



LO DISRUPTIVO Y LO TRAUMÁTICO

**Vicisitudes de un Abordaje
Clínico**

Dr. Moty Benyakar

Compiladores

Eduardo Ramos

Alejandra Taborda

Celeste Madeira

Universidad Nacional de San Luis
Rector: Dr. Félix Daniel Nieto Quintas
Vicerrector: Mg. Jorge Raúl Olguín

Nueva Editorial Universitaria
Avda. Ejército de los Andes 950 - 2° Piso
Tel. (+54) 0266-4424027 Int. 5109/110
www.neu.unsl.edu.ar - e-mail: neu@unsl.edu.ar



Lo disruptivo y lo traumático

Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas

Benyakar, Moty

Compilado por:

Eduardo Ramos ; Alejandra Taborda ; Celeste Madeira.



Universidad Nacional de San Luis

San Luis - Argentina - 2016

Benyakar, Moty: Lo disruptivo y lo traumático : Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas / Moty Benyakar ; Compilado por Eduardo Ramos ; Alejandra Taborda ; Celeste Madeira. - 1a ed. - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2016. Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-733-054-0

1. Aspectos Psicológicos. I. Ramos, Eduardo, comp. II. Taborda, Alejandra, comp. III. Madeira, Celeste, comp. IV. Título. CDD 150

Dirección y Administración:

Omar Hector Quinteros - Ariel Martín Aguilera

Diseño y Diagramación:

José Sarmiento / Enrique Silvage



Edición 2016

Universidad Nacional de San Luis - San Luis - Argentina.

Impreso en Argentina - Printed in Argentina.

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723.

ISBN 978-987-733-054-0

© Nueva Editorial Universitaria. - Universidad Nacional de San Luis.
Avda. Ejército de los Andes 950 - San Luis - República Argentina.

ÍNDICE.

Prólogo.	7
<i>Eduardo Ramos.</i>	

PRIMERA PARTE

Entre el mundo externo y el mundo interno

Capítulo I. Lo Disruptivo. El Impacto del Entorno en el Psiquismo	13
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo II. Entornos Disruptivos	41
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo III. Psiquismo Y Modelo: Tres Procesos En Danza	61
<i>Moty Benyakar y Álvaro Lezica</i>	
Capítulo IV. El Complejo Traumático A La Luz Del Modelo De Los Tres Espacios.	103
<i>Moty Benyakar y Álvaro Lezica</i>	
Capítulo V. La Figurabilidad En Freud.	121
<i>Moty Benyakar y María Silvana Gonçalves Borrega</i>	
Capítulo VI. Figurabilidad y Patología de lo Traumático.	139
<i>Moty Benyakar Y María Silvana Gonçalves Borrega</i>	

SEGUNDA PARTE

Teoría de la Técnica Aplicaciones Clínicas

Capítulo VII. Decir lo Mudo - El Discurso en lo Traumático	157
<i>Moty Benyakar y Álvaro Lezica</i>	
Capítulo VIII. Trauma y la Construcción Mítica en el Campo Psicoanalítico.	171
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo IX. Síndrome de Ansiedad por Disrupción (SAD) Un Nuevo Modo de Sufrir.	183

Moty Benyakar

Capítulo X. Vicisitudes Diagnósticas de las Patologías por Disrupción.	199
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo XI. El Abordaje Clínico de las Patologías por Disrupción	213
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo XII. Especificidades Sobre El Encuadre.	245
<i>Moty Benyakar Y Álvaro Lezica</i>	
Capítulo XIII. Registrar lo Inaudible para Elaborar lo Expresado.	279
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo XIV. La Interpretación Vivencial y Procesal	309
<i>Moty Benyakar</i>	

TERCERA PARTE

Una mirada sobre los historiales clínicos

Capítulo XV. Consideraciones Técnicas Acerca del Abordaje Clínico de la Vivencia Traumática.	331
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo XVI. Precisiones Técnicas en el Abordaje del Vivenciar Traumático	355
<i>Moty Benyakar</i>	
Capítulo XVII. Lo Disruptivo que no Deviene Traumático.	367
<i>Moty Benyakar.</i>	
Epílogo	373
Bibliografía	375

Prólogo

En ocasión de la creación en la Universidad Nacional de San Luis de una Unidad de la Red Iberoamericana de Ecobioética, dependiente de la Red Iberoamericana de Bioética, Cátedra de Bioética de la UNESCO, se desarrollará en este ámbito académico y como actividad inicial de la Unidad, el Curso de Posgrado “Lo Disruptivo y Lo Traumático”. El destino primo del presente texto, es aportarlo como bibliografía de aproximación al desarrollo de la tarea referida.

El libro “Desde Lo Disruptivo a Lo Traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico”, deviene como producto de una muestra compilada, de publicaciones dan cuenta de la extensa producción del Dr. Moty Benyakar, cuyos desarrollos han merecido reconocimiento internacional.

En la línea que fue marcando el trayecto de vida del Dr. Benyakar, dentro de su constante cotidiana labor clínica tanto como psicólogo, médico psiquiatra y psicoanalista se destaca como hito no menor, su participación y asistencia en calidad de terapeuta, en cinco conflictos bélicos, siendo él un firme y convencido pacifista.

Cabe inferir que este derrotero, pudo haber impulsado en el autor un particular ahínco para investigar y dilucidar el accionar que los estímulos externos pueden promover en el sujeto, en el decir de Alain Badiou, acontecimientos que van modificando el ser.

Benyakar propone Lo Disruptivo con una clara conceptualización desde la visión transdisciplinaria y de la complejidad. En tal sentido Lo Disruptivo reúne en su seno, postulaciones de diversas disciplinas que exceden no solo al psicoanálisis, sino también a la psicología. Su recorrido tiene como piedra basal el psicoanálisis y desde allí transita por y entre diferentes saberes como la medicina, filosofía, antropología, el arte, etc. hasta crear un nuevo producto que cristaliza en Lo Disruptivo.

Fiel al espíritu de la complejidad, Benyakar no cierra los desarrollos de su obra sino que los revisa y enriquece merced a su propia dedicación, al diálogo creativo con expertos en diversas disciplinas y a los grupos de investigación que ha creado y sostiene.

Acercándonos a los contenidos de la actual edición, cabe dejar establecido dos de sus conceptos básicos: que cuando una situación externa al psiquismo impacta en él, provocando una alteración de su

homeostasis, se está ante un acontecimiento disruptivo. Cuando el efecto producido por el agente externo provoca un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental, el acontecimiento deviene en traumático. Por ello Benyakar enfatiza que lo traumático no es un evento fáctico o situación sino un proceso psíquico producido por un evento o entorno disruptivo.

Partiendo desde estos postulados básicos se puede comprender el desarrollo de la obra de Benyakar, que para justificarlos recrea y crea conceptos que dan acceso a un esquema de aparato psíquico que con un funcionamiento tal, permiten explicar desde lo metapsicológico su inicial apreciación clínica y una consecuente estrategia terapéutica.

Siguiendo su camino recorrido, se anexan en el presente texto digital, artículos (algunos aún no editados) y capítulos de libros ya publicados del espectro disruptivo. Ellos plasman la relación entre mundo externo e interno, su vinculación, la clínica resultante, la metapsicología que la sostiene, una aproximación terapéutica y finalmente casos clínicos ilustrativos. Es de destacar que la compilación realizada es complementaria a los contenidos y actividades que se desarrollarán en el curso de posgrado pertinente.

Si bien se advierte claramente en el Dr. Benyakar su idoneidad profesional que lo han hecho partícipe activo en las guerras de Israel, el 11 S en New York, el 11 M en Madrid, el atentado de la AMIA, las inundaciones en Santa Fé, la explosión en Río Tercero y otros eventos de alta potencialidad disruptiva, él deja traslucir nítidamente su preocupación en relación a la respuesta que los profesionales de la salud darán en la vida cotidiana, a las situaciones fácticas y sus consecuencias psíquicas. Se puede rescatar en esta última inquietud, el motor que lo incita a acompañarnos en San Luis.

Entiendo adecuado antes de terminar este prólogo y a modo de semblanza, describir la interesante y poco habitual trayectoria del Dr. Moty Benyakar. Es maestro de escuela primaria, como a él le complace decir de sí **Lic. En Ciencias de la Educación**, (Universidad de Haifa, Israel), **Psicólogo** (Universidad de Haifa, Israel), **Doctor en Psicología** (Universidad del Salvador, USAL), **Médico** (Universidad de Tel-Aviv), **Doctor en Medicina** (Universidad de Tel Aviv, Israel), **Psicoanalista Adherente** de la Asociación Psicoanalítica Israelí, **Psicoanalista en función didáctica** (Asociación Psicoanalítica

Argentina, APA), Especialista en niños (APA), Profesor Titular Académico (Universidad del Salvador USAL), Miembro de Honor de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Profesor de honor de la Universidad de Barcelona. Presidente de la Red Iberoamericana de la Red Iberoamericana de Ecobioética, Catedra UNESCO de Bioética, Director de la maestría en psicoanálisis USAL-APA y Director del Grupo de Investigación en Psicoanálisis y/o lo Disruptivo para el doctorado en psicología de la USAL.

Presentar los antecedentes del Dr. Benyakar resulta adecuado en tanto facilita la comprensión de la trayectoria de su vida que pasa de haber sido varios años tambero, ordeñando vacas, a su vida profesional clínica y académica. Esto se podrá apreciar en la lectura de su obra. Su devenir en la vida, por lo poco común, como lo revelan sus múltiples actividades, dejan plasmado un espíritu inquieto, de cuyo impulso epistemofílico de investigador dan cuenta.

Eduardo Ramos MD

Pediatra - Psicoanalista

PRIMERA PARTE
Entre el mundo externo y el mundo interno

Capítulo I

LO DISRUPTIVO.

EL IMPACTO DEL ENTORNO EN EL PSIQUISMO

Moty Benyakar

¿Puede una situación ser traumática?

¿Qué pasaría si a un paciente que ha recibido un gran golpe en un pie, se lo enseña al médico que lo ve hinchado, enrojecido, dolorido, y éste dijera: “Esto es una fractura”? Es posible pensar que le sacarían el título. Para poder diagnosticar una fractura, el especialista tiene que confirmar primero que esos síntomas que presenta el paciente no fueron provocados, por ejemplo, por un esguince o una tendinitis. Para ello, necesita disponer de una radiografía que le indique que hubo ruptura del hueso.

Me pregunto: ¿cómo puede ser que nosotros, los profesionales de la salud mental, cuando atendemos a un paciente cuyo psiquismo sufrió el impacto abrupto y doloroso de un evento externo, llamemos a este hecho “trauma” basándonos simplemente en la característica del evento? Cada vez que realizamos esta afirmación contando como único dato con el hecho de que nuestro paciente recibió un impacto fuerte y doloroso sin tomar en cuenta el modo en que ese impacto fue elaborado, estamos desconociendo al paciente que, como sabemos, puede responder a los impactos del mundo externo de muchas otras maneras además del trauma (Furst *et al.*, 1971; Herman, 1997). Diagnosticar de manera infundada y apriorística, en función del tipo de situación vivida o de la sumatoria de síntomas y no de cómo fue procesada es, lisa y llanamente, renunciar a nuestro propio saber. Más grave aún es abdicar de nuestra responsabilidad profesional.

La frecuencia con que los profesionales de la salud mental utilizan la palabra ‘trauma’ para referirse a lo que le pasa a una persona que debió atravesar una situación muy difícil y dolorosa debe hacernos reflexionar acerca de la función que esta palabra cumple, tanto en la teoría como en la práctica psicoterapéutica. Tal parece que sirve para dispensarnos del esfuerzo imprescindible que significa distinguir y caracterizar los distintos elementos que participan de la situación: el hecho que viene de afuera, el impacto que sufre el psiquismo y el modo en que se articulan ambos fenómenos en el interior del sujeto. Sin este esfuerzo de

discriminación, que permita elaborar conceptos específicos para remitir a cada uno de esos elementos y sus características, no hay manera de fundamentar un diagnóstico y una estrategia de tratamiento adecuados. Sin este esfuerzo, la palabra 'trauma' no puede alcanzar el estatuto de un concepto capaz de designar un fenómeno específico con sus características propias y distinguibles de otros fenómenos similares. Un primer paso que nos permitirá avanzar en ese sentido es el concepto "disrupción" (Benyakar, 1973). Propongo usar el término 'disruptivo' para reemplazar la palabra 'traumático' cada vez que hablamos de los hechos y las situaciones que ocurren en el mundo externo. En latín, *dirumpo* significa destrozarse, hacer pedazos, romper, destruir, establecer discontinuidad. Por lo tanto *disruptivo* será todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración.

La tradición que nombra cualquier evento fuerte, intenso, con la confusa fórmula "situación traumática" está tan arraigada que mi pretensión de cambiarla por otra tal vez sea quijotesca. Pero me parece muy importante disponer de un vocabulario preciso que nos permita distinguir, por ejemplo, el hecho fáctico externo del hecho psíquico interno, cosa que la mentada fórmula "situación traumática" no sólo no hace sino que confunde. Estoy determinado a persistir en mi intención, puesto que no se trata de un mero cambio de palabras sino de proponer otra manera de pensar el problema. Sopesar cada término que utilizamos, definirlo con precisión, es el modo, creo yo, de comprender la vastedad de las reacciones psíquicas, sus peculiaridades y así poder definir los abordajes clínicos particulares que cada una de ellas requiere. Las condiciones de vida actuales, el sufrimiento psíquico generalizado y las nuevas patologías que se ven a diario en nuestros consultorios no permiten seguir dilatando este cometido. Vayamos por partes.

La fórmula "situación traumática" es comúnmente usada para referirse a situaciones como accidentes, muerte de un ser querido, enfermedad grave, discapacidad repentina, quiebre económico y otros hechos semejantes. También se la usa para identificar desastres y catástrofes colectivas, tanto cataclismos naturales como guerras o migraciones forzadas. Todos estos eventos extraordinarios, no habituales e indeseables, son considerados expresiones privilegiadas de lo que mal se denomina "traumático" (American Psychiatric

Association, 1994¹). ¿Por qué? Porque se les asigna a priori, como si les fuera inherente, el hecho de producir un efecto devastador específico sobre el psiquismo humano. Tal manera de pensar ocasiona tres problemas graves: 1) desconoce y no se ocupa de conocer la singularidad y especificidad de los diferentes eventos fácticos, lo cual nos hace incapaces para discriminar sus componentes y características particulares; 2) deja de lado la singularidad del sujeto que vive la situación, y 3) ignora lo idiosincrásico de la relación entre un evento específico y un sujeto particular.

Calificar una situación como traumática por la potencia o la intensidad que el consenso social le asigna es adjudicar un rasgo propio del orden psíquico a un evento del orden de lo fáctico. Para aclarar un poco más la naturaleza de esta errónea y arraigada operación, retomemos el caso del paciente fracturado. Supongamos que la fractura ósea se debió al golpe de un martillo. ¿Autorizaría eso a llamar al episodio en su conjunto (como se pretende que hace la fórmula “situación traumática”) “martillo fractural”? Pues bien, la calificación a priori de “traumática” aplicada a la situación es equivalente a usar la palabra “fractural” para calificar el martillo cuyo aporte consistió exclusivamente en ser el medio con el que se efectuó el golpe que dio lugar a que nuestro paciente sufriera la rotura de un hueso. “Traumático” no califica al hecho “martillazo” sino al hecho “rotura de hueso”. Al hecho “martillazo” corresponde considerarlo potencialmente traumatogénico y sólo podremos afirmar este carácter tras haber analizado las condiciones en las que quedó el hueso después de recibir el golpe.

Si podemos caracterizar situaciones usando las mismas palabras que nombran sus posibles efectos, como en el caso que nos ocupa, es porque en nuestro pensamiento subyace la suposición de que todos y cada uno de los acontecimientos a priori tildados falazmente de traumáticos provocarán siempre, en todos y cada uno de los sujetos afectados, esa consecuencia psíquica llamada “trauma”. El sociólogo o el historiador pueden hablar de trauma social pues

¹ Sólo recientemente se dejó de exigir a estos sucesos el requisito de ser espectaculares, lo cual constituye un avance con relación a la definición incluida en el manual de diagnóstico confeccionado en Estados Unidos y conocido como DSM. En efecto, las versiones actuales el DSM-IV Y DSM- V, califica de traumáticas una cantidad de situaciones respecto de las cuales no surgiría un consenso espontáneo y automático, como sí ocurre con los desastres y las catástrofes colectivas o individuales. El manual de diagnóstico europeo, ICD-10, en cambio, sigue siendo conservador. Establece que traumática es una “situación o suceso (corto o largo) de carácter amenazante excepcional o de naturaleza catastrófica”.

ambos observan y analizan la realidad desde sus dimensiones de análisis correspondientes. Pero, en el campo de la salud mental, el movimiento desvía la atención del significado específico que tiene la palabra ‘trauma’, o sea, discontinuidad que se produce en un proceso psíquico o en un modo de procesar psíquico. Y hace como si no supiera que tal discontinuidad sucede única y exclusivamente *en* el sujeto. De lo que se desprenden, como era de esperar, problemas tanto teóricos como clínicos. Por ejemplo, la iatrogenia que significa considerar patológicas las conductas que, frente a uno de esos acontecimientos definidos a priori como traumáticos, no coinciden con los comportamientos esperados. O la que supone seguir agarrados a los conceptos “trauma” y “estrés” y pretender dar cuenta con ellos de todos los nuevos fenómenos psíquicos, producto del impacto de lo externo, que aparecen hoy en la consulta, cuestionando su aplicabilidad (De Clercq y Dubois, 2001).

Pensando una y otra vez en el problema que representa la fórmula “situación traumática” me surge siempre la misma pregunta: ¿cómo es posible que después de tantos años de experiencia y de pensamiento acumulados, gracias a la inteligencia, sutileza y creatividad de tantos pensadores, incluido el mismo Freud, sigamos cometiendo ese error y, más aún, ni siquiera nos percatemos de él? Aventuro una hipótesis. Si el trauma es vacío, discontinuidad, agujero que el psiquismo no soporta, ¿cómo hablar de él?, ¿cómo circunscribir el vacío, darle una forma a la nada, asir el agujero? Damos rodeos y más rodeos y en el transcurso de esos rodeos la palabra ‘trauma’ se desliza indiscriminadamente - hasta en la propia obra de Freud- de la dimensión fáctica a la psíquica. Tal vez, la prolífera producción en torno del concepto de trauma en el campo de la salud mental refleje también la dificultad para mantenerse en un pensamiento que procure no desconocer la unidad esencial que existe entre eso que llamamos, paradigmáticamente, “el adentro” y “el afuera” (Freud, *Moisés y la religión monoteísta*, 1939).

Adentro/afuera, categorías que usamos con total naturalidad, no son, en verdad, lugares tópicos sino dimensiones para pensar la existencia, como antes/después, alto/bajo, bueno/malo. Adentro/afuera son abstracciones analíticas pero de tan profunda raigambre en el pensamiento que las tomamos como existencias objetivas y, además, obvias. Admito que es difícil pensar fuera de esas oposiciones. Es más, a lo largo de este libro uso con frecuencia el par adentro/afuera pero invito al lector a que haga el esfuerzo de recordar, cada vez que se tope con él, que se trata sólo de un instrumento analítico. Cuesta hallar la forma de referirse a esa unidad, sus dimensiones y dinamismos, sin traicionarla.

Solemos zanjar la dificultad recurriendo a la idea de interacción. Pero la articulación sujeto-mundo (adentro-afuera) es más que dos elementos complejos interactuando según el modelo de la física mecánica.

Para tratar de pensar la articulación sujeto-mundo externo, para pensar la complejidad de la vida psíquica humana, propongo el modelo que Charles Sanders Peirce denominó “relación triádica genuina” (Peirce, 1974; 1987). En ella ningún término mantiene relaciones duales con otro y sin embargo los tres están indisolublemente ligados. Los liga el tercero, que es cada uno de ellos respecto de los otros dos. Lo asombroso de esta figura topográfica, que el diagrama que sigue nos ayudará a comprender, es que basta la ausencia de un solo factor para que no haya nada (Sercovich, 1977), por lo que la relación triádica genuina excluye toda forma de determinismo esencial.

Tal como hoy se suele pensar el problema de lo *disruptivo* es inevitable caer en concepciones determinísticas que eliden la complejidad del problema. Me parece importante revisar críticamente los conceptos que hemos usado hasta hoy porque, como dije, tienen consecuencias clínicas indeseables. En principio, me parece indispensable precisar el lenguaje, incorporar nuevos conceptos que nos permitan referirnos al fenómeno “trauma”, sus elementos, características y dinamismos sin subsumir unos en otros ya que se trata de elementos de naturaleza diferente e irreductible. Para pensar en una *situación o evento disruptivo* propongo los siguientes tres conceptos: *evento fáctico*, *vivencia* y *experiencia*, que, como ya dije, no son otra cosa que dimensiones de análisis.

El *evento fáctico* refiere a ese aspecto de la existencia que comúnmente llamamos “mundo externo”. La *vivencia* remite exclusivamente a lo que llamamos “mundo interno”. Y, por último, la *experiencia* alude simultáneamente al *evento fáctico* y a la *vivencia* conjugados o articulados. Tal vez lo más complicado de estos conceptos sea retener que tanto la *vivencia* como la *experiencia* no son cosas sino funciones articuladoras que no existen por sí mismas sino en la acción de articular.

Si hasta el presente no hemos podido establecer estas diferencias -mucho menos ahondar en ellas-, la razón se debe, creo yo, a limitaciones de las lenguas en las que pensamos y hablamos. Puedo darme ese lujo porque el castellano y el hebreo ofrecen las palabras necesarias para expresar estas dimensiones diferentes de la existencia que son el mundo subjetivo y el mundo de lo fáctico. ‘Vivencia’ en castellano y *‘javaia’* en hebreo son vocablos que remiten al mundo subjetivo. ‘Experiencia’, en cambio, alude a esa dimensión en la que se

conjugan y se indiferencian el hecho fáctico y el subjetivo. También el idioma alemán cuenta con la palabra '*erlebnis*' para referirse a la *vivencia*, y '*erleben*' para referirse a *vivenciar*, ambos acuñados por Wilhelm Dilthey y afortunadamente traducidos al castellano por José Ortega y Gasset. En castellano, *vivencia* distingue la materia subjetiva e idiosincrásica de las otras dos instancias: el *evento fáctico* y la *experiencia*. Freud usa los términos acuñados por Dilthey con el mismo sentido que este último les fijara (Freud, "Introducción al psicoanálisis de la neurosis de guerra", 1919). El francés, en cambio, no refleja esta diferencia, y utiliza para los dos ámbitos la palabra '*expérience*'. Esta limitación llevó a un autor como Jean-Paul Sartre a buscar una expresión que le permitiera discriminar las dimensiones y encontró la solución en la fórmula *fait vécu* (*hecho vivido* = *vivencia*). A Jorge Semprún, en cambio, la carencia lo impulsó a elaborar una estupenda obra literaria dentro de la cual tal vez su expresión más clara se encuentre en su libro *La escritura o la vida*. El inglés, por su parte, sólo cuenta con la palabra '*experience*' que no diferencia entre estas dimensiones centrales para la práctica teórica y clínica en salud mental, y la historia del concepto de trauma refleja esta dificultad. Algunos autores de habla inglesa recurrieron a expresiones como "*psychic experience*" o "*subjective experience*" (Krystal y Krystal, 1988).

Tanto los conceptos "evento fáctico", "vivencia" y "experiencia", así como el dinamismo que los conjuga, necesitan ser cualificados y establecidas sus características y sus modos de funcionamiento. Lo óptimo sería poder hablar de todos ellos al unísono. Pero eso no es posible porque, al hablar o pensar, el funcionamiento mismo del lenguaje establece, inevitablemente, secuencias donde no las hay. Es algo semejante a lo que sucede en física donde, sabemos, es imposible determinar la ubicación y la velocidad de una partícula (dos dimensiones inseparables de un único suceso) al mismo tiempo: cuando se determina una, se pierde la otra. La dificultad, sin embargo, no impide a los físicos definir lo que es lugar y velocidad, así como no les impide definir lo que es movimiento. Lamentablemente, entre nosotros, los profesionales de la salud mental, esta vocación discriminadora de conceptos raramente se aplica a este tipo de fenómenos. Veamos ahora, uno por uno, estos conceptos.

El evento fáctico disruptivo

Denomino “evento” a todo aquello que es, no porque se nos ocurra pensar en ello, “sino que no es afectado por lo que podamos pensar del mismo”.² Todo *evento* tiene la capacidad potencial de irrumpir en personas, instituciones y comunidades. Si ese potencial se realiza, se altera en éstas un estado existente de equilibrio u homeostasis y se producen distintos tipos de reacciones. En ese caso, se tratará de un *evento fáctico disruptivo*, donde la cualidad de disruptivo corresponde exclusivamente al evento o la situación capaz de provocar una discontinuidad o una distorsión en el modo humano de elaborar.³

“Disruptivo” es un concepto relacional puesto que es una cualidad que se predica de un fenómeno que actúa inevitablemente sobre algo o alguien. Dentro de esta categoría relacional, el potencial disruptivo inherente al fenómeno tiene un componente que lo relativiza. Por ejemplo, un bombardeo o un accidente ferroviario tienen un potencial disruptivo mayor que un paseo por la playa. Pero el potencial disruptivo que pueda tener ese paseo para un niño que de pronto pierde de vista a sus padres cuando ya el sol está bajando y sube la marea puede ser casi tanto como el de los otros ejemplos. La muerte de un familiar tiene un potencial de disrupción inherente muy grande. Pero quién mejor que nosotros, los profesionales de salud mental, para saber lo relativo que es el impacto según el individuo que lo viva y la circunstancia en la que se encuentre en ese momento. Es preciso no olvidar este interjuego permanente entre las condiciones inherentes de los eventos y los aspectos que las relativizan.

Un evento se consolida como disruptivo cuando desorganiza, desestructura o provoca discontinuidad. La desorganización y lo que ocurra con ella no le pertenecen al evento sino que dependen del sujeto que lo vive. No obstante, existe una clase de eventos, por ejemplo, un cataclismo, accidentes o

² Así define Peirce (1987) lo *real*. Luego agrega: “¿Dónde habrá de encontrarse lo real, la cosa independiente de la forma en que la pensemos? Debe haber tal cosa, pues encontramos restringidas nuestras opiniones. [...] Es verdad que inmediatamente ante nosotros nada tenemos sino pensamientos. Pero esos pensamientos han sido causados por sensaciones que, a su vez, son constreñidas por algo exterior a la mente” (p. 94).

³ Esta aseveración presume que hay un modo de elaborar adecuado a las capacidades del psiquismo. Por eso lo que para un *infans* puede ser disruptivo, para un adulto no lo será, así como lo que pueda resultar disruptivo para un individuo adulto no lo será para otro. Porque esa especial relación entre las cualidades del evento y la capacidad de elaboración es distinta en cada caso.

enfermedades graves, la muerte de un ser querido, la guerra, un atentado terrorista, que son disruptivos *per se*. Este hecho, sin embargo, no nos autoriza a evaluar los acontecimientos a priori y mucho menos a generalizar tal evaluación.

Las siguientes cualidades potencian la capacidad disruptiva de un evento:

ser *inesperado*, por ejemplo, desde la explosión de una bomba hasta un encuentro con alguien significativo que creíamos que nunca más íbamos a ver;

- *interrumpir un proceso* normal y habitual indispensable para nuestra existencia o para mantener el equilibrio, desde ser secuestrado hasta perder el empleo;
- *minar el sentimiento de confianza* en los otros, como sucede tras sufrir una violación sexual o la traición de un viejo amigo;
- *contener rasgos novedosos no codificables ni interpretables* según los parámetros que ofrece la cultura, como cuando visitamos un país con costumbres y creencias radicalmente diferentes de las nuestras y que contrarían nuestros valores;
- *amenazar* la integridad física propia o de otros significativos, y
- *distorsionar o destruir* el hábitat cotidiano.

Si quisiéramos describir alguna de las situaciones que puse como ejemplo, limitándonos a hablar de los hechos, veríamos que necesitamos para ello usar un lenguaje fenoménico, que es el que nos permite discriminar y describir las partes que constituyen el suceso que queremos relatar. Un análisis riguroso de ese relato nos mostraría que nada hay en él que nos permita inferir un determinado resultado. No obstante, la vida nos enseña que cualquiera de estas situaciones tiene, la mayoría de las veces, un impacto disruptivo intenso. En qué consista ese impacto, que puede ser traumatogénico, estresogénico o ansiógeno no específico, será algo que sólo podremos saber después de ocurrido el evento y observando y analizando las reacciones individuales de cada persona que lo vive. Y, en el caso de nuestra especialidad, sólo en el transcurso del tratamiento.

Confío haber dejado claro lo inadecuado que es, desde el campo de la salud mental, decir de un evento o situación que es traumático. Decir que es disruptivo, en cambio, invita a investigar las situaciones y el impacto que tienen sobre los sujetos, el modo en que se articulan con sus vivencias. Sólo así será posible abordar lo generalizable (el evento) y lo que jamás podremos generalizar (la vivencia).

La vivencia

En el contexto de las ideas que expreso en estas páginas, digo que la *vivencia* tiene lugar en un sujeto cuando un estímulo proveniente del soma o del mundo externo produce la articulación de un afecto y una representación -ambos componentes intrapsíquicos-. *Vivencia* es un concepto meta- psicológico que alude a la actividad psíquica. La *vivencia* es la que otorga especificidad a la subjetividad. Es la sustancia de la subjetividad y es inefable, o sea, no se presenta como fenómeno que pueda ser relatado (Kovadloff, 1993). En tanto es el producto de un modo de procesar que tiene el psiquismo, la *vivencia* está siempre implícita en todo lo que una persona dice. Necesaria, constitutiva y constituyente del psiquismo, la *vivencia* testimonia el contacto con el mundo externo. En efecto, la irrupción en el psiquismo de un factor exógeno al que hemos denominado “evento fáctico” activa la función *vivencia* que moviliza factores endógenos. Cuando la conjugación de los factores exógenos y endógenos se despliega de manera adecuada, habrá articulación de un afecto con una representación. El éxito de esta articulación depende, además, de los factores de sostén ambiental y de la capacidad yoica. Por esta razón, el evento *vivencia* es siempre un evento singular (Benyakar, 1999a).

Llamo “vivenciar” al proceso que produce la *vivencia*. El *vivenciar* consiste en el proceso mediante el cual se despliega la capacidad, inherente a la criatura humana, de articular el afecto con la representación y así poder procesar los *eventos fácticos* a los que se ve expuesta a lo largo de la vida (Benyakar, 1998c).

Tanto el *vivenciar* como la *vivencia* admiten formas patógenas varias. Ambas pueden ser traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad difusa. Que tengan uno u otro carácter depende tanto de sus cualidades como de las formas en que son procesadas. Por ejemplo, cuando un *evento fáctico* circunscripto en el tiempo y el espacio impacta sobre el psiquismo desorganizando pero a la vez permite una reorganización posterior, hablamos de “vivencia de estrés”. El *vivenciar de estrés* es un proceso desregulador que no desarticula sino que altera o desestabiliza la articulación afecto-representación. Es una actividad permanente que produce una tensión interna en el individuo, producto de esa desregulación. La articulación afecto-representación tiene cualidades estabilizadoras, lo cual no implica que toda vivencia sea agradable. Enfrentarse a eventos desagradables puede producir displacer pero, si se cuenta con la

capacidad de articular el afecto con la representación, el evento será elaborable. Al mismo tiempo, existe un *displacer* que es inherente a la inestabilidad de la articulación y a la imposibilidad de articular. Por ejemplo, en el vivenciar de estrés, esa inestabilidad produce una tensión o un *displacer* especial. El vivenciar de estrés consiste en el modo en que el psiquismo establece su relación con el mundo externo en los primeros estadios de la vida, en algunos casos patológica, al desplegar defensas inadecuadas que dan lugar a estados de ansiedad y angustia. Puede ocurrir también que los eventos desagradables se puedan elaborar como promotores del desarrollo de señales y defensas adecuadas (Benyakar, 1997b).

Si el impacto en el psiquismo de un evento fáctico preciso es de una naturaleza que rompe la articulación existente y el evento se presenta y conserva en el psiquismo como hecho no elaborado ni elaborable, da lugar a lo que conocemos como *vivencia traumática* (Baranger, Baranger y Mom, 1988; Benyakar, 1996d). Por su parte, el *vivenciar traumático* es un proceso fallido de la articulación entre afecto y representación en el cual ocurren microprocesos debido a los cuales el *displacer* y la frustración devienen constitutivos del psiquismo.⁴ El vivenciar traumático tiene lugar cuando lo pulsional del *infans* se despliega en un medio ambiente en el que falla el interjuego entre el *infans* y la función maternante o mediatizadora. Puede dar lugar a desórdenes de personalidad o patologías del vacío (Granel *et al.*, 1982; Jallinsky, 1991).

Hablamos de *vivencia siniestra* u ominosa (Sainz, 2002) cuando existe una articulación particular entre afecto y representación. A menudo nos sucede que cuando entramos en la categoría de lo amenazante, el horror, lo temido, hacemos uso de un vocabulario poco preciso. Esta tendencia, como vimos, no es casual. Del mismo modo como, tanto en el lenguaje popular como en el científico, usamos mal el vocablo ‘traumático’, lo mismo hacemos con las palabras ‘siniestro’ y ‘ominoso’. Ambas habitualmente se homologan a la idea de lo terrible, lo desagradable. Pero no se trata de eso sino del interjuego que se produce entre lo propio/no-propio y lo familiar/no-familiar. Si bien esta interacción es patogeneizante cuando no está mediatizada, posibilita el desarrollo de defensas estructurando, de una u otra manera, un funcionamiento psíquico con cierta continuidad entre el mundo interno y el mundo externo de un sujeto. En esto se diferencia de la vivencia traumática que, como veremos a lo largo de este libro, habla de un corte en el proceso articulador tanto en el nivel

⁴ Esto es lo que Massud Kahn (1963) llamó “trauma acumulativo”.

intraprésíquico como en la relación mundo interno-mundo externo (Benyakar, 2000c). Quien, como Freud, profundice en la obra y la vida de E.T.A. Hoffman, uno de los más conspicuos creadores del género de terror en la literatura, verá cómo un individuo que vivió sumido en miedos y terrores pudo llegar a transmitir esas experiencias creando una maravillosa obra literaria.

En 1919, impactado por las historias de este autor, Freud analizó el cuento “El arenero” y elaboró a partir de ese análisis los conceptos “ominoso” o “siniestro”. Postuló que lo ominoso es el producto del interjuego entre lo propio y lo no-propio, entre lo familiar y lo no-familiar. Un fenómeno será vivenciado como ominoso cuando sea percibido como no-propio y familiar o como no-familiar y propio. Un ejemplo de lo propio y no-familiar sería la sensación extraña que puede tener el niño o el adolescente frente a impulsos sexuales provenientes de lo más íntimo de su ser, vivenciados como propios pero que le resultan desconocidos, no familiares, lo que les da la cualidad de siniestros. En algunos casos, la sensación de que esos impulsos son no-propios lleva a ideas de tipo mágico como la de estar “poseído” por fuerzas externas sobrenaturales, demoníacas, etc. Siniestras son también las ocasiones en las que una persona se enfrenta a sensaciones desagradables que le son propias pero no familiares. Por ejemplo, la aparición de un sentimiento nunca antes experimentado y que perdura como no-familiar porque falla la función mediatizadora del medio ambiente que no logra convertirla en familiar (Freud, “Lo ominoso”, de 1919).

En este interjuego entre lo propio/no-propio, familiar/no-familiar, puede ocurrir que un sujeto se enfrente con lo que se asemeja a lo familiar y es no-propio. Un ejemplo de esto es el caso que relata Susana Sainz respecto de un bombero que en un momento en el que estaba cumpliendo con su tarea divisó el cuerpo sin vida de una niña a la que confundió con su hija. Según las investigaciones realizadas por la autora en la población de bomberos, la vivencia siniestra es mucho más frecuente que la traumática y tiene dos posibles destinos. Uno es el que vivió este hombre quien, afortunadamente, contaba con la posibilidad de metabolización y elaboración de la escena, lo cual le permitió sentir lo familiar como propio y, de esa forma, comprometerse aún más con su tarea. La otra posibilidad, asociada con lo siniestro, cuando falla la capacidad de metabolización, es la “fuga” o el abandono de tareas. En buena medida, indica Sainz, la vivencia de lo siniestro responde a la diferencia que existe entre las imágenes habituales de la muerte y de los cadáveres y las imágenes horribles con las que se enfrentan los bomberos cuando tienen que actuar (Sainz, 2002).

Por último, otro ejemplo de lo siniestro es la aparición del doble, o sea, la aparición frente al individuo de otro que parece ser él mismo, que le es absolutamente familiar pero no le es propio porque no es él. Un paciente me relató que en ocasión de un viaje se encontró con una persona que era idéntica a él mismo. Al verla, se sintió asombrado al mismo tiempo que terriblemente amenazado por esa imagen absolutamente semejante, que lo remitía al orden de lo familiar y más conocido y que, sin embargo, no le era propia.

Aunque no desarrollaré aquí el tema de lo siniestro,⁵ me interesa subrayar que si bien el interjuego entre propio/no-propio y familiar/no-familiar contiene el potencial para producir patología, también posibilita el desarrollo de defensas cuando existe una mediatización apropiada. Permite así que se estructure un funcionamiento psíquico en el que exista una cierta continuidad entre mundo interno y mundo externo. En este sentido se diferencia de la vivencia traumática la que, como veremos a lo largo de este libro, remite a un corte o interrupción del proceso articulador, tanto en el espacio intrapsíquico como en la relación entre mundo interno y externo. Cabe resaltar, finalmente, que la presencia de un factor que mediatiza adecuadamente, al mismo tiempo que no le quita a la situación su característica amenazante, le confiere al psiquismo la capacidad para desarrollar defensas frente al evento amenazador. La función mediatizadora se caracteriza no por su capacidad de transformación del evento fáctico disminuyendo su potencial amenazador sino por la acción sobre el psiquismo recién descrita que le facilita actuar en situaciones de riesgo. Esta dinámica es un elemento esencial para tener en cuenta en la práctica clínica (Benyakar y Schejtman, 1998; Aulagnier, 1977).

La experiencia

Del mismo modo como la *vivencia* es una función psíquica articuladora, que opera en el mundo interno y liga el afecto y la representación, la *experiencia* es una función articuladora de la *vivencia* y un *evento fáctico* vivido. Llamo “experiencia”, precisamente, a la conjugación de la *vivencia* (mundo interno) con un *evento fáctico* (mundo externo).

⁵ Para profundizar en este tema sugiero al lector consultar mi artículo “Lo traumático y lo ominoso. Cuestionamientos teórico-clínicos acerca del procesamiento de las amenazas” (Benyakar, 2000c).

Distinta de la *vivencia* que, como dijimos, no puede ser puesta en palabras sino sólo inferida,⁶ la *experiencia* es pensable y comunicable. Los pacientes en los consultorios, y las personas en general, hablamos de *experiencias*. Sea que estemos relatando una caminata placentera al borde de un río, exponiendo los contenidos de un libro que leímos o hablando del miedo que sentimos durante un bombardeo o en la trinchera, en todos los casos lo que decimos remite a una conjugación particular entre el *evento fáctico* relatado y una *vivencia* específica, o sea, remite al modo en que nuestro psiquismo procesó el impacto que nos hizo tal evento.

Por un lado, la narración de la *experiencia* consta de elementos explícitos: la descripción fenoménica de los hechos y de la percepción que tiene la persona del efecto que le hizo el evento. Por ejemplo, “vi chocar a los trenes y me angustié muchísimo”, o “él miraba hacia todos lados, gritaba, gesticulaba y yo tuve miedo”. En ambos casos hay indicación de los hechos e indicación de lo que el sujeto percibe como el efecto que los hechos produjeron en él. Pero en ningún caso las palabras hablan de la *vivencia*, o sea, el proceso articulador que permitió que el hecho fuera vivido como lo fue. Eso permanece implícito y es función del terapeuta detectar la *vivencia*, abordarla y contribuir para que el individuo la elabore en forma no patógena.

La *vivencia*, tácita e inefable, despierta nuestra curiosidad. No nos es indiferente y queremos saber de ella. Su búsqueda es permanente. La búsqueda de la *vivencia* y la *vivencia* misma forman la parte implícita del relato de la *experiencia*. Ni la búsqueda ni la *vivencia* se pueden contar sino que se introducen en la historia que contamos, a pesar de nosotros y sin que sepamos que lo hacemos ni cómo. En el ámbito terapéutico, dilucidarlas constituye el meollo de la tarea. Los procesos transferenciales y contratransferenciales, los lapsus, las tergiversaciones, los sueños, todos ellos son mojones que indican el camino de la búsqueda y luces rojas que indican que allí vale la pena hacer una parada. Nos darán la posibilidad de diagnosticar los procesos intrapsíquicos que se están produciendo, de adaptar los abordajes terapéuticos y también nos indicarán las metas terapéuticas hacia las cuales orientar las intervenciones.

⁶ Como proceso psíquico, la *vivencia* no se puede relatar, del mismo modo como nadie puede explicar, por ejemplo, su mecanismo de represión aunque nosotros, los terapeutas, podemos inferirlo y saber cómo actúa.

Veamos ahora qué aplicación tienen los conceptos “evento fáctico”, “vivencia” y “experiencia” para la definición de cuadros clínicos y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos correspondientes.

Desórdenes por disrupción

Llamo *desórdenes por disrupción* a los desórdenes psíquicos activados por la irrupción de *eventos o situaciones fácticas*, que producen en el sujeto distorsiones de la *vivencia* afectando, de esa manera, las cualidades de la experiencia. Si la *disrupción* impacta sobre el proceso del *vivenciar* en un estadio temprano del desarrollo del *infans*, habrá distorsión en el proceso constitutivo de su psiquismo y los afectos quedarán desregulados de la representación. Llamo a este proceso “vivenciar traumático”, similar, como ya dijera, a lo que Massud Khan denomina “trauma acumulativo”. Ambas denominaciones aluden al psiquismo del *infans* y al modo en que éste va articulando internamente afecto y representación, en respuesta a su permanente interacción con los factores maternantes ambientales que lo rodean. O sea, hablar de un vivenciar traumático es referirse a un proceso patológico en la constitución del *infans* que nada tiene que ver con lo terrible del impacto que produzca un evento fáctico sino con la falla de la relación entre el desarrollo pulsional y el factor maternante mediatizador, de cuyo buen funcionamiento depende la articulación, imprescindible para el desarrollo psíquico.

Hay componentes de un vivenciar traumático en todo psiquismo. Pero este vivenciar será patógeno en la medida en que el proceso de no regulación domine el psiquismo del *infans*. En otros trabajos (Benyakar, 1997d) he desarrollado los procesos metapsicológicos de ligadura y del a posteriori que caracterizan a la vivencia traumática. Mostré en ellos de qué forma la vivencia traumática actual reactiva procesos del vivenciar traumático del *infans*. Eso, que he llamado “el a posteriori ligante” significa ligar un afecto que emergió en el *infans*, no regulado o articulado a una representación, con un afecto que, en la edad madura, tendría que estar articulado pero no lo está. El concepto “ligante” refiere a un afecto del pasado que se relaciona con un afecto que emerge en el presente, o sea, liga afecto con afecto. Por eso diferencio el a posteriori ligante del a posteriori representacional que vincula representación con representación. Este modo de pensar ancla en lo postulado por Freud como *après coup* conjugado con el concepto “vivencia de derrumbe” de Donald Winnicott, con el ya mencionado “trauma acumulativo” de Massud Kahn y con el desarrollo evolutivo del afecto presentado por Krystal y Krystal (1988). Si las irrupciones son circunscriptas en tiempo y espacio y ocurren en la vida adulta, cuando los individuos cuentan con

mecanismos y defensas constituidas, habrá vivencia traumática (Benyakar, 2000a; Freud, *Inhibición, síntoma y angustia*, 1936; Kahn, 1963; Winnicott, 1974; Krystal y Krystal, 1988).

Los *desórdenes por disrupción* dan lugar a las *patologías de lo disruptivo* que son aquellas en las que un cambio que ocurre en el afuera impacta en el adentro produciendo distorsiones vivenciales, o sea, vivencias traumáticas, de estrés, ominosas o de ansiedad. Esto distingue las *patologías por disrupción* de las neurosis en las cuales es la distorsión intrapsíquica del sujeto lo que transforma la relación con el entorno.

La vivencia traumática es sólo una de las posibles respuestas a la irrupción del mundo externo en el interno y es, precisamente, la desarticulación que se produce como efecto de la interrupción de la función articuladora del afecto y la representación: la *vivencia* y la *experiencia*. El estrés, en cambio, es la respuesta que consiste en una distorsión de la articulación, sujeta a una presión o tensión máxima pero que, sin embargo, no llega al corte. Quiero destacar que una de las diferencias fundamentales entre lo que pertenece al estrés y lo que corresponde a lo traumático es el destino de la articulación. O sea, en la vivencia de estrés hay una articulación distorsionada mientras que en la traumática hay una desarticulación (corte o quiebre) del afecto y la representación. Por lo tanto, no corresponde hablar de estrés y trauma a secas sino de vivencia de estrés y vivencia traumática puesto que lo que estamos calificando es la cualidad y el destino de la vivencia. La ventaja que tiene usar estas expresiones es que no admiten confusiones respecto de qué es lo que se desarticuló (en el caso del trauma) o hiperactivo (en el estrés): el afecto y la representación (Benyakar y Lezica, 2001).

Cuando ocurre el quiebre de la función articuladora *experiencia*, lo que sucede es que una *vivencia traumática*, que es vivencia de vacío, queda ligada al *evento fáctico* que da lugar a esa *experiencia*. Esta asociación del *evento fáctico* con una *vivencia traumática* o de vacío lleva a percibir la *experiencia* como si ésta fuera traumática. Pero es importante no confundirse: la esencia de lo traumático es la irrupción en el psiquismo de lo heterogéneo, lo no propio, cuando el psiquismo no tiene posibilidades de transformarlo en propio. Entonces, el afecto desligado buscará incesantemente la representación de lo experimentado, produciendo la sintomatología perteneciente al orden de lo traumático, sueños, hiperalerta, *flashes*, pensamientos repetitivos, entre otros (Crocq, 2000).

La delimitación conceptual que propongo pone sobre la mesa la necesidad de considerar los múltiples procesos que tienen lugar en los diferentes cuadros que integran los *desórdenes por disrupción*. Uno de ellos, a mi juicio el más

importante, es la forma en que la amenaza opera en el psiquismo ya que de ello depende el tipo de *vivencia* -traumática, ominosa, de estrés- y la calidad del proceso del *vivenciar* y, por ende, el tipo de cuadro clínico emergente.

La amenaza

Amenaza es todo aquello que actúa en el psiquismo de un sujeto como señal de un peligro que atenta contra la integridad de su cuerpo, su psiquismo o su misma existencia. La amenaza es idiosincrásica: no es lo mismo advertirle a un soldado que el campo al que está por ingresar está minado que decírselo a un turista habituado a viajar por parajes más o menos previsibles. En ambos casos, el campo es el mismo y las condiciones que lo hacen peligroso son las mismas. Pero la información provocará reacciones muy distintas en uno y otro destinatario. La experiencia de uno nada tendrá que ver con la del otro. El soldado, para quien la explosión de una mina es tan amenazante como para cualquiera, vivió un proceso de entrenamiento que le permite articular la información en su psiquismo. Respecto de ambos, soldado y turista, podemos afirmar que uno y otro se enfrentan al mismo evento fáctico amenazante y que los dos viven una experiencia amenazante. Pero no más que eso. Nada nos autoriza a decir que hayan sufrido una vivencia paralizante o traumática o de ninguna otra índole hasta que no escuchemos con gran cautela de qué manera cada uno tramitó la experiencia. Y esta tramitación se nos ofrecerá como un implícito contenido en el relato que cada uno de ellos haga de lo que le sucedió. Por lo tanto, las amenazas son fenómenos que se despliegan en las tres dimensiones de análisis que propusimos: lo fáctico, la vivencia psíquica y la relación entre ambos, o sea, la *experiencia*.

