraciones del desarrollo ligadas a traumatismos precoces. En el caso de adultos, propongo el abordaje en paralelo con técnicas de relajación terapéutica psicoanalítica.

J. Sklar (2011) sostiene que en el trauma la psiquis ha cargado en el cuerpo lo que no ha podido contener totalmente, protegiéndose así del impacto del afecto masivo. Es por ello que favorece la evolución del paciente trabajar a dos puntas, desde la psiquis y desde el cuerpo, para que ambos vuelvan a contenerse recíprocamente.

REFERENCIAS

Freud (1892-1899) Fragmentos de la correspondencia con Fliess, Tomo I, Amorrortu: Buenos Aires.

Sklar, J. (2011) Landscapes of the dark, Karnac Books Ltd: London.

Van der Kolk, B. (2014) The Body keeps the score. Mind, Brain and Body in the Transformation of Trauma, Penguin Books: Great Britain