La amenaza es un *evento fáctico* de características singulares: la acción (amenazar) es el acto (la amenaza). Como cuando se dice prometer o jurar, cuyo mero enunciado es la promesa o el juramento mismo. Pero esa identidad entre la acción y el acto sólo ocurre si el sujeto amenazado se siente efectivamente amenazado. En ese caso, la amenaza tiene las características de lo que John L. Austin (1971) llama un “enunciado performativo feliz”. O sea, un enunciado que, al proferirse, realiza materialmente y en forma exitosa eso mismo que enuncia. Como cuando un juez de paz dice en el estrado: “Los declaro marido y mujer”. Estas palabras, enunciadas por la persona indicada y en la situación adecuada, más que decir, hacen, crean realidad, alteran lo que había. Lo mismo ocurre con una amenaza que, según este autor, en tanto enunciado performativo no es ni verdadero ni falso sino feliz o infeliz según logre realizar su potencia modificadora.

En la dimensión de lo fáctico podemos decir que cualquier *hecho o situación fáctica* es potencialmente amenazante. Pero ¿cómo ocurre que un hecho se torne el signo de un peligro? Y ¿cómo ocurre que ese signo se realice como amenaza? Por ejemplo, ¿cuándo una mirada es amenazante? Cuando es fría, penetrante, concentrada, intensa y dirigida a mí (descripción fenoménica) y se conjuga con una sensación profunda de indefensión, produciéndome miedo al futuro por más inmediato que éste pueda ser.

La *amenaza* pertenece al orden de la experiencia. Es la forma en que el sujeto percibe lo que puede ocasionarle el evento externo. Sin embargo, es frecuente que al referirnos a ella lo hagamos como si tuviera una existencia a priori y en sí misma pudiendo, por lo tanto, presentarse en forma de señal anticipatoria y produciendo lo que Freud llamó “angustia señal” en su artículo *Inhibición, síntoma y angustia*, de 1926. Pero tal como funciona la amenaza, o sea, como miedo o angustia de que el peligro se concrete en el futuro, la amenaza es, desde el punto de vista del sujeto amenazado, un fenómeno a posteriori: la amenaza se transformará en la sensación de lo que podría acontecer (Winnicott, 1974b; Bion, 1965).⁷

Para que una señal de peligro signifique una amenaza, el sujeto a quien está dirigida debe vivenciarla como tal. O sea, desde el punto de vista del psiquismo, la amenaza es, como dijimos, una experiencia. La capacidad para percibir una amenaza, para sentirnos vulnerables frente a ella y para desarrollar defensas forma parte de nuestra condición humana. La *experiencia de amenaza* es, pues, inherente a la constitución del psiquismo y está íntimamente ligada a las sensaciones de placer y displacer. En tanto *hecho fáctico* que actúa como señal de peligro, la amenaza puede provenir tanto del mundo externo como del interno. Sea que provenga de uno u otro, la esencia de la amenaza consiste en que un *evento fáctico*, que resulta heterogéneo a cierto espacio psíquico, irrumpe en él, perturba su homogeneidad y produce displacer, tornándose amenazante.

En la formulación freudiana, el psiquismo está en permanente proceso de transcripción de un orden psíquico a otro más elaborado y complejo en el que lo heterogéneo amenazante se convierte en homogéneo (Freud, “Proyecto de psicología”, 1950). Pero, por ser constitutiva y anidar desde el origen, en la medida en que pueda ser elaborada, la experiencia de amenaza tiene un carácter permanente, una dimensión atemporal que consiste en actualizarse en el presente

⁷. Baso esta postulación en el concepto de “miedo al derrumbe” de Winnicott, desarrollado en su artículo “Fear of breakdown” (1974a).

y proyectarse como posible acontecer en el futuro (Winnicott, 1974a). Sin esta presencia permanente de la *experiencia*, nada adquiriría un sentido amenazante. Ni podría una persona sentirse amenazada aun en ausencia de un signo evocador de peligro.

El saber de la *amenaza* tiene su origen en la *vivencia* de lo ominoso. Lo ominoso originario es una sensación de extrañeza que emerge respecto de nuestro propio interior, dando lugar a una *vivencia* de lo propio como heterogéneo, no-propio y no familiar, que es inherente a la evolución normal del psiquismo desde las primeras etapas del desarrollo del *infans*. La *vivencia ominosa* admite dos destinos.

Un destino de la *vivencia ominosa* es formar parte de esa violencia normal, necesaria y constitutiva del desarrollo del psiquismo, que Piera Aulagnier (1977) denomina “violencia primaria”. Según esta autora, “violencia primaria” es la que tiene lugar cuando el *infans* puede metabolizar la irrupción de un evento proveniente del mundo interno o del externo gracias a la intervención de otro capaz de percibir los tiempos del bebé y anticiparse adecuadamente. Veamos dos ejemplos (Aulagnier, 1994).

La sensación de hambre pertenece al espacio psíquico de lo propio, de lo que viene del sí mismo. Se presenta como sensación de displacer y, por ende, amenazante. Si en el momento en que emerge la sensación amenazante existe contacto con alguien que viene a conjurar esa *amenaza*, calmando la sensación al saciar la necesidad y asociando esto a la experiencia placentera que implica el contacto cálido y protector que transmite la presencia de la madre, para el *infans* el hambre podrá quedar vinculada al placer resultante de haber saciado la necesidad más el resultante del contacto cálido y protector que transmite la presencia de la madre. De este modo, la *amenaza* será procesada.

Además, la palabra, en un principio heterogénea en relación con el psiquismo del *infans*, es una irrupción que proviene del mundo externo y puede funcionar como *amenaza*. Si ocurre con ella lo mismo que acabo de describir en relación con el hambre, el *infans* podrá ir en busca del lenguaje y su psiquismo continuar un proceso de desarrollo normal. La “violencia primaria” posibilitará el desarrollo de un psiquismo que despliegue defensas y sea capaz de preservar un funcionamiento yoico relativamente adecuado.

El otro destino de lo heterogéneo es permanecer como tal y convertirse en *amenaza* desencadenando un “vivenciar traumático”. El vivenciar será traumático en la medida en que el mundo externo, destinado a funcionar como

sostén, no ofrezca figuras mediatizadoras o factores maternantes “suficientemente buenos” que permitan al sujeto metabolizar lo heterogéneo y sostener la relación adecuada entre la pulsión y el factor maternante. Es lo que ocurre cuando la palabra irrumpe y no queda asociada a ninguna sensación propia del sujeto, por lo que esa *experiencia* quedará sin sentido, sin poder ser transformada en ese otro espacio psíquico donde ya resulte homogénea (Aulagnier, 1981).

Piera Aulagnier habla de “violencia secundaria” cuando en el *infans* irrumpen hechos que coartan la capacidad de transformación de lo no-propio en propio, la capacidad de traducción de un espacio psíquico a otro. La “violencia secundaria”, perjudicial, obstructiva y patogénica, lleva a perpetuar lo pulsional como heterogéneo, produciendo lo que conocemos como “patologías del vacío”. Lo mismo ocurre cuando un *hecho o situación disruptiva* irrumpe en forma abrupta y circunscripta distorsionando el entramado entre el afecto y la representación y haciendo que el displacer y la frustración se instalen como un modo de *vivenciar* del psiquismo. En esto consiste el *vivenciar traumático*, un proceso continuo, que se da en la temprana infancia, y que remite a un acontecer en el cual lo percibido de lo heterogéneo no pudo ser metabolizado.

A diferencia del *vivenciar traumático*, la *vivencia traumática* ocurre en relación con un *evento fáctico disruptivo*, circunscripto en el tiempo y en el espacio, como la explosión de una bomba, un accidente de tránsito, o cualquier evento que impacte en un psiquismo ya constituido y con defensas adecuadas o en el proceso de estructuración de sus defensas (Benyakar *et al.*, 1989).

La diferencia entre “*vivencia traumática*” y “*vivenciar traumático*” nos lleva a otra de fundamental importancia para entender el mecanismo de las patologías por *disrupción*: la diferencia entre actitudes interpersonales como la agresión y la violencia, entre procesos psíquicos como los afectos de odio y hostilidad, y la puesta en acción en el plano de lo social de afectos y actitudes, cristalizadas en el Mal y en lo que denominó “cadena del mal”. En presencia de los cambios vertiginosos, masivos y violentos que caracterizan muchas de las sociedades actuales, cambios que obstaculizan la elaboración de las amenazas y generalizan los sentimientos de indefensión, las precisiones que intento a continuación permitirán abordar clínicamente la problemática de la cadena del mal (Benyakar, 1998b).

Agresión y violencia⁸.

Lo humano que provoca daño psíquico

Agresión y violencia son actitudes humanas que provocan daño psíquico (Lolas, 1991). En “Por qué las guerras”, de 1933, Freud define la agresión como una pulsión, una tendencia que lleva al hombre a destruir y a matar, y que se actualiza en conductas o fantasmáticas dirigidas a dañar, destruir, contrariar, humillar a otro. Las guerras, la competencia entre organizaciones económicas, las rivalidades políticas, despliegan la agresión en forma masiva.

Una conducta agresiva consiste en actitudes y acciones dirigidas a provocar dolor o daño a otro. Es inconcebible sin esta direccionalidad. Aun en los casos que llamamos “autoagresión”, el otro a quien va dirigida la acción reside, en verdad, en uno mismo, y la conducta agresiva no es más que un cambio de signo que hace retornar sobre uno mismo el daño que se quiere infligir a otra persona (Benyakar, 2000b).

El rasgo fundamental de la agresión es que el hacedor del daño se presenta abiertamente como tal, emitiendo signos que alertan al destinatario, lo ponen sobre aviso y le permiten desarrollar modos de defenderse, confrontarse al agresor, temerlo, combatirlo o rechazarlo. A grandes rasgos, se podría decir que los cuadros clínicos que resulten de vivir situaciones de agresión, incluso intensa, pertenecen a la categoría del estrés. Al decir de Freud, son cuadros producto de la angustia señal. Cuidándonos de generalizar, podemos decir que, con frecuencia, la reacción psíquica del individuo es la vivencia de estrés.

Lo esencial de la violencia, a diferencia de la agresión, es que el hacedor del daño aparece enmascarado, solapado, y no le permite al sufriente del daño captar la *amenaza* implícita contenida en la situación ni alertarse contra ella. La *violencia* es un acto o situación que se asienta en la distorsión del componente amenazador como señal. La fuente productora de violencia -sea social o personal- no se puede identificar. Es un clima que se infiltra y anida en los recovecos de las situaciones más cotidianas (Hercovich, 1997). La violencia, permanente y solapada, disimulada por racionalizaciones que le confieren una

⁸ Cuando utilizo la palabra ‘violencia’ sin otra precisión que la califique, hablo de violencia secundaria, patógena, destructiva, y no de la violencia primaria que es evolutiva y necesaria pues posibilita el desarrollo psíquico.

fachada de normalidad, sólo puede ser presentada, vagamente percibida (Girard, 1995). La distorsión es de una intensidad tal que no permite a los sujetos discriminar la fuente del peligro, o sea, de dónde provienen las amenazas. Por todas estas razones, quien padece violencia, al no saber de quién, de qué, cuándo defenderse, al no saber siquiera si puede confiar en su propia percepción, no es capaz de elaborar formas de protegerse, evitarla o, incluso, enfrentarla (Corradi, Weiss y Garretón, 1992).

Quien sufre violencia está atrapado en la situación, confundido, desorientado, a merced de la “angustia automática” o de lo que podríamos llamar *vivencia de colapso*, o sea, el colapso de las referencias espacio-temporales así como de las relaciones entre lo psíquico y lo social (Benyakar *et al.*, 1989).⁹

La violencia no sólo coarta el desarrollo de actitudes de defensa sino que está expresamente dirigida a instalar el displacer y producir el desvalimiento como forma de subjetividad. La indefensión inculca el odio que, si permanece no elaborado, da lugar a la cadena del mal (Bergeret, 1984; Gibeault, 2001; Jallinsky, 2001; Lemlij, 1994).

El odio y el mal. Las raíces psíquicas del terrorismo

David, un hombre de cuarenta y cinco años, es un esposo y padre tierno y cariñoso. Sin embargo, sorprende a su familia con actitudes desmedidas, restricciones absurdas y extremas y decisiones que la ponen en peligro así como también hacen peligrar la exitosa empresa que dirige junto a su hermano mayor y que ambos heredaron del padre. Sus hijas no entienden las limitaciones económicas ni las prohibiciones ilógicas de actividades que su padre les impone y que hasta ese momento eran aceptadas. David dice: “Es por el bien de todos... hay que poner un poco de orden, los castigos enseñan el verdadero camino de la vida”.

Su propio padre, un hombre de aspecto débil y actitud muy severa, les había inculcado desde muy pequeños el “camino del bien y del mal”, “nunca se privó

⁹ La expresión máxima de la violencia son los terroristas: ellos no usan uniforme, no se ubican en trincheras, armas en mano. Llevan destrucción y muerte a personas y lugares donde, hasta hoy, la presencia de ambas era impensable: colegios, cines, transportes públicos.

de hacernos sentir el cinturón en nuestras nalgas cuando lo merecíamos”, lo disculpa al referirse al trato brutal que les infligía. Sobreviviente de un campo de concentración, el legado del padre había sido muy claro: “El hombre debe saber luchar para defenderse”.

La madre, también sobreviviente de la Shoa, había perdido a toda su familia. Su silencio al respecto no le impidió transmitir a sus hijos el profundo odio que sentía. A diferencia del padre, era una mujer corpulenta y también ruda. David no guardaba ningún recuerdo de intimidad o ternura con ella.

De los dos hermanos, David era el “travieso”, por lo que siempre era él quien recibía los duros castigos y las golpizas brutales del padre. Y sin embargo piensa en sus padres como figuras “sacrificadas por el bienestar de la familia”.

Cuando David debió cumplir con el servicio militar, no quiso alistarse junto a sus amigos en unidades combativas y aceptó un puesto administrativo. Años más tarde, un atentado terrorista en el centro de Tel-Aviv le hacía decir: “Hay que matar a todos los árabes, ésta es la única solución”.

De niño David nunca tuvo contacto con la población árabe, lo cual no le impidió pensar en ellos como sus enemigos y compartir con sus amigos ceremonias con tintes mágicos, de repudio. Su odio hacia ellos se fue intensificando y hoy es un ferviente activista de un partido político que postula que la única solución para vivir en paz es echar a todos los ciudadanos árabes del territorio de Israel. El proceso de David es el mismo que ocurre del otro lado, entre los palestinos a quienes se escucha decir lo mismo pero en sentido inverso: a quien hay que echar es a los judíos.

David, quien nunca agredió físicamente a nadie, simplemente destruye de a poco su propio bienestar y el de su familia.

Me pregunto: ¿es David un hombre agresivo?, ¿violento?, ¿de dónde proviene su tendencia a destruir lo que le pertenece? ¿Hay relación entre el odio hacia los árabes y su propia historia? ¿Es David un ejemplo de cómo se alimenta e incentiva la cadena del mal?

El odio es una capacidad innata del ser humano y es hijo del dolor. Es un afecto que se define en función del sujeto y no por la cualidad o intensidad del daño que lo despierta. El odio es una forma de ubicar la fuente del placer. Es un afecto discriminador porque al odiar debe necesaria y primeramente reconocerse al causante del dolor. Es, por lo tanto, un modo de relación con el mundo externo que, en tanto obliga al psiquismo a discriminar la fuente del maltrato, capacita al sujeto para defenderse. Y también para amar (Salgado, 1969).

Para ser “la otra cara del amor”, el odio necesita condiciones que le permitan no sólo discriminar a quien va a ser su objeto sino, además, enfrentarlo. Cuando se vive en entornos distorsionados, o sea, cuando se padece violencia y ésta provoca indefensión, perdemos nuestra capacidad de discernir entre afectos, pensamientos, actitudes, acciones, situaciones y planes. Todo adquiere el mismo tinte amenazante y empezamos a sentirnos a merced de la amenaza (Benyakar, 1994).

El odio, destinado a abolir la fuente del dolor, falla y, si no es enfrentado y elaborado, se desplaza y condensa en algún objeto que, paulatinamente, se transforma en “objeto único del odio”. Esta tendencia es producto de un yo que no desarrolló la capacidad de discernir entre sensaciones propias y las producidas por el mundo externo. Un yo que adjudica indiscriminadamente su dolor a lo no propio corporizado en aquellos a quienes se considere diferente. Negros, judíos, palestinos, mujeres, homosexuales, son presas ideales para ser transformadas en “objeto único del odio” (Benyakar, 2000b; Aulagnier, 1979).

Instaurado el “objeto único del odio”, una alternativa del sujeto es desinvertir catécticamente las relaciones de las cuales es parte, quedando así al margen de todo placer e inmerso en un proceso de desobjetivación. La otra, no excluyente sino más bien complementaria, es cosificar al “enemigo”, arrasarlo con su subjetividad y quedar atrapado en un proceso desobjetivador. La sensación de ajenidad que resulta de este proceso es insoportable por lo que el odio -que, como dijéramos, es un afecto relacionante- se ofrece como salida apaciguadora. De ahí el éxito de las ideologías totalitarias y los fanatismos religiosos y deportivos que se nos ofrecen como abrigo inocente y a los que nos “abrazamos” (Berezin, 1998).

La salida del dolor a través del odio que desobjetiva a quien lo siente y a quien es su objeto, es lo que genera esas actitudes que solemos llamar “inhumanas”. Este proceso, que paradójicamente es profundamente humano, es ni más ni menos que el Mal (Baudrillard, 1991).

Refugiado y enmascarado en terrorismo, guerras, violaciones, el Mal es la acción que causa daño físico y/o psíquico a otros y puede provocar en ellos la vivencia de vacío, o lo que he llamado “vivencia traumática”. Así se instala la recurrencia encadenada del daño, el dolor y el displacer y se eterniza la diabólica acción maligna que he llamado “cadena del mal” (Benyakar, 1998).

La “cadena del mal”

En *Si esto es un hombre*, Primo Levi nos impacta con la lacerante lucidez con la que describe sus sentimientos en el momento en que debe bajar del tren que lo condujo a Auschwitz. Levi queda atónito al ver a los soldados alemanes pegar y gritar a mansalva a indefensos desconocidos y descubre que se puede castigar a personas sin estar movido por ninguna emoción. Para André Green (1990) la desubjetivización y la deatectización, lejos de estar asociadas con una satisfacción sádica, son procesos accionados por la pulsión de muerte que se inserta en una relación. Acuerdo con Green en que el odio no elaborado emerge como vínculo desubjetivizado dando lugar a la paradoja de una relación desvinculante. Es que Eros, dice este autor, es compatible con ligazón y desligazón imbricadas y alternadas. En cambio, las pulsiones de destrucción son desligazón pura. Por ello el Mal implica un no-sentido absoluto, fuerza pura desligada y su práctica, el resultado de hacer del sinsentido un sentido caprichoso, discrecional, antojadizo que o bien justifica el Mal o bien lo trivializa. Porque los procesos de deatectización y desubjetivación que ocurren también en quienes odian son la senda que conduce a la crueldad y la muerte inútil, gratuita, a una destructividad que no reconoce ni a las personas a las que daña ni la dimensión del daño causado.

David es un buen exponente de que la cadena del mal opera también en el marco de las relaciones íntimas, donde distorsiona el sentido de la pareja, las relaciones sexuales, el vínculo con los hijos y, en general, el sentido de la vida como búsqueda de nuevos horizontes. El sufrimiento que proviene de las historias familiares vividas por un sujeto es muy otro que el que resulta de procesos en los cuales domina la no-representación del dolor y el displacer y pertenecen al orden del desvalimiento. Cuando el odio queda ligado a esta clase de vivencia, es dirigido hacia algún “objeto único del odio” distinto de quien participó en la historia real vivida por el individuo. Así ocurre que quienes causaron el padecimiento de David quedaron exentos de responsabilidad y a resguardo de ser confrontados con las consecuencias de sus acciones. El odio, aislado de las escenas de dolor que lo desencadenaron, sin destinatarios a los que sea posible enfrentar, es desplazado a lo social. Y David, que cree encontrar en este camino la posibilidad de procesar el daño sufrido, se convierte en materia apropiada para el despliegue del Mal que, agazapado, informe, toma el rostro de la amenaza externa corporizada en los árabes. Afortunadamente, David no

concreta su odio en un daño efectivo a aquellos a quienes dice odiar. En cambio, como sucede con los individuos que no pueden luchar con sus angustias persecutorias y hacen responsables de su padecimiento a los seres que lo rodean, ataca a su propia familia y a sí mismo.

En *Resentimiento y remordimiento*, Kancyper (1992) trata este problema con la sutileza y profundidad que lo caracteriza. Dice: “El resentimiento es el amargo y enraizado recuerdo de una injuria particular, de la cual desea uno satisfacerse. El resentimiento es la resultante de humillaciones múltiples, ante las cuales las rebeliones sofocadas acumulan sus ajustes de cuentas, tras la esperanza de precipitarse finalmente en actos de venganza. A partir del resentimiento surge la venganza, mediante una acción reiterada, torturante, compulsivamente repetitiva en la fantasía y/o en su pasaje al acto”. Y agrega: “El sujeto resentido está enfermo de reminiscencias. No puede dejar de recordar, no puede olvidar. [...] El sujeto resentido queda capturado en la atemporalidad, no pudiendo, a su pesar, perdonar”. Tal vez sea más que eso. Creo que se trata de un repetir obsesivo torturante que no permite que se constituya el recuerdo. Los sujetos quedan inmersos en sensaciones y emociones, lo cual les impide adquirir las cualidades plásticas propias de los sentimientos. No ocurre en estos casos que la dimensión del tiempo y el espacio operen sobre los afectos para que puedan transformarse de sensaciones en emociones o sentimientos. Por lo tanto, en el resentimiento, el odio trata de darle la cualidad de sentido focalizándose en un objeto único. De esta forma se interrumpe el proceso de transformación o metabolización psíquica, característico de nuestro vivenciar.

Cuando las formas del odio y la hostilidad son engendradas por la violencia, la articulación de los contenidos histórico-vivenciales se presenta desobjetivizada y tiene efecto desobjetivizante. Por esta razón, en un futuro, el odio y la hostilidad también podrán ser afectos difusos y sin referentes.

El Mal funciona como un factor que permite que se sostenga la pseudo cohesión narcisista mediante el mecanismo que lo ubica total y exclusivamente en el otro. Se sigue de ello que eliminar al otro es librarse a uno mismo de aquello que lo amenaza. En el mundo público, esto significa asociaciones cuya argamasa es el odio común, la justificación del mismo a través de una ideología que sataniza al otro y un sentimiento de pertenencia que da identidad y alienta el coraje para llevar a cabo las acciones necesarias para destruirlo.

Cuando el odio es compartido con otros, el “objeto único del odio” adquiere cualidades míticas. Se fortalece así el prejuicio que a priori estableció que el

objeto elegido como destinatario es y será para siempre el causante del dolor. En los grupos que siguen este derrotero, la existencia individual y colectiva encuentra su fundamento y se organiza en torno de ese otro mitificado, respecto del cual quedan cautivos. Las consecuencias para sus miembros son el empobrecimiento psíquico y el incremento del odio por vía del resentimiento.

Los grupos organizados en función de un supuesto odio común, amalgamados por una ideología que siempre será de naturaleza totalitaria, hacen de la violencia el modo de cobrarse venganza y de la venganza, la justificación de su existencia. Es común que, en el interior de estos grupos que vemos multiplicarse día a día, los niños sean educados de forma que adquieran una percepción de la realidad filtrada casi exclusivamente por el odio, quedando muchos de ellos inhabilitados para desarrollar una subjetividad flexible y abarcadora. Puesto que van perdiendo su capacidad discriminadora, paradójicamente aumentan sus actos discriminatorios hostiles. Ésta es una característica de todas las ideologías extremistas, cualquiera sea el ropaje con el que se vistan (Costa, 1998; Eliacheff, 1997; Benyakar, 2000).

En fin, la violencia, o sea, la distorsión del entorno, produce odio indiscriminado. El odio, a su vez, distorsiona la percepción del entorno. Esta mutua determinación nos lleva a pensar que la cadena del mal es, al mismo tiempo, un círculo vicioso que, a medida que gana eslabones, se hace cada vez más extenso, al ir engarzándose en sí misma, retroalimentándose y potenciándose.

En este contexto, la función de los trabajadores de la salud mental es vital. Recordemos la discusión de Freud con Alfred Adler en la que el primero diferencia la pulsión de vida de la pulsión de muerte y de la agresión. Yo agregaría a la violencia que, junto a la agresión, constituyen categorías que no pertenecen sólo al orden de lo pulsional sino que son actitudes humanas mucho más complejas. Por más doloroso que resulte, para cumplir con nuestra función es preciso que aceptemos, como punto de partida para comprender y actuar sobre la condición humana, la función que cumplen la agresión, la violencia y el odio en la constitución del psiquismo y en la producción de la subjetividad. Y que el mundo que producimos, cada día más abrumado de incertidumbres amenazantes, activa en nosotros mecanismos muy primarios de supervivencia que alientan la tendencia a transformar el mundo externo en el causante del dolor, provocando enojo y beligerancia (Benyakar, 1994). Es preciso aceptar también que el odio y las miserias son parte de la condición humana tan magistralmente descrita por

Freud en su carta a Albert Einstein (Freud, “¿Por qué la guerra”, 1933). Y, finalmente, aceptar -y cargar con las consecuencias de tal conformidad- que el instinto de muerte nos es tan propio como su contrario, Eros, ya que de “su acción conjunta y antagónica surgen las manifestaciones de la vida” (Freud, ídem).

En los argumentos, transidos de vehemencia, que Freud le ofrece al físico Einstein para explicar su compartida oposición a la guerra, Freud apela a un sentimiento interior, puramente subjetivo: “Nos alzamos contra la guerra”, dice, simplemente porque “no la soportamos más, y no se trata aquí de una aversión intelectual y afectiva, sino que en nosotros, los pacifistas, se agita una intolerancia constitucional, por así decirlo, una idiosincrasia magnificada al máximo. Y parecería que el rebajamiento estético implícito en la guerra contribuye a nuestra rebelión en grado no menor que sus crueldades [...] todo lo que impulse la evolución cultural obra contra la guerra”, finaliza apostando al despliegue cada vez mayor de la subjetividad humana (Garzarelli, 1995).

Las consecuencias de vivir en entornos amenazantes, cualquiera sea el hecho o conjunto de hechos que les den origen -las migraciones forzadas, las hambrunas, el sida, el terrorismo armado, el *default* económico, la anarquía política- llevan a cada vez más personas a estados cada vez más profundos de confusión entre mundo interno y mundo externo, entre lo público y lo privado. En virtud del desarrollo de los medios masivos de comunicación, las imágenes del mal en acción llegan a la mesa familiar incluso de quienes aún viven en entornos contenedores, generalizando la vivencia de *amenaza*, haciendo que nadie pueda ya sentirse a salvo (Benyakar, 1995). Los estados de desasosiego y confusión originados en situaciones que cobijan un alto grado de incertidumbre e impredecibilidad activan en la población mecanismos muy primarios de supervivencia que llevan a que el mundo externo se transforme súbitamente en la causa del dolor, provocando enojo, odio y beligerancia (Benyakar, 2001; Fariña, 1996).

Nuestra función como trabajadores en el campo de la salud mental es mediatizar y así posibilitar la confrontación con los propios odios, evitar que los individuos queden inmersos en el desvalimiento que provoca el horror e impedir la instauración del “objeto único del odio”, de modo de frenar el incremento de la acción de la cadena del mal y la multiplicación de los entornos amenazantes en los que hoy en día vivimos la mayoría de los habitantes del planeta.

Capítulo II

ENTORNOS DISRUPTIVOS

Moty Benyakar

¿Para qué es buena toda esta conmoción? Lo más que puede lograr es arruinar la propia paz mental en donde uno tiene sus pequeños compartimientos. En ellos todo es conocido, se ha ido instalando cosa por cosa, hasta llegar a ser apreciado y querido. ¿Debo estar alerta por si el reloj arroja fuego en mi cara o por si el pájaro sale de su jaula y ataca vorazmente al perro? No. El reloj da las seis cuando son las seis como han sido las seis durante tres mil años. Esto es lo que yo llamo orden. Esto es lo que a uno le gusta, aquello con lo que uno puede identificarse.

Carl Sternheim, *Die Hose*

No hay tregua para el ser humano. La locura y el caos adueñados del mundo, que inspiraran a Jean-Paul Sartre su celeberrima frase “el infierno es los otros”, no sólo no terminó en 1945 sino que continuó, diseminándose, multiplicándose, asumiendo nuevos rostros cada vez más terribles y destructivos a la vez que subrepticios e insidiosos. El conspicuo existencialista francés puso la frase en boca de uno de los personajes de su obra *A puerta cerrada*, escrita en 1944, el mismo año en que los aliados desembarcaban en Provenza y Normandía y liberaban París. Había imaginado como escenario para la obra -a la que primero había llamado *Los otros*- un sótano que servía de refugio antiaéreo, un espacio circular sin ventanas ni puertas. Luego desechó la idea del refugio y conservó, como el título lo indica, la del encierro pero por toda la eternidad. A puertas cerradas, sin salida para ninguno de los tres personajes, cada uno se convierte en el “verdugo” del otro. Y aunque para Sartre ésta sea la condena por haber resignado cada uno su libertad, por haberse rendido a la alienación, el contexto en el que produjo la obra invita a otra lectura.

Eran tiempos de campos de concentración y de desarrollo de una ingeniería de la muerte para el exterminio de poblaciones civiles inermes, cuidadosamente organizado, con el objeto de obtener un máximo de eficiencia con un mínimo de costo. El infierno sartreano expresa el desconcierto, el miedo, la desconfianza y

una suma de estados psicológicos diversos asolando el alma de muchos europeos ante el espectáculo de sus países devastados por imperio de la “trivialidad del mal” (Arendt, 1999). La angustia sartreana se aleja de la de su maestro, para quien el origen de este sentimiento era la confrontación del individuo con la nada y con la imposibilidad de encontrar una justificación última para las elecciones que deba hacer. Sartre, en cambio, “puebla” la nada de rostros humanos y reserva la palabra ‘náusea’ para la confrontación del individuo con la contingencia del universo, y la palabra ‘angustia’ para el reconocimiento de la libertad total de elección, a la que el hombre hace frente, en cada momento. “Condenado a la libertad” y a la responsabilidad, en un mundo sin sentido, sin finalidad, otorga al futuro la condición de indefinido y amenazante. Para Sartre no hay garantías y el conocimiento no alcanza para asegurar el soporte adecuado y necesario. Sólo queda asumir, plenamente, el yugo de la libertad, que obliga a cada uno a “construirse a sí mismo a cada instante”. Luego, el presente, los demás, uno mismo, el medio, resultan tan peligrosos e inciertos como el futuro que, con su falta de sentido, niega al hombre toda posibilidad de proyección.

Las dos guerras mundiales, la crisis de 1929, Hiroshima, Vietnam, las hambrunas en África, el exterminio nazi, los gulags soviéticos, nos enseñaron que la incertidumbre y la angustia son sentimientos que nos acompañan desde y para siempre. Y, que los caminos posibles para lograr dominarlos pueden conducirnos a lo mejor y a lo peor de lo que los humanos somos capaces. La humanidad aprendió, de una vez y para siempre, que el infierno le es consustancial y convive, con y en nosotros, unas veces agazapado y otras, mostrando sin pudor alguno toda su ferocidad. Pero también aprendimos que forma parte de nuestra condición humana la búsqueda obstinada de trascendencia, de valores superiores sobre los cuales erigir certezas pacificadoras aunque sepamos que el intento sólo habrá de conducirnos ante nuevas incertidumbres (Viñar, 2001; Benyakar, 2001c).

La necesidad y el afán por comprender la capacidad de mal que tenemos los seres humanos así como la vocación de aliviar el sufrimiento de los individuos tiene en Freud su exponente más admirable. Su compromiso con la época, el impacto de lo social en él, se trasuntan en muchas de sus obras en las que enlaza aportes teóricos con reflexiones acerca de la realidad política y social de su *tempo*. Así, en “La transitoriedad”, un artículo de noviembre de 1915, el maestro asocia su teoría del duelo con los sentimientos que le produce la guerra. Y en *Más allá del principio del placer*, de 1920, vincula la idea de trauma - inicialmente definida como “la consecuencia de una extensa herida en la barrera

protectora de estímulos”, con la ferocidad de los eventos sociales acaecidos durante su vida. Estos eventos y los que se sucedieron alentaron innumerables aportes que se agregaron a este concepto que, sin embargo, en nuestros tiempos resulta insuficiente, tanto en relación con los propósitos de comprender la capacidad de mal como de aliviar el sufrimiento.

Entre la distorsión y el infierno

Las pujas políticas, culturales, económicas y religiosas que caracterizaron siempre la existencia humana hoy asuelan el mundo con nuevas maneras de destructividad. El impacto devastador de hechos disruptivos como el ataque a las Torres Gemelas y la declaración del *default* en la Argentina excede ampliamente a los acontecimientos mismos. Los alcances y las repercusiones de estos eventos son tan vastos y potentes que alteran los cimientos mismos de la sociedad y generan lo que he dado en llamar “entornos disruptivos” (Laqueur, 1987; Benyakar, 2002; McFarlane, 2000; Winnicott, 1971).

Denomino “entorno disruptivo” al medio humano y físico masivamente distorsionado por la ocurrencia de hechos disruptivos, que instalan una deformación ambiental, que puede devenir crónica. Los *entornos disruptivos* son aquellos contextos vitales en los que se dislocan las relaciones entre las personas y entre éstas y el medio físico y social. Sabemos de la devastación normativa, de valores, de reglas de juego que producen, a través de los cambios de conducta y de los hábitos cotidianos que, de un minuto para otro, las personas se ven obligadas a hacer para adecuarse a ese nuevo entorno que se ha tornado incomprensible, impredecible y, por lo mismo, amenazante (Fariña, 1998; Critchlet, 1995).

La distorsión puede iniciarse drásticamente frente a algún acontecimiento material e identificable vivido como *amenaza*. O puede también ser el resultado de un proceso gradual y, por tanto, sus causas permanecer desconocidas o en unas condiciones demasiado complejas como para lograr ser comprendidas (Viñar y Viñar, 1993). La amenaza, objetiva en el primer caso, difusa en el segundo, actúa como elemento disparador predominante de las respuestas individuales y colectivas. Asediados por una realidad que no alcanzan a comprender, individuos y colectivos se ven compelidos a reaccionar con conductas urgentes, incluso hasta desesperadas que, a su vez, producen unos

efectos que contribuyen con la producción de nuevas distorsiones y el reforzamiento y la difusión del *entorno disruptivo*. Veamos algunos ejemplos.

- 1) *Infierno en la torre* se llamó la película que anticipó increíblemente las imágenes que herirían de muerte la nunca hasta entonces cuestionada e incuestionable sensación de seguridad del pueblo estadounidense. El secuestro de dos aviones comerciales con todos sus pasajeros a bordo para ser convertidos en verdaderos “misiles humanos” que impactaron sobre las Torres Gemelas de Nueva York, instaló un antes y un después en la vida de la mayor potencia mundial. No sólo transformó los diversos sentimientos despertados por la ficción en un miedo concreto y maligno sino que también convirtió a un medio de transporte masivo y cotidiano y a los edificios donde trabaja la gente en fuentes de peligros mortales. El ataque irrumpió en la representación que los ciudadanos de Estados Unidos tenían de sí mismos, desbaratándola. La herida resultante hizo “saber” al pueblo estadounidense que el “demonio del terrorismo” se había trasladado desde unas lejanas comarcas al corazón mismo de las tierras norteamericanas (Stern, 2001). Los impactos sobre las Torres Gemelas y el Pentágono y un tercer episodio, el “fallido” intento de ataque, supuestamente a Camp David, cuyo real acontecer nunca quedó claramente esclarecido, desataron una cantidad de fantasías persecutorias a las que, en virtud de su contenido, un columnista de *The New York Times Magazine* no dudó en calificar de “morbosas”.¹ La población confirmó, entonces, que su cuerpo social había sido “infectado” por gérmenes potencialmente mortíferos y este conocimiento fue lo suficientemente efectivo como para hacer que el pueblo más poderoso de la tierra comenzara a sentirse vulnerable, a merced de lo desconocido, sumido en la incertidumbre y el terror (Susser, Herman y Aaron, 2002; Corradi, 2002).
- 2) Un ser humano se autoinmola, convertido en “bomba humana”, y hace “volar por los aires” un centro comercial con cientos de personas en su interior. No sólo siega vidas inocentes y causa daños materiales sino que modifica la relación de las personas con su medio y, de este modo, la percepción que tienen de la vida misma. ¿Cómo distinguir, entre los cientos de personas que transitan a nuestro lado, por la puerta de nuestra casa, a la que -en cualquier

¹ Véase Bill Keller, “Nuclear Nightmares”, en *The New York Times Magazine*, 26 de mayo de 2002.

momento- podrá hacer explotar una bomba matando indiscriminadamente?, ¿qué mueve a inmolarse a alguien como ese individuo que esta mañana viajó conmigo en el mismo ómnibus?, ¿qué pasión lo llevó a cometer un acto tan tremendo?, ¿hasta dónde podríamos llegar los hombres una vez atravesadas las barreras psíquicas y morales que nos autolimitan para matarnos los unos a los otros, a quiénes y por qué?, ¿cómo se forja esa ideología, a través de la cual algunos seres humanos logran concebir estos hechos, justificarlos y hasta convertirlos en un recurso posible?

Acicateadas por el miedo y el desconcierto, empujadas a buscar nuevas formas de protegerse, las personas que se saben posibles “blancos” de la locura terrorista renuncian a ciertos hábitos primero y a valores después, iniciando una cadena de cambios individuales, de los cuales algunos ni siquiera les resultan conscientes. Si el paso del tiempo permite un relativo aflojamiento de la tensión, cada tanto ocurrirá algún suceso bestial que le recuerde a la población que la *amenaza* es inexorable y que reinstale en ella el miedo de ir a un cine, de enviar a un hijo a una guardería, de subirse a un transporte colectivo, ya que cualquiera de esos actos triviales e imprescindibles puede costarles la vida. Convivir con la posibilidad de sufrir un ataque terrorista mina las certezas más básicas de las personas y genera en ellas una tensión constante, que confisca la atención que debería prestarse a las rutinas y los problemas cotidianos. Las restricciones que la población se autoimpone, sin embargo, no logran el efecto apaciguador buscado y la intranquilidad toma la forma de una duda que no puede responderse: la pregunta que se impone no es si se hace lo suficiente para proteger la vida propia y la de los hijos sino si existe alguna precaución que resulte “suficiente”.

- 3) “Corralito” o “corralón” designó el *huit clos*, la puerta cerrada, el encierro económico que convirtió la vida cotidiana de los argentinos en un infierno de características absolutamente inéditas. De un día para otro, el propio Estado transgredía la ley y violaba un derecho humano considerado sagrado por la declaración universal de 1789: la propiedad privada. Nadie que tuviera su dinero depositado en algún banco pudo disponer libremente de él ni confiar en que, alguna vez, lo habría de recuperar. De un minuto para el otro, ir al supermercado, pagar los impuestos, cobrar el sueldo, se convirtieron en empresas casi imposibles (Garzarelli, 2002). Hubo “bancarización”²

² La novedad de la situación se tradujo en la cantidad de neologismos y metáforas que la gente y el propio gobierno acuñaron para hacer referencia a hechos desconocidos hasta

obligatoria para todo el mundo. Aun para quien, sin saber leer ni escribir, comenzaría a recibir su paga a través de un cajero automático. Ese viernes 2 de diciembre de 2001 por la noche millones de argentinos sintieron estallar sus cabezas. A partir de allí, los cambios institucionales y de reglas se sucedieron vertiginosa y dramáticamente. Pasó más de un año y la población aún no puede salir totalmente del estupor. Hubo caída dramática del consumo y de los puestos de trabajo, y desmantelamiento de hospitales y escuelas. Las condiciones de marginalidad crecientes, que ya venían manifestándose en el conjunto de la población, se hicieron cuerpo en los mendigos atestando las calles, revolviendo la basura en busca de comida para llevar a sus familias, transportando desechos recuperados en carretillas movidas por tracción humana. Cambió el paisaje social en un país cuya identidad tuvo como uno de sus rasgos más distintivos el de disponer de “fuentes inagotables de riquezas”, ser el “granero del mundo” y tener un “destino de grandeza”. Las restricciones al tradicional acceso generalizado y gratuito a la educación y a la salud, sumadas a la falta de empleo, comenzaron a tocar entonces a la clase media misma, muchos de cuyos miembros debieron abandonar sus casas por la imposibilidad de seguir pagando las cuotas o simplemente los gastos de expensas. El descenso social del sector más extenso y representativo de la sociedad argentina hace decir a sus miembros: “Ya no soy el que fui ni podré ser el que quise ser. Más aún, me pregunto, ¿qué será de mí? ¿Qué será de este país?”.

Los dos primeros ejemplos revelan que el efecto devastador de las situaciones disruptivas se debe menos a la destrucción física que suele acompañarlos que al estado subjetivo que imponen en las poblaciones en las que inculcan el sentimiento de vivir bajo intimidaciones generalizadas y crónicas que atentan contra la existencia misma. Tanto es el valor simbólico del acontecimiento en sí que instala las *amenazas*, y éstas no necesitan hacerse realidad para tener consecuencias desastrosas sobre las representaciones sociales, el psiquismo de las personas y las relaciones interpersonales. En efecto, las amenazas que socavan las certezas primeras -esos cimientos mudos sobre los que se erige la vida cotidiana- desbaratan nuestra capacidad de pensar y tornan ineptas a las instituciones sociales que deben brindarnos protección.

Al poder desorganizador de las amenazas sobre los directamente afectados se suma el hecho de que, en virtud de los medios masivos de comunicación, sus efectos se diseminan y multiplican ampliando el número de comunidades expuestas al temor, al desconcierto, a las vivencias de frustración y desamparo.

ese momento. Entre ellos “corralito” fue seguido de “corralón”, y “piquetero” y “cartonero” que pasaron a designar identidades sociales

Afectados directos e indirectos, todos deben intentar seguir viviendo en este medio dislocado y distorsionado por la acción de la violencia solapada, el *entorno disruptivo*.

Características de los entornos disruptivos

Las características más distintivas de un *entorno disruptivo* consolidado son:

- la ruptura de las reglas de juego como consecuencia de la ineptitud y hasta la caducidad lisa y llana de algunas de las normas escritas y consuetudinarias que organizaron la vida social;
- la inversión del sentido de las instituciones sociales que se tornan incapaces de cumplir con las funciones para las que fueron creadas;
- la incertidumbre patológica y la desconfianza hacia todo y todos que se apodera de los sujetos, y
- una percepción distorsionada de la realidad y de sí mismos que sume a las personas en profundo desconcierto.

1) La ruptura de las reglas de juego y la inversión del sentido de las instituciones sociales

Hay ruptura de las reglas de juego e inversión del sentido de las instituciones sociales cuando, por ejemplo, el buzón de correo, el cartón de leche comprado en el supermercado, el autobús que nos lleva al trabajo, el policía que nos “debe” detener para controlar la documentación del auto en el que transitamos, dejan de ser elementos de sostén y garantía del orden de la vida cotidiana para constituirse en peligros que nos exigen vivir alertas, tensos, y actuar a la defensiva. Los mismos fenómenos tienen lugar cuando, por ejemplo, las instituciones bancarias, encargadas de cuidar nuestros dineros, incautan y se apropian de los ahorros de sus clientes, desbaratando bestialmente sus vidas, volviendo inservibles las rutinas largamente acuñadas y compartidas que aseguraban el cumplimiento, en tiempo y forma, de los compromisos y las responsabilidades debidos al conjunto social y a los otros (fundamentalmente el pago de servicios, impuestos y deudas), garantizando la satisfacción de nuestras necesidades básicas.

En un *entorno disruptivo*, las instituciones que sostienen las rutinas cotidianas y, con ellas, la identidad de las personas, se vuelven ajenas, extrañas, hostiles. Esto ocurre después de que algún hecho, que pasa a ser considerado por el conjunto de los individuos como *situación disruptiva inicial* -por ejemplo, el ataque a las Torres Gemelas o el establecimiento por ley del “corralito” en la

Argentina-, da por tierra con algunas de las reglas básicas que hasta ese momento pautaban las actividades, las expectativas, los intercambios y los pactos sociales. Como consecuencia de estas rupturas, los comportamientos habituales pierden su vigencia y su posibilidad de aplicación y/o utilidad y las personas afectadas se ven ante situaciones desconocidas para las cuales ni ellos ni las instituciones tienen previstas respuestas. Cunde, entonces, el estado de incertidumbre y desorientación que provoca en los miembros de la comunidad el impacto del desastre.

La palabra ‘desastre’ expresa nítidamente el pasaje de un mundo ordenado -el cosmos- al desorden -el caos-. ‘Desastre’ proviene del latín *des-astrum* y acarrea el sentido de ruptura de la constelación (*astrum*), el quiebre del mito iniciador del tiempo, cuando el Caos se convirtió en Cosmos. *Desastre*, por lo tanto, implica la caída de un elemento fundacional e identitario.

Quedarse sin los parámetros sobre los cuales se organizan y orientan valorativamente los comportamientos de las personas, por ejemplo el parámetro del tiempo, tiene varias consecuencias perniciosas. Entre ellas:

- Las decisiones y acciones que toman las personas pierden su carácter necesario y su racionalidad volviéndose aleatorias, discrecionales, imprevisibles, inadecuadas, lo que genera más distorsión del entorno.³
- La desorganización del presente hace casi imposible a los individuos y a los grupos anticipar el futuro, incluso el más inmediato, con lo que se desvanece la posibilidad de imaginar proyectos individuales y forjar un proyecto común.
- Las tradiciones sobre las que se asienta la identidad colectiva pierden su significado y fuerza identitaria y de cohesión.
- El debilitamiento de la identidad colectiva corroe los sentimientos de seguridad, pertenencia y solidaridad y alimenta la disgregación social (Allen, 1999).

³ Por ejemplo, en la Argentina, a partir del establecimiento del “corralito”, nombre otorgado a la normativa que restringió brutalmente el acceso al dinero depositado en los bancos, se desencadenaron una cantidad de acontecimientos imprevistos e imprevisibles que demandaron nuevas normas. Como el proceso fue vertiginoso y la necesidad de respuestas era urgente, las medidas se adoptaban sin prever sus consecuencias. Improvisadas, la mayoría de ellas resultaron inútiles, cuando no ahondaron los perjuicios, obligando a desandar lo andado y acrecentando de ese modo tanto la confusión como la incertidumbre general y el carácter amenazante del entorno.

2) La incertidumbre patológica, la desconfianza y la imposibilidad de cuestionar.

La búsqueda permanente de certezas es una parte esencial de nuestra condición humana. El movimiento del saber se despliega en esa búsqueda que, para ser fructífera, debe conducir siempre a nuevas preguntas y cuestionamientos. Cuando de la búsqueda del conocimiento resulta una “certeza absoluta” estamos, muy probablemente, en presencia de una psicosis.

Para los escolásticos, la “certidumbre” consistía en un estado firme de la mente cuya solidez dependía del grado de correspondencia que hubiera entre la realidad y la percepción que los hombres tuvieran de ella. Sin embargo, sujeta a los vaivenes que afectan la vida individual y social, la “certidumbre” es esencialmente inestable y requiere, para mantenerse en el tiempo, un fundamento exterior al sujeto, una garantía que provenga de una autoridad válida, tanto para él como para los otros, en la que todos puedan confiar. La capacidad de cuestionamiento y de crítica, que conducen a los sujetos a renovar y ampliar sus vínculos con la realidad a través de las nuevas preguntas que se plantean a sí mismos y le plantean al mundo, sólo son posibles si la “certidumbre” puede ser cuestionada y trocar en “incertidumbre” (Benyakar, 2002).

A diferencia de la “certeza absoluta”, la “incertidumbre” surgida de la capacidad de crítica, del cuestionamiento de las certidumbres, es una condición positiva que expande el mundo de la percepción y el entendimiento. Pero resulta negativa y patogénica cuando es producto del desbaratamiento de los principios y criterios acendrados y comunes a los cuales y desde los cuales es posible cuestionar.

Éste es el sentido del sistema “teórico” al cual, según el psicoanálisis, adhiere el yo: un conjunto de parámetros bien establecidos y consensuados que el yo necesita cuestionar, al mismo tiempo que necesita apoyarse en ellos confiadamente para sostenerse en una referencia cierta y estable. Este postulado freudiano se aplica también a las comunidades.

En efecto, como ocurre con los individuos, también las comunidades necesitan de referentes firmes, incuestionables, absolutamente confiables, que se impongan al conjunto de los hablantes por encima de sus diferencias y aseguren así la posibilidad del discurso y de los intercambios y pactos sociales. La confianza -que consiste en prestar fe a los otros y en confiarse en los otros (Cotta, 1970)- es un requisito *sine qua non* de la coordinación de las acciones que sostienen la existencia humana. Más aún, es la materia misma con la que se construyen las instituciones.

En los *entornos disruptivos*, sin embargo, poblados de *amenazas* -como sufrir la contaminación del medio a causa de un ataque con armas químicas o bacteriológicas, padecer un daño físico y hasta incluso morir en un cine al explotar una bomba, perder el entorno afectivo, la red social de sostén, las posesiones materiales y espirituales en razón de vivir en un Estado que margina y aun expulsa a sus habitantes-, los referentes pierden su valor de sostén mudo y por lo tanto su credibilidad. Las instituciones, los usos y las costumbres, los escenarios cotidianos que constituyen el hábitat normal y cuyo cometido es resguardar a los individuos y a los valores de la comunidad, invierten su sentido y desprotegen, reforzando la condición amenazante del medio e inoculando en las personas temores y suspicacias diversas hacia los otros, hacia los lugares conocidos hasta entonces y, en general, hacia el conjunto de las interacciones sociales otrora confiables. La resultante distorsión del medio mina la confianza porque va invadiendo todos los aspectos de la vida, corroyendo todas las certezas y generando incertidumbres excesivas, patológicas.

3) La percepción distorsionada

En nuestra época, la ausencia de parámetros compartidos de certeza perturba profundamente la relación que mantenemos con la realidad. A poco de observar lo que sucede, advertimos que los desajustes no se deben sólo a fallas en los sujetos sino a una realidad que distorsiona y que ya no puede ofrecerse como el referente sólido que el yo requiere para mantener su estabilidad. ¿Qué significa esto?

Para quienes sufren los impactos provenientes de un *entorno disruptivo consolidado*, el hecho más terrible y desquiciante es que las distorsiones y las amenazas son el producto incuestionable de voluntades humanas expresadas en decisiones cuyo asiento y objetivos no son dables de ubicar. Por un lado, resulta casi imposible saber de qué sector de intereses sociales, económicos, políticos, religiosos, provienen las acciones que generan la distorsión e imaginar cómo se encadenarán los sucesos y qué consecuencias tendrán tales encadenamientos. Por el otro, también es arduo ubicar quiénes serán los destinatarios de las acciones violentas ya que, en tanto éstas valen más por sus efectos indirectos y expansivos que por sus impactos locales y específicos, cualquiera puede ser el “blanco” o sufrir las consecuencias.

Las *amenazas* que afectan indiscriminada y globalmente a toda una población no pueden ser afrontadas individual y aisladamente. Porque la dificultad para identificar quién o qué puede provocar los daños, al mismo

tiempo que genera una reacción de sospecha igualmente indiscriminada y global, coarta la capacidad de los sujetos para representar y pensar lo que ocurre, impidiéndoles desarrollar defensas psicológicas, físicas y/o conductuales.

Todo conspira para que los entornos disruptivos tiendan a perpetuarse en el tiempo protegidos, paradójicamente, por la capacidad humana para resistir aun en las situaciones más hostiles y caóticas. Todos sabemos -ya que la historia de la humanidad y nuestra propia existencia individual así lo demuestran- que los seres humanos casi siempre logramos forjar algún orden en el caos y que, paulatinamente, ese mismo orden nos va proporcionando las formas de atenuar las *vivencias de desamparo y de desvalimiento* que sufrimos.⁴ Este rasgo humano facilita la permanencia de los *entornos disruptivos* al hacer de ellos el telón de fondo más o menos invisible de la vida cotidiana.

Integradas a las escenas cotidianas, las amenazas dejan de ser reconocidas como provenientes del mundo externo y se internalizan. Una vez incorporadas como parte de la propia subjetividad, inundan y modelan la vida entera. Por ejemplo, a fin de evitar probables aunque inesperadas desgracias y sofocar el miedo que produce la posibilidad cierta de que efectivamente ocurran, las “respuestas adaptativas de alarma” que se desencadenan en los sujetos los conducen a rediseñar sus vidas en función de controlar la mayor cantidad de situaciones consideradas peligrosas. Los seudo “equilibrios” así alcanzados, precarios y cuestionables, caducan rápidamente, desafiados sea por los continuos cambios en las reglas de juego, sea porque periódicamente ocurren nuevos hechos *disruptivos* cuyo objetivo es actualizar y fortalecer el valor de las *amenazas*. Generalmente, los esfuerzos adaptativos, desgastantes y sabidamente inútiles conducen al encierro gradual de las personas en sus propias casas, al aislamiento social, a conductas de auto y heteroagresión o, incluso, a nuevas violencias.

Un contexto social que presenta un grado tan alto de disgregación inhibe la posibilidad de los individuos y grupos sociales para proyectarse hacia el futuro, para enfrentarse al estimulante desafío, propio de la incertidumbre cuando ésta

⁴ En su obra *El corazón bien informado*, Bruno Bettelheim (1973) ofrece un ejemplo extremo de esta capacidad cuando relata cómo a muchos de los prisioneros que sobrevivieron en los campos de concentración nazi les bastó para ello “tener algunas experiencias simbólicas de permanecer activo y pasivo, por voluntad propia, mental y corporalmente” agregando seguidamente, entre paréntesis, el sugestivo comentario “mucho más que la utilidad propia de cada una de estas actividades”.

se encuentra contenida dentro de parámetros estables. Y entonces sólo hay capacidad de generar soledad, frustración, resentimiento y desesperación. A menudo, estos sentimientos llevan a las personas a buscar amparo en ciertas certezas, ofrecidas por los pensamientos totalitarios -sean de tipo místico-religioso, sean ideologías seculares extremistas-.

Aferrados a tal tipo de certezas -que restituyen una identidad y una pertenencia grupal-, quienes sucumben a esta tentación superan la incertidumbre erigiendo a otros en los enemigos a quienes corresponde responsabilizar por todos los padecimientos y sobre los cuales “creen” justo descargar su odio y su deseo de destrucción. Otra forma de manejar la incertidumbre (sobre la que a continuación entraré en detalles) es hacer de los miembros del propio grupo que sufren daño, “víctimas” cuya “reivindicación” servirá para justificar la descarga de hostilidad y también para movilizar los sentimientos reparatorios y altruistas.

La función social de la “víctima”

Para mantener la memoria histórica de ciertos eventos dañinos que la sociedad considera necesario recordar necesita, por ejemplo, que quienes fueron dañados y los testigos cuenten una y otra vez lo que sucedió, actitud imprescindible para que el daño adquiera la importancia histórica que necesita para lograr que jamás se repita. Un caso paradigmático en este sentido lo constituyen los sobrevivientes del genocidio nazi y los museos de la memoria donde se atesoran todos los testimonios posibles. Cuando una sociedad promueve en los damnificados sobrevivientes a un desastre -sobre todo si la causa del mismo fue la voluntad humana consciente y deliberada- que se erijan en “testimonios vivientes” de éste para que nunca se olvide lo que sucedió y se haga honor a los muertos, se corre el peligro de que sean escuchados casi exclusivamente en su condición de dañados, “objetos” de un daño imperdonable, como “muestras” de lo que pasó con todos, y no como sujetos que narran su experiencia personal única e irrepetible. Así definidas, o sea, como “víctimas”, estas personas devienen un símbolo y comienzan a funcionar como un elemento organizador de la identidad del grupo y aglutinador de sus miembros puesto que, a través de la identificación con ellas, éstos se ven a sí mismos como un grupo dañado.

En forma inconsciente, el grupo social al que pertenece un damnificado lo instituye y perpetúa como “víctima” para que, en su condición de tal, conjure las amenazas que representan las luchas intestinas, disensiones, rivalidades y celos que podrían destruir al grupo, restaure la armonía de la comunidad y refuerce la

unidad social. En su libro *Structure and Function in Primitive Society*, A.R. Radcliffe-Brown cuenta que “los grandes textos chinos reconocen explícitamente al sacrificio la función que nosotros asignamos a las «víctimas»”. Y agrega:

Gracias a él las poblaciones permanecen tranquilas y no se agitan. Refuerza la unidad de la nación. El Libro de los Ritos (*Ch'u Yü*, II, 2) afirma que los sacrificios, la música, los castigos y las leyes tienen un único y mismo fin: unir los corazones y establecer el orden. (Radcliffe-Brown, 1965)

Si el “mal” se desencadena asumiendo la forma de una catástrofe natural que produce infinidad de damnificados, la pregunta mítica acerca de la razón por la cual ocurre el daño, o sea, quién lo provocó/incitó, de quién es la culpa, no desaparece. La respuesta puede identificar a un individuo o grupo a quien se elige para culpar, pedirle que rinda cuentas y exigirle que asegure la inocencia del resto. O puede volverse hacia adentro, lo que resulta en que el grupo o la sociedad se autoculpabilice y, movido por el sentimiento de la culpa, realice acciones tendientes a la reparación de los damnificados, “víctimas” de las desgracias. En este caso las “víctimas” sirven, como adelantamos, de motivo para la acción, la cual será fundamentalmente reivindicativa si está orientada hacia afuera y fundamentalmente compensatoria o reparatoria si lo está hacia adentro.

Para que esta dinámica entre los individuos “victimizados” y los grupos se establezca es preciso que confluyan factores individuales de las “víctimas” con necesidades del grupo. Para calzar en el rol, se requiere un individuo vulnerable y quien ha sido dañado es, cuando menos temporariamente, vulnerable. Si la persona resulta “victimizada”, cuanto más se debilite su identidad anclada en su historia pasada y más se fortalezca la identidad asociada al daño, más “victimizada” estará. Como puede advertirse, en esta manera de pensar el proceso de “victimización”, la condición de “víctima” no le pertenece al sujeto sino que es un lugar social definido según los valores imperantes y, sobre todo, según las pujas entre tales valores en una cultura o sociedad determinada.

La “víctima” no es, pues, el producto del daño real que le han infligido a una persona sino el producto del proceso social de “victimización” que consiste en asignar el carácter de “víctima” a los sujetos que han sufrido un daño, considerado por el grupo al que pertenecen como un ataque a algún valor que éste desea preservar o imponer. Esto significa, ni más ni menos, que quien “victimiza” es el propio grupo al que pertenece la persona dañada por algún otro

que actuó como hacedor del daño. O sea, hay un hacedor del daño, un dañado o damnificado y el grupo de pertenencia que adjudica a este último el carácter de “víctima”.

El proceso mediante el cual una persona, grupo o comunidad queda erigido en víctima es, por lo tanto, un complejo mecanismo social de elaboración de procesos sociales e individuales cuyo funcionamiento y efectos no sólo son extremadamente difíciles de identificar sino que, cuando se los reconoce y expone a la luz, son rápidamente rechazados. La razón por la cual estos mecanismos son resistidos como explicaciones es que destruyen las versiones apaciguadoras de la violencia propia de la condición humana. Entre estos mecanismos veamos los que operan en el nivel psicológico.

Los mecanismos psicológicos más frecuentes que se ponen en juego en el proceso de “victimización” son la proyección en y la sobreidentificación con los sujetos que han sufrido la clase de daño que el grupo no acepta dejar pasar impunemente.

Mediante estos mecanismos de proyección y sobreidentificación, los miembros del grupo buscan inconscientemente neutralizar o desembarazarse de la culpa que, tomando lo postulado por Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*, podemos deducir que surge cuando un ser humano, enfrentado al desvalimiento propio o al ajeno, ubica en sí mismo la causa de lo acontecido, más allá de que haya o no participado efectivamente de los hechos. El accionar terrorista apunta a activar esta tendencia inherente al ser humano, dado que su objetivo es menos el daño material y concreto que el impacto psíquico que ese daño produce sobre la totalidad de los miembros del grupo agredido, o sea, la activación de la culpa imaginaria, entre otros efectos.

Asimismo, los mecanismos de proyección y sobreidentificación enfatizan el hecho de que quien ha sido dañado es otro que no soy yo. Pero, como al mismo tiempo promueve la idea de que muy bien podría haberlo sido, por esta vía se realimenta y refuerza la producción de culpa imaginaria: algo que hice o no hice explica el daño ocurrido, por lo cual termino sintiéndome culpable y buscando nuevas formas de expiación.

Para entender un poco mejor estos procesos, que nada tienen que ver con la voluntad ni con la intencionalidad, veamos un poco cómo se despliegan los mecanismos inconscientes sobre los que se basan. Ya dije antes que los mecanismos más frecuentes que se ponen en juego en cada uno de nosotros ante un damnificado son la proyección y la sobreidentificación. Ambos son activados

por motivaciones narcisistas, propias del género humano, según las cuales tendemos a sentirnos involucrados y protagonistas de cuanto sucede a nuestro alrededor. Permanecer indiferentes no es más que la contracara defensiva de esta tendencia.

Los mecanismos en cuestión nos permiten, por un lado, ubicar el daño en el afuera y, por el otro, relacionarlo directamente con nuestra persona. De este modo, estar frente a un damnificado acentúa la evidencia de que quien ha sido dañado es otro que no soy yo. Y ver perdurar en otro el daño nos ayuda a creer que estamos a salvo. Sin embargo, al mismo tiempo, promueve la idea de que muy bien podría haber sido uno mismo el dañado. Igualmente, quedar frente al daño activa la sensación de que hay algo que yo podría haber hecho y no hice o algo que hice y no debería haber hecho o que, por más que me esfuerce, no podré hacer que no pase lo que ya pasó, lo cual nos pone, una vez más, de cara a la limitación humana. En la medida en que estos mecanismos no sean suficientemente elaborados se refuerza la producción de culpa imaginaria. En fin, como mecanismo para la expiación de las culpas, la “victimización” resulta fallida. Y, como la producción de sentimientos de culpa, a diferencia de la culpa real, transcurre en un plano en el que este sentimiento nunca puede ser desmentido por los hechos, se regenera a sí mismo y regenera la “victimización” a modo de círculo vicioso.

¿“Víctimas” o damnificados?

¿Quién es el destinatario de la proyección y de la sobreidentificación? Quien fue suficientemente dañado como para sufrir desvalimiento y no sólo se hace visible al resto sino que lo conmueve, despertando su compasión. Que esto ocurra depende de las condiciones psicológicas por las que atraviesa cada individuo en el momento de saber acerca del daño, condiciones que lo hacen más o menos permeable al sufrimiento del otro. Pero también de los valores personales, grupales y sociales que condenan con mayor o menor firmeza ciertos daños y señalan a determinados grupos sociales como más vulnerables.⁵

Pero ¿a quién se elige como “víctima”? A alguien que, además de ser vulnerable, como ya dijimos, sea lo suficientemente parecido a cualquiera de nosotros y esté lo suficientemente distante de nosotros como para poder pensarlo diferente, como para poder identificarnos con él al mismo tiempo que nos separamos. Y esta elección o bien se apoya en creencias religiosas muy fuertes o

⁵ Comprender el modo en que interactúan estos niveles requiere un abordaje que incluya diferentes perspectivas y niveles de análisis.

bien en planteamientos ideológicos. En uno y otro caso, la “victimización” se presenta como un imperativo que exige de pensar en su naturaleza y consecuencias. La tarea de soslayar el pensamiento queda disimulada y, a veces, también justificada tras el altruismo -un indiscutido valor social- que acompaña al proceso y que surge como respuesta a los sentimientos de culpa.

Aunque la compasión, la solidaridad, el altruismo, alivian la culpa, no la redimen. Por ello el germen que da lugar al proceso de “victimización” sigue activo, buscando perpetuarlo. Igual que como sucede con los “testimonios vivientes”, ello ocurre con los damnificados que son los destinatarios de las actividades de asistencia y ayuda y de reparación de los daños. Estas actividades suelen confinar al dañado a la condición de “víctima”, un rol rígidamente definido del cual es muy difícil salir. Esto ocurre porque, una vez erigido en “víctima”, el sujeto pierde su condición de tal en la medida en que desaparece como el producto de su historia singular y comienza a quedar reducido a ser el objeto del daño y de las necesidades sociales, al mismo tiempo que su historia pasa a ser leída casi exclusivamente a la luz de ambos condicionantes (Kovadloff, 1996; Hercovich, 2000, 2002).

Destinada a nombrar al sufriente que mueve nuestra compasión y deseo de ayuda, la palabra ‘víctima’ es, sin embargo, un modo de ejercer violencia e invisibilizarla en el mismo acto. En el imaginario dominante, la víctima es alguien que tiene, por ejemplo, su capacidad perceptiva, emocional, intelectual, disminuida por el sufrimiento. Se le adjudica impotencia, debilidad, incluso parálisis, y escasa o nula posibilidad de soportar y reponerse de las adversidades. La definición menosprecia y desconoce la subjetividad de la persona y la presiona a adaptarse a la imagen dominante quedando, de este modo, atrapada en un rol estereotipado que resulta funcional para la sociedad pero del cual también podrá obtener ciertos beneficios, puesto que, al mismo tiempo, esas características le permiten ser reconocida y que la sociedad acuda en su ayuda.

Ésta es tal vez la razón principal que, como psicoterapeuta, me empuja a usar la palabra ‘damnificado’ en lugar de ‘víctima’, ya que la primera no acarrea ningún otro significado que deforme la percepción o genere expectativas en quien así llama al afectado. Del damnificado sólo sabemos que sufrió un daño, y aun cuando sepamos en qué consistió el hecho infausto que vivió ignoramos qué efecto produjo en él, o sea, no sabemos si hubo o no daño subjetivo y, si lo hubo, en qué consistió. En tanto se mantiene como interrogante, el damnificado conserva a priori su subjetividad, su movilidad psíquica, su capacidad de respuesta.

En resumen, a diferencia de los damnificados, las “víctimas” son una penosa “necesidad” de las sociedades porque: 1) sirven de soporte para mantener la memoria social respecto de ciertos hechos; 2) expían las culpas individuales y sociales; 3) alivian la angustia que provoca la presencia del sufrimiento en tanto permiten objetivar y depositar el “mal” en el “hacedor del daño” y confinar sus efectos en algún sector de la sociedad que es erigido en “víctima” o “chivo expiatorio”, y 4) sostienen las identidades grupales, muchas veces aglutinando a los individuos tras una “causa común” o “bandera política”.

Veamos ahora qué pasa del lado del “victimizado”. El proceso de quien sufrió un daño suele ser como sigue: hasta el momento de sufrirlo se veía a sí mismo como una persona normal que podía trabajar, amar, divertirse, tener amigos. A partir de que le causan un daño psíquico, estas capacidades se malogran y comienza a sufrir. Desde su comprensión de lo que le sucedió, el sufrimiento le fue ocasionado por el mundo externo: algo vino de afuera y le produjo un daño. Esto no es lo que ocurre en otras dolencias psíquicas en las que los individuos sienten que el origen del sufrimiento está en ellos mismos, en algo que no pudieron elaborar, a pesar de que en los desórdenes de personalidad se tienda a ubicar el problema en el medio. La gran diferencia con otras condiciones es que en las patologías disruptivas tanto individuo como sociedad reconocen que el daño fue provocado por el afuera. Sentir que el daño provino del mundo externo habilita al damnificado a reclamar que o bien aquel que le infligió el daño o bien quien debió haberlo evitado (el grupo o la sociedad en general) deberán repararlo, compensarlo o, por lo menos, aliviarle de algún modo su sufrimiento. En principio, esta reacción pone en funcionamiento la responsabilidad de la sociedad a la que se asocia la culpa imaginaria de quienes son testigos del daño (nuevamente el grupo o la sociedad en general). Así se establece el sistema, por ejemplo, de las indemnizaciones, mecanismo mediante el cual la sociedad se hace responsable de los daños que sufren sus miembros, en tanto sean daños reconocidos como tales y les hayan sido infligidos a quienes la sociedad decidió proteger.

El rol de los terapeutas

¿Cómo debemos actuar los terapeutas siendo que nosotros mismos formamos parte de los mecanismos que producen la “victimización”? Antes que nada, debo señalar que los tratamientos psicoterapéuticos transcurren en la tensión real y

nunca resuelta que se genera entre la necesidad social de sostener la memoria y afirmar identidades, por un lado, y la necesidad de preservar la subjetividad del individuo, por el otro. Y que es dentro de esa tensión irresoluble que nos postulamos como representantes del afuera frente a nuestros pacientes que así nos ven y que esperan de nosotros que les reparemos el daño que sufrieron (Benyakar, 1994, 1996). Para mantenernos en un lugar “neutral” y no pasar a ser agentes de los procesos “victimizadores” los terapeutas debemos estar atentos a no sucumbir a los mecanismos de proyección y sobreidentificación con el paciente y, a través de él, con el grupo de pertenencia, lo cual muy probablemente nos llevaría a actuar paternalísticamente y a producir iatrogenia, fenómeno que Charles Figley (1995) describió como un mecanismo entre los que componen lo que él denominó “*compassion fatigue*”, o sea, la fatiga que resulta del esfuerzo de contener y ayudar a una persona traumatizada (Cazabat, 2001).

Los mecanismos y procesos de los que hablo son inherentes a la condición humana y, por lo tanto, también nos afectan a nosotros, los terapeutas. Respecto de ellos, todo lo que podemos hacer es mantenernos conscientes para no incentivar más sus efectos negativos. Algo que debemos considerar en cuanto a nuestro propio funcionamiento profesional es que, por ejemplo, tratar a personas que se transforman en símbolos de los avatares sociales eleva nuestro narcisismo, lo cual complica los tratamientos. Atender damnificados, sobre todo si son célebres, da prestigio, pero no siempre porque el trabajo terapéutico realizado haya sido verdaderamente destacado o importante sino porque nos involucra en causas que son valoradas socialmente.

Otro aspecto que considero relevante señalar es que cuando se confieren ventajas, prebendas, facilidades o compensaciones especiales a quien sufrió daño, se le está facilitando la posibilidad de usufructuar del beneficio secundario que significa ser considerado “víctima”. Es posible que de esa forma empujemos al damnificado a quedarse en ese lugar por el resto de su vida, lo cual le significará ajustarse a la definición y sacrificar, por ejemplo, la posibilidad de vivir mejor. Esto es lo que hace que las decisiones y el proceso de otorgar y aceptar indemnizaciones sea tan complejo.

Reconozco la dificultad que existe para admitir la paradoja de reconocernos a nosotros, lo mismo que a la sociedad que sufre el daño, como quienes “victimizan”. Para ayudar al lector a aceptar esta proposición urticante quiero señalar que diferenciar al “victimizador” del “hacedor del daño” (o “victimario”)

deja bien en claro que este último es quien efectivamente debe ser responsabilizado por el daño ocasionado. Él transformó a la persona dañada en damnificada al provocarle el mal. También quiero señalar que, al descartar la palabra ‘víctima’ para referirnos a las personas que sufrieron daño psíquico y reemplazarla por ‘damnificado’, lejos de minimizar el sufrimiento, lo rescatamos de las garras de un concepto que desconoce la singularidad de cada experiencia de daño y la subsume en una definición a priori y general.

Una reflexión final: la particular conjunción de lo social con lo individual que se opera en los entornos disruptivos extremando el mecanismo de la “victimización” hasta convertirlo muchas veces en el sustento de actitudes fundamentalistas interpela nuestra condición tanto de ciudadanos como de profesionales de la salud mental. No sólo porque esta conjunción genera cuotas enormes de sufrimiento humano al que debemos respuestas sino porque nos sume en el peligro de transformarnos en cómplices (aun involuntarios) de la instalación y/o el reforzamiento de sociedades caracterizadas tanto por estados de parálisis generalizada como por revueltas permanentes. Recordemos que estas sociedades son las que ofrecen las condiciones más propicias para que algún sector “iluminado” asuma una actitud mesiánica y resuelva imponer un orden, el propio, por medios violentos y agresivos.

Capítulo III

PSIQUISMO Y MODELO.

TRES PROCESOS EN DANZA

Moty Benyakar y Álvaro Lezica

En todas las épocas, el hombre se enfrenta a cuestiones porfiadas que conmueven sus compromisos pero que le exigen comprometerse. En tiempos de Freud eran la sexualidad y el moralismo. Ahora son la ilimitada violencia tecnológica y la muerte absurda

R. J. Lifton

Un hombre dedica su vida a la lenta germinación de una biblioteca, la alimenta con la pasión de su intelecto, con el trajín de sus insomnios, con el rumor indeleble de su propia sangre, la ve crecer, poblarse de luces y sombras. El tiempo, amo y señor de las cosas, va pasando las hojas del libro de la vida. Llegan, por fin, los días del retiro, el hombre acaricia con una sonrisa su precioso legado, esa obra que quedará para siempre asociada a su nombre, aún después que haya partido. En una de las mañanas de su ancianidad, una bomba hace volar su obra por los aires. Ante la visión de los muñones de libros desgarrados entre cuerpos mutilados y escombros dispersos, el hombre declara, con voz monocorde: "he visto pasar mi propio entierro"¹.

Una familia cruza los océanos en busca de una mejora en su precaria situación económica, llega desde un lejano país oriental a las playas de un río color de león. De una cultura a otra, de un alfabeto a otro, el desgarramiento es enorme pero un pequeño comercio abre a esperanzados horizontes. Una mañana llega la turba: saqueo, arrasamiento, despojo. En pocos minutos, una vida de esfuerzo se ha esfumado. El ojo impertérrito de la cámara registra el hecho: el hombre llora en silencio mientras ve perderse todos sus bienes².

¹ Entrevista televisiva, Buenos Aires, julio de 1994. Prof. Samuel Rollansky, z'l, fundador y mentor del Instituto Científico Judío (IWO) que funcionaba en el cuarto piso de la AMIA. Declaraciones posteriores al estallido de la bomba que destruyó la biblioteca. Su último suspiro parece agregar un mudo comentario: su vida se apagó a los exactos seis meses del estallido, el 18 de febrero de 1995

² Noticieros televisivos, Buenos Aires, diciembre, 2001. Poco tiempo después los medios difundieron el epílogo del suceso: el hombre se suicidó junto con su esposa

Imágenes de horror, desesperanza, catástrofe. ¿Cómo dar instrumentos terapéuticos coherentes y consistentes para abordar semejantes eventos? ¿Podemos precipitarnos a hablar, simplemente, de "trauma"? En un sentido amplio y desde una perspectiva social, quizás sí. Desde una óptica clínica, sin embargo, las cosas se complican.

Hay quienes, invocando descuidadamente la dialéctica adentro/afuera, se apurarán a responder que sí. Si tienden a poner el acento en el mundo psíquico del sujeto se limitarán a captar la significación específica que proviene de éste y lo significativo será, para ellos, la relación del suceso con las estructuras internas (por ejemplo, las edípicas y preedípicas). Si, en cambio, se conforman con la generalidad de la categorización, adscribirán a todos los afectados por la misma situación disruptiva una reacción general del psiquismo, donde lo subjetivo será apenas una consecuencia -previsible y fácilmente generalizable- de ésta situación disruptiva.

Por nuestra parte -y tomando distancia de ambos extremos- entendemos que es preciso establecer la singularidad del encuentro de un sujeto con una situación disruptiva y estudiar tanto los aspectos generales como los más específicamente singulares. Por eso proponemos investigar las cualidades específicas de la interacción del sujeto con una situación determinada. De este modo, no perderemos de vista las exigencias de procesamiento que requiere el encuentro siempre singular y actual con el afuera, sobre todo en eventos como los mencionados. Es preciso obrar con cautela y no atribuir a los poderes de lo fáctico aquello que corresponde a procesos metapsicológicos, ni poner a cuenta de las predisposiciones del sujeto las cualidades psíquicas generadas por la situación misma.

Esa cautela nos lleva a incluir en nuestro horizonte las palabras de Marguerite Duras: "Si todavía es posible hablar de 'nada' cuando se intenta captar los meandros ínfimos del dolor y de la muerte psíquica, estamos aún ante 'nada' frente a las cámaras de gas, a la bomba atómica o al gulag? Ni el aspecto espectacular de la explosión de la muerte en el universo de la Segunda Guerra Mundial, ni la disolución de la identidad consciente y el comportamiento racional, que resultan en las manifestaciones hospitalarias de la psicosis -también ellas a menudo espectaculares- están aquí en tela de juicio. Esos espectáculos monstruosos e hirientes, dejan mal parados a nuestros aparatos de percepción y de representación. Como excedidos o destruidos por una ola demasiado poderosa, nuestros recursos simbólicos están vaciados, casi

aniquilados, petrificados. Al borde del silencio emerge la palabra 'nada', defensa púdica frente a tanto desorden, interno y externo, inconmensurable. Nunca hubo cataclismo apocalípticamente más exorbitante, jamás su representación fue emprendida con tan pocos medios simbólicos." También dirá: "Una nueva retórica del apocalipsis (...) pareció necesaria para que adviniese la visión de esa nada, sin embargo monstruosa, de esa monstruosidad que ciega e impone silencio. Esta nueva retórica apocalíptica se realizó en dos extremos aparentemente opuestos y que, con frecuencia, se complementan: la profusión de imágenes y la retención de la palabra."³

Este es el oscuro bagaje que carga nuestro intento de responder a la pregunta por los sucesos psíquicos derivados de la exposición de un sujeto a un evento disruptivo con efecto traumático y caracterizar el tipo específico de respuesta intrapsíquica suscitada a partir de la acción del afuera en su capacidad de desestabilización a raíz de sus cualidades intrínsecas. Al hacerlo, entendemos que apostamos a restituir su verdadera dimensión a la permanente interacción dialéctica entre el afuera y el adentro.

Para otorgar, entonces, a esta articulación su dimensión de verdadero enlace entre el adentro y el afuera, precisamos de un modelo del psiquismo que nos permita conocer y categorizar tanto los procesos normales como los patológicos, así como la forma más adecuada de intervenir en su modificación.

Aclaremos nuevamente: el acento no recae en los contenidos -muchos de ellos inconscientes- con los que el aparato puede significar la experiencia actual, sino en los procesos con los cuales esta experiencia se elabora. La investigación de las patologías disruptivas en general -y del complejo traumático y el vivenciar traumático, en particular -en los que el afuera no sólo no ampara, sino que cobra significatividad por su capacidad lesiva- ponen de relieve el estatuto nodular de esta interacción.

El modelo necesario para esto habrá de centrarse en la noción de articulación. Articular significa retomar elementos en sus cualidades específicas y propias y conjugarlos en un nuevo elemento donde, sin embargo, cada uno de los componentes conserva sus propias cualidades aun si participa de las cualidades del fruto de esa conjugación.

¿Qué puede ganarse de la integración de estos diversos elementos en un modelo unificado?

³ Duras, M., 'La enfermedad del dolor', en Sol Negro. Depresión y Melancolía. Kristeva, J., Editorial Latinoamericana, España, 1992, pp. 185

Es cierto que hoy en día, muchos colegas del ámbito de la salud mental prefieren abstenerse de conformar modelos integrativos de su pensamiento, así como se abstienen de todo recurso a esquemas u otros modos de síntesis. Argumentan -y con razón- que ninguno de estos puede sustituir el escrito del cual derivan y que, sin embargo, el lector puede quedar atrapado en una aparente simplicidad que cancelaría toda perspectiva de cuestionamiento.

Por nuestra parte, consideramos esta renuencia como un vicio de lectura, una diversión algo diletante quizás, pero sin alcance argumentativo, puesto que no dudamos del valor que un modelo puede tener en la facilitación del manejo conceptual, la reorientación hacia una eventual intervención eficaz e, incluso, la posibilidad de plantear nuevos interrogantes al renovar enfoques de investigación. También -creemos- un modelo adecuado posibilita puntualizar diferencias y concordancias entre los profesionales, es decir, permite una conversación teórico-clínica.

Un modelo preciso y adecuado, entonces, permitirá desplegar nuevas intelecciones y, aun si no podremos acceder a la total claridad de los conceptos, al menos, como dice Freud, podremos ubicar con precisión algunas nuevas oscuridades, lo que no nos parece poco en estos nuevos -o renovados- "tiempos de oscuridad"⁴.

Pero no se engañe el lector: no decimos modelo⁵ como paradigma ideal, ético o estético de la realidad, sino como intento de explicación de la misma, intento connotado por los procesos que describe. De allí que, así como se puede hablar de "modelo mecánico" en el marco de la teoría mecanicista, podemos hablar en este marco de un "modelo articulador", pero con una salvedad: se trata de un modelo construido en el marco de una teoría en contacto permanente con la práctica. Es esta misma praxis teórico-clínica la que exige un modelo claro que facilite la aprehensión de los procesos psíquicos subyacentes.

En el campo de lo disruptivo en general y de lo traumático en particular, ocurre como en tantos ámbitos que requieren una aproximación criteriosa. Todos sabemos, por ejemplo, que un antibiótico puede combatir una infección y bajar la fiebre. Pero un clínico que lo receta debe conocer, además de la particularidad de las bacterias que se combaten y las condiciones del sujeto que las padece, la interacción entre ambas.

⁴ La alusión es al texto *Hombres en tiempos de oscuridad* de Hanna Arendt, Gedisa, Barcelona, 1990

⁵ Seguimos en este punto los lineamientos del *Diccionario de Filosofía* de José Ferrater Mora, Alianza Diccionarios, Alianza Editorial, Barcelona, 1988

Algo semejante ocurre con el terapeuta: también debe estar advertido de los posibles procesos de interacción entre el desencadenante fáctico y la reacción psíquica.

¿Alcanzará para ello con uno de los modelos propuestos por Freud o por otros autores? ¿Podríamos utilizar alguno de los modelos existentes tal como fueron establecidos o será necesario ampliarlo o -en el extremo- sustituirlo por uno nuevo? ¿Cuáles serían las necesidades clínicas y/o teóricas que nos llevarán a optar por uno u otro?

El lector ya sospecha que estas preguntas no son meramente retóricas. También sospecha que responderlas será el modo de avanzar en nuestra aventura intelectual. De ser así, creemos que no se equivoca.

El modelo de psiquismo postulado, que aquí desarrollamos, comparte el criterio aplicado por Freud para describir los procesos de fijación infantil⁶. Pero también incorpora lo aprendido a partir del estudio de la reacción traumática, sin generalizar sus conclusiones. Se trata, entonces, de un modelo integrativo en el doble sentido: tanto el de arraigar en la psicologías de la salud y de la enfermedad como el de abarcar los diferentes aspectos de la experiencia.

Rumbo a un nuevo modelo - Exigencias teórico-clínicas

Nuestro modelo del psiquismo apunta a dar cabida al encuentro permanente de las dos vertientes de lo fáctico -el cuerpo y lo externo- con el sujeto psíquico y a los procesos que se siguen de este encuentro.

Esta interacción se expresa en los conceptos de experiencia y vivencia y, a partir de esta última, en los conceptos de vivenciar, trama vivencial y en la inclusión del destino de las diferentes combinaciones del afecto con la representación. Desde lo fáctico interno, propio o corporal, nuestro modelo intenta reflejar la medida de su impacto y exigencia de trabajo para el psiquismo. Desde lo fáctico externo, intenta incorporar toda su complejidad.

En el esfuerzo por lograr un modelo integrativo, nos hemos dejado guiar por dos órdenes de hechos clínicos, característicos del campo de lo traumático. Unos reflejan la continua presencia del hecho traumatogénico en el psiquismo. Otros, una particular introversión en el contacto del sujeto con el afuera, en algunas áreas específicas. Todos, sin embargo, son fundamentales.

⁶ Fijación en procesos y contenidos, los cuales a partir de ese momento crítico no acompañarán la evolución de la mente hacia sus modalidades más maduras.

El camino que fue delineando nuestra indagación del sujeto expuesto a situaciones disruptivas desembocó en el modelo que presentamos a continuación. Este incluye tanto lo externo -con la plasticidad suficiente para ubicar la acción de lo disruptivo- como lo interno, como la posibilidad de ceñir niveles y productos psíquicos no aptos en sí mismos para una metabolización a menos que algo se agregue, algo que lo habilite a transitar con eficacia el circuito del vínculo co-metabolizador. Esta inclusión conlleva la premisa de la existencia de contenidos y procesos que no incluyen la puesta en relación y otorga lugar a diversos postulados referidos a las fases a-vinculares (autista-contigua de Ogden, la propuesta por Mitrani, etc.), a los productos psíquicos que carecen de cualidades que los habilite para su procesamiento (elementos beta de Bion), a los vínculos asimétricos distorsionantes (Ferenczi y su "confusión de lenguas", Winnicott y la falla ambiental), por nombrar sólo algunos de los autores implicados.

A nuestro entender, los sistemas freudianos no destacan en todo su alcance la conceptualización del afuera, es decir, del objeto como externo. Y esto no es una crítica sino, al contrario, es un esfuerzo por tomar nota de una tarea que Freud nos ha legado, una de las tantas que han quedado para nuestras generaciones.

Los desarrollos freudianos se han concentrado en las consecuencias psíquicas de la determinación proveniente de la pulsión y de la conexión con el objeto desde una dinámica causal que va de lo interno a lo externo. Los autores post-freudianos, sobre todo los vinculados al estudio de la infancia y la psicosis - como M. Klein, Winnicott, Bion, Ferenczi, Lacan, Aulagnier y tantos otros- fueron desarrollando una teoría y una metapsicología apuntando a incluir lo externo en su materialidad, lo intersubjetivo en su dimensión más plena, en la que la significación psíquica del semejante trasciende la iniciativa pulsional del sujeto, una significación dada por acción y no sólo por reacción.⁷

Ambas perspectivas traman un horizonte que requiere un modelo capaz de incluir los efectos de lo externo fáctico sin omitir el lugar de la pulsión y el deseo y, además, partir de una tópica que tenga cómo premisa la existencia de elementos psíquicos primitivos y procesos más arcaicos que el proceso primario. Este es el modelo que postula Piera Aulagnier, modelo que presenta el atractivo añadido de caracterizar los hechos psíquicos utilizando cuatro ejes, tópico (espacios psíquicos), procesual (procesos ajustados a leyes), de productos (contenidos), y dinámico (relación entre espacios, y entre estos y lo fáctico).

⁷ Un buen ejemplo de esto es el concepto de *madre muerta* de A. Green, quien habla de un psiquismo que se estructura en relación a un objeto externo que presenta su propia patología.

La autora se topó con la necesidad clínica de generar un nuevo abordaje al detenerse en el estudio de las psicosis. A nosotros nos sucedió algo similar, pero por necesidades provenientes de otra área: el campo de lo traumático, centrado en la dialéctica dentro/fuera, cuya complejidad tratamos de plasmar en un modelo que permita dar cuenta de las modalidades específicas de procesamiento psíquico implicado.

Tomamos, entonces, el modelo de Piera Aulagnier como referencia principal, sin dejar de advertir al lector que encontrará suficientes diferencias para juzgar - con toda razón- que nuestro modelo, no se limita a lo propuesto por ella. Su conceptualización ha sido guía y pilar para nuestro desarrollo, pero hay, sin embargo, algunas diferencias que bien podrían ser complementarias o simplemente abrir a nuevas perspectivas, como, por ejemplo, el criterio de definición de cada espacio. Al respecto, el lector verá que si Aulagnier recurre para esa definición a una ley causal⁸, nosotros agregamos un segundo acento y definimos cada espacio según las condiciones de existencia o no de una relación con el afuera y de las cualidades que la caracterizan. Por otra parte, hemos incorporado a nuestras reflexiones conceptos de diversos autores y escuelas, desarrollamos algunas ideas y puntualizaciones sobre el afecto en general y sobre la angustia en particular, e integramos en un doble eje de análisis -desde el par afecto/representación- los conceptos de vivencia y vivenciar, tanto normales como traumáticos.

Para esto proponemos un modelo posible, primeramente en forma de diagrama, mas no a modo de simplificación que nos ahorre un curso de pensamiento sino, muy por el contrario, a modo de diario de navegación, bitácora del recorrido de una articulación teórico-clínica que fue germinando lentamente y que presentamos al lector, para invitarlo a recorrerlo con nosotros.

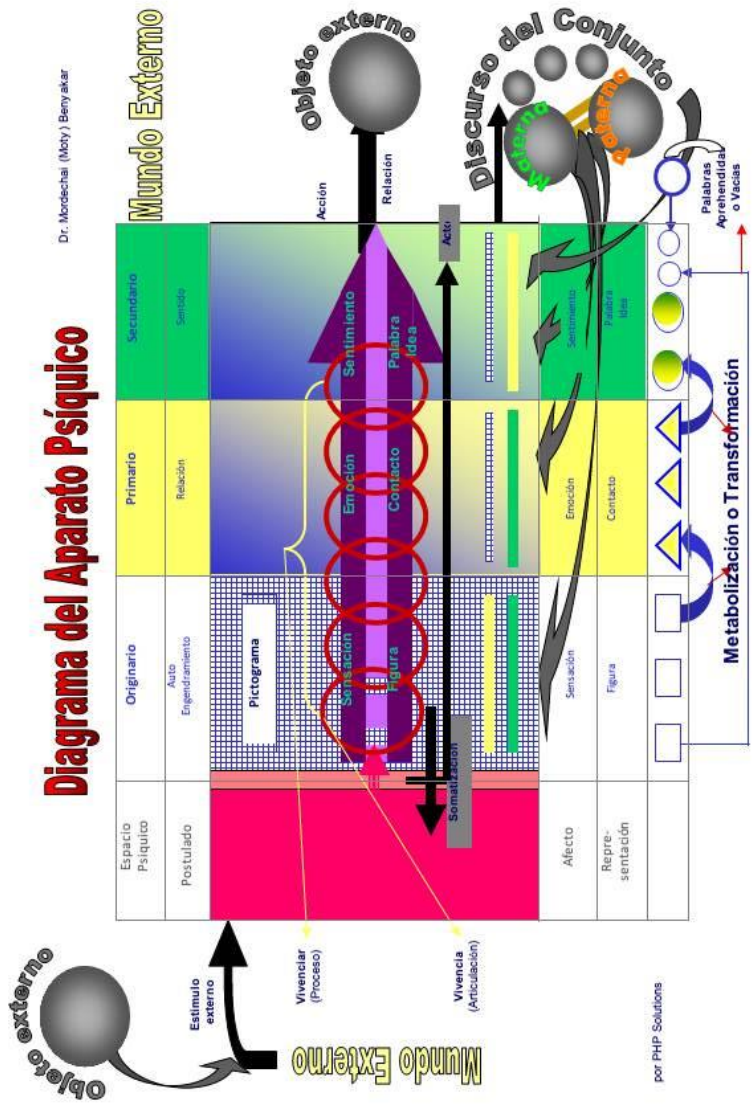
Nos guía el supuesto -más aún, la *convicción*- de que es posible conjugar - con los debidos recaudos- aspectos básicos de diferentes teorías, con el propósito -en este caso- de dar cuenta de la correlación mundo externo-sujeto con especial referencia al campo de lo traumático

Presentamos aquí un diagrama completo de nuestro modelo para, inmediatamente, detenernos en cada uno de sus elementos y componentes.

⁸ Es decir, a qué procesos y cuál lugar de origen el aparato psíquico adjudica la causa de lo que le acontece al sujeto.

Diagrama del Aparato Psíquico

Dr. Mordechai (Moty) Benyakov



por PHP Solutions

Lo primero que vemos de nuestro modelo es que está organizado en tres espacios psíquicos.

Un *espacio* se define como un *conjunto de elementos determinados por una ley o conjunto de postulados que rigen su actividad*. Así, un mismo elemento, al atravesar cada uno de los tres espacios se regirá por leyes específicas del mismo. Ese recorrido constituye un camino de transformación, o, en otras palabras, un *proceso de representación*, concepto que adquiere así direccionalidad propia, la que estará regulada tanto por los impulsos de la tendencia (interna) como por los efectos del objeto (externo); una alteración en cualquiera de estas fuerzas redundará en la perturbación del proceso representacional.

Para recorrer nuestro modelo, partamos de una elaboración de lo que consideramos lo externo y del establecimiento de algunos conceptos que son necesarios para su despliegue, los cuales nos harán avanzar paso a paso.

Pulsión y deseo. El circuito vital

Lo externo al psiquismo -lo fáctico respecto de éste- comprende, como ya dijimos, dos fuentes o tipos de estímulos: *lo fáctico externo o mundo externo y lo fáctico somático o fáctico interno o propio*.

Lo *fáctico somático* genera estímulos que impactan en la psique, siendo las relaciones entre este caudal de estímulos y el psiquismo en extremo complejas. Las amplias variaciones que sobrevienen por fallas en el nivel corporal (anemias, hipoxias de diferentes orígenes, trastornos metabólicos, etc.) pueden impactar en lo psíquico, así como variaciones en lo psíquico (ilusión / desilusión; entusiasmo / aburrimiento; depresiones / manías; etc.), impactan en lo somático.

Al diferenciar lo fáctico interno de lo psíquico estamos diferenciando dos universos de fenómenos, diferenciación que sin embargo, no es bipartición simple ya que ambos están en permanente interacción. Esta diferenciación –a su modo, paradójica, en tanto conduce a la integración - traduce nuestro afán de evitar toda causalidad unidireccional.

Un quantum especial de fuente somática -que se expresa en forma de una exigencia de trabajo para el aparato psíquico- es lo que dará lugar a las *pulsiones*, representantes por excelencia del *condicionamiento somático del psiquismo*. (Freud, S. 1915). Por su parte el psiquismo otorgará cualidades humanas a lo somático.

La *pulsión* se organiza a partir de una *fuerza*, que inicia sus procesos a nivel biológico del cuerpo y que, a nivel psíquico, se estructurará como pulsión, integrando un *objeto* y *meta* (es decir, lo que habrá de hacerse con dicho objeto). Así, un funcionamiento molecular y celular proveniente de esa facticidad privilegiada que es el cuerpo propio -por ejemplo, la secreción de jugos gástricos- se expresará en el psiquismo como hambre y empujará a una acción específica⁹: buscar alimento. Claro que el estímulo desde lo fáctico somático impone, ya desde el origen, una cierta cualidad -no es lo mismo un estímulo genital que uno gástrico- y apunta a una *interacción específica* con lo fáctico externo representado por un otro.

Pero, a su vez, este otro -por ejemplo la madre, el cónyuge, un amigo, etc.- no es un elemento inerte; puede ejercer -y lo hace- su propia acción de sujeto, incluir sus propias preferencias en lo que concierne a cómo ubicarse respecto de la estructura pulsional desiderativa de éste, así como ejerce su propia búsqueda en la que nuestro sujeto es, a su vez, objeto de pulsiones.

Encontramos descripciones claras y precisas de esta mutua interacción estimulante en Daniel Stern y Piera Aulagnier. (Stern, D. 1985, Aulagnier, P. 1977). Esta última describió cómo los deseos de la madre y el niño se estimulan mutuamente y cómo la madre va a desear que su hijo demande, percibiendo su demanda como una fuente de estímulo para su propio desear. En las patologías graves, esta relación se alterará, imponiéndose un sistema de coacción sobre el deseo del niño.

Stern agrega una precisión que complejiza aún más este *círculo deseante vital* -como preferimos llamarlo-: no se trata sólo de una mutua interacción de deseos, sino de una situación más elaborada en la que el niño aprende a estimular *ciertos* deseos en la madre (y a *evitar* ciertas *reacciones*), lo cual es absolutamente necesario para el establecimiento del vínculo, más precisamente: del singular encastre entre sus múltiples deseos y la forma de realizarlos desplegado en ese vínculo particular.(Stern, D.1985)

⁹Entendemos por acción específica un conjunto de procesos necesarios para la resolución de la tensión interna creada por la necesidad, una intervención externa adecuada y conjunto de reacciones preformadas del organismo que permiten la consumación del acto (Cfr. *Diccionario de psicoanálisis*. J. Laplanche, J-B, Pontalis,, Editorial Labor, S.A. Barcelona, 1981)

Aulagnier ha condensado mucho de esto en una expresión particularmente feliz: *la madre desea que el hijo demande, y el hijo demanda que la madre desee*. La esencia de esta dialéctica es la *mutualidad*. Esta implica que en el circuito deseante, junto a la emergencia del deseo, se pone en juego el componente de la demanda, tanto por parte del niño como por parte de la madre.

La *demanda* es una exigencia gracias a la cual se despliega este proceso mutuo como *totalidad integrada*. Sin demanda no se conforma el circuito deseante vital; sin demanda materno-social no hay desarrollo psíquico posible; sin demanda del *infans*¹⁰ no hay relación bebé-mamá.

Entendemos *necesidad* como *demanda corporal*. Sus primeros indicios son percibidos como *displacer*, por lo tanto la tendencia será acallarla, lo que comúnmente se denomina *satisfacerla*. Subrayemos que, según lo postulado por Freud, el ser humano depende de factores externos para satisfacer su necesidad, siendo esta dependencia el primer contacto que tiene con su estado de *desvalimiento*¹¹. Por lo tanto *necesidad* y *desvalimiento* son dos componentes que actúan en conjunto. En este primer contacto con el mundo externo se manifiesta la búsqueda de placer del *infans* y se expresa el deseo de complacerlo de la madre. De este conjunto de hechos -necesidad y tendencia a abolir el *displacer*- se conformará el propio deseo.

Esta sería, en forma sucinta, la dinámica y los componentes en juego del circuito deseante vital. Veremos luego cómo los impactos disruptivos alteran su funcionamiento.

Lo fáctico y la pulsión. Nuevas perspectivas

La intervención del objeto externo implica dos situaciones que requiere nuestro examen, situaciones que ampliarán nuestra perspectiva sobre las relaciones entre los polos del estímulo y de la acción y -lo queremos decir de entrada- nos conducirá a una imprevista ampliación de la teoría de la pulsión.

¹⁰ *Infans*: el niño antes de su ingreso al mundo del lenguaje

¹¹ Es decir, con el hecho de hallarse sin recursos propios para lograr la satisfacción y acallar por sus propios medios el estímulo y el consiguiente *displacer* generado por éste

La primera de estas situaciones, se corresponde con la clásica teoría de la pulsión¹², en la cual se considera su organización a partir de un estímulo somático (clásicamente, el hambre o el impulso sexual), que impulsa a la interacción, aun cuando sea el objeto deseante el que inicie la relación desiderativa.

El segundo caso comprende aquellas situaciones en las -que desde el exterior- surge un motivo de reacción. Por ejemplo, alguien se nos viene encima con evidentes intenciones de agredirnos, una bomba estalla a pocos metros de nosotros: ahí estamos, vemos el peligro que nos amenaza o, incluso, padecemos sus efectos. Pero el modo en que reaccionamos antes eso ya no permite el uso de la primera persona del plural: en cada caso -y más allá de sus diferencias-, cada sujeto reaccionará de manera particular e idiosincrásica al organizar su relación con ese mundo externo que se ha vuelto peligroso.

En cada reacción particular está implicada -desde el vamos- una representación de lo externo que supone alguna premisa sobre la cualidad de lo que acontece. También supone la representación de una meta, un "cómo relacionarnos con eso" para lograr un fin (por ejemplo, salir ilesos de un peligro que advertimos inminente). Según cómo se represente la situación, la meta se organizará como pelea o como una atinada carrera para alejarnos del lugar, etc., es decir, como aquello que constituya la acción apropiada para lograr la supresión del estímulo -la "interacción específica"- cuyo desenlace coincide con el logro del fin buscado: ponernos a salvo.

Si revisamos los elementos de esta última descripción -estímulo, fuente, objeto, fin y meta- encontramos todos los elementos que componen la organización pulsional tradicionalmente descripta para los casos que componen el primero de los tipos mencionados. Quizás no sea casualidad que esta similitud se vea acompañada de otra: en ambos casos el estímulo proviene desde lo fáctico, sea desde lo fáctico propio o soma, sea desde lo fáctico externo o mundo externo.

¹² Quienes deseen profundizar en el estudio de este concepto psicoanalítico, pueden remitirse a los desarrollos freudianos o al magnífico estudio de Nágera sobre el tema. A los fines de este trabajo, subrayamos tres vectores de su definición. 1- Es un tipo de organización psíquica del estímulo. 2- Es un concepto límite entre lo psíquico y lo somático: esto es que el modo de organizar en el psiquismo el estímulo toma en cuenta la cualidad dada por su origen en lo somático. Para nosotros sería más correcto decir "un concepto límite entre lo fáctico y lo psíquico, dado que dicha organización psíquica del estímulo toma en cuenta también lo fáctico externo, no sólo como destino de la pulsión, lugar de la satisfacción, sino en el sentido pleno descrito en el "circuito deseante vital". 3- Implica un esfuerzo de trabajo para el psiquismo, una obligatoriedad de procesar

Es posible, entonces, considerar la existencia de una *inclinación funcional* del aparato psíquico a organizar todo estímulo fáctico -interno o externo a la unidad psique/ soma- como pulsiones, esto es, como *estructuras psíquicas relacionales* vía las cuales se canalizan las tendencias primarias (de autoconservación y de reproducción o conservación de la especie).

La *tendencia*, como concepto, refleja el *esforzar constante* del ser vivo en pos de esos objetivos. Todo elemento fáctico que haga eco en alguna de las tendencias básicas, se tornará significativo para el sujeto. El aparato organizará como pulsión cualquier estímulo fáctico que impacte en alguna de las tendencias básicas, según los componentes y la dinámica descriptos para la pulsión. Al decir *cualquier estímulo fáctico*, estamos incluyendo también los *estímulos externos y no sólo los somáticos* a los que clásicamente se refiere lo pulsional. Llegamos así a una *nueva propuesta para conceptualizar la pulsión: un modo de organizar lo fáctico*.

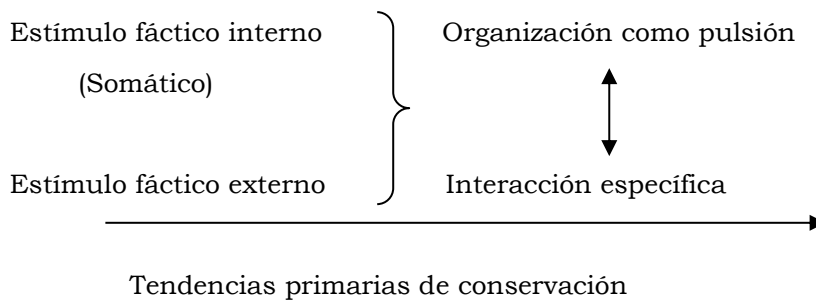
Esta propuesta traduce un interés que consideramos fundamental: promover al centro de nuestras consideraciones la dialéctica fáctico/psíquico, incluyendo lo externo y, en especial, lo disruptivo.

No se nos escapa, sin embargo, el salto teórico que implican estas elucidaciones, pero quizás, entrados ya en el siglo XXI, nos lo podamos permitir, a modo de retoño de la conjugación entre los postulados de la teoría freudiana clásica con los de las relaciones de objeto y las teorías intersubjetivistas. Así, la re-definición presentada del concepto de pulsión es un fruto posible de este esfuerzo integracionista.

Proponemos, entonces, que el *destino psíquico de todo estímulo fáctico* - incluidos todos los eventos y entornos disruptivos que impactan en el sujeto¹³ - es su *estructuración como pulsión*, es decir, como *organización integrada de fuente, objeto, meta (o modalidad de interacción) y fin*.

Podemos plantear esto en el siguiente esquema:

¹³ Dejamos indicado aquí un postulado que no nos detenemos por ahora a elaborar: *es posible otro destino de la pulsión una vez que se inicia la desestimación de la vinculación con un semejante: la somatización*



Oficios del sujeto. Interacción, actuación y acto

Una vez establecida la perspectiva de la dinámica intersubjetiva, diremos que la *acción* es la *actividad, organizada en una interacción específica*¹⁴, que *reconozca el valor del objeto*¹⁵. Esta acción, debe ser diferenciada de otro modo de la actividad, en cuyo marco ubicamos la *actuación* y al *acto, acciones que tienden a desconocer o deteriorar la relación con el objeto y su importancia para el bienestar del sujeto*.

Tanto en el acto como en la actuación es posible distinguir una misma tendencia: trascender la dependencia del objeto, desconocer la relación de especial interdependencia que existe entre mundo externo/objeto externo y el sujeto. Y sin embargo es preciso diferenciar acto de actuación.

¿Por qué, si al fin y al cabo, ambos tienden al mismo desconocimiento? Porque esta distinción permite inferir los diversos grados de organización psíquica que cada uno implica, es decir, vuelve a traer al sujeto al centro de la escena.

¹⁴*Interacción específica* es el nombre que preferimos darle a la ya mencionada *acción específica*. Al hacerlo, pretendemos ampliar el concepto freudiano original con lo aportado por la perspectiva intersubjetiva, implicados en nuestro concepto de "circuito deseante vital".

¹⁵ Recordemos que objeto es una noción central dentro de la teoría psicoanalítica. Aquí lo utilizamos en el sentido en que lo hizo Freud, quien, según Laplanche y Pontalis, resalta tres aspectos principales: 1- Aquello por lo cual y mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir, cierto tipo de satisfacción, en la realidad o en la fantasía. 2- Como destinatario del amor o el odio. Se trata entonces de la relación de la persona total, con un objeto al que se apunta como totalidad (*objetal*). 3- Lo que se ofrece con caracteres fijos y permanentes, reconocibles por la universalidad de los sujetos, con independencia de los deseos y de las opiniones de los individuos (*objetivo*).

La *actuación* está sostenida por una *fantasía consciente o inconsciente donde el objeto tendrá un lugar*, aun si degradado, ya que esa degradación es el modo en que la actuación reconoce la existencia del objeto y, por ende, resulta interpretable respecto de su contenido latente. El *acto*, en cambio, supone un *desconocimiento radical del objeto*, es pura descarga sin organización simbólica. Es una suerte de *andada de motilidad sin dirección de objeto* externo o interno que, desde el límite de lo psíquico, se realiza a modo de un *desborde directo hacia el polo motor*. Por tanto, sólo es abordable en tanto modalidad funcional primitiva.

Un mismo hecho puede ser tanto actuación como acto. No es la motilidad la que establece esta *diferencia* sino el *modo de relación con el objeto*. Una acción puede ser drogarse, una huida abrupta de la casa, un intento de suicidio, etc. Pero cada una de ellas puede ser tanto actos como actuaciones; el analista deberá diferenciarlas para un abordaje adecuado.

Proponemos, entonces, considerar la *acción* como la *expresión de un fenómeno psíquico por medio de la motilidad*. Si esta motilidad está mediada por la palabra y el objeto externo está reconocido como tal por medio de la reciprocidad o la mutualidad, esto es una *interacción*. En el caso en que la motilidad enfatice la negación del objeto en su degradación o híper presencia, nos encontramos ante una *actuación*. Hay un tercer caso posible y es cuando la motilidad emerge como impulso con el desconocimiento del objeto; en este caso estamos frente a un *acto*.

Un modelo, tres ejes: Espacios, procesos, contenidos

En su teoría del aparato psíquico Freud propuso dos modos de funcionamiento psíquico. Para ello, tomó como eje la manera de lograr la finalidad buscada, que es -en el eje del principio del placer / displacer- evitar el displacer o lograr el placer, a lo que luego agregaría el principio de domeñamiento psíquico. (Freud, S. 1920).

Si el modo de este logro privilegia lo inmediato o la consecución de la finalidad más allá de la interacción con la realidad, predomina el proceso primario. Si el modo antepone el miramiento por la realidad, predomina el proceso secundario.

Con el tiempo, diversos investigadores hallaron oportuno generar modelos de mayor poder explicativo para los estados no neuróticos, especialmente las psicosis. Dentro de éstas y según el tipo estudiado, surgieron a su vez necesidades específicas.

Esto se refleja en diferentes autores: Klein con sus posiciones esquizoparanoide y depresiva; Mahler con las etapas sobre el nacimiento y la individuación del sí mismo y la constancia del objeto; Bion estudiando el pensamiento y los mecanismos primitivos; Winnicott y su teoría del espacio transicional; Ogden y la posición autista-contigua, y Tustin, acerca de los núcleos autistas. (Klein, M. 1980; Mahler, M. 1990; Bion, W. 1977; Winnicott, D. 1971; Ogden, T. 1997; Tustin, F. 1989)

La lista es extensa e incluye desde teorías totalmente novedosas, como la de Lacan, hasta modificaciones de teorías preexistentes, como la de varios de los nombrados, entre los que podemos recordar también a Mitrani y su espacio adhesivo, así como otros autores de la talla de Green, Laplanche, Martí, Botella, y los argentinos Bleger, Liberman, Baranger y Mom, etc.

Por nuestra parte, hemos de tomar como punto de partida, como ya dijimos, el modelo procesual que se desprende de las propuestas de Piera Aulagnier, con la salvedad ya anunciada de que habremos de introducir las modificaciones que nos parezcan adecuadas a la luz de otros enfoques actuales o de las enseñanzas de las patologías traumáticas. Y, siguiendo una tradición ya establecida en psicoanálisis, hemos de agrupar las diferentes propiedades de lo psíquico según sus diferentes espacios psíquicos.

Definimos *lo psíquico* como la *traducción representacional de la relación que existe entre los estímulos fácticos, el sujeto y el mundo externo, con el que interactuamos*, traducción que constituye un fenómeno abstracto, determinante para la vida del sujeto y regido por sus propias leyes de inscripción y procesamiento.

Es imprescindible especificar qué es lo que determina que un espacio psíquico sea diferente a otro, es decir, cuál es el eje en torno del cual se organiza.

Según Piera Aulagnier, la especificidad de cada espacio está dada por leyes a las que llamamos postulados. Nuestra propuesta al respecto es que *lo que define a cada espacio es una ley organizacional, es decir una ley que establece cuáles son los elementos o ejes alrededor de los cuales se organiza lo que ingresa al sistema para ser procesado*.

Lo traumático nos ha enseñado la importancia de incluir metapsicológicamente a lo fáctico, con cualidades propias que inciden sobre el sujeto, más allá de los deseos y el funcionamiento psíquico de éste. Esta consideración nos llevó a tomar el esquema de Aulagnier, combinando el eje de la ley causal propuesto por ella con el principio de articulación. De allí que el modelo que propongo es un modelo procesual basado en la articulación.

Pero subrayemos: este modelo no pretende abarcar todos los fenómenos y procesos psíquicos. Muy lejos de ello, simplemente se circunscribe a describir el modo en el cual interactúan lo fáctico y lo psíquico. El estudio de la articulación que se genera a partir del encuentro de lo fáctico con lo psíquico nos llevará a distinguir tres modos en que este encuentro ocurre. El polo más maduro del proceso, la representación de lo fáctico y lo psíquico, adquirirá sus cualidades diferenciales. En el polo opuesto, o más primordial, lo fáctico y lo psíquico adquieren la forma de un conglomerado centrado en sensaciones. Entre ambos se generará un tercer espacio, en el cual se comienza a gestar toda relación base de la fantasía.

Vayamos, pues, a los tres espacios del modelo procesal

Espacios y procesos del modelo procesal

El primer espacio o *espacio originario*, se caracteriza por otorgar una primera y rudimentaria forma a los estímulos fácticos. En este espacio, todos los elementos se organicen como provenientes del propio cuerpo. El aparato, entonces, los percibe como derivados de sí mismo. Llamamos *sensaciones al afecto que emerge como autoengendrado*.

El sonido de las palabras, por ejemplo, se registra como sensación emanada del propio oído, así como las imágenes lo serán como formas de los propios ojos, y por supuesto, los estímulos que forman lo fáctico somático, especialmente los provenientes de las fuentes que pugnan por la supervivencia (respirar, comer, regular la temperatura, etc.), y de las zonas erógenas, también se percibirán como emanadas del ámbito de lo propio, es decir, como autoengendradas.

La característica esencial de este espacio es un desconocimiento total de la categoría de "afuera", o "externo", o "no yo"¹⁶. En el mundo que inscribe este espacio, todo es Uno en el sentido de lo mismo, de allí que el *postulado que rige este espacio es el de lo autoengendrado*.

Este espacio regido por lo autoengendrado, dominado por las sensaciones - ritmo, modo, intensidad- es el que cautiva al niño autista. De allí que Ogden lo denominara espacio autista contiguo, puesto que los elementos no están en relación sino en continuidad con el sujeto.

Quizás no sea ociosos destacar que la presencia de lo otro, los otros, etc., o sea, de lo fáctico externo, interactúa desde el vamos. Lo que hace el psiquismo es articular estos fenómenos en modalidades diferentes a lo largo del proceso representacional.

El segundo espacio será el *espacio primario o relacional*. En él predomina el contacto con algo que no es puro autoengendramiento - un puro "uno mismo"- pero tampoco puede llegar a definirse como netamente otro.

El *postulado que rige este espacio es el postulado de la relación*. Aquí el psiquismo adquiere ya el sentido de una relación entre elementos, se comienza a gestar la categoría uno-mismo, ya que se insinúa un *comienzo de diferenciación del afuera o lo externo*. Sin embargo, la relación con el objeto aún es difusa.

Diríamos que para este espacio lo que ocurre se organiza alrededor de un adentro y un afuera, aunque con predominio del adentro. Aquí se despliega lo enunciado por Freud en términos de "representación cosa" y se da el pasaje de lo "uno mismo" al inicio de la diferenciación yo-no yo. El psiquismo comienza a representar según el postulado relacional, pero para que este postulado pueda operar debe haber presencia de terceridad como tal, aunque ésta aún no esté instalada.

Finalmente tenemos un tercer espacio que es el *espacio secundario o vincular*. En éste se afirma la categoría de lo externo y, simultáneamente, adquiere la inmensa riqueza de lo externo en sí, de la alteridad. Se inscriben como significativas las diferencias entre las cosas y sus cualidades internas, las que hay entre las cualidades propias de las cosas y los seres vivos y entre seres vivos en general y seres humanos en particular. También cobra significatividad aquí la categoría del discurso de los padres y el discurso social.

¹⁶ Es más, estos últimos términos no tienen sentido en este espacio, pero recurrimos a ellos por el valor que tienen para el lector de este libro quién, obviamente, sí dispone de tales categorías

En este espacio la verdad como algo a decodificar es central, una verdad exterior e independiente de mis experiencias de placer o dolor. Rige aquí el *postulado del sentido*.

La riqueza de la lengua española nos permite retomar el concepto de sentido como la conjugación de tres las dimensiones en juego al respecto en la obra de Piera Aulagnier: sentido como registro en el cuerpo, sentido porque es escuchado, y sentido por el significado que otorgan los otros. Por eso en el espacio secundario, algo va a tener sentido en la medida en que sus elementos también encuentren su arraigo en el espacio originario. De lo contrario el sentido se degrada a palabra vacía- palabra que sólo informa, no comunica- a diferencia de las palabras fundamentales, que son las que no sólo dicen de los afectos - como bien sostiene Piera Aulagnier-, sino también de la vivencia y el vivenciar, en tanto dicen del afecto en relación a la representación.

Para resumir, entonces, diremos que cada espacio psíquico será regido por una ley o postulado organizacional:

- 1 -Espacio originario - postulado de autoengendramiento;
- 2- Espacio primario - postulado de relación.
- 3- Espacio secundario - postulado de sentido.

Todo fenómeno poseerá en cada espacio la estructura que otorgan los elementos regidos por la forma particular de organizarse que le impone el postulado básico de cada espacio¹⁷.

Los postulados van a regir los diferentes modos de articulación de cada espacio. Cuando, en un espacio, los elementos se articulan según el postulado que le es propio, decimos que dichos elementos son homogéneos.

Los contenidos - Sobre la presentación y sus modalidades

¿Qué "materia" procesa cada espacio?

Para avanzar sobre esta particular materia -hecha de representantes psíquicos de la experiencia- debemos, ante todo, diferenciar entre representación y presentación.

¹⁷ Todo estímulo o acontecimiento será procesado por la acción conjunta de las tres modalidades. En la vida psíquica real de cada sujeto, se trata de una cuestión de predominancia de una modalidad sobre las otras.

Llamamos presentación es el impacto directo que lo fáctico, vía la senso-percepción, produce en lo psíquico. En cambio, la representación, implica un segunda momento porque se trata del retorno de una presentación por medio de un proceso transformador que le adjudica su configuración psíquica y su cualidad de articulación. Al representarse lo presentado desde lo fáctico, éste último irá "psiquicisándose"¹⁸, o sea, adquiriendo cualidades procesables por el psiquismo y perdiendo su condición preceptual.

Nuestra experiencia nos enseña que en eventos disruptivos traumatogénicos, el impacto de lo fáctico no pierde su carga perceptual, que lo reactiva permanentemente, fallando en procesarse o representarse. La irrupción de la presentación atenta contra la permanente actividad transformacional del aparato, pues pesa sobre él como un elemento fáctico que no pierde su carga y, por tanto, falla en ser articulado. De allí su inquietante carácter de presente perpetuo, de escena a-temporal.

En la medida en que el fenómeno sea representado y se articule al afecto en forma activa, se irán inscribiendo en las huellas mnémicas articuladas, pasando así a integrar el tesoro mnémico representacional.

Como no podía ser de otro modo, las representaciones adquieren características específicas en los distintos espacios psíquicos según los postulados que los rigen.

Ya en el espacio originario existe la posibilidad de representación, pero, como ya dijimos, todo lo que se represente en el ámbito de este espacio, será cualificado como propio, ya se trate de un estímulo fáctico somático o de uno fáctico externo.

En el espacio primario, el eje rector es la organización de la experiencia según la capacidad de ordenar sus elementos en dos categorías: lo que está en mí (mi unidad somático-psíquica), y lo que no está en mí. El pasaje de una modalidad de procesamiento -en la que predomina "todo es en mí"- a la otra -en la que predomina en mí / no en mí, es decir la relación- se logra a través de los sucesivos contactos con el objeto externo significativo. Las cualidades internas de lo ubicado en el ámbito "no en mí" no serán objetivamente percibidas, sino que serán tramitadas según la coloración afectiva derivada del eje placer / displacer. Paulatinamente se progresará en dirección a la diferenciación de las

¹⁸ Permítasenos el neologismo un poso salvaje para designar lo que, en clave freudiana, podemos llamar *esfuerzo de representación*

cualidades objetivas, entonces yo-no yo, que predomina en el espacio primario, pasará a ser yo-eso o ese, que predomina en el espacio secundario siguiente.

En el espacio secundario la relación dentro/fuera se regirá según el sentido¹⁹. Dado que este espacio se caracteriza por el primado de la representación-palabra, los significados tendrán la inmensa riqueza cualitativa que ésta aporta.

La significación que la palabra adquiera para un sujeto determinado provendrá de dos fuentes. Por un lado, el discurso del conjunto que aportará el significado consensuado. Por el otro, la de los matices singulares de la experiencia que proveerán el significado idiosincrático.

La significatividad que revistan para el sujeto, dependerá de su experiencia directa con el objeto significativo que porta y transmite el mensaje. No es lo mismo la internalización de una interdicción -un "no hagas esto"- si el que la transmite -por ejemplo, el padre- no la cumple o, en todo caso, la transmite dentro de un vínculo no propicio. Pensemos, por ejemplo, en el impacto de la prohibición en un hijo en la fase adolescente querellante o atravesando momentos de enojo o porque por algún otro motivo encuentre necesario oponerse. Asimismo, no es lo mismo si la palabra del padre se ubica en un grupo cultural "fundamentalista" que lo legitima por ley divina o en un grupo cultural liberal, donde todo se pueda poner en tela de juicio.

La relación de los discursos -sean gestados en la díada, en la familia o en el conjunto- con los representantes en el espacio originario será variable. La palabra que represente al sujeto será aquella que se articule con esta dimensión personal que le es propia. En los extremos podrán inferirse tanto elementos activos del espacio originario que no consiguen articulación palabra, como palabras que no se articulan con ningún afecto personal originado en éste. Ya veremos cómo esto nos permitirá explicar con sencillez la paradoja clínica de que una vivencia traumática pueda ser expresada en palabras -incluso en muchas y floridas- sin que eso implique, sin embargo, sin embargo, procesamiento alguno.

¹⁹ En las tres acepciones mencionadas del término: sentido cómo lo sensitivo, cómo lo oído y como lo que adquiere sentidos, es decir, significaciones

El afecto y sus transformaciones

En su manifestación clínica, toda estructura pulsional presenta dos dimensiones: afecto y representación. Conjugar la dimensión del afecto con el enfoque de la pulsión que bosquejamos tiene como una de sus dificultades el hecho básico de que la teoría de los afectos en psicoanálisis carece, aún, de un grado adecuado de desarrollo y especificidad²⁰. Hasta la misma definición de afecto -que aporta a la pulsión la cualidad del amor, la inseguridad, el miedo, la agresividad, la destructividad, etc.- está en discusión.

Queda para un futuro trabajo el desarrollo de lo aquí bosquejado. Por ahora nos limitaremos a destacar que la dimensión afectiva de la pulsión puede expresarse de diversos modos, según el espacio psíquico en que sea procesada.

En el espacio originario -aquel que procesa su materia como proviniendo de lo propio- el afecto otorgará existencia a lo más íntimo del sujeto y será llamado sensación. Esta se caracteriza por ser percibida como gestado en uno mismo y -agregaría P. Aulagnier- por causa de uno mismo. El hecho de que, en este espacio, el sujeto parece responsabilizar a su propio ser por lo que acontece psíquicamente, llevó a P. Aulagnier -como ya dijimos- a nombrar al postulado que lo rige como de "autoengendramiento".

Cuando hablamos de sensación, entonces, nos referimos a una dimensión afectiva que, desde lo subjetivo, se elabora según una lógica que implica que lo que impacta en el propio psiquismo sólo puede provenir desde este mismo, por lo tanto debe haberlo engendrado el propio sujeto. No tiene más destino que realizarse en ese único espacio significativo que es el sujeto mismo. El afecto adquiere la cualidad lógica del espacio originario: el desconocimiento del objeto como tal.

Si el afecto es la dimensión cuali-cuantitativa de lo psíquico²¹ -, la sensación será su componente cuali- cuantitativo trabajado por el postulado de lo originario. Así el psiquismo va otorgando matices a lo percibido por el sistema sensorial.

²⁰ Como bien postula Krystal (Krystal, J.H., 1988)

²¹ La representación es solo cualidad y de otro tipo

Al ser procesada en el espacio primario, la sensación devendrá emoción, que se define como sensación puesta en relación. En relación significa organizado en un conjunto representacional que incluye la lógica de procesamiento en dos categorías psíquicas: Yo y No-Yo.

Si tomamos sensación y emoción tal como se expresan en la vida cotidiana - así como en el marco de conceptualización de este modelo- veremos que las sensaciones llevan al individuo a estar muy atento a las manifestaciones de lo percibido tanto desde su propio cuerpo como de los estímulos externos.

Quedar atrapado por las sensaciones puede llevar a un estado de soledad e incomunicación. Por eso, aún si un paciente pretenda hablarnos de sus emociones, debemos tener en claro que si el afecto emerge bajo el modo de sensación no hay relación al otro. Recién cuando comience a circular, el afecto se transformará en emoción.

Si el afecto perdura solo como sensación, tenderá a manifestarse por medio de la somatización o de la acción. No es casual que hayamos elegido el término "e-moción" para señalar la transformación de la sensación: supone el movimiento -moción- de lo que sale de sí y va hacia otro.

Este otro es básicamente cualificado -según la lógica del nuevo espacio al que accede el afecto- como un No-Yo, pero los juicios sobre sus cualidades intrínsecas se verán determinadas, en gran medida, por la operación del principio del placer. Se trata, pues, de un exterior profundamente subjetivo, un objeto parcial²², un objeto subjetivo²³, un objeto del self²⁴.

A este nivel, el hambre ya no será solo una sensación para cuya atenuación tendré que contraer el estómago o hacer algo con mi cuerpo, sino que pasará a ser una emoción, en la medida que suponga otro que puede saciarla, aún si los signos de esa suposición -empalidecer, sonrojarse, llorar, temblar, etc.- aún no pueden traducirse en palabras. Entretanto, esas expresiones serán el componente de comunicatividad que tiene ese afecto que pasó de sensación a emoción, y más tarde, por medio de la palabra devendrá sentimiento.

A nuestro entender, es en el espacio primario donde el deseo del otro comienza a tener su lugar, interactuando con aquellos mensajes que emergen de las sensaciones, procesadas como autoengendradas. Es a partir de esta combinación que la sensación se irá transformando en emoción, tonándose comunicable.

²² En términos de Melanie Klein

²³ En términos de Winnicott

²⁴ En términos de Kohut

Subrayemos aquí dos particularidades de la emoción: una es el modo de otorgar características a lono-yo centrándose en el sujeto y bajo la égida del principio del placer; otra, que no posee organización temporoespacial.

Si el pasaje de sensación a emoción se ve perturbado -es decir, si la sensación no llega a ser puesta en relación - seguirá caminos alternos, pudiendo deslizarse a diversas patologías. Mencionemos por ahora -y sólo a título de ejemplo- dos de los posibles caminos: el retorno al propio cuerpo (observado en las enfermedades psicósomática y característico del alexitímico o del sobre adaptado) y la precipitación al acto, es decir, a una acción desencadenada directamente por una sensación si mediar elaboración alguna (patologías de la acción).

Pasemos ahora a la descripción de la transformación de la emoción en sentimiento, expresión del afecto en el espacio secundario.

Cuando el afecto ingresa en los carriles de la legalidad lógica del espacio secundario adquiere una representación vinculada a un afuera percibido según sus cualidades inherentes -o al menos según el principio de realidad-, incluyendo las dimensiones de tiempo y espacio. Cuando el afecto alcanza este estadio el exterior conserva su significatividad aunque no esté pasando ahora nada importante, nada vinculado a mis necesidades o deseos o temores. También el objeto conserva su importancia y existencia más allá de que en este instante lo desee o lo perciba. Quiere decir que algo o alguien no percibido en forma inmediata conserva su estatuto de existencia y puede permanecer como objeto de interacción futura. El sujeto puede conservar como realidad lo que siente por un otro a pesar de que en determinado momento no lo esté percibiendo.

Llamamos vínculo al encuentro con los otros, representados en el psiquismo en toda su complejidad y diferencia. Es una de las características definitorias del espacio secundario. En éste, una relación (organización fáctico / interno característica del espacio primario), se transforma y adquiere dimensiones de tiempo y espacio, así como la capacidad de representar lo No-Yo. Este nuevo estatuto relacional implica una riqueza representacional mucho mayor que la binariedad del eje placer/displacer, más allá de las "necesidades". Es decir, adviene una organización con sentido por medio de la lógica del principio de realidad, que permitirá captar un mundo compartido a decodificar. Estas cualidades configuran lo que llamamos escena, entendida ésta como despliegue de una situación vincular.

Cuando el afecto se organiza según esta lógica -que es la que rige el espacio secundario- hablamos de sentimiento. Este se define como una emoción puesta en sentido, lo que transforma una simple relación en un vínculo, emergiendo así la vincularidad. Una relación que no adquiera esta dimensión no tendrá la especificidad de las relaciones vinculares y por ello se manejará de acuerdo a emociones y no a sentimientos. (Berenstein, I. 2001)

Para detenernos en un somero resumen, digamos que el mundo fáctico - interno y externos- impacta de múltiples maneras en el psiquismo, pero para que la experiencia tenga una organización saludable, creativa, para que la continua interrelación psique-fáctico, sujeto-externo, interno-externo, sea flexible y adecuada, la organización pulsional -en sus dos dimensiones, afectiva y representacional- habrá de acceder a un desarrollo completo, expresado en la interrelación específica con el objeto adecuado. De toda interrelación del sujeto con lo fáctico, surgirá alguna reacción somática; de esa experiencia habrá de nacer una sensación que luego se organizará como emoción la cual al adquirir sus caracteres consensuados en los ejes temporoespaciales, se transformará en sentimiento. Para un desarrollo armónico será indispensable el encuentro con el otro de la interacción específica, porque tanto la pulsión como el afecto lo anticipan en su estructura. El desencuentro con dicho objeto podrá llevar a un anquilosamiento del afecto de la experiencia, a nivel de procesamiento psíquico que caracterizamos como de la sensación, o, como ya vimos, transformarse en un acto que reemplaza el objeto de la interacción específica por otro, y/o de la interacción misma. Llamamos sensación, como dijimos, al afecto regido por el postulado de lo autoengendrado, en donde prima lo uno, lo mismo, la no-alteridad absoluta; emoción al afecto conformado en el espacio primario, en el cual reina la "relación" y sentimiento al afecto organizado en el espacio secundario, reino del sentido y el "vinculo". Dado que este último se relaciona estrechamente con los otros diferenciados en sus cualidades intrínsecas, los aspectos consensuados que surgen del intercambio con los otros cobran enorme importancia. En este terreno se vuelve vital el intercambio de sentidos a través de las palabras.

En un desarrollo normal, estas tres dimensiones del afecto se encuentran íntimamente entramadas, pero ya veremos cómo en diferentes patologías -como las desencadenadas por disrupción- pueden anquilosarse, perdiendo su flexibilidad transformacional.

La representación y sus transformaciones

Ahora que hemos caracterizado el afecto como una de las dimensiones de la pulsión, pasemos a la segunda de estas tres dimensiones²⁵: la representación, que podemos definir como la puesta en forma del material resultante de una transformación psíquica. Esta constituye una de las esencias del procesamiento psíquico, consecuencia de las inscripciones auditivas y visuales; es la puesta en forma que se da en el pasaje de lo fáctico -corporal o externo- a lo psíquico, para luego ser sucesivamente transformado en el pasaje entre espacios: de lo originario a lo primario y de lo primario a lo secundario.

Afectos y representaciones habrán de articularse entre sí, enriqueciéndose en forma y estructura en un proceso de permanente transformación o, como diría P. Aulagnier, de metabolización.

El proceso de representación será -y en esto seguimos a la autora mencionada- una de las bases de la función elaboradora, produciendo elementos psíquicos -las representaciones- que tendrán diferentes características según el postulado que rija el espacio considerado.

Denominamos *presentación*²⁶ a la primera aprehensión psíquica de lo no psíquico, producto del impacto del encuentro con lo fáctico y la subsiguiente alteración de lo somático sensorial y sensitivo. La presentación tendrá las cualidades propias de lo perceptual actual, es decir, las cualidades de un percepto²⁷. Inmediatamente lo psíquico lo inscribe y comienza a representarlo -a presentarlo nuevamente- no ya en el sentido de una reconstrucción psíquica de lo que está ahí en lo fáctico, sino como representación que trasciende la percepción actual.

La transformación de un percepto en una representación está mediada por un proceso activo de internalización que llamamos introyección, una de cuyas consecuencias -quizás la fundamental- es la pérdida de la cualidad de perceptual-actual de la presentación, que es propia de lo fáctico al impactar en lo psíquico.

²⁵ Si bien Freud postula dos dimensiones de la pulsión (afecto y representación), en nuestro modelo hemos agregado una tercer: la vivencia

²⁶ Cfr. Pp. 30

²⁷ Manejamos el supuesto de que todo estímulo que llega a lo psíquico lo hace por vías senso-perceptivas

La representación en lo originario. El pictograma

¿Cómo se representan, en el espacio originario, tanto los procesos fácticos internos o somáticos como los procesos externos así como los provenientes del propio psiquismo?

En su Interpretación de los Sueños (1900), S. Freud hipotetizó sobre una tendencia general y primaria del psiquismo a desarrollar la figurabilidad, esto es, a otorgar forma representacional a los diferentes estímulos, incluyendo los somáticos. Dolores, deseos de orinar, molestias corporales por mala postura, frío, deseo sexual, hambre, caricias, golpes o ruidos, todo habrá de adquirir forma. El psiquismo debe figurarlos para poder darles alguna clase de procesamiento.

Freud estudió la tendencia a la figurabilidad a propósito de los sueños. Los estudios neurofisiológicos sobre el soñar, parecen dar apoyo a esta hipótesis, al detectar que el durmiente -en el momento del soñar- mueve rápidamente los ojos -fase R.E.M.²⁸ del sueño- (como si "siguiera con la mirada" formas creadas desde el adentro, agregaríamos nosotros).

Sin embargo, representar los estímulos a partir de darles formas, tal y como sucede en los sueños, parece ser uno de los resultados de un proceso más abarcativo, cuyos primeros resultados van a caracterizar al modo de representar del espacio originario. Ya en este espacio se articulan representaciones visuales y auditivas, que a su vez dan forma a la sensación que se produce. La primera forma que surge en el proceso psíquico es la figura, elemento representacional del espacio originario, es decir, la forma que otorga el psiquismo a la sensación en este espacio (aunque, digámoslo por si hiciera falta subrayarlo, estas formas son idiosincrásicas de cada psiquismo).

Seguramente el lector percibe, en este punto, la necesidad de presentar ejemplos sobre esta oscura organización primera y, por supuesto, daremos alguno, pero no sin detenernos antes en ese aire huidizo y evanescente que rodea nuestro tema para decir que no obedece sólo a una eventual dificultad en la transmisión que aquí intentamos, sino a la dificultad estructural que supone intentar expresar en palabras un proceso que está absolutamente más allá de ellas

²⁸ La denominación corresponde a las palabras *Rapid Eye Movement* -movimiento ocular acelerado- con que se denomina esta fase del sueño

Pasemos, entonces, al ejemplo: un analista -al percibir en sesión la soledad y el aislamiento que su paciente trataba de transmitir con un cúmulo de palabras inconexas - pregunta si lo que el paciente intentaba manifestar era como "una roca en el desierto". El paciente corrige y dice que no, que era como "un témpano de hielo".

Por supuesto, ni paciente ni analista hablan de cuestión meteorológica alguna, ni frío o calor mientras al termómetro, sino que son recursos posibles a ciertas imágenes o formas que permitan otorgar figurabilidad a una sensación que pulsa desde lo interno.

De hecho, una manera de definir figura es forma psíquica que toma lo fáctico, forma que -por pertenecer al espacio originario, donde rige, recordémoslo, el postulado del autoengendramiento- es percibida como generada desde el propio interior, más allá de todo aporte objetivo de lo fáctico externo. Así, la sensación de frío, soledad y desamparo que el sujeto percibe se torna figura, adquiriendo cualidades y matices específicos y accediendo al estatuto de representación psíquicamente metabolizable²⁹.

Más adelante veremos que no hay que confundir figura con la expresión verbal de un sentido consensuado como el que implica "frío como un témpano". Llamamos imagen a la representación resultante de la puesta en palabras de la figura, devenida así comunicable y consensuada

El "témpano" es una imagen que remite a esa figura intrapsíquica, representación rudimentaria de lo que realmente está sintiendo y elaborando psíquicamente el sujeto. La figura, elemento representacional del espacio originario es -a diferencia de la imagen- una forma idiosincrásica que está fuera del orden de la palabra, al modo del contenido latente del sueño.

Una consecuencia teórica de esta postulación es la primacía de la representación como forma (según lo sostiene P. Aulagnier), hipótesis que jerarquiza la idea freudiana de la existencia de una tendencia escotofílica primaria. P. Aulagnier deriva de esta tendencia primitiva del aparato psíquico, la necesidad de representar a los estímulos como formas visuales. A partir de estas premisas, sostiene que la puesta en forma del afecto es un proceso esencial para el desarrollo del psiquismo, subrayando así el primado del proceso de representación en su modelo de la mente, y aseverando que la tendencia escotofílica -el placer de mirar- antecede a la epistemofílica -el placer de pensar-. Podríamos decir que la teoría freudiana sostiene que el sujeto primero ve desde adentro y luego se piensa.

²⁹ Más adelante veremos que no hay que confundir figura con la expresión verbal de un sentido consensuado como el que implica "frío como un témpano"

Un pinchazo, una caricia, un sonido, todo lo sentido o percibido, originará - proceso de representación mediante- su correspondiente figura o forma interna. Esta va a sufrir una serie de transformaciones psíquicas al ser procesadas en los diferentes espacios, bajo la égida de sus diferentes lógicas internas o postulados. De lo contrario -o sea, en caso de alterarse este procesamiento normal- las manifestaciones de lo fáctico pulsarán por manifestarse por otras vías, desencadenando diversos fenómenos patológicos. Uno de los más llamativos entre estos es, sin duda, la alucinación visual en la psicosis, con su carácter de realidad producida internamente a consecuencia del predominio absoluto y permanente del postulado de autoengendramiento.

Según Piera Aulagnier, estas figuras van formando un entramado que nombra como pictograma, conjunto de formas y sensaciones autoengendradas en el psiquismo. El pictograma conforma una trama básica que acompaña -y subyace- a todo proceso psíquico normal, red sobre la que arraiga la evolución del psiquismo y en la que debe sostenerse, para su despliegue normal, todo proceso

Si las figuras del pictograma no entran en relación con un otro, si las palabras que el niño va dominando poco a poco no se asientan sobre el pictograma -o sea sobre esas sensaciones y figuras que, según supone, él mismo gestó- no se produce el proceso que llamamos normal.

De la figura al contacto. El nacimiento de un otro

Del espacio originario regido por el autoengendramiento, podremos pasar al modo en que comienza un procesamiento sujeto a la premisa de la existencia de un no - yo.

Como ya dijimos, el espacio primario (segundo espacio de nuestro modelo) está regido por el postulado de relación, en el cual el otro emerge como "objeto cosa" u objeto no diferenciado. Aquí, las figuras producidas en el espacio originario serán transformadas por medio del contacto y el psiquismo comienza a captar la presencia de dos cuerpos, el del sujeto y el de un otro.

El postulado de la relación lleva implícito la existencia de la alteridad espacial, comienza a inscribirse el no-yo, con características subjetivas, aún si no diferencia al objeto en base a sus cualidades propias.

De aquí que llamemos espacial a este tipo de alteridad, ya que lo que se capta son dos cuerpos ubicados en espacios separados, más no el hecho que cada uno posee características que no dependen del psiquismo del otro.³⁰

En el encuentro de lo fáctico y lo psíquico, comienza a diferenciarse lo fáctico interno -proveniente desde mí (cuerpo)- de lo fáctico externo, de manera que ahora es posible representar el contacto. En verdad, la capacidad de representar al contacto, y sus diferentes modalidades de intercambio, es la esencia de lo que denominamos relación.

Del contacto a la interrelación. El nacimiento de un otro interno

La entrada en funciones del espacio secundario produce una serie de cambios complejos. En este espacio, lo humano está regido por el contacto con lo fáctico externo y sus leyes y funcionamientos representados como tales. Ya no se trata de una alteridad meramente espacial, sino de una alteridad con cualidades específicas. Los otros devienen heterogéneos respecto del sujeto, autónomos respecto de sus necesidades, deseos y procesos psíquicos.

Para subrayar la importancia de este pasaje a una representación del otro externo no sólo como no-yo sino en sus cualidades propias, agreguemos el prefijo *inter* al sustantivo relación que caracteriza al espacio primario: en el espacio secundario hablemos de interrelación.

La transformación del contacto (base de la relación, característica del espacio primario) en un mundo que incluye la realidad en sus cualidades inherentes (base de la interrelación o vínculo, característico del espacio secundario), es un profundo cambio en la resultante del proceso de representación psíquica.

Recordemos, que realidad objetiva -o fáctico externo- es un concepto muy amplio que, en términos de cualidades psíquicas, supone áreas bien diferenciadas. En la realidad del mundo, se encuentran los otros con quienes nos relacionamos, especialmente los otros significativos. El intercambio con ellos supone un tipo de representación particular: la palabra transmitida por los padres e imbricada en los significados sociales que rigen la comunidad.

³⁰ Esto es lo que, a nuestro entender, Freud llama *representación-cosa*

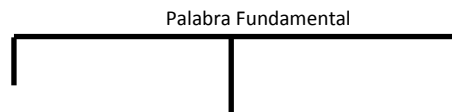
Pero palabra es un término que, en el contexto del actual desarrollo del psicoanálisis, puede resultar confuso y hasta riesgoso. Para nuestros fines definimos el término como elemento portador de sentido. El sujeto que la emite es un sujeto que representa y significa al mundo y está representado o significado por este. La palabra es producto del encuentro entre el sujeto y el otro cometabolizador y se incluye en lo que se considera discurso del conjunto.

El proceso de significación se desencadenará por la conjunción entre lo proveniente de lo autoengendrado y lo transmitido por los otros. En este complejo proceso, el infans se topa con significaciones que lo preceden. De aquí que P. Aulagnier plantee que el niño deba advenir al discurso del conjunto, lo cual podrá realizarse si cuenta con la adecuada mediación de los otros significativos, vía la acción de sus funciones maternantes - paternantes.

Para ubicar el estatuto de la palabra en nuestro modelo desde una perspectiva psicoanalítica -sin ahondar ni desechar los enfoques biológicos o lingüísticos-, tomemos, a modo de ejemplo, la frase de un niño: "Mamá, tengo hambre". En esa sola frase se incluyen los lugares y las funciones a los que ha advenido el niño -como el de la mamá- y, a su vez, contendrá la expresión de su propia necesidad en términos tales que el conjunto pueda entenderla como demanda. Entonces, para cada padre, en cada familia, en cada cultura, en cada momento e, incluso, en cada niño, esta frase tendrá una significación especial, dado por la conjunción de estos factores con la expresión especificidad de la demanda de cada niño.

Las demandas del niño, conjugadas con el discurso del conjunto, adquieren dimensión temporoespacial por medio de la palabra. Mientras solo reinaba el contacto, el hambre del niño -expresado por gritos, llantos, manoteos, búsqueda de comida, etc.- manifestaba un permanente hic et nunc, un aquí y un ahora perentorios, un continuo unidireccional que exigía la ineludible presencia física del otro. Al surgir la posibilidad de expresar la necesidad en palabras, ésta queda en manos de quien escucha e interpreta, de quien su ubica -o es ubicado- en una posición determinada con respecto al hambre del niño. Ese alguien podrá -o no- hacer algo para apaciguarlo o satisfacerlo. Es a través de este proceso que las necesidades humanas van adquiriendo las dimensiones de tiempo y espacio. Lo que se expresaba en el pataleo, llanto, búsqueda de comida, etc. -sensaciones o emociones- al ser expresadas en palabras incluirán una perspectiva de dilación o de diferenciación que no deja de atender a la demanda del niño: "ahora no, después", "mamá escucha pero el que viene es otro". La ausencia física -de la madre o de otro significativo- ya no lo arroja al abismo de su inexistencia sino que abre a la representación de una "presencia diferida".

Aclaremos, aún, que si bien un sentimiento se expresa en palabras, no toda palabra manifiesta sentimientos. Sólo la llamada palabra plena o palabra fundamental -en términos de Piera Aulagnier- expresa sentimientos -los afectos en su plenitud- integrándolos en todas sus dimensiones. Llamamos, por el contrario, palabra vacía a aquella que no transmite esta dimensión plenamente elaborada de los afectos.



Afecto	Sensación	Emoción	Sentimiento
Representación	Figura	Contacto	Palabra

Vemos, entonces, que es posible que haya por un lado, un vacío de sensaciones o emociones, y por el otro, un vacío de significado o sentido consensual. Si consideramos la psicosis, veremos cómo las palabras pierden la función consensual, pero conservan un intenso sentido personal en tanto portan sensaciones. Esta son palabras idiosincrásicas vacías o simplemente palabras idiosincrásicas.

Por el contrario, en las patologías de sobreadaptación lo que no logra expresión en la palabra es la sensación o la emoción. Estas son palabras aprehendidas vacías o simplemente palabras aprehendidas. "Aprendidas", aclaramos, porque están tomadas del discurso del conjunto como transmisoras de operaciones o funciones de interacción, sin reflejar una dimensión subjetiva del hablante. Ya veremos, además, cómo emerge la palabra en la vivencia traumática.

Pero ahora resumamos brevemente lo dicho a partir de aquel sencillo -pero pleno de consecuencias- ejemplo 'Mamá tengo hambre'. Muestra una evolución completa: un estímulo parte del cuerpo (por acción de jugos gástricos y otros

procesos fisiológicos) y adviene psíquico en primer término mediante la conformación de una sensación, representada por medio de su figura en el espacio originario. En el espacio primario, vía la representación del contacto uno mismo/otro -una teta, un alimento, un sabor contiguo a una interacción que culmine en el acto de comer- adquirirá el nivel de emoción, es decir, de afecto puesto en relación. Finalmente, en el espacio secundario, eso se transformará en sentimiento al ser puesto en interrelación, cuando la palabra, regida por el sentido, relacione mamá-hambre-comida, desplegando las dimensiones de tiempo y espacio. Así se gesta lo que llamamos lenguaje fundamental.

Lo externo social: El sujeto en el entramado de significados sociales. El discurso del conjunto

Llamamos discurso de conjunto a la dimensión consensual, social, de la palabra, siguiendo los lineamientos de Piera Aulagnier.

Frases como "no tengo palabras para decirlo", puede entenderse como la insuficiencia del discurso de conjunto -las palabras utilizadas por todos- para transmitir una sensación que llega desde lo interno. Para que una palabra advenga plena o fundamental, debe haber emergido como transformación de una sensación/figura puesta en relación (en contacto) y de ahí en sentido consensual vía el trabajo de pensamiento-palabra, por medio del entramado con el discurso del conjunto. De este modo, la palabra representa algo inherente al sujeto, se anuda a la intimidad subjetiva de quién la enuncia, adquiere su particular y única coloración afectiva.

El campo social como significador es exigente para el sujeto, para su "internidad". Posee la fuerza que da el consenso previo de los sujetos que ya "advinieron" (para usar un término de Aulagnier) a éste. Si el sujeto no encuentra su lugar en la trama, cae su pertenencia, con el terrible dolor que implica esta caída.

El planteo de Aulagnier es que existe un área de relación del niño con su entorno ampliado en la que los padres no actúan como mediadores, una relación no mediatizada. El resultado de esta relación no mediatizada o directa entre el discurso del conjunto y el niño Aulagnier la denomina el contrato narcisista.

El contrato narcisista, en su forma normal, no comprende solamente la exigencia social de funcionamiento según sus dictámenes, sino que supone

además su reconocimiento como sujeto deseante, permitiendo un despliegue narcisista esencial. Esto promueve la capacidad de catectización del mundo desde adentro y del afuera desde lo propio.

Una falla en este proceso de interrelación discurso social-sujeto puede originar diversas patologías. Un ejemplo paradigmático de esta falla es la sobreadaptación, en la que el discurso social impone al sujeto un deber ser. En la transferencia esto se expresa bajo la expectativa de que el analista dictamine lo que el paciente debe hacer, tome por él sus decisiones, defina sus elecciones, etc. En ciertos procesos en los cuales el conjunto social no tiene la capacidad de consolidar una demanda adecuada que tome en cuenta al sujeto, esto se cristaliza como una falta, ya que la sociedad no transmite el mensaje de que las personas puedan tener un futuro en ellas, puedan desplegarse en el entramado social desde su deseo.

El proceso de transformación. Encuentros y desencuentros del potencial psíquico con lo fáctico

La metabolización psíquica -según la denominación de Aulagnier- es un proceso inter-espacial, es decir, desplegado en el interjuego entre los diferentes espacios psíquicos. Pero -es obvio pero preferimos decirlo- en la vida de un sujeto esto no, en modo alguno, independiente de la experiencia. Esta, como ya dijimos, incluye un componente ligado al suceso o evento, a lo fáctico externo.

En lo atinente a los procesos de transformación psíquica, existe un aspecto de lo externo o mundo externo que reviste especial significatividad: el representado por los adultos significativos (en su forma más habitual y característica, los padres).

Las cualidades de la interacción entre el niño y sus padres darán al proceso de estructuración psíquica un sesgo propio. Consideramos acertado el enfoque -ya clásico en la teoría psicoanalítica- de conceptualizar este intercambio en términos de una interacción entre un sujeto -representado en la teoría por el modelo de aparato psíquico al que adherimos- y funciones psíquicas que los otros estructurantes ejercen.

No hablamos -cabe aclararlo- de madre y padre como personajes, sino de las funciones maternante y paternante. Si bien es cierto que éstas son ejercidas por madre y padre respectivamente, también lo es que pueden ser cumplidas

indistintamente por cualquiera de los dos o, incluso, por otros adultos significativos. De hecho, estas funciones se activan en el proceso terapéutico, dando al terapeuta la posibilidad de incluirse en un vínculo con cualidades reestructurantes.

De todos modos, como ya dijimos, llamar materna o paterna a estas funciones, apunta cuanto menos a la figura de uno u otro progenitor que a una relación entre ciertas funciones. Con todo, es más frecuente que la madre ejerza las funciones llamadas maternas y el padre, las paternas.

Por supuesto, no pensamos que el lugar de la madre o el padre puedan sustituirse sin más por otros personajes, sino que queremos enfatizar que en caso de disfunción o ausencia de una de estas figuras, la función puede ser ejercida en forma sustitutiva, tomando en cuenta las diferencias y la especificidad de estas delicadas situaciones.

La función Materna

La madre está en estrecha relación corporal con su bebé. Desde la gestación, el amamantamiento, el acunarlo, sus modos particulares de calmarlo o jugar con él, asearlo, cambiarlo, etc., la relación que se establece -en especial las que estructuran el inconsciente del infans- se apoyan en gran medida intercambios marcados en y por el cuerpo.

En la consideración de este misterioso encuentro, que fascina al sujeto humano desde la noche de los tiempos, siempre se ha puesto el acento -con razón- en la capacidad de la madre de armonizar su funcionamiento psíquico con el de su hijo. Es por ello que Bion postuló a la madre en su función de *Reverie*, o sea, dando la posibilidad de la transformación de elementos β en elementos comunicables, o sea elementos α .

Winnicott llama *madre suficientemente buena* (*good enoughmother*) a una madre en su pleno potencial de realizar esta función. El acentúa el papel corporal en esta relación, enfatizando el proceso de sostén u holding, que incluye la contención ya postulada por Bion, pero con el agregado de la significación del contacto corporal. Pero la cuestión guarda otro aspecto, quizás menos explícitamente tomado en cuenta: cómo -en estos encuentros e intercambios, en los sucesivos e inevitables desajustes entre la madre objetiva y la subjetiva, entre las necesidades, los deseos, tiempos y expectativas del niño y los que marcan el

encuentro real- se va gestando el espacio y la función psíquica que será capaz de representar al mundo en su existencia autónoma respecto de su ser, sus deseos y necesidades. Dicho en otros términos -cómo partiendo del cuerpo y por la intervención del entorno- se afianzará el proceso secundario y el principio de realidad. En estos desarrollos se estudia al niño como el que propone el intercambio; su cuerpo, sus deseos, su organización pulsional y afectiva, impulsan y determinan la interacción específica.

Piera Aulagnier completa el cuadro -a partir de desarrollos de Ferenczi- investigando, desde una perspectiva psicoanalítica, las improntas dejadas en el bebe y en el niño por las propuestas desiderativas del adulto. Pero no se detiene en esto y va más allá al introducir en el intercambio estructurante una hipótesis funcional -procesal- definitoria: El adulto no sólo posee capacidades que le permiten funcionar como co-procesador del niño, sino que impacta en el niño con su aparato psíquico maduro proponiéndole modalidades de funcionamiento - en el caso de ser un adulto "sano"- que el niño deberá esforzarse por adquirir. Como veremos, los efectos de este desnivel funcional tendrán alcances insospechados.

Por ahora, detengámonos en uno de estos efectos -que hace al meollo de lo que llamamos función maternante-: el que corresponde a la activación del espacio primario, es decir, la puesta en actividad de un organizador psíquico fundamental como lo es la "alteridad espacial", la noción de la existencia de un espacio no-yo en el cual se representarán distintas partes de la experiencia.

Se trata del encuentro con sectores de la experiencia que no sólo no son cómo el sujeto necesita o desea, ni cuando él así lo determina, sino que suponen tipos de encuentros y niveles funcionales que no nacen desde él, es decir, que son, en términos de Aulagnier, heterogéneos. Y lo son en el doble sentido de provenir de otro y de proponer niveles de funcionamiento diferentes, lo cual no podía sino estimular la organización de la experiencia según postulados diferentes al que rige en el espacio originario, sea del primario o del secundario.

La función paterna

No es nuestra intención agotar aquí los sentidos del término, tan sólo realzar una importantísima faceta de esta función, que es la introducción del así llamado "tercero". Es evidente que la terceridad - la dimensión que abre a un tercero-

implica una ampliación del mundo afectivo del niño. También, que los desarrollos teóricos en torno a sus consecuencias en términos de estructuración psíquica trasciende en complejidad esta simple postulación.

Uno de estos desarrollos es el que ahonda en la función como lo que opera la diferenciación entre el niño y su madre. Esto, en apariencia autoevidente, supone, sin embargo un proceso delicado y complejo. Detengámonos en algunos de sus aspectos.

Para eso volvamos, una vez más, a lo propuesto por A. Green en el Congreso de la IPA en Chile: si tuviera que proponerle algo a Winnicott -dijo- sería cambiar -en aras de la exactitud- el término bebé-mamá por el de bebé-mamá-papá. Green alude así a la existencia de una terceridad como factor fundante, operando desde el mismo inicio de la díada, postura a la que adherimos sin ambages, teniendo en cuenta todas sus implicaciones.

Un niño puede estar con su padre, con su madre o con cualquiera de ellos. La relación de los padres con él -sea que la signifique una moción de deseo del niño, una de cualquiera de los padres o una de ambos- puede estar motorizada por hallarse el niño implicado en la estructura desiderativa en cuestión sea como sujeto productor sea como destinatario u objeto. Pero la verdadera interiorización de la terceridad se produce cuando el niño comienza a percibir que entre los padres existen relaciones que no lo tienen a él ni como objeto ni como sujeto agente de la relación.

Subrayemos que nos referimos a la internalización de la terceridad -correspondiente, en nuestro modelo, al espacio secundario- y no a la presencia de la terceridad que opera desde los primeros estadios del espacio originario. El deseo y su realización circulan entre otros sin incluir al sujeto, salvo como una mención: incluso el "tengamos un hijo" es un propósito entre dos de gestar a un tercero, que no participa de la decisión, ni del deseo ni de la interacción específica que se le vincula. Es una relación preestablecida, con una dinámica propia. Esta relación de no estar incluido, a priori, tiene una gran importancia en el desarrollo del psiquismo del infans.

Es durante esa experiencia particular de una relación que lo excluye sin dejar de operar como referente para él que se inscribe en el inconsciente del niño la alteridad intrínseca o interna. Esa supone que no sólo existen espacios externos a él -alteridad espacial-, sino que los sujetos que los habitan poseen una dinámica

tan propia que incluso funciona sin que tener él participación alguna en ella. Esta experiencia con los objetos significativos funda la base de la activación del espacio secundario.

Este es el lugar para mencionar una importante consecuencia de postular la presencia de la función paterna desde un inicio. Piera Aulagnier postula que para que la violencia del contacto del niño con el mundo adulto tenga características de violencia primaria -o sea de posibilitar y estimular la elaboración y el procesamiento- es necesario que la madre mediatice la figura del padre en la función de lo que ella llama portavoz. En caso contrario, a su entender, la función paterna no mediatizada por la madre tendrá todo el potencial de funcionar como violencia secundaria, o sea coartando y obstruyendo el proceso metabolizador o elaborativo.

En resumen, digamos que en el encuentro con los otros significativos, la potencialidad de procesamiento según los postulados que rigen cada espacio, cobrará, si todo va bien, eficacia procesal, la cual implica no solo la activación de la metabolización según la lógica correspondiente, sino una correcta interrelación entre los diferentes espacios y modalidades de procesamiento. Si por distintas causas esto no sucede así, sobrevendrán diferentes patologías. El pasaje de la capacidad potencial de organizar la experiencia según el principio de alteridad espacial o de alteridad interna o intrínseca sobrevendrá o no según la calidad de las relaciones con los otros significativos. Para que el ordenamiento de lo psíquico según el principio de alteridad espacial cobre eficacia procesal se requiere de una experiencia de contacto -encuentro con un semejante decodificable como no yo-. Para que la alteridad interna potencial cobre eficacia procesal es necesaria la experiencia de la tríada en la que el otro significativo se relacione con un tercero sin que yo -ni mi cuerpo- participe. Tanto la generación del deseo como el objeto de éste circulan entre ellos. El niño no lo genera ni es el objeto del deseo de esa escena.

Vemos, entonces, que la capacidad procesal del aparato debe ser conceptualizada como completada por la capacidad y funcionamiento del psiquismo materno / paterno. Cuando se habla de metabolización o transformación psíquica (transcripción en Freud³¹) se refiere generalmente a un proceso intrapsíquico independiente. A diferencia de esto, cuando hablamos del proceso de mediatización que ejercen los otros significativos nos referimos a una acción que ejerce el objeto externo para posibilitar esa metabolización.

³¹ Cfr. *Carta 52* de la Correspondencia Freud-Fliess

En esta interacción Piera Aulagnier describe el proceso anticipatorio como producido por el contacto del psiquismo infantil con el adulto. Este último actúa desde una dimensión que no es aún la dominante del psiquismo del primero. De allí el concepto de violencia primaria como la que ejerce el psiquismo más desarrollado sobre otro que aún no lo está pero tiene el potencial de lograrlo. Violencia tiene aquí el sentido de exigencia de un esfuerzo por metabolizar elementos de la interacción; primaria tiene el sentido de trófica.

Entonces, nuestra propuesta de modelo se centra en un aparato psíquico a partir de la interacción permanente mundo interno-mundo externo, sustituyendo, de algún modo, la postulación de un aparato psíquico exclusivamente motorizado desde el mundo interno.

El proceso articulador

El encuentro interno-externo es tributario de la complejidad. Ni lo externo le es homogéneo a lo interno, ni lo interno es sólo un espacio simple. Ambos son elementos compuestos, arraigados en diferentes procesos específicos y su interacción desencadena operaciones particulares.

Los diversos componentes y procesos del aparato psíquico se entraman entre sí. Esto es de suma importancia para postular que ninguna expresión clínica -sea la psicosis, la neurosis o la vivencia traumática- pueden derivarse de un único tipo de proceso psíquico o atribuirse al funcionamiento de uno sólo de los espacios psíquicos presentados.

Por lo tanto, un aspecto de la interrelación entre los distintos procesos psíquicos y los espacios donde se expresan, es que todo material será trabajado por los tres procesos, según la modalidad y postulado rector de los tres espacios.

Otro aspecto inherente a la interrelación entre los componentes de lo psíquico lo constituye lo que llamamos proceso articulador. En efecto, lo psíquico tiende a expresarse como organizaciones complejas. El afecto y la representación en sus diferentes expresiones (sensación, emoción y sentimiento los primeros, pictograma, encuentro, sentido consensual los segundos), se articulan entre sí para conformar estas organizaciones de lo psíquico.

Postulamos, entonces, que el proceso articulador es el proceso principal en el devenir psíquico. El concepto de articulación posibilita mantener la especificidad de cada elemento al tiempo que postula como esencial para su

funcionamiento adecuado la interacción en que los elementos se conjugan. Es por ello que sostenemos que la articulación es la base del desarrollo del proceso psíquico.

La vivencia será producto de la articulación entre los componentes afectivos y representacionales que la conforman, en cada uno de los espacios, según las cualidades de dicho espacio. El despliegue de la pulsión en su forma completa, la estructura de deseo, todos estos elementos psíquicos esenciales son producto de la función articuladora de las vivencias que se irán constituyendo en un entramado vivencial.

Desde su vertiente teórica, la vivencia requiere, para su desarrollo, un enfoque metapsicológico. Y no sólo para conceptualizar la estructuración -el "armado"- de la vivencia, sino también la estructuración del entramado vivencial o secuencia de vivencias. Llamamos vivenciar a este proceso de armado de vivencias e inserción en el entramado vivencial.

El proceso del vivenciar irá constituyendo vivencia y entramado vivencial, combinando los emergentes de los tres espacios y procesos que hemos estudiado, con las dominancias que caracterizan a los diferentes estados mentales, normales y patológicos.

No hay pacientes que relaten "vivencias puras", sino una vivencia en relación con hechos, eventos, sucesos, que poseen dinámica y leyes propias. Este conjunto es el que llamamos experiencia, es decir, la conjunción de la vivencia con lo fáctico. La vivencia será el resto subjetivo que otorga la singularidad a cada sujeto, producto de la elaboración de la experiencia, resultado de la metabolización del encuentro del sujeto con eso fáctico.

Aspectos básicos del modelo - Recapitulación y resumen

Recapitemos brevemente aquí lo central de nuestras propuestas para poder pasar entonces a la consideración de lo que llamamos complejo traumático.

Optar por privilegiar un único aspecto -sea lo externo, sea lo interno- nos hace perder de vista la exigencia de procesamiento que implica el encuentro siempre actualizado del adentro con el afuera. Por eso hay que ser cautelosos y no otorgar a los eventos fácticos lo que es a cuenta de procesos metapsicológicos, ni a estos últimos las cualidades psíquicas de una situación, muchas de las cuales corresponden al evento.

Habrá que ver en cada caso cómo se conjugan los diversos elementos y cómo operan las distintas dominancias. Esta conjugación con lo fáctico no implica sólo el encuentro con lo inanimado o los accidentes que el mundo externo impone. La mediación materna y paterna implicará la incidencia de dos sujetos que, más allá de su activo interaccionar con las necesidades psíquicas del niño, presentan su propio tempo psíquico. Este será un elemento fáctico con el cual se va a encontrar el psiquismo del niño.

No es lo mismo el impacto actual de una madre border-line, quizás con tendencias impulsivo-agresivas y la huella que deja por su propio peso en el psiquismo del hijo, que el de una madre "suficientemente buena". A estas influencias deben sumarse la ejercida por la presencia de hermanos, la familia ampliada y, más allá, la atmósfera cultural, es decir, a cultura en su existencia fáctica.

Debemos ser especialmente cautos al analizar los sucesos psíquicos para no incurrir en el error de desentendernos de la existencia de lo fáctico y su impacto en el sujeto así como de la fuerte impronta de componentes psíquicos, tanto conscientes como inconscientes, que posee lo fáctico. Y no hablamos sólo de los contenidos inconscientes con que se significa la experiencia actual -como se suele postular en psicoanálisis-, sino de los procesos inconscientes con los cuales se los procesa.

Hasta aquí hemos encarado la ardua tarea de desarrollar un modelo del psiquismo que, aplicado a la clínica de la vivencia traumática, pudiera explicarla más acabadamente y permitiera diseñar un abordaje terapéutico. Por eso este modelo debe dar cabida a lo interno, lo externo y a la articulación entre ambos. Para esto nos hemos basado en las proposiciones de Piera Aulagnier con respecto a la estructuración psíquica y las leyes que la rigen en sus diversos espacios (originario, primario y secundario), y postulamos, consecuentemente, un modelo de funcionamiento psíquico basado en la articulación de la vivencia como la base procesual del despliegue del psiquismo.

Como ya lo dijimos, consideramos la experiencia como un proceso en permanente renovación, como un incesante encuentro entre lo fáctico de un evento y lo subjetivo de una vivencia. Estos elementos no son reductibles ni a una psicología de la conciencia -que quisiera obviar el aporte de los procesos y contenidos inconscientes- ni a un psicoanálisis estrecho -que reduzca la explicación del suceso psíquico mental a un "internismo" sin aporte o modificación a partir de lo fáctico-. Recurrimos al término encuentro -central en los escritos de Aulagnier- para elevarlo a la categoría de eje del análisis de todo acontecer psíquico.

La vivencia es producto de un proceso, el vivenciar, arraiga en el proceso articulador. Este proceso conformará la vivencia a partir de la articulación del afecto y la representación y el entramado vivencial articulando las vivencias entre sí.

El estudio de la vivencia y sus componentes en relación con la normalidad y las diferentes patologías, dará como resultado un modelo de psiquismo compuesto por tres modalidades de procesamiento, cada una regida por un postulado y una ley básica correspondiente a cada uno de los tres espacios psíquicos. El modelo propuesto nos permite, entonces, diferenciar componentes, cualidades y relaciones que nos guían en la comprensión del fenómeno de lo traumático.

Capítulo IV

EL COMPLEJO TRAUMÁTICO A LA LUZ DEL MODELO DE LOS TRES ESPACIOS

MotyBenyakar y Álvaro Lezica

Toda teoría posee diferentes dimensiones y niveles de complejidad. Para avanzar en el fenómeno traumático, nuestro texto explora cuatro de estos niveles: el de los elementos teóricos generales, el psicopatológico, el metapsicológico y el técnico. Hasta aquí hemos recorrido los primeros tres.

Comenzamos por proponer un uso determinado de algunos elementos de teoría general. Primero y principal: la noción de lo fáctico y el concepto central de lo disruptivo. Junto a ellos retomamos los conceptos de experiencia, vivencia, vivenciar, etc., indispensables para elaborar, lo que implica la clínica de lo traumático.

Luego nos abocamos a dilucidar el nivel psicopatológico. Intentamos transmitir nuestra convicción de que lo traumático involucra todo un campo - amplio y complejo- que va mucho más allá de los cuadros clínicos descritos por la neurosis traumática o el así llamado Síndrome de estrés postraumático. Este abordaje nos ha permitido diferenciar dos sub-campos clínicos: el del complejo traumático y el del vivenciar traumático. Finalmente desarrollamos un modelo del nivel metapsicológico articulado por la coexistencia de tres espacios psíquicos, cada uno regido por su propio postulado.

Somos conscientes que este nivel teórico requiere de un esfuerzo para su comprensión, pero éste no habrá sido en vano, ya que ahora sacaremos provecho de dicho esfuerzo mediante la aplicación de los conocimientos obtenidos al estudio del complejo traumático.

El conjunto de síntomas característicos de una reacción traumática aguda, que en el nivel psicopatológico fueron explicados como consecuencia de la presencia del complejo, presentan interrogantes que pueden ser mejor abordados articulándolos con el modelo de psiquismo propuesto.

Al desarrollar el concepto de complejo traumático hemos descrito el modo en que opera el introducto en el despliegue del complejo traumático. Hemos presentado las características de la vivencia de vacío traumática, que la diferencia de otras como la depresiva, la de desamparo y la de desvalimiento.

Junto a esto presentamos una particularidad de estos estados traumáticos: se trata de cuadros despojados de palabras -incluso si, en otro sentido, éstas son abundantes y floridas-, presentan afectos variados y por momentos hiperintensos e inundantes, así como momentos de relato intensos. Todo esto puede acontecer en un sujeto con un psiquismo maduro, y, paradójicamente, no solo no se desarrolla un proceso elaborador sino que las distintas manifestaciones tienden a eternizarse.

Para poder integrar los conceptos mencionados y explicar mejor esta paradoja clínica, es necesario ubicarnos en el nivel metapsicológico y articular los mismos con un modelo teórico suficientemente sutil y flexible.

Volvemos, entonces, a nuestra propuesta de modelo procesual. Su premisa básica es que no basta con que las diferentes unidades psíquicas estén presentes; no basta con la presencia del afecto -en sus diferentes variantes- y de las representaciones -incluyendo la palabra-. El conjunto debe, además, estar articulado para que se produzca la conformación de la vivencia y su posterior procesamiento con transformación y elaboración. De allí que el modelo que presentamos en este texto sea fundamentalmente un modelo articulador.

Esta concepción de la articulación como actividad fundante o esencial del psiquismo nos llevó a postular la vivencia traumática como desarticulación entre el afecto y la representación.

Nuestra concepción del modo en que el complejo traumático emerge en un psiquismo, nos llevó delinear la especificidad de cada uno de los componentes en cada uno de los espacios del modelo. Por eso sostenemos la importancia de abordar los fenómenos psíquicos desde un modelo conceptual que permita integrar las diferentes dimensiones y elaborar los fenómenos psíquicos por medio de un proceso articulador, compuesto por tres espacios psíquicos diferenciados entre sí. Junto a ello presentamos el modo en que lo fáctico disruptivo impacta en el psiquismo, produciendo un conjunto de fenómenos que pueden desencadenarse en forma simultánea y que responden a postulados o leyes propias, emergiendo en la clínica con diferentes cualidades.

La combinación de fenómenos compuestos por el introducto, la angustia automática y las vivencias correspondientes constituye lo que llamamos complejo traumático.

A continuación trataremos de establecer en qué modo entendemos que cada uno de estos fenómenos pueden apreciarse en base al modelo de los tres espacios psíquicos propuestos. Es así que, no solo tendremos más claras sus

características, sino que podremos ser más precisos en los abordajes terapéuticos. Para ello debemos tomar en cuenta el modo particular en que se elabora cada uno de los componentes en cada espacio y qué fenómenos clínicos, desordenes o trastornos psíquicos, podemos dilucidar en base a esta perspectiva. Veremos que habrá fenómenos que pertenecen al orden de lo originario, otros de lo primario y otros de lo secundario.

También veremos que se genera un desorden en el proceso de elaboración y de articulación por fallas de las funciones co-metabolizadoras tanto de los objetos diferenciados, como también del medio todo.

Esto otorga al análisis del complejo traumático a luz del modelo sus dimensiones metapsicológica e interaccional, tanto en la vida cotidiana como en el campo analítico.

La combinación entre el modelo de los tres espacios o modelo procesual y el análisis del complejo traumático, permite formular nuestro enunciado básico, que postula a lo traumático producido por un evento disruptivo como un proceso elaborativo con cualidades propias. De allí nuestra insistencia en que trauma no es término suficiente para decidir un abordaje clínico específico y que la vivencia traumática es solo una de las manifestaciones de un complejo proceso que se desencadena por impacto de un evento.

Para articular el modelo procesual de los tres espacios psíquicos con el complejo traumático, recordemos ante todo en forma sucinta los componentes de cada uno de ellos.

El modelo de los tres espacios o procesual se compone del:

- a) Espacio originario, regido por el postulado de autoengendramiento, el afecto que lo caracteriza es la sensación y el componente representacional es la figura. Desconoce la diferenciación interno-externo
- b) Espacio primario, regido por el postulado de relación, el afecto que lo caracteriza es la emoción y el componente representacional es el contacto. Se comienza a entretejer la diferenciación interno-externo, apareciendo la representación cosa.
- c) Espacio secundario, regido por el postulado de sentido, el afecto que lo caracteriza es el sentimiento y el componente representacional es la palabra o idea. Se consolida la diferenciación interno-externo, apareciendo la representación palabra.

Los elementos del evento disruptivo que produce un impacto traumático al que hemos llamado 'complejo traumático' está compuesto por:

- a) **Introducto.** Es el percepto que se incrusta en el psiquismo, quedando el psiquismo pasivo en el proceso de incorporación. Mantiene su cualidad de actual perceptual.
- b) **Angustia automática.** Es el tipo de angustia que señala la incapacidad procesual por falla de articulación.
- c) **Vivencia traumática.** Es el modo en que el sujeto experimenta la falla de articulación entre el afecto y la representación.
- d) **Vivencia de vacío.** Es la endopercepción de aquello que no se pudo formar ni integrar a la trama vivencial.
- e) **Vivencia de desvalimiento.** Representa la inermidad del psiquismo de apropiarse de lo acaecido y poder elaborarlo, es aquí donde decimos que el sujeto se transforma en objeto de lo fáctico.
- f) **Vivencia de desamparo.** Es la manifestación de la ruptura de la sensación de contención y sostén del mundo externo respecto al mundo interno

La articulación entre el modelo procesual y el complejo traumático será abordada desde diferentes dimensiones, a saber:

- a) **Modo de Internalización.** Esta dimensión manifestará la pasividad en que el sujeto internaliza el efecto de lo fáctico originándose un introducto.
- b) **Dimensión vivencial.** Por medio de ella se cualifica la especificidad de cada una de las vivencias del complejo traumático y los postulados por los cuales son regidas, ubicándolas de este modo en cada uno de los espacios psíquicos.
- c) **Modo de funcionamiento del sistema mnémico.** Relaciona la huella mnémica y los distintos registros mnémicos con cada uno de los espacios psíquicos.
- d) **Modo en que se manifiesta la acción.** Es la relación de cada uno de los niveles de la acción (acto, actuación e interacción específica) con los espacios psíquicos correspondientes.
- e) **Modo de investidura objetal.** Esta dimensión destaca el interjuego entre la necesidad y el deseo y su manifestación en cada uno de los espacios.
- f) **Funciones co-elaboradoras del objeto.** Por medio de esta dimensión se explicita en qué modo el objeto despliega las funciones de contención (containment), sostén (holding) e interpretación, y sus relaciones con cada uno de los espacios psíquicos.

Abordar el complejo traumático desde la perspectiva del modelo propuesto nos será útil de varias formas: En primer lugar permite observar los elementos del complejo traumático en forma conjunta, brindándonos una imagen global e integrada, a la vez que nos permite delimitar con más precisión sus diferencias.

En segundo lugar, al precisar más sus características podremos utilizar una técnica de abordaje mucho más eficiente, dado que como veremos podremos ajustar nuestra modalidad de intervención a cada elemento del complejo según sea el espacio psíquico y el postulado dominante por el cuál este se procese.

Uno de los más importantes valores que otorgamos al hecho de conjugar el modelo con el complejo traumático es el *abordaje integral y comprehensivo del proceso traumático*.

Un abordaje clínico preciso nos permitirá puntualizar las características de los fenómenos -por ejemplo el desamparo- y abordarlos con estrategias terapéuticas específicas. Por ejemplo, por medio de una interpretación relacional y no de sentido o, ante la emergencia constante del introducto, por medio de interpretaciones figurativas. La conjugación entre la detección del fenómeno psíquico y el modo de abordaje será presentada en la segunda y tercera parte de este libro.

Aquí sólo pretendemos determinar la importancia de disponer de un cuadro integrativo de los fenómenos y percibir el efecto de la distorsión o déficit del proceso articulador como núcleo de lo traumático.

Esta sintética exposición de los conceptos fundamentales nos servirá como introducción al estudio detallado de la relación entre el modelo de los tres espacios psíquicos y el complejo traumático. Para esto, retomemos cada uno de los componentes y funciones que se vinculan con este último.

a) Lo disruptivo. La internalización pasiva y el introducto

La experiencia normal está conformada por la articulación entre las representaciones de lo fáctico y la vivencia, producto a su vez de la articulación básica entre afectos y representaciones. Veamos primeramente qué sucede en lo traumático con el componente fáctico, para luego estudiar el vivencial.

El impacto de la situación disruptiva traumatogénica provoca una disfunción en el proceso habitual de internalización, el cual en vez de ser activo se produce pasivamente. En consecuencia lo fáctico conserva en el psiquismo la cualidad de

presente permanente y percepción constante, permaneciendo como "presentación", sin lograr acceder al estatus de representación, conformándose el "Introducto". Este, dado que se internalizó conservando sus cualidades de percepto, tenderá a la reactivación perceptiva, tan características de estos cuadros, y producirá diferentes efectos en los diferentes espacios, capacidad derivada de su condición de "presentación". La presentación difiere de la representación precisamente por conservar la cualidad de actual perceptual propia de la percepción de lo fáctico en cada momento.

Ubicamos el introducto en el espacio originario. Su presencia producirá una falla de la articulación afecto-representación a este nivel. Activará una sensación (afecto característico de este espacio), pero esta permanecerá no articulada con la representación correspondiente al espacio originario, la figura ni se integra al pictograma.

El psiquismo confundirá el introducto con una figura e intentará procesarlo como tal, lo que, lógicamente, es una marcha al fracaso. De este modo se produce una notable paradoja: lo más "no propio" respecto del psiquismo, lo más cercano a lo fáctico -el introducto-, hace emerger un afecto regido por el postulado del autoengendramiento, o sea, sensaciones: representantes de lo más propio, de lo más idiosincrático. De allí que el introducto sea causa de tantos disturbios en el proceso elaborador.

Desde su lugar en el espacio originario, el introducto, percepto eterno de lo externo refractario a su representación, realiza una reiterada -y siempre fallida- inversión de la energía psíquica en el polo perceptivo. Al no poder lograr su procesamiento a través los espacios primario y secundarios, parece "rebotar" hacia atrás, hacia su lugar de origen en el sistema perceptual. El observador tiene la impresión de que el psiquismo pugna por reproducir el modo y la potencia con que fue percibido originalmente el evento disruptivo, con la esperanza de poner en marcha el mecanismo activo de introyección y transformar al introducto en introyecto, articulable y, por ende, metabolizable.

La figura, base del pictograma, producto autoengendrado del psiquismo de un sujeto que internaliza en forma activa, es una forma idiosincrática generada en soledad por el sujeto y fuera de toda posibilidad de ser compartida con otro a menos que sea elaborada y transformada en imagen¹ y, luego, en palabra plena². Estas características de los componentes de lo originario, explican por qué el

¹ Es decir, en la representación característica del espacio primario

² Representación característica del espacio secundario

desencadenante de la vivencia traumática -como lo es un introducto-, permanece restringido al espacio originario, excluido del acceso al circuito co-metabolizador.

A partir de este "malentendido" del psiquismo -que considera propio algo tan ajeno como un introducto-, se da la paradoja de que el sujeto trate de poner en juego con el otro algo que entiende como autoengendrado interno, cuando en realidad es fáctico externo. Es así como, en el ámbito de lo traumático, queda desvirtuada una de las funciones más importantes del medio: la función co-metabolizadora realizada por los otros. Se origina, así, una especie de "circuito cerrado", o mejor dicho un "corto circuito" psiquismo-externo, que coopera en la obstrucción del proceso articulador básico.

En definitiva, el introducto es un percepto, producto de la internalización pasiva que, enquistado en el espacio originario, impide u obstaculiza la articulación. Los componentes de la vivencia traumática permanecen excluidos de la trama vivencial, con cualidad de autoengendrados, y tienden, por ende, a presentificarse a través del sistema perceptual (sueños, ilusiones, alucinaciones), del pensamiento, el afecto y la acción, por verse imposibilitados de entrar en un diálogo co-metabolizador. Este fenómeno se repetirá en el espacio primario disminuyendo el contacto con los otros y, en lo secundario, obstruirá la capacidad cogitativa.

El introducto es el ejecutor psíquico de la transformación del sujeto, activo y singular procesador de su experiencia, en objeto pasivo de lo fáctico.

La angustia automática permanecerá vinculada a la presencia del introducto, de los componentes de la vivencia traumática y de la falla permanente de la función de articular afecto con representación. Este tipo de angustia recordará al sujeto que, debido a la presencia de estos factores, cada vez que el complejo se reactive sufrirá la misma indefensión psíquica, quedará preso de la misma inermidad procesal. El introducto augura el triste destino de volver a fallar una y otra vez en darle al complejo traumático un cauce transformador.

Hasta aquí explicamos cómo el impacto de lo disruptivo deja al sujeto inerme ante el dominio del efecto del introducto y la angustia automática. Presentaremos a continuación la dimensión vivencial del complejo traumático.

b- Las vivencias emergentes en el complejo traumático a la luz del modelo del psiquismo de los tres espacios

La dimensión vivencial remite al modo en que el impacto de lo fáctico es vivido por el sujeto y cómo establece las cualidades de procesamiento para consigo mismo y para con los otros. Es por ello que hemos caracterizado diferentes vivencias que emergen como un conjunto en lo que hemos llamado el complejo traumático. Este complejo de vivencias se desencadenará a partir de la falla del proceso articulador.

Consideremos, en principio, la vivencia traumática que, junto al introducto y a la angustia automática, pertenece al núcleo de lo traumático y cuya aparición dará lugar a la emergencia de las vivencias de vacío, desvalimiento y desamparo.

Las vivencias del complejo traumático tienen una característica muy particular: son manifestaciones de fallas. Cada una expresa algo que debería haber sucedido pero no se produjo.

La vivencia traumática refleja la falla de articulación entre el afecto y la representación.

La vivencia de vacío. La ausencia de representación de lo propio, quedando el afecto a merced de lo fáctico, produciéndose un hueco en la trama vivencial.

La vivencia de desvalimiento. La falta de capacidad de procesar basándose en la existencia de los otros co-metabolizadores.

La vivencia de desamparo. La ruptura de la sensación de amparo y protección que el contacto con el medio externo debe proporcionar.

b.1- La vivencia traumática. Como hemos visto, la internalización del impacto de lo fáctico se manifiesta en lo que hemos llamado la *vivencia traumática*. Esta vivencia, paradójicamente, es la de *desarticulación entre el afecto y la representación*. En vez que el afecto de sensación se articule con la figura en el espacio originario bajo el postulado de autoengendramiento, las sensaciones emergen bajo la presencia del introducto. De este modo la vivencia perdurará como traumática, o sea vivencia de corte o de no articulación. La vivencia traumática es la más básica o propia, perteneciente al espacio originario.

La endopercepción por parte del psiquismo de la falla articuladora producto del impacto del evento disruptivo, desencadenarán un conjunto de vivencias asociadas. Cada una de ellas tendrá una característica metapsicológica diferente, una manifestación clínica específica, y requerirá de un abordaje terapéutico acorde a sus cualidades singulares.

b.2- Vivencia de vacío. Al no haber articulación y fallar la conformación de la vivencia, emergiendo la vivencia traumática, la huella mnémica correspondiente al registro de lo originario no puede ser transformada en registro mnémico articulado. Por ende no puede agregarse a los registros que componen la trama vivencial.

Algo no está en la trama pero debería estarlo ya que un suceso aconteció, como lo atestigua la presencia del introducto- vivencia traumática -angustia automática. Suponemos que esta falla en la configuración de la vivencia procesable a nivel del espacio originario, remite a una ausencia en la trama vivencial, deja en ella algo así como un hueco, y que este, como representante de lo que existió y provocó una disfunción, es lo que se percibe en la clínica con las características de la vivencia de vacío traumático.

Por las características endoperceptivas de esta vivencia y el hecho de no estar mediatizada por un factor co-metabolizador, es que la misma pertenece al espacio originario, quedando el vacío como una sensación que generalmente se manifiesta a nivel corporal.

b.3- Vivencia de desvalimiento. El desvalimiento en lo traumático es la consecuencia de la inermidad psíquica causada por la imposibilidad de procesar. Si bien el procesamiento es algo intrapsíquico, hemos planteado en reiteradas oportunidades que su despliegue requiere del otro co-metabolizador. De aquí que la ubicación en el modelo de esta vivencia debe buscarse en el espacio primario y en su postulado de relación.

El desvalimiento en el proceso de desarrollo normal, es elaborado por medio de la presencia de los otros, que cumplen una función co-metabolizadora. En lo traumático el psiquismo al quedar inmerso dentro de los fenómenos de lo originario no puede procesar la relación con los otros posibilitándoles el contacto.

Por ello es que ubicamos a la vivencia de desvalimiento en el espacio primario, espacio en el cual la otredad comienza a emerger.

En realidad debiéramos decir que, en este espacio, la vivencia de desvalimiento ocupa el lugar del registro de la relación co-metabolizadora vinculada a la experiencia traumática, el cual falta ya que en verdad nunca llegó a conformarse.

b.4- La vivencia de desamparo. Esta vivencia se conforma en lugar de la vivencia de amparo que se obtiene a partir de la relación con un medio protector, predecible en su modo, lugar y momento (tiempo y espacio), con alternativas co-metabolizadoras eficaces y suficientes. El espacio que registra todas estas variables es, como sabemos, el espacio secundario, con su postulado del sentido y la capacidad de registro de la alteridad intrínseca.

c- Respecto del sistema mnémico

Relacionemos ahora el sistema de la memoria descrito anteriormente con el modelo de los tres espacios psíquicos.

Diremos ante todo que el modo en que el sujeto actualiza, los contenidos vinculados al impacto de lo disruptivo, en lo traumático, es diferente al modo en que la memoria funciona en forma normal.

En la normalidad la huella mnémica es inscripta en lo originario, este espacio tiene capacidades evocativas de dicha huella, que al ser elaboradas por el registro mnémico en el espacio primario pasará de la evocación a la rememoración por medio de la presencia de un otro, y de allí este registro mnémico por haber adquirido sentido, con dimensión de tiempo y espacio, podrá pasar al orden del recuerdo. El funcionamiento del sistema mnémico es básicamente transformador, y lo inscripto en él incentiva la elaboración.

En lo traumático, esta tendencia al proceso y la elaboración, antes mencionada, adquiere las características de intrusivo e invasivo, sin transformación.

Por causa de la acción del introducto y de la vivencia traumática, los contenidos del evento no pasan a ser recordados, pero si evocados reiteradamente, hemos llamado a este proceso 'evocación repetitiva'.

Entendemos que el modo en que el introducto se registra y luego pasa al orden de la memoria es por medio de la huella mnémica, correspondiente al espacio originario, se producirá una inscripción por internalización pasiva, perdurando la cualidad perceptual de lo registrado, y por ende sin pasaje a representación. Eso registrado quedará como percepto, es decir con las cualidades de lo proveniente del mundo externo.

El psiquismo evoca este percepto en su intención de metabolizarlo como propio, puesto que como hemos visto se activan las sensaciones por presencia del introducto, de este modo se produce una disfunción en el proceso de articulación.

En el espacio primario en el desarrollo normal la presencia del otro estimula al desarrollo de emociones y el despliegue del recuerdo, a partir de las primeras fases del registro mnémico articulado

En la vivencia traumática la huella mnémica pasa al registro mnémico no articulado.

Desde este tipo de registro, la relación con un otro, en lugar de evocar emociones, llevará al sujeto reactualizar sensaciones, intensificando la desconexión con el medio o los objetos co-metabolizadores.

A nivel del espacio secundario, o sea en qué modo emergen los inscripto desde la palabra, veremos que el sujeto no expresa lo que recuerda, o sea que no transmite los contenidos elaborados o metabolizados, sino que por su fuerte impacto perceptual, y por estar inmerso en sensaciones, transmitirá con palabras esas evocaciones repetitivas de sensaciones, por medio de la descripción de escenas o situaciones que en forma permanente y vívida pretenderá poner en palabras.

d- La acción en relación con los espacios psíquicos

Como hemos descrito en el modelo que el destino de la articulación entre el afecto y la representación llevará al contacto y la puesta en sentido con el medio circundante. Cuando este proceso falla, la tendencia es a la acción en sus niveles más arcaicos y a la somatización.

Hemos dividido a la acción en tres tipos según su nivel elaborativo, a saber:

- a) acto,
- b) actuación
- c) interacción específica.

En un desarrollo elaborativo, la acción por medio de las funciones co-metabolizadoras tenderá a organizarse como interacción específica. Ya hemos visto que el acto y la actuación implican niveles más arcaicos de organización de la acción.

La característica del acto es la puesta en acción de una sensación con un absoluto desconocimiento del otro.

La actuación a diferencia del anterior es la emoción puesta en acción en presencia del otro, como modo de establecer contacto.

La interacción específica es el sentimiento puesto en acción con sentido y en contacto, creando intercambio dentro de vínculos significativos.

Desde el espacio originario los distintos contenidos vinculados a la vivencia traumática se expresarán a través de actos o somatizaciones. Son sensaciones puestas en acción, el cuerpo es el productor y receptor de las mismas.

En el espacio primario por medio de la presencia de un otro en lo traumático se pueden manifestar actuaciones, pero las características de estas presentan una peculiaridad, que no serán emociones puestas en acción, sino sensaciones puestas en acción en presencia del otro.

Se produce entonces la paradoja que si bien hay una presencia material de un otro desde el punto de vista del psiquismo no se lo reconoce, tanto sea por falla del psiquismo o por falla de las capacidades co-metabolizadoras de los otros. Es por ello que estas actuaciones adquieren el tinte de repetitivas.

En el espacio secundario, lo traumático no logrará organizarse como interacción específica. La tendencia a la acción llevará en forma permanente a la búsqueda de un sentido idiosincrático, y al desconocimiento del impacto del discurso del conjunto. Quedando inmerso en las características de lo autoengendrado.

A pesar que la acción aparenta estar organizada en forma espacial y con sentido, y a través de la representación palabra, en un estudio más minuciosos son acciones que tiende al desconocimiento del otro poniendo en juego la búsqueda de un componente idiosincrático, lo que delata detrás de ella la presencia permanente del nivel de sensaciones.

Como hemos visto en general en el orden de lo traumático el sujeto habla pero no dice, o sea que no expresa lo fundamental de lo que vivencia en forma profunda. Es por ello que la acción es un modo de expresar esta disfunción.

La somatización si bien pertenece al orden de lo originario, en base a la dinámica intrapsíquica de cada individuo puede también emerger tanto en lo primario como en lo secundario.

e- La investidura objetal

Es preciso diferenciar –y así lo hacemos- entre *necesidad* y *deseo*.

Necesidad es el estado en que el sujeto manifiesta su displacer y su búsqueda de aplacarlo o saciarlo por medio del contacto con el mundo circundante, diferenciado o no.

El estado de necesidad tiene cualidades que atentan contra la fantasía omnipotente de autoabastecimiento, y por lo tanto busca los recursos en el medio circundante, estimulado por este.

El sujeto al pasar de un estado de displacer y desvalimiento, a uno de satisfacción, por medio del mundo externo, obtiene su cuota de placer, que al ser deslindada de la acción somática específica, instaurará en forma paulatina el deseo, o sea la búsqueda de ese placer por contacto.

Para que el deseo se instaure en forma elaboradora, debe haber una evolución en la relación entre el sujeto y su mundo circundante.

En el desarrollo normal el sujeto pasa de un estado de necesidad a un estado de deseo por medio del principio del placer, que rige el psiquismo, y por medio de la acción de los otros co-metabolizadores.

Dado que el núcleo de lo traumático permanece al nivel de la sensación, no pudiendo articular el contacto con el otro, el pasaje de la necesidad al deseo, es coartado. Quedando el sujeto dominado por la necesidad, situación que la vive como denigratoria, por no poder abastecerse en forma omnipotente, y de desamparo por sentir que el mundo circundante no se postula como objetos a través de los cuales pueda obtener placer, o al menos disminución del displacer. Esto explica, en parte, las alteraciones del sujeto en sus funciones sexuales, y en el despliegue de proyectos gratificantes que se tengan que realizar en contacto con el mundo externo.

La necesidad es la investidura característica del espacio originario, lo paradójico en lo traumática es que esta investidura al reconocer al objeto o por falla del mismo, perdura como tal también en el espacio primario y en el secundario.

Cuando se expresa lo traumático en palabras, la expresión de *yo quiero*, por lo general, se remite a un *yo necesito*, a pesar que esto emerja en presencia del otro y por medio de la palabra. Ese *yo necesito* perdurará inundado en la sensación no puesta en contacto, y por lo tanto implicará un *no puedo ser*

satisfecho, o sea que no puedo obtener ni gratificación ni placer. Es de este modo que entendemos que el deseo queda coartado en el proceso de lo traumático, quedando el sujeto inmerso en estado de necesidad.

f- Las funciones co-elaboradoras del otro/"objeto":

En la presentación del modelo en relación con el complejo traumático, hemos destacado que la presencia del otro co-metabolizador, es de fundamental importancia.

Estudiar el circuito co-metabolizador a través del prisma del modelo, relacionándolo con los tres espacios y sus procesos característicos, nos trae una inesperada ampliación del concepto mismo. Por medio del modelo podremos distinguir tres facetas de las funciones co-metabolizadores, y de este modo entender cómo funcionan en el orden de lo traumático.

Nosotros, apoyados en las proposiciones de Bion, Winnicott y Piera Aulagnier, distinguimos tres modos de co-metabolización, a saber:

a) La contención propuesta por Bion, la cual se manifiesta por medio del *Reverie*. Estos conceptos refieren en su origen a la capacidad mental del adulto, primordialmente la madre, de dejarse impactar por los contenidos mentales que su bebé no logra transformar y elaborar, y darles una forma e intensidad tal que este pueda reincorporarlos y metabolizarlos.

b) El sostén postulado por Winnicott, se manifiesta por medio del impacto de la presencia del otro, en calidad de suficientemente bueno.

c) La interpretación, postulada por PieraAulagnier, se expresa como actitud de vida o modo de contacto transformador por medio de la palabra. La interpretación es la función por la cual, en la interacción niño-adulto, los contenidos mentales del primero van adquiriendo un universo de sentidos a través de las representaciones palabra. Esto por sí solo activa capacidades elaboradoras muy sofisticadas del psiquismo, vinculadas precisamente a la palabra en su sentido pleno, e instala un circuito con el otro co-metabolizador a este nivel .

En el orden de lo traumático, cuando el psiquismo se encuentra en un estado de elaboración muy arcaico, por ejemplo inundado en sensaciones, el medio al no poder desarrollar una intervención específica en el estado en él que se encuentra, falla en su función co-metabolizadora.

La falla de las funciones a nivel del espacio originario se vincula con un déficit en la contención a través del *Reverie*. La manifestación de la falla del

medio en el espacio primario afecta a las funciones de holding o sostén, y al nivel del espacio secundario se expresa en un déficit en el uso de la palabra en su potencial interpretativo.

En lo traumático los diferentes aspectos del proceso de co-metabolización se encuentran afectados. Se dan dos vertientes: una vertiente son los obstáculos que parten del propio sujeto que sufre el impacto del fenómeno traumático; la otra vertiente la constituyen los obstáculos del medio por fallas en su función co-metabolizadora. Por lo general encontramos una conjunción de ambas, si bien es importante que entendamos sus especificidades.

Desde los obstáculos que presenta el sujeto, vemos que al no poder formar vivencia ni representar lo fáctico (el introducto permanece en el nivel de "presentación") a nivel del espacio originario, no logra formar el contenido mental con el cual la función de "pre-digestión" del otro podría trabajar para darles unas cualidades que lo vuelvan digerible.

Si el medio no desarrolla capacidades co-metabolizadoras específicas, con una especial sensibilidad en el proceso de contención y *Reverie*, dejará al sujeto inmerso en sus propias sensaciones sin que estas puedan ser puestas en relación.

Debido a las fallas a nivel del espacio primario, las funciones de sostén, que tienen como prerequisite que un contenido entre "en relación", no pueden llevarse a cabo. La tendencia del sujeto impactado por la vivencia traumática llevará a la negación o desconocimiento del otro. En la medida que el otro co-metabolizador no pueda desarrollar una relación muy específica de sostén por medio de su presencia, esta tendencia quedará intensificada.

Las fallas a nivel del procesamiento en el espacio secundario alteran la función de interpretación. Dado que las palabras que el sujeto dice, son palabras que no portan las sensaciones, son palabras vacías, los sentidos consensuados que se manejan refieren al componente aprendido de estas. Expresan el nivel operativo de la palabra pero carecen del nivel vivencial, singular e idiosincrásico del sujeto.

El individuo queda en un estado de desconexión profunda a este nivel. El medio, al tratar de comunicarse por medio de la palabra con sentido o palabra consensuada, intensifica el aislamiento, perdiendo este tipo de comunicación sus cualidades interpretativas.

En definitiva, a través del modelo podemos comprender como, en el complejo traumático, el proceso de co-metabolización puede fallar en sus tres aspectos, de contención, sostén e interpretación.

Resumamos lo dicho en un cuadro sinóptico, a los fines de que el lector pueda aprehender en una mirada abarcativa lo esencial de nuestra propuesta y la utilidad del modelo de los tres espacios para explicar los avatares del complejo traumático.

FUNCIONAMIENTO NORMAL

ESPACIO DIMENSIÓN	ORIGINARIO	PRIMARIO	SECUNDARIO
POSTULADO	Autoengendramiento	Relación	Sentido
SUJETO - EXTERNO	Lo Uno	Alteridad espacial	Alteridad interna. Témporo-espacial
APECTO	Sensación	Emoción	Sentimiento
REPRESENTACIÓN	Figura	Contacto	Palabra-Idea
FUNCIONES CONSTITUCIONALES Y EL OBJETO	Esencialmente maternante con presencia paternante (dentro del discurso del conjunto)	Maternante y paternante dentro del discurso del conjunto	Paternante y discurso del conjunto bajo la elaboración maternante
INTERNALIZACIÓN	Introyecto Introyección Internalización activa	Acrecienta la actividad de procesamiento.	Comunicación y expresión verbal consensuada.
SISTEMA MNÉMICO	Huella Mnémica Inscripción activa	Registro Mnémico Articulado	Recuerdo

	Evocación	Rememoración	
ACCIÓN	Somatización Acto	Somatización Actuación	Interacción Específica

COMPLEJO TRAUMATICO

ESPACIO DIMENSION	ORIGINARIO	PRIMARIO	SECUNDARIO
INTERNALIZACION	Introducto Internalización pasiva Reactivación perceptiva	Introducto Reactiva percepción. Disminuye contacto	Introducto Obstruye capacidad cogitativa.
COMPLEJO TRAUMATICODIMENSION VIVENCIAL	Vivencia traumática. Vivencia de vacío traumático	Vivencia de desvalimiento	Vivencia de desamparo
SISTEMA MNÉMICO	Huella mnémica Inscripción pasiva Evocación repetitiva de sensación	Registro Mnémico de lo No Articulado Evocación repetitiva de sensación en presencia del otro	Evocaciones repetitivas verbales
ACCION	Somatización Acto	Somatización Acto Actuación	Somatización Acto Actuación
INVESTIDURA OBJETAL	Necesidad.	Necesidad	Necesidad
FUNCIONES Co- ELABORADORAS DEL OBJETO	Containment Falla contención Reverie	Holding Falla sostén	Interpretación Falla interpretación

Capítulo V

LA FIGURABILIDAD EN FREUD

Moty Benyakar y María Silvana Gonçalves Borrega

En este trabajo tomaremos a la figurabilidad desarrollada e investigada por Freud especialmente en la interpretación de los sueños, con la ambición de luego traspolar estos procesos a la situación de vigilia en la cual se despliega la actividad terapéutica.

En La Interpretación de los Sueños Freud postula que los fenómenos somáticos cobran su dimensión psíquica por medio de figuras. La primera forma psíquica de las sensaciones es la figura. Cuando la sensación no entra en relación con la madre o un sustituto, se anquilosa en forma aislada de la interrelación, es decir se anquilosa en el autoengendramiento. La permanencia de la sensación en figura, fuera de la relación, es la esencia de la alucinación y el delirio.

Frente a la dificultad de utilizar el lenguaje consensuado como intento de contacto, es allí donde la figurabilidad, usada a modo de interpretación, es de suma utilidad, para ir llevando a la relación terapéutica en primera instancia, esa sensación que pudo ser, muchas veces alienante, para luego juntos buscar un sentido.

Generalmente estamos acostumbrados a asociar directamente el trabajo de la figurabilidad con la situación del dormir puesto que se manifiesta claramente en el sueño.

A lo largo de este apartado del trabajo, si bien tomaremos material de La Interpretación de los Sueños, no abordaremos la temática del trabajo del sueño en la clínica, sino intentaremos buscar las fuentes y extrapolarlas a la técnica.

La figurabilidad y sus fuentes

En el trabajo de La Interpretación de los Sueños, donde Freud va investigando la formación de los mismos, enfatiza la importancia de la figurabilidad como proceso de representación psíquica, no solo en la producción de los sueños sino también en la comunicación de la vigilia.

Freud postula que el sueño es una de las formas de re-experienciar la vida infantil. Dice: *“la vida infantil es una de las fuentes de donde el sueño recibe, para su reproducción, un material que, en parte, no es recordado ni utilizado en la actividad de pensamiento de la vigilia.”* (Freud, S. 1984a)

Freud desestima la importancia de los estímulos externos como única fuente para la formación de figuras en los sueños cuando dice: *“... por lo contrario, conjeturar que la estimulación sensorial objetiva que sobreviene durante el dormir desempeña sólo un modesto papel en cuanto fuente de los sueños...”* (Freud, S. 1984b)

Le da un papel de importancia a las excitaciones internas como fuente de las imágenes oníricas para lo cual cita un trabajo de Wundt donde este autor dice: *“En las ilusiones oníricas desempeñan además un papel esencial, según creo, aquellas sensaciones subjetivas de la vista y del oído que nos son familiares en el estado de vigilia”.* (Freud, S. 1984c)

Freud postula la producción figurativa también en las alucinaciones hipnagógicas. Determina de esta manera que ellas aparecen también en momentos que lindan entre la vigilia y el estado del dormir como una especie de producción onírica estando despiertos: *“La principal prueba del poder de las excitaciones sensoriales subjetivas para excitar sueños la proporcionan las alucinaciones llamadas «hipnagógicas», que Johannes Müller (1826) ha descrito como «fenómenos visuales fantásticos». Son imágenes a menudo muy vívidas y cambiantes, que en el período de adormecimiento suelen aparecérselas a ciertas personas de manera enteramente regular, y pueden perdurar unos momentos aun después de abiertos los ojos ”.* (Freud, S. 1984d)

Hasta aquí Freud se basó en investigaciones realizadas por Wundt para decir que el sueño no es solo producto de estímulos externos e internos. Más adelante él va a postular al sueño como un producto pulsional.

Freud nos explica como las sensaciones, durante el dormir, se van a poner de manifiesto en formas. La forma de las sensaciones es la “figura” que podemos reconocer en el material de los sueños.

Pero no solo en estados patológicos las sensaciones cobran forma. El psiquismo va a ir representando sus sensaciones en figuras también en estados no patológicos. Dice: *“Si está bien comprobado que el interior del cuerpo pasa a ser, en estados patológicos, fuente de estímulos oníricos, y si admitimos que, durante el dormir, el alma, apartada del mundo exterior, puede prestar mayor atención al interior del cuerpo, hay razones para suponer que los órganos no necesitan estar enfermos para provocar en el alma durmiente excitaciones que de algún modo se convierten en imágenes oníricas”.* (Freud, S. 1984e)

“La argumentación que convierte a las sensaciones vegetativas de órgano en formadoras del sueño tiene además para el médico este atractivo: permite unificar la etiología del sueño y la de las perturbaciones mentales, que en su manifestación muestran tantas coincidencias; en efecto, las alteraciones de la cenestesia y los estímulos provenientes de los órganos internos acusan también considerable importancia en la génesis de las psicosis” (Freud, S. 1984f)

Hasta aquí Freud toma información del mundo de la medicina donde uno de los componentes del sueño es lo somático y le agrega un componente filosófico postulado por Schopenhauer, lo expresa así: *“La imagen del mundo nace en nosotros porque nuestro intelecto moldea las impresiones que le vienen desde fuera en las formas del tiempo, el espacio y la causalidad. Los estímulos que parten del interior del organismo, del sistema nervioso simpático, se exteriorizan durante el día a lo sumo en una influencia inconsciente sobre nuestro talante. Pero de noche, cuando se acalla el efecto ensordecedor de las impresiones diurnas, las impresiones que surgen del interior pueden atraer la atención, del mismo modo que por la noche oímos el murmullo de las fuentes que el alboroto del día vuelve imperceptible. Pero, ¿de qué otra manera reaccionará el intelecto frente a esos estímulos, si no es cumpliendo la función que le es propia? Por tanto, transformará los estímulos en figuras que ocupan tiempo y espacio, que se mueven siguiendo el hilo de la causalidad, y así nace el sueño [cf. Schopenhauer.] (Freud, S. 1984g)*

Figurabilidad y Vivencia

Freud aclara que el sueño es el producto de la articulación de vivencias “impresionantes y su figuración, no producto de escenas reales: *“Entre el material psíquico de los pensamientos oníricos se encuentran, en general, recuerdos de vivencias impresionantes -no es raro que de la primera infancia-, que, por tanto, en sí mismas han sido aprehendidas como situaciones de contenido casi siempre visual. ...ejerce un influjo determinante sobre la conformación del contenido del sueño.... La situación del sueño no es a menudo más que una repetición modificada, y complicada por intercalaciones, de una de esas vivencias impresionantes; en cambio, sólo muy rara vez brinda el sueño una reproducción fiel e incontaminada de escenas reales. (Freud, S. 1984t)*

Freud manifestó que no solo los contenidos se figuran sino también los procesos de relación de causa y efecto, por lo tanto en el trabajo de la figurabilidad debemos buscar no solo la figuración de sensaciones sino, por medio de la figurabilidad, ver en qué forma son procesadas.

Freud propone que por medio de la figurabilidad podemos entrar en el interjuego de la temporalidad como así también de los conflictos impulsivos. Lo expresa así: *“Representaciones que están en oposición unas con otras son expresadas de preferencia en el sueño mediante idéntico elemento. (Ver nota) El «no» parece no existir para el sueño.”* (Freud, S. 1984u)

Vemos por medio de la figuración que podemos ir en busca no de una lógica formal para el entendimiento del material presentado, sino de un producto especial que le va a dar el tinte de lo inconsciente a los procesos de “pensamiento onírico”. Dice así:

“Ahora bien, toda vez que el sueño aparece palmariamente absurdo, que incluye en su contenido un contrasentido evidente, es así con un propósito y expresa, por su aparente descuido de todos los requerimientos lógicos, una porción del contenido intelectual de los pensamientos oníricos. Lo absurdo en el sueño significa contradicción, escarnio o burla en los pensamientos oníricos”. (Freud, S. 1984v)

Vemos aquí como Freud en forma explícita postula que el proceso de figuración es una de las formas que tenemos para detectar los estímulos de índole corporal, o sea el pase de estímulos e impulsos a sensaciones, dice así: *“El vínculo entre el contenido de muchos sueños y la repleción de la vejiga o un estado de excitación de los órganos sexuales es nítido e inequívoco. De estos casos trasparentes se pasa a otros en que el contenido de los sueños permite, al menos, conjeturar con fundamento la influencia de estímulos corporales de esa índole, puesto que incluye algo que puede concebirse como procesamiento, figuración o interpretación de esos estímulos.”* (Freud, S. 1984w)

Nos advierte de cómo debemos elaborar este proceso de pase de la sensación a su figuración cuando dice: *“Quizá también los estímulos internos y externos que afectan al durmiente no sean sino los incitadores del sueño.”*

El otro rasgo común de los sueños, su particularidad psíquica,... La mayoría de las veces, en el sueño vivenciamos algo en formas visuales”. (Freud, S. 1984x)

Por medio de las figuraciones que emergen en el proceso analítico ponemos en contacto al paciente con aquello que él sabe pero que cree que no lo sabe, Freud dijo esto cuando postuló que el soñante dice siempre que no sabe diciendo: *“es muy probable, que el soñante a pesar de todo sepa lo que su sueño significa, sólo que no sabe que lo sabe y por eso cree que no lo sabe”.* (Freud, S. 1984y)

Lenguaje Figural y Desfiguración

El lenguaje figural

Otro aporte de Freud es la propuesta que la podríamos llamar como la capacidad de “mirarnos las sensaciones”. Para que el sueño se forme las figuras deben ser transformadas, es decir el psiquismo va haciendo transformaciones de un estado a otro. Nos informa acerca de las permutaciones de la figurabilidad. De esta forma Freud nos habla de un lenguaje figural. Lo expresa así:

“...la alteración que el material onírico en general experimenta a los fines de la formación del sueño. Los desplazamientos antes estudiados resultaron ser sustituciones de una determinada representación por otra que, de algún modo, le era vecina en la asociación; se volvían aprovechables para la condensación puesto que así, en lugar de dos elementos, conseguía ser recogido en el sueño uno solo, algo común intermedio entre ambos. Aún no hemos hablado de que haya otro tipo de desplazamiento. ...se trata de un desplazamiento a lo largo de una cadena asociativa; el proceso es el mismo, pero se cumple en esferas psíquicas diversas y el resultado de tal desplazamiento es, en el primer caso, la sustitución de un elemento por otro, mientras que en el segundo un elemento permuta las palabras que lo expresan por las que expresan a otro”. (Freud, S. 1984l)

Continúa diciendo: “Este segundo tipo de desplazamiento contribuye notablemente a esclarecer esa apariencia de absurdo fantástico con que el sueño se disfraza. Si el pensamiento onírico, inutilizable en su expresión abstracta, es remodelado en un lenguaje figural, entre esta nueva expresión y el resto del material onírico pueden establecerse con mayor facilidad que antes los contactos e identidades que el trabajo del sueño requiere y que él se crea toda vez que no los encuentra ya dados; en efecto, en cualquier lenguaje, en virtud de su evolución, los términos concretos son más ricos en anudamientos que los conceptuales. (Freud, S. 1984l)

Aquí Freud realza que los términos concretos son más conectores y propicios a desplegar cadenas de relaciones que el uso de los términos abstractos. En la clínica debemos tener en cuenta que el uso de estos términos concretos es que sean concretos para la propia persona.

La desfiguración onírica

Nuestra labor de interpretación debemos en principio centrarnos en el pase de lo manifiesto a lo latente y para esa labor nos valemos de la figurabilidad. Al referirse a la desfiguración onírica dice: *“Sin duda tienen que ser interpretados, o sea, traducidos; es preciso hacer revertir su desfiguración y sustituir su contenido manifiesto por el latente, antes de que podamos pronunciar un juicio sobre si lo que hemos descubierto en los sueños infantiles puede exigir validez para todos los sueños. (Freud, S. 1984ab)*

Con respecto a la importancia de la desfiguración onírica agrega: *“La desfiguración onírica es aquello que nos hace aparecer ajeno e incomprensible el sueño.” (Freud, S. 1984ac)*

Freud pone mucho énfasis en el trabajo de la desfiguración lo que paradójicamente podemos abordar por medio del trabajo de la figurabilidad puesto que de lo contrario por medio de la lógica formal y de las palabras consensuadas podríamos estar acrecentando el proceso de desfiguración.

Vemos de esta forma como Freud sostiene a la censura como factor central de la desfiguración. Continúa diciendo: *“Hasta ahora está en camino de convertirse en algo parecido a una representación obsesiva, a una idea delirante, etc., es decir, en un pensamiento reforzado por transferencia y desfigurado en su expresión por la censura. El proceso onírico emprende entonces el camino de regresión sobre él ejercen grupos mnémicos que en parte existen sólo como investiduras visuales, no como traducción a los signos de los sistemas que vienen después. Por el camino de la regresión cobra figurabilidad. (Freud, S. 1984r)*

Pensamiento y Figurabilidad

Freud explica que durante el sueño se piensa en “imágenes”, no en conceptos como durante la vigilia, dice: *“Lo característico del estado de vigilia es, según Schleiermacher (1862, Pág. 351), que la actividad de pensamiento se cumple en conceptos y no en imágenes. Ahora bien, el sueño piensa principalmente por imágenes.”*

“No obstante, lo único característico del sueño son esos elementos de contenido que se comportan como imágenes, vale decir, se asemejan más a percepciones que a representaciones mnémicas... el sueño alucina, reemplaza pensamientos por alucinaciones.”. (Freud, S. 1984h)

De esta manera vemos que Freud nos enfrenta con una especial concepción de la representación puesto que postula en sus palabras que de la misma manera que existen pensamientos en imágenes y en ideas, existen representaciones en imágenes y representaciones en ideas.

A nuestro entender esta postulación de Freud de representaciones en imágenes será válida, no solamente para abordar el sueño y los procesos hipnagógicos, sino también el adormecimiento, como estado psíquico especial, denominado por Bion como “ensoñación” y propuesto como estado ideal durante la sesión analítica. Esto nos lleva a repensar en que forma trabajamos con la figurabilidad en el proceso terapéutico.

Figurabilidad y Pensamiento Abstracto

Freud propone una bidireccionalidad de la figurabilidad. Por un lado propuso que la actividad cenestésica corporal es transformada en figuras, como ya la vimos anteriormente y aquí agrega en que forma las ideas abstractas se transforman en el dormir en el lenguaje figurativo.

De esta manera Freud postula dos vertientes de las formas que emergen en el psiquismo, la primera la del cuerpo y la segunda la de las ideas.

Freud nos trae la importante y brillante idea para el trabajo clínico que el material del sueño puede ser interpretable, aunque la meta racional que se trae en estos contenido no siempre se entienda: *“A pesar de esta multiplicidad de vertientes, puede decirse que la figuración característica del trabajo del sueño, si bien es cierto que no lleva el propósito de que se la comprenda, no ofrece a su traductor dificultades más grandes que las que ofrecía a sus lectores la escritura jeroglífica de los antiguos” (Freud, S. 1984m)*

Figurabilidad e Imágenes Visuales.

Figuración Visual

De esta forma Freud nos habla de qué modo la elaboración de lo figurable se va complejizando en nuestro psiquismo y como el proceso del pensamiento va desarrollando diferentes mecanismos. Lo expresa así: *“Con las elucidaciones precedentes hemos terminado por descubrir un tercer factor cuya contribución a la mudanza de los pensamientos oníricos en el contenido del sueño no ha de tasarse en poco: el miramiento por la figurabilidad dentro del peculiar material psíquico de que se sirve el sueño, y que consta entonces, las más de las veces, de imágenes visuales. Entre los diversos anudamientos colaterales de los pensamientos oníricos esenciales se prefieren los que permiten una figuración visual, y el trabajo del sueño no ahorra esfuerzos para refundir tal vez primero los pensamientos abstractos en otra forma lingüística, aun la más insólita, con tal que posibilite la figuración y así ponga fin al aprieto psicológico del pensamiento estrangulado”.* (Freud, S. 1984n)

Impresiones Sensoriales, Imágenes Mnémicas, Palabra y Pensamiento

Freud postula que nuestra labor se despliega con un vector regresivo para abordar el desarrollo progrediente de figuras a imágenes y a pensamiento.

Al respecto dice:

“Ahora bien, nuestros pensamientos proceden de imágenes sensoriales de esa índole; su material primero y sus etapas previas fueron impresiones sensoriales, mejor dicho: las imágenes mnémicas de estas. Sólo más tarde se las conectó con palabras y estas, después, se ligaron en pensamientos. Por consiguiente, el trabajo del sueño aplica a los pensamientos un tratamiento regresivo, les hace revertir su evolución, y en el curso de esta regresión tiene que dejarse de lado todo lo que se sobreañadió, como conquista nueva, en el desarrollo progresivo desde las imágenes mnémicas hasta los pensamientos”. (Freud, S. 1984ai)

Queremos aclarar aquí que la idea de desarrollo regresivo utilizado en la traducción del texto al castellano, nosotros lo entendemos como proceso regresivo y progrediente, haciendo una diferenciación respecto a los conceptos de regresivos y progresivos, como luego lo explicaremos en detalle.

La Figurabilidad, Afecto y Deseo

La figurabilidad y la causalidad del sueño

Freud va a ser cuidadoso al postular que si bien la figurabilidad esta movida por componentes cenestésicos corporales no es su única causa, para después más adelante postular como causalidad del mismo al deseo. Freud lo explica así:

“Entre los estímulos que se imponen al sueño desde el interior del cuerpo se cuenta sin duda la cenestesia corporal {Gesamtstimmung}. Además, ese talante general legado por el día anterior está enlazado con los restos psíquicos significativos para el sueño.” (Freud, S. 1984j).

Figurabilidad y el afecto del sueño

El sueño tiene un matiz afectivo: el talante, que es el afecto que se está manifestando.

Veremos cómo Freud propone la relación entre el deseo y la figurabilidad.

Lo expresa así: *“Acerca de los afectos del sueño sólo agregaré unas pocas observaciones desde otro punto de vista. Una inclinación afectiva -lo que llamamos talante. Ese talante puede proceder de las vivencias e ilaciones de pensamiento del día, o tener fuentes somáticas; en ambos casos irá acompañado por las ilaciones de pensamiento que le corresponden...Se encuentra bajo la restricción de que sólo puede figurar lo que es un cumplimiento de deseo, y sólo del deseo puede tomar prestada su fuerza psíquica impulsora. El material a que adhieren será retrabajado hasta que pueda usárselo para expresar el cumplimiento de deseo. Cuanto más intenso y dominante sea el elemento del talante apenado en el interior de los pensamientos oníricos, con tanto mayor seguridad las mociones de deseo más sofocadas aprovecharán esa oportunidad para llegar a figurarse”.* (Freud, S. 1984q)

Sobre vivencias alucinatorias, contenido y afecto

Freud postula que el sueño se despliega movilizado por el deseo y destaca que este deseo emerge en el psiquismo en forma de vivencias alucinatorias. Dice así:

“Desde ambos lados resultó que el trabajo del sueño consiste esencialmente en la transposición de pensamientos a una vivencia alucinatoria. ...Se propone eliminar, mediante un cumplimiento de deseo, un estímulo anímico perturbador del dormir.”. (Freud, S. 1984ak)

Freud desarrolla la temática de la figurabilidad en sus obras posteriores y en base a sus diferentes descubrimientos va desarrollando el concepto de angustia, su relación con la represión y la forma en que la figurabilidad se pone en juego en el desarrollo del pensamiento. Dice así:

“Espero que no hayan perdido el panorama de conjunto y sepan todavía que estamos indagando los vínculos entre angustia y represión. Acerca de ellos, hemos averiguado dos cosas nuevas: la primera, que la angustia crea a la represión y no a la inversa, como pensábamos; y [la segunda], que una situación pulsional temida se remonta, en el fondo, a una situación de peligro exterior. ...Ahora bien, el caso de la represión es aquel en que la moción pulsional sigue siendo nativa del ello y el yo se siente endeble. Entonces el yo recurre a una técnica que en el fondo es idéntica a la del pensar normal. El pensar es un obrar tentativo con pequeños volúmenes de investidura, semejante a los desplazamientos de pequeñas figuras sobre el mapa, anteriores a que el general ponga en movimiento sus masas de tropa.” (Freud, S. 1984al)

Figura Imagen y Palabra

El trabajo de la figurabilidad se despliega tanto en los contenidos manifiestos de la vigilia como en los contenidos latentes. Freud hace la diferenciación entre estos dos niveles cuando dice:

“Llamaremos contenido manifiesto del sueño a lo que el sueño cuenta, y pensamientos latentes del sueño a aquello oculto a lo cual debemos llegar persiguiendo las ocurrencias. (Freud, S. 1984z)

Freud postula tres conceptos que los hace interactuar insinuando el peso de cada uno sin especificar explícitamente las diferencias. Estos tres conceptos son: Figura, Imagen y Palabra. Hoy en día podríamos postular que la imagen es la figura puesta en palabras. En este punto Freud diría que en la imagen ya hay un proceso de desfiguración al poner la figura en palabras. Al respecto encontramos esto cuando dice: *“Descubren ustedes aquí un nuevo tipo de relación entre elemento onírico manifiesto y latente. El primero no es tanto una*

desfiguración del segundo cuanto una figuración de él, su expresión en imágenes plásticas, concretas, que toman como punto de partida la literalidad de ciertas palabras. Pero precisamente por eso es de nuevo una desfiguración, pues en la palabra hemos olvidado hace mucho la imagen concreta de que surgió, y ya no la reconocemos en su sustitución por la imagen. Si reparan en que el sueño manifiesto consta prevalentemente de imágenes visuales, y más raras veces de pensamientos y palabras, sospecharán que esta modalidad de la relación cobra particular importancia para la formación del sueño. Ven, además, que por este camino se vuelve posible crear en el sueño manifiesto imágenes sustitutivas para toda una serie de pensamientos abstractos, imágenes que sirven al propósito del ocultamiento. (Freud, S. 1984aa)

Junto a ello nos propone que la esencia de la labor de lo onírico está en la transmutación y en las trasposiciones regresivas del pensamiento en imágenes, dice así: *“Es extraño que los resultados del psicoanálisis pudieran usarse inapropiadamente para un truco así. <Sueño> no puede nombrar ninguna otra cosa que al resultado del trabajo onírico, vale decir, la forma a la cual los pensamientos latentes han sido transmutados por el trabajo onírico.” (Freud, S. 1984aj)*

Regrediente, Progrediente y Figurabilidad

Freud no diferencia en forma explícita entre imagen y figura. Distingue entre imágenes de sensaciones reales e imágenes de la palabra. De esta forma podemos diferenciar el concepto de figura para atribuirlo, al decir de Freud, a las imágenes de sensaciones reales, diferenciándolas de las imágenes para calificar aquel producto que es consecuencia de la palabra. La figura es la forma de la sensación previa a la tramitación de la palabra. Son formas sin palabras. Las figuras expresadas por las palabras consensuadas serían imágenes. O sea que la diferencia entre la figura y la imagen es que la primera, la figura, solo esta puesta en sensación, mientras que la imagen esta puesta en relación. *(Freud, S. 1984ap)*

Al trabajar con la figurabilidad apuntamos al mundo averbal, que no tiene palabra. En el sueño se piensa en figuras, es decir que la secuencia de figuras es el pensamiento onírico, principio también propuesto por Sara y Cesar Botella.

Nosotros entendemos que Freud nos posibilita diferenciar entre la representación mental de la palabra en imagen, de la representación mental de la figura. Describe a esta última como “imágenes de sensaciones reales”. También descubre las permutaciones de la figurabilidad en el trabajo onírico.

Dice: *“Mientras que el alma vigilante piensa y representa por imágenes de palabra y por el lenguaje, en el sueño ella piensa y representa por imágenes de sensación reales, Y en el sueño viene a agregarse a esto una conciencia espacial, en la medida en que, como en la vigilia, sensaciones e imágenes son trasladadas a un espacio exterior. Por eso debe admitirse que respecto de sus imágenes y percepciones el alma se encuentra en sueños en idéntica situación que en la vigilia... En suma, su apartamiento del mundo exterior contiene también la razón de su creencia en el mundo subjetivo de los sueños.”* (Freud, S. 1984i)

Otro aporte que nos trae Freud al final de este párrafo al trabajar el tema de la figurabilidad es la discriminación entre mundo interno y mundo externo.

La regresión y el carácter regrediente de la figurabilidad

Freud resume el proceso del pase de la vigilia al dormir y la forma en que se despliegan los caminos hacia los restos diurnos. Estipula el modo en que el deseo se conduce por los caminos normales de los procesos del pensamiento. Postula así el funcionamiento de la censura y su relación con la figurabilidad. Dice así:... *Así se engendra un deseo transferido al material reciente, o el deseo reciente sofocado cobra nueva vida por el refuerzo que le viene del inconsciente. Ahora él querría penetrar en la conciencia siguiendo los caminos normales de los procesos de pensamiento, vale decir, a través del Prcc, al que pertenece por uno de sus componentes. Pero choca con la censura que todavía subsiste y a cuya influencia queda entonces sometido. Aquí adopta la desfiguración que ya se había iniciado por la transferencia a lo reciente”* (Freud, S. 1984r)

La figurabilidad y el carácter progrediente

Freud postula que el trabajo del sueño se da en forma progrediente, esas sensaciones primarias van buscando en los materiales mnémicos un contenido para su figurabilidad, de ahí es que eso se transformará en pensamiento que se va a expresar en la palabra dicha. En la labor terapéutica especialmente con pacientes relacionados a la patología de vacío, se presenta una gran dificultad para que esas sensaciones y percepciones internas puedan ser puestas en

palabras, es por ello que técnicamente nosotros debemos ayudarlos a realizar esta labor. En vez de trabajar en forma progrediente lo hacemos en forma regrediente, o sea que utilizamos la palabra no desde su perspectiva simbólica dadora de sentido sino postulamos una figura que vaya buscando ese sentido-sensación el cual no puede ser expresado. Desde esa conjunción entra esa figura prestada al sentimiento del paciente por medio de una actividad regrediente. En la medida que sea efectiva el paciente podrá reiniciar un proceso progrediente para tratar de poner esa conjunción de figuras y sensaciones en palabras que den sentido.

Debemos recalcar que no estoy hablando de un proceso regresivo en el desarrollo del paciente, sino que me refiero a la direccionalidad procesual de la elaboración psíquica.

Figurabilidad y Símbolo

La relación simbólica

En el procesamiento de lo onírico Freud introduce una discriminación entre la ilustración por imágenes o sea lo figurativo y lo simbólico, dice así: *“Llamamos simbólica a una relación constante de esa índole entre un elemento onírico y su traducción, y al elemento onírico mismo, un símbolo del pensamiento onírico inconsciente.”* (Freud, S. 1984ad)

Figurabilidad, figura y símbolo

Freud no siempre diferencia entre figura y símbolo. El utiliza el término “simbolizaciones”. La palabra símbolo proviene del griego, SIMBOLON, es algo concreto que remite a lo que no está ahí. El símbolo me hace traer a la mente lo que representa. Es decir que el sueño se sirve de “figuras” existentes, a las cuales desde el trabajo de análisis de los sueños podremos intentar encontrar su connotación simbólica.

Freud dice así: *“No hace falta suponer una particular actividad simbolizante del alma en el trabajo del sueño, sino que el sueño se sirve de tales simbolizaciones, que están contenidas ya listas en el pensamiento inconsciente, debido a que ellas satisfacen mejor los requerimientos de la formación del sueño por su figurabilidad, y las más de las veces también por estar exentas de censura”* (Freud, S. 1984o)

Aquí Freud nos plantea un problema complejo en el interjuego entre la sensación, la figura la imagen y el símbolo.

Del párrafo anterior podemos concluir que una sensación por medio de la mutación psíquica adquiere su primera dimensión simbólica en la figura. Al decir de Freud lo simbólico que hay en la figura está determinado por el inconsciente y es idiosincrático. El segundo paso es al transformarse la figura en imagen. Por medio de la palabra se conjuga lo simbólico que proviene del inconsciente con lo simbólico adjudicado por la palabra, base de la cultura. El trabajo terapéutico se despliega en esa intersección pretendiendo abordar las distorsiones de ese proceso.

Al trabajar clínicamente la figurabilidad en su forma pura tratamos de eludir lo simbólico, para encontrarnos con el afecto tal cual es con la intención de tomar contacto con aquellas elaboraciones previas a la represión.

Símbolo, sustitución, figuración y alusión.

Freud enfatiza la diferencia entre lo simbólico y la figurabilidad cuando dice: *“Debe admitirse también que el concepto de símbolo no está por ahora deslindado con nitidez, se confunde con la sustitución, la figuración.”* (Freud, S. 1984ae)

Enfatiza aún más la diferencia en su abordaje clínico cuando dice: *“Las interpretaciones de símbolos son, a diferencia de la multiplicidad de las desfiguraciones oníricas, hartamente monótonas. Provocan desagrado en todas las personas que toman conocimiento de ellas; pero, ¿Qué hacer en contra de eso?”*. (Freud, S. 1984af)

Figurabilidad y Lenguaje Fundamental

Haciendo referencia a Schreber Freud nos habla de un lenguaje que va por sobre las referencias simbólicas. Schreber llama a esto “el lenguaje fundamental” y Freud se remite a este cuando dice: *“La esfera del simbolismo es enorme, el simbolismo onírico es sólo una pequeña parte de ella. Tengo que mencionar aquí la fantasía de un interesante enfermo mental [psicótico], quien había imaginado un «lenguaje fundamental» del cual todas estas referencias simbólicas serían los relictos”*. (Freud, S. 1984ag)

“...aunque no existiera censura onírica alguna, el sueño no nos resultaría comprensible, pues entonces nos aguardaría la tarea de traducir el lenguaje simbólico del sueño al de nuestro pensamiento de vigilia. Por consiguiente, el

simbolismo es, junto a la censura onírica, un segundo factor de la desfiguración del sueño, y un factor autónomo. Pero es fácil suponer que a la censura onírica le resulta cómodo servirse del simbolismo, puesto que le procura el mismo objetivo: la ajenidad y el carácter incomprensible del sueño". (Freud, S. 1984ah)

De esta forma vemos como Freud postula que lo simbólico al igual que la censura onírica es una desfiguración del sueño y trabajar sólo desde lo simbólico puede acrecentar la ajenidad sin poder abordar lo idiosincrático de la producción psíquica.

Conclusiones

Freud postula la figurabilidad como el factor fundante del proceso de representación psíquica.

Enfatiza y le da mayor despliegue a esto en sus trabajos sobre el sueño, cita en ellos las diversas fuentes en las cuales se basa y destaca como las vivencias impresionantes cobran figuración psíquica durante el sueño.

En el desarrollo de sus investigaciones postulará a la censura como factor principal en el proceso de desfiguración.

Freud toma lo arcaico del psiquismo como base esencial de la actividad psíquica que se desplegará por medio de trasposiciones entre 'imágenes sensibles' que van a ser los factores germinativos del pensamiento.

Propone al deseo como la fuente movilizadora central que en un principio emergerá como vivencias con rasgos alucinatorios cobrando de esta forma la dimensión de la figurabilidad.

Como señalamos anteriormente, entendemos de estas postulaciones que la figura es la primera forma psíquica que adquieren las sensaciones.

Operativamente analizamos los textos de Freud basándonos en la premisa de que a figura es la sensación puesta en forma, al modo que Piera Aulagnier lo postula. Desde ya que esto fue postulado por Freud pero utilizó este concepto de diferentes modos a lo largo de sus trabajos.

Freud propone premisas para diferenciar entre figuras e imágenes y estas las hemos analizado minuciosamente a lo largo del trabajo. A pesar de ello en ciertas partes del texto utilizamos el concepto figura indiscriminadamente de la imagen.

Entendimos que clínicamente sería mucho más beneficioso si pudiésemos diferenciar entre estos dos conceptos utilizados por Freud, la figura y la imagen, tomando a la figura como la sensación puesta en forma tal cual como lo definimos anteriormente, diferenciándolo de la imagen que la sensación puesta en relación. La diferencia entre ellas se da por medio del uso de la palabra.

Al trabajar con la figurabilidad apuntamos al universo pre-verbal y a-verbal del paciente para poder llevar estas sensaciones al plano de las relaciones por medio de las imágenes consensuadas entre el paciente y su mundo externo en general. Este proceso facilitará la puesta en sentido que es una de las metas del tratamiento.

El proceso del pase de la figura a la imagen y al sentido es un proceso progrediente y este se da en todo desarrollo evolutivo normal. En la labor terapéutica al trabajar la figurabilidad, tanto sea en lo manifiesto, en el discurso del paciente o en lo expresado por medio de los sueños, nuestra labor será regrediente, o sea partimos de las palabras en busca de las figuras para que las sensaciones puedan ser manifestadas.

De esta manera incentivamos el mecanismo bidireccional procesual de la actividad psíquica.

El proceso progrediente que Freud postuló es que una sensación por medio de una mutación psíquica adquiere su primera dimensión simbólica en la figura. Esta determinación es absolutamente inconsciente por lo tanto su componente simbólico tiene un contenido idiosincrático. Al transformarse la figura en imagen por medio de la palabra se conjuga lo figurativo que proviene del inconsciente con lo simbólico de la palabra consensuada base de la cultura.

En los pacientes con patología de vacío el proceso de enlace se ve truncado o distorsionado por medio del uso de la interpretación figurativa nos avocamos a la reconstrucción del proceso.

Lo paradójico e interesante es que al trabajar la figurabilidad tratamos de eludir lo simbólico consensuado para aproximarnos en la medida de las posibilidades al afecto con la menor desfiguración posible.

O sea tratando de apuntar a aquellos productos psíquicos que pertenecen al orden de los elementos que emergieron previos a la represión. Trabajar desde lo consensuado puede acrecentar la ajenidad en la cual está inmerso el paciente sin poder contactar lo idiosincrático de la producción psíquica.

Por medio del proceso de figurabilidad podemos relacionarnos con aquellos procesos de representación que por sus características a-verbales o pre-verbales pueden no ser metabolizados a otros niveles de representación.

Es importante destacar la diferencia entre figurabilidad como fenómeno psíquico, tal como aparece desde el punto de vista del desarrollo del infans, o el modo en que emerge la figurabilidad en el psiquismo del paciente durante la labor clínica, diferenciándola del uso que hace el terapeuta de ella, como instrumento, es decir, como “interpretación figurativa”.

La figurabilidad es un fenómeno que pertenece a los primeros estadios del desarrollo psíquico, y pertenece a procesos normales del desarrollo, junto a ello vemos los fenómenos de la figurabilidad en procesos de sueños o ensoñaciones, manifestaciones que emergen cotidianamente en la clínica tanto de niños como de adultos. Es por ello que en la clínica, especialmente de adultos, de niños y adolescentes, tenemos acceso a ella en forma natural y espontánea, posibilitando el despliegue de estos fenómenos del orden de lo regrediente.

Diferente es el uso de la figurabilidad como instrumento o dimensión de intervención. El trabajo con la figurabilidad se torna importante cuando el terapeuta advierte durante el proceso terapéutico que el uso del sentido de las palabras debe ser elaborado por procesos mucho más originarios. En la labor clínica especialmente con pacientes con dificultades en el procesamiento psíquico tanto por un complejo traumático o por un vivenciar traumático, por medio de un trabajo regrediente podemos encontrar un acceso a eso que buscamos, o sea, la posibilidad de poder contactar al paciente con las sensaciones que le son propias, con aquello que él mismo ha creado, que en el desarrollo natural son producto del *autoengendramiento*. Con los pacientes con patologías del orden de lo traumático, que se basan en los procesos primarios u originarios, una de las metas terapéuticas que nos podemos proponer es trabajar en la reelaboración de ese déficit procesual que se dio en el psiquismo, reinstaurando las capacidades metabolizadoras del mismo.

Para poder dar cuenta de todos los conceptos teóricos hasta aquí desarrollados, adentrarnos aún más en el uso de la figurabilidad como técnica y esclarecer el modo en que entendemos se despliega lo que llamamos el *vivenciar traumático* y la *vivencia traumática como parte del complejo traumático*, presentaremos -en la tercera parte de la presente edición- diferentes casos clínicos que consideramos ejemplificadores.

Capítulo VI

FIGURABILIDAD Y PATOLOGÍA DE LO TRAUMÁTICO

Moty Benyakar y María Silvana Gonçalves Borrega

En este capítulo nos detendremos en la aplicación de la figurabilidad como técnica, específicamente en torno a la patología de lo traumático.

Para seguir éste camino, tomaremos algunos desarrollos postfreudianos sobre la figurabilidad¹ que nos permitirán exponer los primeros lineamientos a los que hemos llegado en base a la experiencia clínica y a las reflexiones a las que ella nos ha acercado.

En éste punto, nos interesa enfatizar que el inicio de éste proceso de investigación debe ubicarse en el instante mismo de la sesión, en el dispositivo analítico, ya que las nuevas patologías que el psicoanálisis aborda en nuestros días, abren un gran abanico que despliega la necesidad del surgimiento de nuevas propuestas teóricas que permitan abordarlas desde un lugar reflexivo, no improvisado, siempre preservando la ética del psicoanálisis.

En este trabajo proponemos tomar en cuenta la perspectiva de un proceso de representación previo a la palabra, y para ello creemos necesario detenernos en conceptos básicos como representación, presentación, espacios y vías psíquicas, **introducto, introyecto, sensación, emoción, sentimiento, forma, contacto y palabra**, entre otros, sobre los cuales iniciaremos un trabajo de deconstrucción² y elucidación crítica para recién luego iniciar un proceso de desarrollo de la temática de la figurabilidad en la clínica psicoanalítica de lo traumático.

¹ Creo pertinente señalar que la referencia a la totalidad de los autores que han desarrollado al respecto excede las motivaciones y posibilidades de éste trabajo. Por ese motivo, mencionaremos y haremos un breve desarrollo de aquellos autores cuya posición teórica nos permita desplegar algunos puntos interesantes que nos interesa enfatizar en éste trabajo.

² Nos referimos a la estrategia propuesta por Jacques Derrida, como modo de hacer visible que las significaciones se relacionan con una historia genealógica y particular, y por lo tanto son construidas con propósitos particulares, en contextos singulares.

Representación. No-representación y Más Allá de la Representación

En el marco de una *teoría general de la representación*, A. Green dirá que representar es hacer presente en ausencia de lo perceptible. (Green, A., 1999) En estos términos, hacer presente es evocar algo que estuvo presente, y ya no lo está, representándolo, volviendo a presentarlo de manera diferente. Green le da al concepto de representación una dimensión temporal sumamente importante, ya que en la actividad de representación tienen que coexistir tres momentos: pasado, presente y futuro. Dirá que representar es transformar con una dimensión temporal. Y considerando que representar es concebir una dimensión en relación a lo posible, a lo virtual, podemos afirmar que en la actividad de representación pasado – presente y futuro interjuegan en el concepto de representación. Sin perder de vista que la intención en este trabajo es introducir algunos desarrollos en relación a la clínica de lo traumático, retomaremos ésta dimensión temporal que A. Green le otorga al proceso de representación para dar cuenta de su pérdida en éste tipo de patologías.

Es interesante pensar a la representación en las tres formas que propone A. Green (1990):

1. En primer lugar, tomará la idea freudiana de *representantes psíquicos de la pulsión*
2. Un segundo aspecto de la representación es aquel que la concibe como la imagen – copia de un objeto real, que da cuenta de la representación en tanto ilusión e implica a la *representación cosa*.
3. Por último, el tercer tipo es la *representación palabra*, que enfatiza la distinción entre la palabra y la cosa, entre la representación y la percepción.

Por otro lado, la Dra. Elsa Rappoport de Aisemberg nos habla de un *más allá de la neurosis*, del inconsciente reprimido, del principio del placer, que remite a lo irrepresentable o parcialmente representable, a lo que ella llama *trauma*, a la cantidad. En síntesis, a otro tipo de funcionamiento mental, que ella remite a la no – representación y que pone a prueba la capacidad creativa del analista. Ella

explica esta no – representación a partir del concepto de *vivencia de dolor*, que da lugar a la *huella mnémica hostil*. (Rappoport de Aisemberg, E., 1998-1999)

Rappoport hace referencia a un aparato psíquico que se enfrentó con una situación disruptiva, dominado por el trauma y por defensas primitivas (las mismas defensas que describe Green (1990) para dar cuenta de las locuras privadas o las patologías no neuróticas). En éste sentido, Elsa Rappoport no presenta una posición tan terminante como la de César y Sara Botella, que desarrollaremos a continuación, y se acerca un poco más a la propuesta de Piera Aulagnier, que nos interesa retomar, al permitir un interjuego entre lo representable y lo no representable como postulando formas primitivas de representación.

Desplegaremos ahora la postura teórica, los nuevos y valiosos desarrollos, que proponen César y Sara Botella. Estos autores, postulan al psicoanálisis centrado en el estudio de las neurosis, en una concepción basada en la teoría de la representación. Ambos consideran que limitarse única y exclusivamente a dicha conceptualización no permitirá captar la complejidad del funcionamiento psíquico, y que estos límites fueron advertidos por el mismo Freud, ya que, si bien el trabajo sobre la representación ha sido uno de los pilares de la teoría clásica y es central en ciertos dominios, se muestra insuficiente para dar cuenta de toda la complejidad del aparato psíquico. (Botella, C. y Botella S., 1997).

Botella, en su libro “Más allá de la representación” describe cómo la teoría de la representación está en el centro de la obra freudiana. Y ésta concepción los lleva a decir que: “... *(es) perfectamente adecuada para explicar las psiconeurosis, pero se muestra insuficiente cuando nos interesamos por otras formas de funcionamiento psíquico, por ejemplo el estudio de los casos límite. Una teoría del psiquismo únicamente concebida en función de una dinámica de las representaciones no puede dar cuenta por si sola de la gran complejidad de la mente... Toda teoría que no tenga en cuenta, y tememos que este es el caso de la mayor parte de las tendencias teóricas actuales, la estrecha articulación de estos tres elementos: representación - percepción - alucinación, no está en condiciones de explicar globalmente el psiquismo*”. Botella, C. y S. (1997)

De esta manera César y Sara Botella señalan que por sobre lo que se puede transmitir en palabras hay toda una actividad psíquica que es muy importante tener en cuenta para el abordaje psicoanalítico, refiriéndose de manera tangencial a aquello que no pertenece al orden de la palabra.

Freud, se refirió a esto al hablar de la dimensión latente del sueño, diferenciándola del contenido manifiesto, y la interesante posición de éstos autores es que quedarse en la representación verbal como la única dimensión de la actividad psíquica, abordable por el psicoanálisis, es limitar demasiado ésta temática. (Freud, S., 1900) Ese es el motivo por el cual, en principio, van a abordar toda la temática de la representación, y su *más allá*.

César y Sara Botella consideran que, hoy en día, el interés de los autores analíticos por lo irrepresentable es el reflejo de un psicoanálisis cada vez más acabado, más profundo, y que esta profundidad se ubica y se destaca en dos dimensiones:

1. La metapsicología, y
2. El modo en que esto se despliega en la sesión.

Nos advierten, también, que al conceptualizar sobre la figurabilidad estamos desplegando un proceso de toma de conciencia del papel protagónico que ocupan en la cura los límites del aparato psíquico, es decir, de las capacidades de representación. (Botella, C. Y Botella, S., 1992)

Se trata de una posición muy sólida e importante. Sostienen que lo irrepresentable no puede definirse sino en una negatividad singular de la representación y creemos que ampliar esta postura implica, como dijimos desde el inicio, abordar el concepto mismo de representación. Pero nos interesa enfatizar que, este abordaje debe hacerse redefiniendo el concepto de representación por la esencia de éste proceso y no por su negativo: lo no representable.

Cuando hacemos referencia al proceso de representación, el componente esencial de la misma es la transformación, tomando siempre en consideración los postulados freudianos. En el psiquismo no hay situaciones estáticas. Tal como lo postula Freud en la Carta 52, el psiquismo no mantiene sus elementos en forma estática, sino que los va transcribiendo o transformando en forma constante. (Freud, S., 1986) A ese proceso de transformación, ubicado en la dimensión de tres espacios psíquicos diferentes, con sus postulados o leyes pertinentes, creemos pertinente llamarlo *representación*.

A continuación, trataremos de explicar cuál es la esencia de ese proceso y cuál es la diferencia que nos interesa introducir respecto de los valiosos desarrollos teóricos de otros autores.

El psiquismo puede tener dos fuentes de presentación: una presentación fáctica de carácter externo y una presentación fáctica de carácter interno. Si la presentación fáctica del mundo externo se internaliza por un proceso de incorporación, y no por un proceso de introyección, llamamos a su producto *introducido*, para diferenciarlo del *introyecto*. La esencia del introducido es la pasividad del psiquismo en la incorporación, o internalización, de ese fenómeno. La presentación del mundo interno es la emergencia de sensaciones endopsíquicas que perduraran en su forma alucinatoria. Esas son las dos dimensiones que nos interesa destacar. Lo común de ambas es la activación permanente del polo perceptual.

El proceso de representación, transformaría esa presentación, desactivando el polo perceptual. (Benyakar M., 2003)

Basándonos en lo que César y Sara Botella plantean (que ese primer proceso de representación ocurre cuando entra ya en la dimensión de la palabra) proponemos un desarrollo en el plano de la alucinación, por un lado, y lo que denominamos introducido, por el otro. Agregaríamos a esta propuesta que el fenómeno puede estar representado aunque no entre en el orden de la palabra. Estamos de acuerdo en que el introducido es producto de la presentación, por eso estos autores hablan de un interjuego de alucinación, percepción y representación. Pero, consideramos que en ese interjuego, cuando por medio de la introyección una percepción pasa al orden de lo psíquico, está representado porque adquiere su cualidad transformadora y pierde su cualidad sensorial.³

Este es uno de los desarrollos teóricos, y conceptuales que nos interesa introducir en este trabajo, ya que si bien hemos elegido desarrollar en él la valiosa y enriquecedora posición teórica propuesta por Botella, basándonos en ellos nos interesa, en éste punto, proponer una ampliación.

Creemos que vincular la esencia del proceso representacional solo con la puesta en palabra se enriquecería más tomando en cuenta la existencia de otras formas de representación tanto en el espacio primario como en el espacio originario. Lo paradójico de esta presentación entendemos que es justamente el punto que los Botella tratan de enfatizar, es decir, la centralidad y la importancia en el psiquismo de aquello que ellos llaman *más allá de la representación*.

³ Nos interesa señalar el postulado freudiano según el cual para hablar de una transformación de una presentación a una representación, la cualidad sensorial no debe persistir.

Por eso creemos importante destacar que hay un nivel representacional que no está manifestado por la palabra, sino por el contacto y, más aún, por la figura⁴.

César y Sara Botella en el trabajo que hemos mencionado anteriormente, describen la presencia de la figurabilidad siguiéndolo a Freud en el trabajo del sueño, considerando a las distintas formas del mismo como un sentimiento venido del interior que provoca el impacto de una percepción. Esta continuidad que se puede dar durante la noche tiende a producirse también durante el día cada vez que tiene lugar un proceso regresivo lo suficientemente profundo. Este es el caso de cada sesión de análisis.

C. y S. Botella entienden por figurabilidad al producto de un trabajo psíquico diurno comparable al del sueño con su recorrido regresivo que desemboca en una percepción interna cercana a la alucinación del soñante.

En el presente trabajo presentaremos a la figurabilidad como un modo representacional rudimentario que emerge en los estadios tempranos de desarrollo o, más originarios, al decir de Piera Aulagnier quien presenta a la figurabilidad como un modo de representación por medio de lo que ella llamó el *pictograma*. (Aulagnier, P. 1977) Volviendo al modelo que ella propone, podría pensarse que ella soluciona el problema representación – no representación, proponiendo la existencia de tres espacios mentales diferentes, a los que ya he hecho referencia, en función de cómo va pasando un fenómeno por cada uno de ellos, es decir, como el fenómeno se va transformando al pasar de lo somático a lo psíquico, y dentro de lo psíquico de lo más originario a lo que ella llamó primario y a lo secundario.

Espacios Psíquicos

Presentaremos el modelo de funcionamiento psíquico proponiendo la existencia de tres espacios psíquicos diferenciados, regidos cada uno por una ley o postulado pertinente. En cada uno de estos espacios psíquicos los dos representantes representativos de la pulsión, o sea el afecto y la representación, tendrán cualidades propias y específicas.

⁴ En este punto es ineludible la referencia a Freud en relación a lo que él postulara como representación cosa y representación palabra, aunque no podamos ubicar desarrollos posteriores en relación a la manifestación clínica de la representación cosa.

Estos espacios psíquicos, y este modelo, a su vez se basan en lo propuesto por Piera Aulagnier. (1977)

En base a lo postulado anteriormente, presentaremos la temática de la figurabilidad como un proceso de representación rudimentario del aparato psíquico. Se trata de un proceso que no ha llegado ni al orden de la relación ni al de la palabra. Por lo tanto, nuestro contacto con él en la clínica es por inferencia, al igual que con tantos otros procesos psíquicos postulados en la teoría psicoanalítica.

Para referirnos a los espacios psíquicos, siempre en relación al concepto de la figurabilidad, creemos necesario volver a la noción de *presentación* que, desde Freud, implica la percepción por el órgano de la conciencia, una endopercepción, un proceso capaz de presentar a la conciencia bajo la forma de una figurabilidad lo que en una primera aproximación no se puede hacer mediando representaciones verbales.

La presentación implica que el fenómeno no sufre transformación. Cuando un estímulo externo ingresa por el polo perceptual, su reproducción y la secuencia de sensaciones, emociones y sentimientos que éste provoca al sujeto dan cuenta del proceso de representación como proceso transformador, según el cual el sujeto ya no requiere que el estímulo se haga presente para estar en contacto con el fenómeno.

En el primer espacio psíquico, el originario, que se rige por el postulado del autoengendramiento, la primera modalidad en la que aparecerá el afecto es la sensación. Quiere decir que el psiquismo registra todo como proviniendo del propio cuerpo. Incluso lo que viene de afuera se registra como originado en el propio cuerpo.

Es decir, no existe *de afuera* como fuente, sino que el cuerpo es la propia fuente, a este nivel de procesamiento.

El primer espacio, es aquel que recibe el impacto de lo que llamamos lo fáctico somático. Nos interesa introducir en este trabajo es que, en éste espacio se produce un proceso transformador de éstos estímulos, cuyo resultado o producto llamamos sensaciones, y que dicha concepción nos aleja una vez más de una posición que considere a la representación como correlato de la verbalización o puesta en palabra, y nos acerca a una postura teórica y técnica según la cual habría modalidades representacionales previas al tercer espacio psíquico, o espacio secundario. En este primer espacio la dimensión que adquiere la representación es la de la figura, en tanto el mismo Freud postulara a

la figura como la forma más rudimentaria del procesamiento psíquico. Se trata de la primera manifestación puesta en forma por el psiquismo, es decir, forma representacional.

Tomar a la figura como uno de los procesos básicos del funcionamiento psíquico, da relieve a la postulación freudiana de la tendencia escotofílica. Es Piera Aulagnier quién enfatiza que esa tendencia antecede a la tendencia epistemofílica. Entonces, no se ve lo que se piensa, sino que se piensa lo que se ve.

Freud propone al soñar como la *vía regia de acceso al inconsciente*, porque el sueño es la producción de esa figura que es la manifestación del inconsciente (y no la transmutación de lo percibido afuera, a tiende a pensarse). (Freud, S. 1900) En eso el psicoanálisis se distingue y hace Escuela. De ahí que encontremos en la noción de figura un punto nodal en la teoría psicoanalítica, noción que da lugar al *picture o pictograma*, que se define como el conjunto de figuras: un entramado que va a ser la base de todo el procesamiento Psíquico. (Aulagnier, P. 1977).

Eso se va a ir transformando, re-presentando. El sujeto va a ir dejando esa forma primitiva, originaria *de poner en forma para poner en relación*.

Entonces, en lugar de tener que estar atado a sensaciones va a empezar a buscar el *placer en el contacto*, en la medida que el afuera se postule como objeto de placer. Es otra forma de representación del psiquismo, es la adquisición de una nueva forma que se presenta de manera diferente, y que nos permite sostener, una vez más, al proceso de representación como la transformación de forma en relación.

De esta manera, la segunda dimensión que tiene el afecto, en el segundo espacio psíquico, o espacio primario, es la *emoción*, y la representación de ese afecto es el *contacto*. Se trata del espacio relacional, en tanto en él el psiquismo adquiere ya el sentido de una relación entre distintos elementos y, si bien la relación con el objeto que es aún difusa y vacilante, comienza a haber un proceso de diferenciación entre el adentro y el afuera, que lo distingue netamente del espacio anterior donde ubico un desconocimiento total de lo externo. Habría, entonces, un esbozo de diferenciación, inicio de la diferenciación yo-no yo que se irá afianzando en función de los sucesivos contactos con otros significativos, pero con predominio del adentro.

La tercera dimensión, en el tercer espacio psíquico, es la de la *palabra*: en la cual se incluye la dimensión tiempo y espacio que transforma a la emoción en *sentimiento*, en tanto *afecto puesto en sentido y vinculación*. Se adquiere la enorme riqueza de lo externo. En él cobra significatividad la verdad exterior, y el

postulado que lo rige es el postulado del sentido, entendido como la conjugación de lo propio con la significación que viene de afuera. Se trata de la primacía de la representación-palabra, con la concomitante diferencia cualitativa que ella implica, en tanto posibilitara la significación del discurso social y cultural.

ESPACIO DIMENSIÓN	ORIGINARIO	PRIMARIO	SECUNDARIO
POSTULADO	Autoengendramiento	Relación	Sentido
APECTO	Sensación	Emoción	Sentimiento
REPRESENTACIÓN	Figura	Contacto	Palabra-Idea

Es de nuestro interés dejar en claro que, a los fines de éste trabajo, debemos hacer hincapié en el primero de los espacios psíquicos definidos por Piera Aulagnier, ya que será en él que podremos desarrollar, más profundamente, el concepto de figura, el postulado de autoengendramiento, y la participación de la función co – metabolizante, que nos permitirá desplegar lo señalado por la Dra. Susana Jallinsky, en el marco de sus conceptualizaciones sobre la angustia, sobre el carácter traumático de la infancia. (Jallinsky, S. 1999)

LO TRAUMÁTICO

Después de haber hecho referencia a las formas en que los dos representantes representativos de la pulsión, el afecto y la representación, se van transformando en cada uno de los espacios psíquicos, pretendo destacar la esencia de la **vivencia**. El concepto de vivencia lo definimos como la articulación entre el afecto y la representación en cada uno de los espacios. De esta manera, podemos entender un aparato psíquico que está basado en un proceso articulador permanente entre el afecto y la representación. (Benyakar, M. y Lezica, A., 2001)

Diferenciamos a la *vivencia* como la articulación, en su sentido sincrónico, del *vivenciar* como el proceso articulador, en su dimensión diacrónica. Por lo tanto, podemos hablar de un vivenciar y de una vivencia, hipotéticamente, normal.

Cuando por un factor, tanto sea producto del mundo externo o falta de capacidad del procesamiento, en el mundo interno, hay desarticulación entre el afecto y la representación, o una falla en ese proceso, hablaremos de *vivencia traumática*. Cuando el proceso articulador se ve coartado, hablaremos de vivenciar traumático, en tanto constantemente se está procesando en forma desarticulada.

La ampliación que nosotros proponemos en este trabajo es pensar a lo traumático como una falla en la articulación entre el afecto y la representación en la cual emergen representaciones, del orden de lo originario, con cualidades muy específicas, que llevan al psiquismo a procesos regresivos.

Los procesos de inscripción se encuentran en contacto con lo fáctico externo o interno. Lo fáctico externo puede ser discriminado (relación objetal: por ej. madre, abuela), o indiscriminado (contacto con el ambiente, por ejemplo: lluvia etc.). Lo fáctico interno se refiere a lo somático. Estos estímulos activan a la percepción para que haya un primer registro, traducen a lo fáctico en psíquico. De esta manera, la percepción va a dejar una marca que es la huella mnémica. Esta marca puede estar articulada o no.

Si está articulada, la sensación que encontró su representación va a pasar al orden del registro mnémico articulado, uniendo el contenido con la vivencia. Cuando lo fáctico no queda articulado, se registra la no-articulación, y esto se experimenta como vacío y surgimiento de angustia.

En lo traumático hay un quiebre en el contacto con el entorno y la figura queda como no articulada. El introducto no puede darle a la figura el carácter de figura metabolizable. El introducto es exógeno, es decir que es heterogéneo al psiquismo.

Algo de afuera crea sensaciones que no pueden ser transformadas, activa el polo perceptual para poder darle figuras y el psiquismo no puede realizarlo quedando como emergente la sensación no figurada.

Utilizaremos el concepto de *vivencia* para aludir a la actividad psíquica que tiene lugar en un sujeto cuando un estímulo proveniente del soma o del mundo externo produce la articulación de un afecto y una representación. Diremos que necesaria, constitutiva y constituyente del psiquismo, la vivencia testimonia el contacto con el mundo externo, en tanto la presenta como el producto de un modo de procesar los eventos fácticos a los que el sujeto se ve expuesto a lo largo de toda su vida. En este marco, llamamos **Vivenciar** al proceso mediante el cual se despliega esta capacidad de articular el afecto con la representación.

Tanto el vivenciar como la vivencia admiten formas patógenas. Si el impacto del evento fáctico en el psiquismo es capaz de romper la articulación entre afecto y representación, haciendo que el evento se conserve como tal, sin posibilidad de elaboración, da lugar a lo que llamamos *vivencia traumática*. Por su parte, el vivenciar traumático expresaría un proceso fallido en esa articulación, según la cual el displacer y la frustración se magnifican en el aparato.

Entonces, la figurabilidad en lo traumático hace referencia a éstos dos puntos:

1. El vivenciar traumático, y
2. La vivencia traumática que va a activar el complejo traumático, definido como una cantidad de signos y síntomas que dan cuenta de un desorden que pertenece al orden de lo traumático.

A partir de esto, el Complejo Traumático puede tener siete componentes:

1. Las cualidades del evento disruptivo
2. Angustia Automática
3. Introducto
4. Vivencia Traumática
5. Vivencia de Vacío
6. Vivencia de Desvalimiento
7. Vivencia de Desamparo

Las cualidades del evento nos remiten al hecho de que el evento o la situación emerjan con sus cualidades disruptivas, desestabilizadoras del psiquismo, pudiendo llevar a la desarticulación del mismo, en base a las reacciones propias de cada sujeto.

La *vivencia traumática en sí*, es producto de que no hubo articulación entre el afecto y la representación, porque el introducto activó la representación pero no le permitió el desarrollo de la figura adecuada a la sensación. Hay, entonces, una alteración de la función articuladora. Esto hace que el psiquismo pierda su capacidad de articular representación y afecto. Ante esta situación, emerge la **vivencia de vacío**.

Donde tenía que haber entramado de relaciones, hay como un agujero, y el paciente siente todo el tiempo que no puede llenar el agujero porque no lo puede articular. Cuando se habla de *vacío* es como si fuera un agujero psíquico, una discontinuidad en el proceso de articulación, que no pudo ser llenada adecuadamente.

El *desvalimiento*, tiene dos componentes: por un lado, la percepción del sujeto de no haber podido evitar que lo sucedió haya sucedido. Este componente, pseudo – omnipotente, es descrito por Freud respecto de la relación del sujeto con el mundo externo. El segundo componente es la incapacidad del psiquismo de reparar por sus propios medios esa discontinuidad del proceso articulador, realizando intentos fallidos que incrementan el estado de desvalimiento.

Otro componente es la vivencia de *desamparo*: producto de que el mundo externo o los elementos de sostén que el entorno debería haberme ofrecido, en forma repentina se transformaron en hostiles y dañinos, dejando al psiquismo con una fuerte vivencia de desamparo, que el sujeto deberá superar.

Susana Jallinsky, retomando la valiosa propuesta desarrollada por Baranger y Mom, y rescatando los postulados freudianos básicos, propone a la angustia como uno de los ejes imprescindibles en la génesis del psiquismo, y a la noción de desvalimiento inicial. (Jallinsky, S. 1999; Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J. 1988) Da cuenta de la angustia, en términos de su carácter estructurante de la defensa y de su surgimiento ante la amenaza de castración y los orígenes del síntoma, al tiempo que la presenta como el motor de la revuelta a los tiempos originarios, en su efecto regresivo, y como fundante de la singularidad inherente a toda creación. Creemos pertinente enfatizar éste movimiento que realiza Susana Jallinsky según el cual no sólo hace referencia a la angustia como estructuradora del aparato psíquico, sino también de su valor en la clínica.

Por último, y en el marco de lo que nos interesa desarrollar en éste trabajo, ésta autora tomará lo teorizado por Freud como “catástrofe” del nacimiento, hecho que hace que ante cualquier incremento pulsional se active el mecanismo de fuga, creador de la diferencia mundo interno – mundo externo. Sabemos que esto no es sin consecuencias para el aparato psíquico que comenzará a definirse por ésta inestabilidad originaria, angustia primordial, vivencia de caída y trauma fundante que nos permite introducir la idea de un sujeto “sujetado” por el otro, como condición misma del deseo y del tiempo de lo humano. A partir de esto habrá un continuo movimiento entre el equilibrio y el no-equilibrio, y la acumulación de excitación se irá ligando a representaciones. Habrá lugar para un proceso de desomatización, con su correspondiente psiquisización.

El instinto, como saber hereditario, para volverse eficaz como estructurador del psiquismo, requiere del vivenciar contingente, auxilio ajeno, que promueve la experiencia de satisfacción y el surgimiento de la pulsión, que le permite al infans re-establecer el equilibrio perturbado.

Es importante destacar que el proceso de representación, presentado anteriormente en cada uno de los espacios, se lo puede remitir como proceso de metabolización, o sea la *transformación de lo no propio en propio*. Pero ese proceso de metabolización se da en un permanente interjuego entre el adentro y el afuera. Para que este proceso tenga lugar, el psiquismo recurre constantemente al factor externo, factor maternante, paternante y medio circundante, que en la medida en que posibilita el proceso lo llamaremos factores co-metabolizantes, por ser imprescindibles para el desarrollo del proceso psíquico.

LAS VÍAS PSÍQUICAS

Para poder abordar lo traumático tuvimos que hacer una diferenciación clara entre el desarrollo de la relación de la persona con su medio y el desarrollo o nivel de procesamiento psíquico, dado que se tiene la tendencia a pensar que los procesos de relación de las personas con el medio tiene las mismas cualidades que los modos en que procesa el psiquismo.

Para diferenciarlos llamamos al desarrollo del individuo con su medio **progresivo** o **regresivo**. Por ejemplo si un paciente dice tengo miedo o estoy asustado eso es progresivo, si para expresarnos su temor el paciente se orina encima o tiene diarrea esto es una modalidad regresiva. Está manifestando al

modo de etapas más tempranas de su desarrollo. Es decir que los procesos regresivos son modalidades de conducta, modos de relación del individuo con su entorno que pertenecen a etapas evolutivas anteriores, infantiles. Mientras que los procesos progresivos son relaciones más maduras con mayor independencia y autonomía del sujeto en la relación con su entorno.

C. y S. Botella tratan de no limitar la teoría analítica al modelo único del conflicto y de los mecanismos de defensa, para pensarla como una globalidad, a partir del modelo del sueño. Sin olvidar el rol del conflicto, toma en primer plano la importancia de la intrincación de las vías **regredientes** y **progresientes**, tal como hemos señalado en la introducción de este trabajo, y de lo que de ello se desprende: la articulación representación - percepción - alucinación hace uno de los ejes principales sobre los que se organiza la vida psíquica.

Entendemos que el psiquismo está dotado de dos direcciones, aparentemente opuestas, pero complementarias e inseparables:

1. Llamamos **progresiente** a la dirección en que se propaga la excitación durante la vigilia. Progresiente será si el recorrido dinámico se hace desde lo originario hacia lo secundario. Es el dominio de la representación que permite al psiquismo la reflexión sobre sí mismo y, como tal, lo concebimos como el reino de los procesos de pensamiento, del preconscious y del yo diurno, por posibilitar la distinción entre la representación de sí y la representación del objeto.

2. A diferencia de la vía progresiente en la vía **regrediente** la dinámica psíquica se da desde lo secundario hacia lo originario; esta vía tiende a la desaparición de la prueba de realidad, es decir, a la indiferenciación del par representación - percepción, realizándose como una descarga al modo del sueño, el acto o, incluso, la alucinación. En el sueño la excitación sigue la vía regrediente hacia el extremo sensorial llegando, finalmente, al sistema de percepción. Dicho de otro modo, la representación retorna a la imagen sensorial, a lo alucinatorio, como una indiferenciación entre lo percibido y lo que percibe. La alucinación del soñante, como lo destacara Freud es de carácter regrediente; la alucinación del psicótico también pero a una figura autoengendrada. En lo traumático la evocación repetitiva, como manifestación del introducto, también es de carácter

regrediente. Una modalidad de abordar lo regrediente es como un proceso de descarga, pero nosotros lo tomamos también como una vía en el proceso elaborativo.

La intrincación de las vías regrediente y progrediente, la articulación de la representación - percepción - alucinación, y su papel estructurante en el psiquismo, junto con la participación en la organización del conflicto entre instancias, son nociones importantes para la aplicación técnica del psicoanálisis.

Llevar un individuo a pensar en forma abstracta es justamente lo opuesto a lo regrediente, o sea el pensar en forma abstracta por medio de la idea es un proceso progrediente. Pero si el individuo no está capacitado para hacerlo en forma independiente instarlo a pensar y razonar, es decir incentivar procesos progresivos desde el psiquismo, puede paradójicamente estimular procesos regresivos de dependencia, ya que estamos incentivando una modalidad que el paciente no puede desarrollar por sus propios medios en esa situación específica. Este es un modo de ejercer violencia secundaria al decir de Piera Aulagnier. (Aulagnier, P. 1977)

El problema de estos de estos procesos en los cuales el analista ejerce violencia sobre el psiquismo del paciente, es que son muy difíciles de detectar. Incentivar al desarrollo de procesos más maduros en el psiquismo, la búsqueda de causalidades, y tratar de indagar e investigar en forma más profunda, es la modalidad en la cual la mayoría de los analistas fuimos entrenados. Se torna muy dificultoso cuando tenemos que tener muy en cuenta en qué estado de capacidad procesal se encuentra nuestro paciente, para poder abordar el modo de procesar en forma adecuada.

SEGUNDA PARTE
Teoría de la Técnica Aplicaciones Clínicas

Capítulo VII

DECIR LO MUDO - EL DISCURSO EN LO TRAUMÁTICO

Moty Benyakar y Álvaro Lezica

Las palabras para decirlo - El relato en lo traumático

Si todo relato en situación terapéutica reviste características propias, las singularidades en torno a lo que se recuerda o se transmite en el período postraumático convierten estos discursos casi en un género narrativo particular. La experiencia de atender a estos relatos -cuyo fácil acceso a la conciencia nos permite suponerlos correlatos de una formación preconsciente¹- nos abrió el camino al estudio de las características propias de la estructura discursiva preconsciente en la vivencia traumática. Para adentrarnos en esto, hemos de hacer hincapié en la narrativa singular con la que un paciente busca las palabras para decir(se) lo que ocurrió, aquello que queda enmudecido y relegado al dominio de las sensaciones y emociones. Nuestro examen contempla dos ejes: el de las palabras (sus contenidos) como -y principalmente- el de la función elaboradora (o, para decirlo con precisión, la carencia de función elaboradora) de las mismas.

Afecto y relato

Para explicar lo que nombramos como palabras adecuadas, subrayemos, en principio, la diferencia entre palabras vacías y palabras fundamentales. Piera Aulagnier postula que las palabras fundamentales son aquellas que expresan los afectos, mientras que las vacías son aquellas que sólo funcionan en forma operativa.

¹ En psicoanálisis, el clínico puede diferenciar entre lo preconsciente (inconsciente en un momento dado, en un sentido simplemente descriptivo) y lo inconsciente propiamente dicho, por la facilidad con que el primero puede advenir consciente. Basta con un viraje de la atención para que los contenidos estén a disposición del sujeto. En cambio, lo inconsciente propiamente dicho se hace consciente solamente luego de un importante esfuerzo por vencer ciertas resistencias psíquicas a reconocer el contenido en cuestión como propio (inconsciente en un sentido dinámico) o, incluso, pueden nunca advenir conscientes aún si analista y paciente adquieren la convicción de su existencia por la constante presencia de sus efectos (inconsciente en sentido tópico)

En el contexto del complejo traumático, palabras fundamentales serán - extremando la propuesta de Aulagnier- aquellas palabras que remitan al afecto en su adecuado estado elaborativo, o sea que pueden remitir a sensaciones, emociones o sentimientos. Una palabra fundamental es que resultado del proceso de desarrollo de los afectos en su forma más acabada, la que va desde su estadio más primitivo -el de las sensaciones- hacia el más desarrollado -el de los sentimientos-. La dificultad en acceder a éstas es una de las manifestaciones de una disfunción en el proceso elaborativo, disfunción que puede presentar dos modalidades características: puede circunscribirse a un evento o una situación determinada o puede ser un modo de expresión reflejo de su relación con el mundo circundante.

Un breve relato: Rubén cuenta sus experiencias en el campo de batalla: debía mantener un estricto control sobre sus afectos para poder actuar, debía funcionar con el cálculo y la precisión de una máquina computarizada. Rubén relata estos sucesos con fría calma, puede describir detalles de su funcionamiento. También relata que, a pesar que ya habían pasado algunos años de su participación en esos eventos, no entendía qué había cambiado en el mundo circundante: funcionaba en él, podía tener expresiones de afecto -regalar una flor, dar un beso, decir buenos días- pero únicamente movido por el saber de qué "eso se hace así", sin experimentar ninguno de los afectos que expresaba. Rubén tenía bien claro que "antes" no era así. Al decirlo, sus palabras denotaban una especial incomodidad, pero ninguna carga efectiva, ni por lo que había vivido en el campo de batalla ni por relatar esto en sesión.

En esta mínima viñeta vemos cómo un evento disruptivo circunscripto -que seguramente evocó un complejo traumático- provocó una disfunción procesual que se expandió a diferentes campos de su vida, perpetuándose en el tiempo.

Otro ejemplo es el de María, una mujer de mediana edad, que transmite placidez y simpatía. Su vida cotidiana es armoniosa con su medio, ella establece vínculos afectivos relevantes, profundos y placenteros. Sin embargo, acude a tratamiento por una tendencia compulsiva a rascarse en diferentes partes del cuerpo. Cuando relata la generalidad de su vida, lo hace con un tono afectivo adecuado, tono que domina en el contacto con su terapeuta. En algún momento del tratamiento, menciona un accidente en el que muere su madre y ella sufre laceraciones que provocan insensibilidad en algunas zonas de su cuerpo. Durante su convalecencia, acostumbraba a rascarlas, y el rascado se expandía, luego, a otras partes del cuerpo. El estilo que dominó el relato de esto último fue

enormemente contrastante con el que siempre había dominado su discurso, como si al entrar en esa zona de especial laceración, ella se transformara y su afecto quedara congelado, insensibilizado, despojando al relato de singular densidad afectiva, como si fuera una nueva manera de rasgar lo insensibilizado.

Pero en este punto debemos destacar que cualquier comparación respecto de la conservación de la capacidad de elaborar se refiere al paciente con respecto a sí mismo, es decir, la comparación relaciona la capacidad narrativa previa al desencadenamiento del proceso traumático con la actual.

Este es uno de los tantos factores clínicos difíciles de abordar. Para sobreponernos a esta dificultad, a veces puede ser de utilidad la información que nos brinden los allegados al paciente o a su entorno. En todos los casos, ante un paciente que atravesado un evento disruptivo y se ve imposibilitado de comunicar sus afectos, debemos considerar como referencia su capacidad narrativa anterior al suceso en vez de poner las dificultades a cuenta del desencadenamiento de la vivencia traumática.

Sin embargo -y paradójicamente- puede ocurrir que ciertos pacientes que han experimentado un evento disruptivo, en etapas avanzadas -elaborativas- de su tratamiento, descubran en sí mismos una capacidad especial -ya presente pero desconocida- de relatar afectos tanto en lo relacionado al evento disruptivo, como así también - en especial- a la vida cotidiana. Tal el caso de Rodolfo quien, a lo largo del tratamiento posterior a su secuestro, llega a decir que nunca podía haber imaginado que encontraría el modo de relatar no sólo que le había sucedido sino también lo que estaba sintiendo.

Función del relato: El relato reparador

En la teoría psicoanalítica se habla constantemente de un tipo de relato que, en su reiteración, manifiesta la existencia de lo que se denomina recuerdo encubridor, cuya función es, precisamente, encubrir un contenido que permanece reprimido. Algo muy distinto ocurre en el campo de lo traumático, donde la repetición del relato no está motorizada por lo reprimido sino por un esfuerzo de reparación de las disfunciones procesuales a raíz del impacto de lo disruptivo.

En estos relatos, el sujeto se explaya sobre las singularidades de la experiencia traumática, relatando la situación disruptiva con términos elaborados y lujo de detalles. Pero al ir familiarizándonos con estas narraciones, de seguro

algunas de sus características llamarán nuestra atención. Y no podremos menos que notar que, a veces, parece como si el relato llegara a poseer al sujeto, obligándolo a contarlo una y otra vez, en detrimento de cualquier otro suceso de su vida.

¿De dónde proviene este encierro en la trama? ¿Por qué el relato no mitiga el dolor, no torna más tolerable lo acaecido?

Todo parece indicar que este tipo de relatos posee las características de los fenómenos traumáticos. Y ésta es otra de las claras señales clínicas de que no son palabras lo que le falta al sujeto. Por el contrario, éstas son infinitas pero, de alguna manera, siempre las mismas; porque son palabras vacías, no palabras fundamentales. Palabras que hablan pero no dicen, si entendemos decir como compartir una vivencia con la intensidad de su sentido personal, de procesamiento y elaboración².

Esta distinción nos ayudará a entender las particulares características de la narración en juego. Agobiado por el peso de lo no articulado entre representaciones y afectos, el sujeto narra lo sucedido a partir de una especie de memoria fáctica. La tendencia psíquica reparadora se apropiará de este entretejido, que habrá de adquirir la misma función que los sueños repetitivos del período postraumático, las actuaciones y la 'evocación repetitiva' (recordar compulsivo): un intento de reinstalarse en la dinámica articuladora y reparar, a través de la repetición del relato, la falla de la función articuladora. A veces, el relato servirá, además, para apaciguar el dolor psíquico que genera una falla repentina en un psiquismo maduro con un normal desarrollo de su capacidad articuladora.

En el mejor de los casos, este relato activará un proceso que favorecerá la estructuración de la vivencia y, por ende, de la continuidad psíquica. Es el caso - poco habitual pero posible- en que a través de los diferentes mecanismos de repetición, se logra restablecer conexiones especiales que permitan lo que se suele llamar una cura espontánea. Por eso sostenemos que la función de este tipo de relato excede el alivio momentáneo ligado a una labor de descarga, a una mera catarsis.

² No en vano el texto bíblico, texto de la cultura que pone por escrito verdades de estructura, diferencia entre hablar y decir.

El dolor en juego no es simplemente aquello que precisa un discurso adecuado porque no es algo que se pueda transferir al otro. Este dolor no delibera con el semejante; es pura certeza de sí y, vía la vinculación con la vivencia traumática, se anuda al desamparo más absoluto. De allí que se vuelva preciso diferenciar entre este dolor y lo que llamamos sufrimiento que ya supone otro, al menos como su testigo. La diferencia entre el relato del dolor y el relato del sufrimiento estriba en que este último dice, es decir, constituye un relato compartido.

Detenemos en estos relatos -en especial los más claros de entre ellos- permitiré, en principio, anotar una diferencia referida a la relación de sus contenidos con el contexto social al que el individuo pertenece. En algunos, el sujeto presenta una trama constituida más que nada por los hechos, lo fáctico. Aquí la estructura preconscious se conforma con predominio de lo acontecido externo y la insistencia en el relato repite una y otra vez este contenido, que, además, puede ser fascinante para el interlocutor, lo que supone para el terapeuta el riesgo de un error en su posicionamiento como escucha.

Tomemos un relato: Un paciente se refiere de manera reiterada al mes y medio que permaneció secuestrado y encadenado. Su discurso vuelve sobre los hechos con la característica intensidad asociada a éstos y, en un principio sin elaboración alguna.

Pero, en algún momento, el relato ya no se limita sólo a lo fáctico, sino que va incluyendo el despliegue de las particulares técnicas de supervivencia que lo asistieron al sujeto en sus horas de forzada reclusión. Y así da en contar cómo imaginaba día a día su rutina familiar, cómo fantaseaba encuentros con su esposa, sus hijos, sus amigos, cómo practicaba in mente sus deportes favoritos, describiendo, incluso, la vívida trama de una competencia deportiva imaginaria. De a poco, va percibiendo en esto un recurso apaciguante, que contribuye a calmarlo y que le había permitido soportar el suplicio. Es notable que adjudique su salvación psíquica a esta estrategia

No es difícil reconocer aquí ese "mito del héroe", que tanto éxito y dinero ha reportado a Hollywood: un sujeto indefenso que en sí mismo los recursos para su salvación. Aquí la trama -en la que lo propio se entreteje con algo de lo que podemos llamar "mitos sociales"- es diferente de del tipo de relato anteriormente mencionado. Pero no en cuanto a su función reparadora sino por la estructura de sus contenidos. Llamamos relato propio al primer tipo de relato reparador; y relato mítico al segundo.

Aquí nos encontramos con una nueva dimensión de lo traumático: la que hace al punto de encuentro entre un sujeto afectado por la experiencia traumatogénica y el entorno social en su gravitación subjetiva³, dimensión reconocible en aquellos pacientes que acceden al tratamiento bajo el rótulo de *víctima de*⁴ y que centra la trama en las reacciones sociales a la secuencia de eventos, elevando a categoría esencial el lugar que estos ocupan en su entorno.

El relato pro-articulador

Consideremos ahora una expresión de lo traumático en la clínica, un particular modo de relato con el que nuestros pacientes nos cuentan eso que nadie puede comprender porque no hay las palabras para decirlo.

Partimos de su faceta descriptiva, para dar cuenta y acotar a qué momentos o aspectos del relato global del paciente nos referimos, para luego intentar una caracterización de eso que emerge como relato de una experiencia perdurable. Finalmente, desde estos desarrollos, expondremos nuestra forma de resolver los interrogantes fundamentales que este particular relato plantea como objeto de investigación: de donde proviene el fenómeno -cuál es su fuerza, su motor- cuál es su origen y cuál, su función. Entonces se comprenderá por qué llamamos a este tipo de relato "pro-articulador".

Completado nuestro recorrido, alertaremos sobre posibles errores en la estrategia de abordaje terapéutico de estos momentos narrativos.

Delimitación del campo clínico

Los relatos más habituales en el campo de lo traumático: son los que remiten a un evento traumatogénico seguido por la sintomatología más clásica que acompaña al complejo traumático, presentan ciertas características relativamente constantes.

³ Desarrollaremos este punto con más detalle en el capítulo dedicado a lo mítico y las estructuras míticas transicionales

⁴ Secuestros, sucesos bélicos, negligencias profesionales u otras manifestaciones de violencia que impliquen una dimensión social

Sea que la situación disruptiva traumatogénica haya sido un accidente con riesgo para la vida del sujeto, una catástrofe natural, un atentado o algún otro evento generado por el hombre, lo más común es que el sujeto, al hablar del acontecimiento, describa lo que recuerda del evento. Así, comenzará un relato de los afectos y pensamientos que lo precedieron, acompañaron y sucedieron. En la medida en que lo repita el relato irá tomando coherencia. Muchos de estos relatos son fascinantes y despiertan en quien lo escucha -terapeuta incluido- intensos afectos y deseos de ayudar al sufriente.

El relato presenta algunas características típicas, reflejo de las particularidades de la disfunción que le subyace: su actualidad, su intensidad, la relativa inmutabilidad del acontecimiento desagradable, y su insistencia, sea espontánea o frente al estímulo externo (una pregunta, el interés del otro, un evento semejante, etc.)

Al decir actualidad nos referimos a cierta cualidad del relato, que produce el efecto de "estar pasando ahora", independientemente del tiempo transcurrido. La "intensidad" con que se presenta puede relacionarse con este efecto de actualidad, y se refiere al monto de emotividad, como si el suceso fuera eternamente reciente. Su insistencia refiere a su capacidad de presentificarse reiteradamente en la vida del sujeto, característica de toda expresión subjetiva motivada por un complejo y una vivencia traumática. Esta reiteración del relato puede ser tanto espontánea como estimulada por algún disparador circunstancial; así mismo, puede contraponerse con el hecho de que el sujeto realice intentos activos de evitar el tema, experiencias que se le parezcan o lugares que se lo recuerden, etc. Vemos en estas actitudes también un efecto de la fuerza de retorno de lo no articulado, de su insistencia. ¿Por qué alguien habría de tomarse tantas molestias para bloquear un recuerdo si porque le subyace una fuerza en pugna por reinstalarlo, por presentificar la experiencia disruptiva traumatogénica?

Para terminar mencionemos la inmutabilidad, característica que hemos dejado al final para subrayar su importancia. No es propio de un procesar normalmente elaborador la inmutabilidad de lo que procesa. Precisamente procesar, como metabolización, supone el cambio de las cualidades, el lugar e y la importancia psíquicos de los contenidos de la experiencia.

Esta inmutabilidad vinculada a la eternización de lo displacentero, no es propio de procesos elaboradores, transformadores, que habitualmente se rigen por el principio del placer: siguen la tendencia elemental de evitar el displacer y

buscar activamente el placer. Esto llevó a Freud a hablar de lo más allá del principio del placer y es una característica a la que le hemos dado un lugar importante a lo largo de este libro, como propia del campo de lo traumático.

Dijimos más arriba que este tipo de relatos era más comúnmente descrito respecto de las consecuencias psíquicas de una situación disruptiva por evento de efecto traumatogénico. Sin embargo, con los cambios propios de cada caso, son detectables también en todo procesar de tipo traumático, sea derivado de la persistencia de un complejo traumático o de un vivenciar traumático.

A modo de ejemplo, cabe aquí una observación. Si en estos casos deseáramos aplicar el concepto psicoanalítico de recuerdos encubridores, a estos fragmentos que retornan eternamente con las cualidades mencionadas (aunque lo hagan disfrazados en su contenido), nos veríamos frustrados. Ese tipo de recuerdo se caracteriza por ser una formación psíquica significativa porque que representan, al tiempo que encubren, experiencias referidas a deseos posteriormente rechazados por el sujeto. El relato derivado del funcionamiento traumático no parece pretender ocultar nada, es tributario de la pulsación de un deseo.

Entonces ¿por qué emerge con tanta insistencia?; ¿qué significa su presencia?

Intentar una respuesta nos aleja de lo descriptivo rumbo a uno más inferencial, metapsicológico. La respuesta que obtengamos va a influir directamente en lo que lo brindemos al nuestros pacientes. Por dar un ejemplo extremo, hoy en día hay quien propone, lisa y llanamente, eludir el relato en el tratamiento.

Para avanzar en el relato en lo traumático

Mencionamos cuatro características clínicas de estos relatos. Agreguemos ahora dos más: la primera se desprende del hecho de que estos relatos otorgan coherencia; la segunda de que, al ser un acto del habla, estos relatos hacen comunicable, compartible y logran que la experiencia circule en vez de quedar encerrada en el universo intrasubjetivo.

Comencemos entonces, por la primera, no muy obvia pero sumamente importante: del relato en lo traumático inferimos la presencia de un esfuerzo psíquico por otorgar coherencia a lo experimentado.

Las primeras narraciones puedan ser entrecortadas, con recuerdos fragmentados, incluso, mínimas, pero siempre es posible observar cómo van ganando coherencia con el tiempo y otorgando una causalidad definida a lo acontecido.

Bion sostenía que el ser humano tolera mal la no causalidad, el no poder ordenar su experiencia como una serie de causas y efectos. Lo mismo decía P. Aulagnier, quien, en su modelo de psiquismo, llegó incluso a ubicar esta tendencia como una de las que definían a los procesos característicos del espacio secundario, sede del yo.

Coincidimos con estos conceptos, que se relacionan íntimamente con la importancia que reviste para el yo el otorgar coherencia a la experiencia. Algunos autores ponen estas tendencias a cuenta de la llamada función sintética del yo, otros la consideran una tendencia autónoma.

Freud mismo había llamado la atención sobre esto. En una época muy temprana de su obra, se detuvo en la necesidad del individuo -que ejecuta un orden recibida en estado hipnótico- de explicar y explicarse a sí mismo el acto que acababa de realizar, cuya verdadera causa (la inducción hipnótica) desconocía. Luego Freud repara en esta misma tendencia en el relato del sueño y otras manifestaciones sintomáticas, siempre en el sentido de dar coherencia a sucesos cuya causa se desconoce.

Hemos mostrado la similitud de esta actitud con las características de lo dramático, en contraste con lo trágico (Benyakar. *La vivencia traumática. Su destino en la clínica psicoanalítica*).

Recordemos que lo trágico es definido -en relación con la experiencia subjetiva- como aquello irrepitable, relacionado con lo imprevisto y lo no predecible, movido por fuerzas que el sujeto no genera y que escapan absolutamente a su control pero que lo condicionan; se vincula con aquello que da especificidad al existir.

En contraste, lo dramático se caracteriza por ubicar previsiblemente lo bueno y lo malo, la causa y el efecto, el culpable y el inocente, la razón de lo acontecido y lo indiferente. De esta forma provee de una historia coherente, entendible, de efecto tranquilizador. Es una forma de dar causalidad a lo impensable, siendo que por lo general ubica la causa y sus características en el mundo externo.

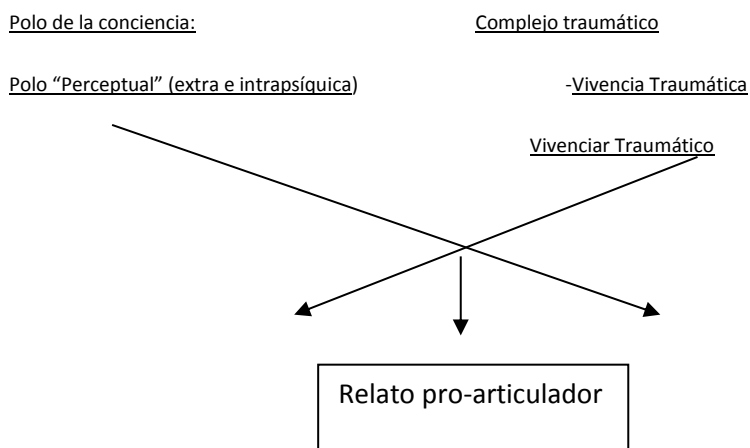
Demos un paso más y examinemos la otra característica de las mencionadas al inicio del apartado. Dijimos que lo que emerge no sólo se puede definir por sus cualidades de coherencia e intento de dar causalidad, sino también por representar un esfuerzo de hacer comunicable algo que impactó profundamente en el sujeto. Por supuesto, esta comunicabilidad no es sólo informativa. Como hemos visto repetidas veces, el compartir con otros sucesos significativos activa un proceso que facilita su elaboración.

Pensamos que el sujeto, a través de la repetición de lo mismo a nivel del discurso, intenta (re)establecer un circuito co-metabolizador. Y esto no es sencillo debido a la lucha entre dos aspectos o funcionamientos de la personalidad que se contraponen en sus fines. El "yo actual", intenta lograr el vínculo co-metabolizador, que le permita elaborar al fin la experiencia traumática. En contraposición a esto, el "yo-objeto del funcionamiento traumático" duda o se niega a restaurar la confianza en estos vínculos, dado que ya le han fallado y en consecuencia se encuentra preso de lo experimentado, sin poder transformarlo psíquicamente.

En una terapia, según el resultado de esta lucha entre la fuerza que tiende a restaurar el vínculo co-metabolizador y la que pretende retirarse con desconfianza de éste, se establecerá o no un adecuado proceso de cura.

Hilando un poco más fino y utilizando conceptos vertidos en otros capítulos, podríamos definir al relato que emerge de lo psíquico traumático, como producto de la relación entre dos vertientes. Por un lado, lo que llega a la conciencia y por ende se integra al relato, compuesto por elementos fácticos externos característicos del evento, y por percepciones de representaciones y afectos vinculados con la experiencia traumatogénica; es decir por elementos provenientes de la percepción intrapsíquica.

Por otro lado, lo que proviene del complejo traumático y en especial de la vivencia traumática. Son contenidos que portan una fuerza que motoriza su expresión repetitiva.



Hemos mencionado la existencia de una fuerza que motoriza la persistencia del relato y la nombramos explícitamente en este esquema como relato pro-articulador, aspecto al que dedicaremos el apartado que sigue dado que merece un examen más atento.

El motor del relato reiterado en lo traumático.

La búsqueda fallida- de articulación

Revisemos algunos conceptos.

La siguiente elaboración arraiga en una de nuestras premisas, la que puede ser enunciada como: el psiquismo no tolera la discontinuidad elaboradora o metabolizadora.

Cuando por alguna razón el proceso metabolizador no logra su cometido, el psiquismo queda prisionero de una tendencia a la repetición para lograr, mediante estas repeticiones, apoderarse psíquicamente de la experiencia. Esta fuerza es autónoma respecto de las necesidades actuales reales del sujeto, obedeciendo a la necesidad psíquica primordial de elaborar lo acontecido.

Parecería que el psiquismo obtiene su energía de movimiento gracias a dos motores o fuentes. Por un lado desde lo fáctico, tanto externo como interno - representado fundamentalmente por la pulsión y los deseos pulsionalmente cargados-, y por el otro a partir de una fuerza que se origina en el interior del propio psiquismo, que nace de una tendencia a elaborar.

Ahora bien, cuando el proceso de elaboración está interrumpido en su recorrido normal debido a la presencia de una disfunción traumática, el psiquismo activará procesos repetitivos pro-articuladores. Si estos no tienen éxito, la repetición adquirirá carácter compulsivo hasta que se logre el a-posteriori articulador, generándose una fuerza restauradora o reparadora (de la función articuladora). Es el modo en que un psiquismo, que ya no está impulsado por la energía que proviene de lo fáctico actual sino por la fuerza interna de la reverberancia experiencial traumática, trata de liberarse de la esclavitud procesal que ésta le impone para dejar de ser objeto de lo fáctico y volverse sujeto de la experiencia. Es decir: dar destino psíquico a la experiencia "desde dentro"; lograr el "adueñamiento psíquico" (Freud, 1920).

En conclusión: el motor del relato en lo traumático será aportado por la fuerza intrapsíquica que pretende restaurar la capacidad de elaboración o metabolización psíquica, de ahí que lo denominemos "relato pro-articulador", aunque sepamos que en forma espontánea casi nunca logra su objetivo. Si a través del "relato pro-articulador" se logra establecer un vínculo co-metabolizador eficaz, se establecerá un "diálogo reparador" de la función y el proceso articulador.

La terapia será exitosa toda vez que logre el pasaje desde el reverberante e idiosincrásico "relato pro-articulador", siempre fallido en cumplir su propósito, al "diálogo reparador", creativo y neogenético, el cuál poseerá la capacidad de lograr que la articulación se realice y, con ésta, se activen los procesos metabolizadores. Esto se logrará si se logra dar forma articulada a los elementos idiosincrásicos no articulados contenidos en el relato inicial, mediante la utilización de la triada interpretación vivencial, contención y holding.

2. Función del relato pro-articulador

En el campo de lo traumático nos encontramos con sujetos que, a causa de la disfunción articuladora, se ven expuestos a la repetición permanente de la vivencia traumática o a un vivenciar traumático. Es fundamental que en algunas de estas vueltas de la repetición se logre activar la función articuladora y el proceso articulador.

El relato pro-articulador no sólo pone en juego al conjunto representacional-afectivo ligado a la experiencia traumatogénica con la posibilidad de que esta vez sí se logre metabolizar, sino que -al ser relato para otro- posibilita que se produzca, en algún momento, un diálogo reparador dentro de un vínculo co-metabolizador eficaz, y, con éste, el a-posteriori articulador. Suponemos entonces que la función de este tipo de relato estará ligada precisamente a estos logros procesales.

Así se resuelven las consecuencias sintomáticas derivadas de la disfunción articuladora, y las secundarias a los procesos compensatorios (inhibiciones, formaciones reactivas). El "relato pro-articulador" espontáneo, puesto en diálogo reparador en la terapia, conlleva como función dar posibilidad al pasaje desde un registro mnémico no articulado de la experiencia, a uno articulado. De esta forma, el registro se conformará en forma de vivencias integrables a la trama vivencial, reparándose su rasgadura

En la función estos relatos se incluye el apaciguar el dolor de la reverberación de la experiencia traumática y padecimiento que provoca la percepción endopsíquica del fallado en la aprehensión de la experiencia, de su articulación y, por ende, de su elaboración.

Desde un ángulo complementario, se estimulará la creación de un más a modo dramático, que, como dijimos, tranquiliza al sujeto disminuyendo la angustia de desvalimiento, de no poder predecir todo, de estar expuesto a fuerzas oscura e inmanejables que pueden lesionarlo.

Este "drama personal" autoengendrado será útil para disminuir el dolor psíquico hasta tanto se logre la restauración de la función articuladora.

Corolarios técnicos de esta elaboración

Al inicio del capítulo, dijimos que el relato pro-articulador podía conmover al terapeuta, atraparle en su red afectiva tanto por su colorido como por la solidaridad que despierta y por el deseo que promueve de disminuir el sufrimiento psíquico del que habla.

Y, precisamente, en este factor se esconde el germen de una dificultad técnica: la escucha reiterada del relato, acompañado de interpretaciones causales, explicativas, de los distintos elementos representacionales y afectivos que emergen. Con cada intervención aumentamos el conjunto de pensamientos, los hilamos en tramas asociativas cada vez mayores, pero no lograremos activar los procesos metabolizadores. A lo sumo incrementaremos las cualidades dramáticas del relato y se ampliará la trama explicativa causal que adquirirá un nivel cognitivo tranquilizador. Por supuesto, no es para despreciar una intervención que suministre algún alivio al paciente, pero pensamos que con otro tipo de intervención -la interpretación vivencial- combinada con el sostén y el holding, lograremos un alivio más radical y profundo, ya que, con estos recursos, podemos solucionar el problema de base.

Pero más allá de una teorización de la clínica, queremos ofrecer aquí al lector dos ejemplos de nuestra experiencia. Y no sólo a modo de ejemplo, sino como puesta en acto de la responsabilidad que implica intentar llevar adelante esta práctica que, al igual que la de gobernar y la de educar, Freud califica de *imposible*.

A modo de conclusión de este recorrido, entonces, incluimos –en la tercera parte- el relato en nombre propio de “Uri, el constructor”, en los que el lector encontrará el modo singular en que cada uno de nosotros enfrenta esa dificultad.

Capítulo VIII

TRAUMA Y LA CONSTRUCCIÓN MÍTICA EN EL CAMPO PSICOANALÍTICO

Moty Benyakar

En este trabajo presento a la "vivencia traumática", como la irrupción en nuestro mundo interno causada por una situación externa. Cuando esta es provocada por una disrupción de carácter social o grupal genera un proceso compensatorio, por medio de una construcción mítica petrificadora que generalmente gira en torno a la víctima. Este trabajo quiere centralizarse en la especificidad de esa construcción mítica, como baluarte creado en el campo psicoanalítico. Desarrollaré la especificidad de los conceptos de "víctima" y "damnificado".

Introducción

Desde el inicio de mi ejercicio profesional hace aproximadamente 28 años, he venido desarrollando mis ideas acerca del trauma y lo traumático. En mi participación en las últimas cinco guerras de Israel, atendiendo a los soldados en el campo de batalla, durante la continuación de sus tratamientos a posteriori, tratando a sobrevivientes de la "Shoa" (holocausto), y pacientes que han sufrido daños por accidentes de diferentes tipos. En la Argentina estos últimos años dirigiendo y supervisado la labor clínica del Programa de Salud Mental para la atención de damnificados por el atentados, catástrofes y desastres, que asistió a quienes sufrieron las consecuencias del atentado contra la AMIA, y los que sufrieran las consecuencias de la explosión de la fábrica militar en Río Tercero Provincia de Córdoba.

Podría sintetizar lo que las guerras han producido en mí con las palabras de León Gieco, en la voz de Mercedes Sosa: "la guerra es un monstruo grande y pisa fuerte toda la pobre inocencia de la gente". Fue el enfrentamiento con lo tanático, cruel y asesino que existe en nuestra vivencia humana. Fue también la destrucción de la inocencia con la que mis colegas y yo habíamos abordado, en un principio, el trabajo clínico. La problemática de este trabajo inocente no lo absuelve de lo iatrogénico que hay en nuestra labor.

Nuestro mundo moderno nos enfrenta cada más con el impacto de aquellas situaciones en que el mundo externo irrumpe. Guerras, atentados terrorista, violaciones, son algunos de estos indicios masivos.

La conjunción entre lo personal y lo social es aquí central, exigiendo una mayor comprensión del concepto trauma y especificidad en su definición, para poder ser abordado clínicamente.

Durante mi labor clínica tanto en la atención directa como en la supervisión, detecté que al tratar a pacientes que se enfrentaron a la vivencia traumática, se entretejía un especial relato en el campo analítico que aparentaba ser el contenido de lo traumático, pero que poco a poco analizando su estructura y su función, advertí que se trataba de una especial construcción defensiva ante la terrible vivencia del agujero o vacío. Esto me llevo a un profundo estudio de lo mítico y las construcciones míticas, hoy, solo me atrevo a referirme a las que se desarrollan en el campo psicoanalítico.

El trauma

Desde sus primeros trabajos sobre los accidentes ferroviarios y en el desarrollo de su posición sobre la histeria, Freud (1893) se refería al trauma como un agente externo que irrumpe en el aparato psíquico. Posición que mantiene en su primera tópica. Al formular la segunda, pone énfasis en la estructura del aparato psíquico y en la centralidad de las pulsiones como elemento estructurante del mismo. Es en ese momento que se refiere al trauma como un factor interno desestructurante. Es de destacar que el enfrentamiento con lo vivencial que surge en el campo analítico es lo que le permitió a Ferenczi desarrollar sus conceptos de trauma, (Bokanowski, 1996). Winnicott (1989) fue coherente con el desarrollo de los aportes de Freud y articulando la contribución de Klein ubicó al trauma como la "vivencia de derrumbe". La intensidad y lo profundo de este concepto lo he captado en mi experiencia clínica.

Tratando de combinar la postura de Freud cuando en su primera tópica se refirió a la irrupción del mundo externo, con la de la segunda tópica en la que enfatiza las consecuencias estructurales, definimos el trauma como: "el colapso de las relaciones entre lo psíquico, social, espacial y temporal", diferenciando entre la amenaza, la vivencia y la situación post-traumática. Benyakar et. Al (1989).

Hablamos de la "vivencia traumática", como una experiencia inundada por el afecto sin que llegue al nivel de la significación. Permanece como una vivencia de vacío, a toda costa trata de encontrar su significación, su investidura, su ligadura y de esa manera mantener lo coherente del aparato psíquico, no como apaciguador sino en su permanente actividad integradora y autorreguladora. Esta búsqueda de ligadura pone de manifiesto lo patológico cuando el afecto aflora escindido de una representación, (Green 1994).

Hay que precisar que no toda amenaza o situación terrible provoca una vivencia traumática. Algunos analistas consideran como traumático lo que ellos vivencian como terrible en el relato del paciente. Si bien ésta es una posición cómoda y apaciguadora, no es coherente con una actitud psicoanalítica, ya que deja de lado la especificidad de la vivencia del paciente. Cuando nosotros como terapeutas hablamos de la "situación traumática", estamos imponiendo nuestra propia subjetividad, sin dar lugar a que la vivencia específica e idiosincrática del paciente sea la que lo determine. Hablar de lo traumático como "situación traumática" es una muletilla lingüística, quizá inexpugnable, que refiere al horror que a nosotros nos produce una determinada situación y no de sus características metapsicológicas. Es un concepto anticipatorio y reparatorio, pero no descriptivo e informativo de lo que sucede en el aparato psíquico del paciente, que remite a nuestra propia vivencia como observadores. Cuando el paciente es el que habla de la "situación traumática" es tan desinformativo como cuando lo utiliza el analista.

En cambio el concepto "vivencia traumática" se refiere a lo que el individuo experimenta como consecuencia de la irrupción del mundo externo en su mundo interno. Al hablar de una vivencia traumática nos referimos básicamente al encuentro singular entre una experiencia caótica y una amenaza catastrófica. El sujeto pasa a ser objeto del mundo externo. En su lucha por conservar sus cualidades de sujeto pretenderá significar esta situación incisiva. Podría calificarla como una herida narcisista, pero opto momentáneamente en enunciarla como "herida a su condición humana", para evitar malos entendidos, (no desecho el concepto de herida narcisista, sino que pienso que éste merece una mayor elaboración).

Lo traumatogénico se relaciona a la angustia de desintegración, angustia de vacío que oscila entre la vivencia de invasión y la de pérdida. Fluctuación bien definida por Green (1994) al referirse a la "psicosis blanca". El trauma como "vivencia de vacío", a diferencia de la "psicosis blanca", no se da en un psiquismo estructurado en forma patológica, sino dentro de un aparato que sí puede simbolizar y significar las relaciones.

Cuando lo afectivo en forma desligada inunda el aparato psíquico crea un estado de desequilibrio torturante para el paciente. Se rompe una relación reguladora entre el mundo interno y el mundo externo del individuo. El reconocimiento de la discontinuidad de nuestro aparato psíquico, es vivido por nosotros, los analistas, como muy amenazante.

Esta violación impune que el mundo externo provoca dentro de nuestro mundo interno desencadena la vivencia traumática, vivencia de vacío que carece de representación: el individuo no puede significarla, no puede ponerla en palabras. Vivencia averbal, a diferencia de la vivencia preverbal en el niño. Vivencia muda pero no silenciosa. Las palabras que lo expresan son sus gritos, no sus contenidos.

El individuo, que de sujeto ha pasado a objeto del mundo, puede quedar capturado en esta situación. Como si se produjera un proceso inverso, en vez de ser la persona la que inviste los objetos externos para relacionarse, da la impresión que se estuviera ante la especial situación que el mundo externo es el que podría significar. Lo fáctico por su cualidad e intensidad aparece como lo dominante. En términos de Lacan podríamos decir que es la vivencia de lo "Real" no mediatizado.

Por la desesperación del individuo y la vulnerabilidad del aparato psíquico, se tejerá un proceso paradójico pseudoreparatorio. Como si lo social, fuente de la disrupción, pudiera adjudicar características reparatorias. Este proceso, profundiza aún más el odio y la agresión contra el mundo externo. Alimenta la angustia que provoca la intrusión y la pérdida de autonomía.

Cuando la vivencia traumática es producto de una agresión contra un grupo específico de personas: caso del holocausto, las guerras y ataques terroristas, el proceso de postulación del mundo externo como significador se agudiza pretendiendo perpetuar lo imposible.

La sensación de pertenencia y el formar parte del grupo agredido aparecerán inmediatamente como elementos parcialmente reparatorios ante el daño provocado. Pero eso conllevará una carga emocional paradójica porque el sufrimiento está ligado a la pertenencia al grupo.

La irrupción de lo fáctico produce un vacío en el aparato psíquico creándose una vivencia sin representación. Groseramente, para metaforizar, podríamos decir que es un agujero en el psiquismo. Ese agujero es el que causa la sensación de discontinuidad (Lifton, 1979.), el que provoca ese desvalimiento insostenible postulado por Freud y desarrollado por Krystal. Apaciguar esa vivencia de

fractura, llevará a la búsqueda de lo coherente, lo entendible, lo comunicable, lo no cambiante y no conflictivo. Es esta búsqueda la que hará emerger la construcción del relato mítico que se postulará como el contenido de esa vivencia de la nada, la que tan bruscamente nos enfrenta con la amenaza de la muerte de nuestro psiquismo. Perdiendo el sujeto su condición metafórica y enfrentando lo fáctico como si se tratara de un hombre sólo de carne, como si lo somático apareciera sin pulsión

Es así como se pretenderá investir, representar y significar lo insignificable. Se buscará sobrellevar lo irremediable mediante una construcción mítica apaciguadora. Esa construcción mítica es el intento de transformar el dolor en sufrimiento. ¿Puede el relato mítico cumplir esa función? Pienso que no.

Lo mítico y lo histórico

De los trabajos de Freud: "Construcciones en el análisis" (1937 d.) y "Moisés y la religión monoteísta" (1937 a.), se deduce que la verdad histórica es lo que un individuo considera como tal en un momento de su historia. La verdad histórica es lo que el trabajo del analista debe reconstruir.

Nuestro pensamiento carece de historicidad en la medida en que ha fijado sus constantes. El hombre busca estructuras cerradas que sean garantía contra los acontecimientos y sus amenazas. Esta función es cumplida por lo mítico. El mito es una forma de conocimiento que el hombre adquiere de sí mismo y de su entorno.

Montevichio y colaboradores en 1990 postulan que: "El mito nace de una situación psicológica que implica reciprocidad. Por su índole la estructura mítica es colectiva, relacional e intercomunicante. Sirve como explicación, modelo, norma, justificación y símbolo de una cultura que transita del caos hacia el orden a través de una lucha. El mito no es alegoría ni es gnosis; abre un ámbito, pero no explica nada. Es una significación simbólica unitaria, desarrollada en forma de relato-drama, con personajes y una secuencia determinada. Representa una ecuación vivencial inconscientizada que retorna a lo preconsciente merced a sus derivados...".

Según George Gusdorf "El relato mítico da lugar a una realidad indisociable, sin que sea posible la menor ambigüedad, como una categoría de lo real que domina a la del tiempo y a la del espacio. Los sucesos de los mitos parecen

ocurrir fuera del tiempo. En todo el sentido de la palabra, el mito es un principio de conservación para el grupo humano, que reduce toda la experiencia posible a un gigantesco fenómeno ya visto que pretende vencer las angustias de la muerte. Esta significación vital del mito, seguridad sobre la vida, seguridad en la vida, conjuración de la angustia y de la muerte, explica su viva coloración afectiva". Gusdorf (1960).

Es así que en la vivencia traumática, el mito pretenderá ocupar el vacío que se ha producido en nuestro aparato psíquico. El mito neutraliza la incertidumbre de nuestra existencia mediante un alto nivel de conceptualización paradigmática.

Bion (1965) afirma que la mente humana no tolera la no causalidad. Lo mítico con sus características dramáticas, coherentes, es lo que adjudica causalidad a lo impensable. La finalidad de este relato parece ser el poder situar de manera presuntamente inequívoca lo bueno, lo malo, lo justo, lo injusto, lo cierto y lo incierto; de forma tal que la polarización de las identidades permita entender que uno ha ubicado el mal en el espacio. En consecuencia sabe qué es lo que no debe frecuentar, o en todo caso, donde puede ubicar lo repudiable.

Lo trágico y lo mítico

Lo trágico de nuestra existencia pretende ser contrarrestado por lo mítico. La tragedia, experiencia subjetiva constante e irrepetible, no fija fronteras entre verdad y falsedad, poder e impotencia. Lo trágico es trágico porque no tiene remedio.

El vacío de la vivencia traumática rechazará lo trágico de nuestra existencia pretendiendo reemplazarlo por la compulsión repetitiva de la construcción mítica, dramática y aparentemente protectora.

Sólo el orden de la tragedia da especificidad a nuestra existencia. Cada nueva instancia en lo trágico muestra la confluencia de lo constante con lo irrepetible. En ello hay una verdad permanente y un protagonista que no puede ser sustituido.

La situación en que el odio y la destrucción irrumpen, en que la muerte se hace inmanente, convierte al individuo en partícipe y testigo de que lo tanático triunfa sobre el Eros, sobre la vida. "Yo no morí murió el otro, pero yo pasé por la muerte". Soy protagonista y testigo.

Parecería que ser protagonista y testigo es inaceptable, no podemos convivir con ello, atenta contra nuestra capacidad erótica de sobrevivir. Esa experiencia trágica es generadora de culpa en el individuo. Culpa que tiende a anquilosarse en el mito para hallar la causalidad de lo sucedido.

Los sobrevivientes de situaciones disruptivas como guerras o atentados terroristas, partícipes y testigos, son los que mantendrán presente el recuerdo de lo acaecido, y nosotros en torno a ellos podremos continuar nuestra existencia, confrontándonos continuamente al relato mítico y al histórico traído por ellos. Son el eje central de nuestra memoria social. Cumplen una función indispensable.

Entre ellos, los que vivenciaron el trauma, tenderán a quedar inmersos en el relato mítico con el fin de llenar el vacío. Ese relato mítico estará alimentado por la tendencia de la sociedad a anquilosar esta situación y determinar que fueron ellos, no otros, los partícipes y testigos.

Como seres sociales somos parte y creadores del relato mítico. Es nuestra necesidad inherente la de relatarlo constantemente, para que no se repita, para que sepamos las consecuencias de lo acaecido y la manera de conducirnos en adelante.

Nosotros los psicoanalistas, seres sociales, debemos luchar paradójicamente en el quehacer clínico contra nuestras necesidades de entretejer el relato mítico apaciguador, para posibilitar al paciente elaborar su propia verdad histórica. El relato mítico que surge en este tipo de situaciones se centraliza en torno a la victimización. Las personas capturadas por la situación serán las representantes y portadoras del relato mítico. Ellas serán las víctimas.

El damnificado y la víctima

El diccionario ideológico de la lengua castellana (Casares 1992) define el vocablo víctima: "como persona o animal sacrificado o destinado al sacrificio, persona que se expone y ofrece a un grave riesgo en obsequio de otra".

La víctima es una necesidad social básica que se remonta a la época bíblica. La existencia de la víctima establece inequívocamente que el resto de la comunidad quedó a salvo.

La función del terror, de la agresión es la de provocar daño. El relato mítico depositará los fantasmas del daño social en las personas damnificadas. La

sociedad tratará, de esta manera de reparar de algún modo lo acaecido y a su vez quedar exenta del perjuicio, sacrificando así a la persona, al capturarlas en esta situación.

Se da un doble juego, por un lado la necesidad de llenar el doloroso vacío personal por medio de un relato mítico dramático; por el otro la necesidad social de perpetuar en las personas afectadas el daño potencial al cual estamos todos expuestos constantemente. Así es que nosotros mismos constituimos las víctimas.

Es por ello que defino "víctima" como la persona que queda capturada por la situación. Que es presa del relato mítico. Petrifica su condición de objeto de lo social. A la víctima se la despoja de su condición de persona, su identidad es adjudicada desde el otro, no desde sí mismo.

Si bien damnificado y víctima son usados en lo común como sinónimos, aquí es necesario introducir una distinción sutil pero vital. Damnificadores son aquellas personas que provocan daño, los damnificados lo sufren.

El dolor personal es lo que determina la condición de damnificado, a diferencia de las víctimas y victimarios que son productos sociales de esta situación; estos últimos están dominados por el relato mítico, tienen por destino la constitución de la memoria social. Tanto damnificados por sucesos sociales, como héroes, poseen un alto potencial para constituirse en víctimas.

Toda víctima es substraída del presente y del porvenir para quedar congelada en un pasado irremediable. Es alguien que se incorpora a una identidad preestablecida. El presente sólo existe para el damnificado porque también, entonces, existe el futuro. El damnificado tiene porvenir como sujeto, la víctima no.

Lo paradójico y angustiante es que nosotros psicoanalistas, como parte de la sociedad potencialmente amenazada, nos convertimos en victimarios por nuestras propias necesidades. La victimización pretende ser un acto reparador de lo caótico, de lo impensable, pero esta función anquilosadora sólo intensifica un vacío inelaborable. La relación víctima - victimario tiende a perpetuarse. Cuando ésta se implanta dentro de una relación terapéutica posee un alto potencial de peligrosidad, ya que nos relacionamos con el damnificado mediatizado por el relato mítico. La función terapéutica es posibilitar al individuo que se enfrente con su condición específica e idiosincrática de sujeto ante la situación desgarrante.

La construcción mítica como baluarte del campo psicoanalítico

Entre los ricos conceptos que Baranger et. al. aportaron al entendimiento de nuestra práctica psicoanalítica se encuentra el de "Baluarte".

Estos autores postulan que la situación analítica se desarrolla dentro del llamado "campo analítico". Esta visión del psicoanálisis nos llama a analizar cada uno de los fenómenos acaecidos dentro de esta situación como el resultante de esa especial relación llamamos " pareja analítica", que como toda pareja son dos las figuras de carne y hueso, pero que en realidad son tres o múltiples los personajes que están en juego.

El baluarte, formación artificial, subproducto de la técnica psicoanalítica, especial "enganche" inconsciente del analista con el analizando que se convierte en complicidad involuntaria en contra del proceso analítico. Es una estructura inmovilizada que entorpece o paraliza el proceso. Se caracteriza por no aparecer nunca directamente en la conciencia de ambos participantes, manifestándose tan sólo por efectos indirectos: proviene de una complicidad entre ambos protagonistas. Esto desemboca en una cristalización parcial del campo, en una neoformación constituida alrededor de un montaje fantasmático compartido que implica zonas importantes de la historia personal de ambos participantes y que atribuye a cada uno un rol imaginario estereotipado.

Kancyper (1992) hace uso extensivo del concepto baluarte, utilizándolo también como una construcción propia del analizando, con la cual viene al análisis. Utilizo este concepto solo en la acepción propuesta por Baranger et. al. (1978), o sea como un subproducto de la técnica psicoanalítica, y en su acepción interaccional. Etimológicamente el baluarte es una "obra de fortificación en forma de pentágono que sobresale en el encuentro de dos cortinas" (Sapiens 1949).

La labor clínica diaria con pacientes que han atravesado una vivencia traumática desencadenada por guerras, atentados terroristas, violaciones de los derechos del hombre de orden político como la represión, desastres naturales etc., presentan al campo analítico un especial desafío, puesto que ambos miembros de la "pareja analítica" están afectados simultáneamente por la situación desencadenada. (Puget, et. al 1982).

Esta especificidad es la que a-priori potencializará la creación de un baluarte, que se forjará en torno a una construcción mítica, en la cual el proceso de victimización será el predominante.

Lo específico de este baluarte es:

- 1) generado por los mismos componentes inconscientes que se desarrollan dentro de todo campo analítico, propio de una específica relación de la pareja analítica.
- 2) Aparece como una construcción que viene a dar contenido a la vivencia de agujero o discontinuidad. Construcción apaciguadora, coherente, y que tiende a transformarse en anquilosante. Discontinuidad que amenaza tanto al paciente como al analista.
- 3) Es producto de una necesidad reparatoria de orden social que invade el campo psicoanalítico, articulándose con los componentes inconscientes propios de la pareja analítica, y con la necesidad casi de orden compulsivo de significar el afecto que emerge de la vivencia traumática.

En el artículo de 1994 de Actualidad Psicológica, dediqué un capítulo a lo que llamé "del diván a las piedras". Relaté que en el medio del desierto, buscábamos una piedra o un árbol que pudiese dar la sensación de diferenciación, al enfrentarnos con nuestra labor terapéutica en el campo de batalla.

Cuando estamos materialmente inmersos en lo acaecido, es muy difícil tomar esa mínima distancia indispensable para el desarrollo de la labor terapéutica. Esto no se da solo por los escotomas intrapsíquicos del paciente y terapeuta, sino que esta potenciado por la situación vivida, atender a los pacientes estando amenazados. Lo vivenciamos en las diferentes guerras en Israel, se intensificó aún más en la Guerra del Golfo: en cualquier momento nuestras propias casas, nuestras vidas podían quedar truncadas a causa de la azarosa caída de un misil. Situación que hemos documentado en el artículo de 1994 publicado en Israel. También Puget y Wender (1982) han presentado esta situación refiriéndose a la época de represión en la Argentina proponiendo "el concepto de mundos superpuestos".

Como psicoanalistas, nos enfrentamos ante un dilema (si bien no es exclusivo de estas situaciones catastróficas, aquí se amplía y se potencia en forma considerable). Por todo el bagaje personal que traemos al encuentro analítico, somos los representantes de ese mundo social externo agresor y

agredido. Ante el paciente representamos a los objetos que son apaciguadores por el hecho que pueden conectar o ligar esa vivencia desde el mundo de la coherencia, la lógica y la continuidad. Pero por medio de la transferencia y contratransferencia somos parte de ese mundo interno del paciente que vive en forma muy cruda la sensación de intrusión y falta de regulación. Es de esa manera que se constituye el baluarte, rápidamente podemos caer en el error de querer darle coherencia a lo sucedido en base a la versión mítica social, apaciguadora, y basar nuestras interpretaciones en esto. El entretejido del relato mítico se constituye en el baluarte que desvirtúa nuestra labor terapéutica.

Atemorizados por el vacío y la a-verbalidad que postula la vivencia traumática buscamos la construcción de ese relato que obtura la posibilidad de estar con el paciente construyendo la historia, su propia historia subjetiva. No solo lo que le ha sucedido, sino todo lo que le está sucediendo.

Si Bion no hubiese creado el concepto de contención, la labor de lo traumático según lo aquí sostenido, pondría al psicoanálisis en una difícil situación: ¿cómo elaborar lo incontable? ¿Cómo enfrentarse con el vacío? Estas preguntas aparecen como un desafío a la teoría de la técnica psicoanalítica.

El trabajo del relato mítico con pretensiones de reconstrucción de la situación vivida, nos mantendría inmersos en él. En cambio la capacidad de contención del analista y su articulación en la transferencia permitirán, a mí entender, desarrollar una labor terapéutica frente al vacío de lo traumático y elaborar lo incontable.

Es por ello que el discurso de "lo traumático", no será encontrado en el relato de los sucesos, tratando de hilar y dándole contenido a esa vivencia disruptiva que no se ha podido significar. La ilación y el contenido se podrán dar a través de la elaboración de la vivencia que aflora en la relación transferencial. Desarrollando el potencial de contención en un marco que permita un "holding" adecuado como lo ha propuesto Winnicott.

No debemos permanecer atrapados por los contenidos, sino que en este tipo de situaciones debemos desarrollar las condiciones de continente del paciente, que la vivencia traumática ha alterado.

Cuando acciones bélicas agreden nuestro entorno, nos sentimos en parte guardianes de una memoria grupal indispensable,

La víctima jamás perderá su necesidad de presencia, será realimentada por el mito.

Una actitud preventiva, tal vez alentadora es percibir que uno no está obligado a permanecer capturado en el mito. Pero no nos ilusionemos. No quedaremos fuera de él en forma definitiva; del mito sólo se emerge circunstancialmente. Una de las maneras es a través del vínculo terapéutico destinado a confrontarnos con lo personal, con el hecho de que podremos como pacientes aceptar la existencia de lo inelaborable y como analistas enfrentarnos con el dolor de lo imposible.

Capítulo IX

SÍNDROME DE ANSIEDAD POR DISRUPCIÓN (SAD) UN NUEVO MODO DE SUFRIR

Moty Benyakar

¿Quién está enfermo?

“Doctor, estoy enloqueciendo porque yo entiendo lo que pasa.” Así se expresaba un paciente, economista de profesión, en el momento en que el deteriorado escenario económico argentino se hacía añicos, como un plato de porcelana que cae a un piso de baldosas. Sus palabras, sin embargo, no me eran inéditas y removían en mí cierta conocida inquietud al tiempo que despertaban un interés especial. ¿No es exactamente de ese modo de “enloquecer” de lo que hablan los relatos angustiados de los pacientes que he atendido en Tel-Aviv? ¿No coinciden las palabras de mi paciente argentino con lo que últimamente estuve escuchando de boca de algunos habitantes de la ciudad de Nueva York?

Tres escenarios totalmente distintos que provocan reacciones humanas casi idénticas no pueden más que despertar la curiosidad por saber qué es lo que hace similares situaciones tan disímiles. Mientras escuchaba al paciente, el entrecruzamiento de las voces, ignorando las diferencias de los idiomas, actuaba como una única voz que trastocaba en mí uno de los axiomas indiscutidos sobre los cuales los profesionales de la salud mental hemos basado nuestro trabajo clínico: la incapacidad yoica para leer la realidad coarta la capacidad de cuestionar y enferma.

Unidos para interpelarme, estos pacientes parecían decirme: “Sí, doctor, el axioma es cierto; pero, ¡atención!, ¡también suceden otras cosas! A veces es la propia realidad, con sus parámetros dislocados, con su aleatoriedad que la vuelve imprevisible, la que restringe e inhibe la capacidad yoica para enfrentarla. Y esta situación, doctor, también desorganiza”. A tal punto que en entornos disruptivos que han adquirido una cierta permanencia, lo que enferma a las personas es, paradójicamente, la lectura adecuada que hacen de esa realidad dislocada y enloquecedora que las circunda y amenaza.

Conmocionado, advertí que las palabras de mi paciente las escuchaba también en Israel y en Estados Unidos (Herman, Felton y Susser, 2002). Y que esos discursos nuevos de la gente generaban en los consultorios de psicoterapia una situación novedosa. ¿Cómo se escucha, por ejemplo, a un paciente cuando

dice que está desesperado pero no porque el esfuerzo que debe hacer para sobrevivir él y su familia lo desborde sino porque lo que hace cotidianamente para enfrentar las dificultades de la vida diaria no tiene sentido, ya que siempre habrá algún cambio no previsto en el entorno que vuelva estéril su empeño e iniciativa? ¿Cómo entender qué le pasa a alguien que sabe de sí mismo que es un luchador, que hasta puede confesar sin miedo haber fracasado algunas veces en la vida, cuando clama, patéticamente: “Yo antes, cuando fracasaba, analizaba la situación y podía darme cuenta de por qué había fracasado. Aprendía y empezaba de nuevo y a veces me iba bien. Ahora los resultados, si me va bien o me va mal, no tienen nada que ver con lo que yo haga, ya no sé qué está bien y que no lo está” ¿Cuánta similitud con lo que sienten muchos ciudadanos israelíes cuando, por temor a sufrir un atentado, deciden no ir a un cine o al supermercado aun sabiendo que el resultado de esa decisión no les garantiza la anhelada seguridad! En estos contextos, las personas buscan conjurar las amenazas y, sin embargo, las ven reaparecer inmediatamente en algún otro lado, bajo alguna otra forma.

Los relatos de los pacientes hoy trastocan los saberes dentro de los cuales los terapeutas estábamos acostumbrados a refugiarnos hasta que esta nueva situación vino a desbaratar el hábito. En general, los terapeutas pensamos que los pacientes tienen puntos ciegos acerca de los cuales los terapeutas sabemos más. Ahora, los pacientes empiezan a denunciar que yo también tengo puntos ciegos y que ellos saben cosas que yo no sé. Por ejemplo, que el entorno al que se enfrentan diariamente es imprevisible, que no pueden ponerle nombre y apellido a las situaciones amenazantes que viven cotidianamente y que paulatinamente se convierten en sus nuevas condiciones de vida, que estas situaciones inéditas les impiden evaluar el presente y decidir cómo actuar de cara al futuro. Y que la causa de que deban vivir estos dramas no está en que su psiquismo presenta algún tipo de falla sino que la causa es el deterioro o, más aún, el derrumbe del contexto vital en el que se hallan inmersos.

Ubicando el problema

Como forma de aislar esta experiencia de los pacientes e incluso -¿por qué no?- la mía propia, para darle un nombre que permitiera empezar a hablar y pensar en ella, definí el síndrome de ansiedad por interrupción (SAD). Este síndrome, pues, designa el cuadro que genera en algunas personas el mero hecho

de vivir en esa clase de entornos disruptivos que, al sostenerse en el tiempo, sufren un deterioro paulatino, desigual y progresivo, causando padecimientos que obedecen a la irrupción de esos entornos en el psiquismo de las personas (Benyakar, 2002d).

El panorama compuesto por tales entornos sociales desquiciados irrumpiendo en el psiquismo de sujetos que, hasta ese momento, habían vivido sus vidas aceptablemente, nos conmina a desviar nuestra mirada del mundo interno del sujeto al papel que juega la dinámica del mundo externo en los procesos psíquicos que ocurren, sobre todo, en los adultos. Admito que los profesionales en salud mental no estamos acostumbrados a pensar de esta manera. Pero las formas actuales de articulación entre lo social y lo individual producen cuadros sintomáticos que ya no encajan en nuestras categorías habituales y que nos piden acercarnos a la experiencia singular, idiosincrásica, dependiente de la estructura psíquica de cada individuo, a través de una lente pulida por las características de los eventos fácticos asociados con esa experiencia. Hoy, aunque aún no estemos preparados para ello, necesitamos dilucidar qué aspectos de los entornos disruptivos conducen a nuestros pacientes al desvalimiento psíquico. Para ello necesitamos enlazar nuestras perspectivas psicológicas con las de otras disciplinas tan disímiles como la neurofisiología, la etología, la antropología, la ciencia política y hasta el arte y la literatura (Susser y Susser, 2002).¹

En principio, sabemos ya que en el SAD la ansiedad emerge porque el psiquismo percibe, adecuadamente, que los referentes y los significados instituidos del entorno, que proporcionan contención y facilitan enfrentar las situaciones, ya no están ahí. Las cadenas que asociaban unos hechos con otros, unas causas con unos efectos, se desdibujan porque los hechos mismos pierden sus viejos y conocidos significados. Por ejemplo, cuando un sobre con una carta deja de ser el vehículo para la comunicación entre personas y se convierte en un arma letal. O cuando las instituciones religiosas, “guardianas de las almas”, se ofrecen como refugio de abusadores de niños. Desaparecen los parámetros que ofrecían las referencias fijas a partir de las cuales se hace posible evaluar y, por ende, cuestionar tanto la realidad externa como la interna del sujeto. En un entorno social distorsionado hasta esos extremos, ¿cómo podría un sujeto desarrollar mecanismos de adaptación adecuados y hacer frente a lo que le sucede?

Cuando mi paciente dice “enloquezco” yo sé que sus palabras refieren sus fracasos a la hora de desarrollar estrategias adaptativas, tanto psíquicas como conductuales, adecuadas a esa realidad amenazante que, a pesar de serle comprensible, de todos modos lo desquicia. De él y de otros pacientes argentinos, israelíes o neoyorquinos, aprendí que esa ineptitud para lograr una adaptación activa a la realidad se debe a que o bien las personas saben qué es lo que las amenaza pero no saben cómo defenderse o a que el medio presenta un grado de aleatoriedad tal que anula el potencial adaptativo de toda conducta.

La amenaza terrorista es el ejemplo más cristalino de ese huis clos del que hablara Jean-Paul Sartre en su obra *A puerta cerrada*, de ese encierro, aporía existencial que hoy en día somete a tanta gente. Por las características propias de la acción terrorista -indiscriminada, imprevisible, espectacular, de altísimo valor simbólico-, no hay mecanismo que permita adaptarse a la distorsión que la amenaza terrorista introduce en la vida cotidiana de las personas cuando hace imperar el miedo y la inseguridad pero sobre todo cuando establece un grado tal de contingencia que vuelve irrazonable toda conducta posible.

¿Angustia o ansiedad?

Al considerar las consecuencias de la irrupción de los eventos y entornos disruptivos en el psiquismo y enfrentarnos con los cuadros que iban surgiendo y que necesitamos nominar, apareció ante mí y mis colegas la necesidad de decidir entre el concepto “angustia” y el de “ansiedad”. ¿Correspondía hablar del sufrimiento que observábamos usando la misma palabra que la filosofía y la literatura reservan a ese malestar tan profundo denominado “angustia”?

Freud en sus trabajos, especialmente en *Inhibición, síntoma y angustia*, hace la diferencia entre angustia automática y angustia señal, a las que remite por igual a un estado de desvalimiento psíquico. En ambos casos, la angustia freudiana es el producto de una falta de la capacidad psíquica necesaria para hacer frente a una amenaza, cualquiera sea su índole. En ese texto Freud habla, también, de la *Realangst*, o sea, la angustia producida por un hecho real que se constituye en amenaza real (Freud, *Inhibición, síntoma y angustia*).

En los cuadros que ocuparon nuestra atención y que agrupamos bajo la denominación de síndrome de ansiedad por interrupción, las características de lo disruptivo no responden a lo que consideraríamos una amenaza real sino a las de

un fenómeno que acontece en el mundo externo y que es de tal naturaleza que impide distinguir el tipo de amenaza. O sea, responden a lo que en el capítulo I denominé “violencia”.

La solución respecto de qué palabra usar vino de la mano de un interesantísimo artículo escrito por J.J. López Ibor, “La angustia vital” (López Ibor, 1950). Allí hace un profundo y extenso análisis del concepto “angustia” describiendo, con una agudeza clínica muy especial, ese afecto a través del cual se manifiesta el “mal-estar” del hombre. La fórmula “mal-estar” le sirve para acentuar el hecho de que está hablando de la relación entre el mundo interno de un sujeto y el mundo externo. Con el concepto “angustia vital” se refiere al afecto que emerge como consecuencia de procesos internos, o sea, como un afecto de carácter endotímico. A partir de esta definición propone distinguir entre lo que es específicamente angustia y lo que pertenece al orden de la ansiedad.

López Ibor dice:

La angustia la definen los diccionarios refiriéndose a la aflicción y la aflicción a la pena y la tristeza. Es decir, el lenguaje común reconoce las transiciones que existen entre la angustia y la tristeza como estados de ánimo. Mucho se ha discutido si la angustia y ansiedad son lo mismo. Para mí, son matices de la misma experiencia. Imaginariamente los podemos considerar situados en planos distintos: la angustia es más profunda, más visceral, más física y más constrictiva. La ansiedad es más elevada, más noética y más libre. Cuando se analiza bien lo que es la experiencia angustiosa se topa con los dos matices de la escala: a) temor a la disolución de la unidad continuidad del yo; b) cuando amenaza la disolución aparece el vértigo de la libertad. Son dos momentos de la misma vivencia, el primero expresado por la palabra ‘angustia’ y el segundo por la palabra ‘ansiedad’.

Las reflexiones de López Ibor afirmaron mi convicción interna respecto de que los fenómenos que habíamos observado eran diferentes de los que habitualmente identificamos con la angustia. De modo que el término ‘ansiedad’ resultaba más apropiado puesto que enfatiza el hecho de que nos estamos refiriendo a ese estado de mal-estar provocado por el contacto con el medio y no a los componentes endotímicos de la angustia. Cabe señalar que, a diferencia de la ansiedad descrita en la nosología psiquiátrica, ‘ansiedad’ nombra los cuadros producidos, principalmente, por la distorsión que afecta al medio ambiente y que lo torna disruptivo.

Por ser el resultado de una relación específica entre un sujeto y el mundo externo que lo rodea, el SAD es una entidad nosológica cuya característica más saliente es ser una estructura dinámica en permanente cambio, desencadenada por la cristalización de un entorno disruptivo. Reúne los síntomas que aparecen en personas que sufren un fuerte impacto desorganizador en su psiquismo por vivir expuestas, durante un tiempo prolongado, a entornos habitados por amenazas inasibles atribuibles a la voluntad y la acción de grupos cuyos móviles no pueden ser aprehendidos. Los resultados observables de la desorganización psíquica resultante son la disfunción personal y el sufrimiento psíquico. Estas proposiciones surgen de lo que yo mismo y otros colegas de Israel, Estados Unidos y la Argentina observamos en el trabajo clínico, cada uno en sus respectivos contextos.

¿Qué les pasa a quienes no les pasa nada?

Una característica verdaderamente llamativa de este fenómeno es que, en todas las localizaciones en las que se lo observó, fueron muchos menos los casos de SAD detectados entre las personas afectadas en forma directa por hechos disruptivos puntuales que entre quienes se sintieron amenazadas por el mero hecho de convivir con el entorno disruptivo y sus efectos sobre otros. Como dijera Álvaro Lezica en una comunicación personal: “El SAD es el síndrome de las personas a las que no les pasa nada”.

Los impactos psicosociales que resultaron de la situación global de la Argentina a partir de 2000 pueden servirnos de paradigma para comprender este fenómeno. Por ejemplo, el cierre de una fuente de trabajo en una comunidad cuya subsistencia depende mayoritariamente de ella sirve para ilustrar el cúmulo de amenazas de toda índole que, a partir de ese hecho, se ciernen sobre el conjunto de la población. En efecto, el cese afecta directamente a los empleados de la empresa pero también a los de otras actividades subsidiarias, algunas de las cuales también deberán cerrar sus puertas. Quienes no fueron despedidos comienzan a temer serlo y, con razón o sin ella, a mirar con recelo a sus compañeros o a quienes podrían ocupar su lugar. Quienes fabrican el pan temen dejar de vender. Mis viejos compañeros, mis clientes de siempre que hoy me piden fiado y yo sé que no me van a poder pagar, hoy me amenazan sin quererlo. Ya no me junto a tomar café y a hablar de deportes como hacía antes porque todo el mundo está deprimido y lo único que se escucha son lamentos.

Los miedos se eslabonan y potencian y se instala el temor generalizado por el futuro individual y colectivo. ¿Podré seguir mandando a mis hijos al colegio? ¿Podrá seguir mi hija estudiando música y preparándose para ser concertista? ¿Cómo haré para ayudar a mis padres? ¿Conseguiré otro trabajo? ¿Tendré que irme de este lugar donde nací y tengo todos mis afectos? ¿Y si yo o alguno de mi familia enferma? ¿Cómo puede ser que nadie, ningún funcionario de este gobierno, tome alguna medida? Quienes protestan tiene razón, pero ¿por qué rompieron los vidrios de mi comercio o incendiaron mi auto?

Si en la comunidad no existen los recursos políticos, económicos, sociales para una reconversión, el deterioro de la vida familiar y de todas las actividades -comerciales, educativas, sanitarias, recreativas, etc.- amenazará la calidad de vida del conjunto de los habitantes que verán peligrar la continuidad de su manera de vivir y, aun, su existencia misma (Nino, 1992). El apelativo “pueblo fantasma” con el que en la Argentina se designan los restos de algunas comunidades expresa patéticamente el grado extremo de desintegración social y de patología individual que tienen lugar en poblaciones que sufren la desarticulación del entorno, el deterioro de las instituciones, el debilitamiento de las normas, y a las que se deja libradas a su suerte privándolas de asistencia. El cine de los últimos tiempos refleja los estragos que los entornos disruptivos producen en las personas. Películas como Full Monty, Recursos humanos, La orquesta..., apuntan a los efectos de la caída de la institución del trabajo, tan central para la subjetividad, mientras otras -como La virgen de los sicarios- muestran la disolución del valor de la vida en poblaciones que viven bajo los efectos de la amenaza cruzada y permanente que imponen los ejércitos de guerrilleros, de paramilitares y del narcotráfico. En todas estas películas es posible ver las dos situaciones apuntadas: el efecto de un hecho disruptivo sobre las personas directamente afectadas, y los entornos disruptivos prolongados en el tiempo que impactan aun sobre las personas que, por diversas razones, hasta podrían llegar a beneficiarse económica o políticamente de la crisis. Recordemos, en este sentido, la película Underground.

Describiendo el “mal-estar”

Investigadores, psicólogos y psiquiatras de diversas nacionalidades acuerdan con que los fenómenos psíquicos observados en los entornos descriptos y agrupados bajo la denominación SAD son:

- Estados profundos de desorientación e incertidumbre respecto del presente y, sobre todo, del futuro por la ausencia de parámetros confiables y compartidos que permitan sostenerse en el pasado, actuar en el presente y planificar el futuro. Los cambios repentinos en las normas que, profundamente incorporadas a la cultura y la subjetividad, enmarcan y regulan las acciones cotidianas desbaratan los recursos simbólicos. Los individuos pierden la capacidad para interpretar las situaciones que viven, de manera que el presente pierde su sentido y arrastra consigo al futuro.
- Sentimientos intensos de frustración y desesperanza debidos a que las posibilidades de acción en el presente se ven inhibidas. Y, cuando el presente no permite accionar, tampoco es posible proponerse metas, desplegar proyectos, anhelar un futuro mejor.
- Vivencias personales de desamparo e impotencia porque las instituciones sociales, que normalmente aseguran la vigencia de los marcos normativos, se ven desbordadas por los acontecimientos y ya no pueden garantizar las reglas de convivencia ni cumplir con las funciones para las que fueron creadas.
- Sensación de estar atrapado, de no poder escapar a las situaciones amenazantes, ya que el actual desarrollo de los medios de difusión universaliza los temores y no permite que queden resquicios donde sentirse a salvo.
- Un miedo difuso pero permanente, muchas veces no reconocido como tal, se instala como resultado de vivenciar la presencia constante de peligros larvados de origen no identificable.
- El miedo dispara sentimientos cada vez más hondos e indiscriminados de desconfianza, sospecha y desvalorización de los otros. Estas emociones, exacerbadas en relación con las personas a quienes compete la responsabilidad de asegurar la estabilidad normativa e institucional, o sea, funcionarios y dirigentes, pueden desembocar en ira.
- La desconfianza promueve el aislamiento y éste, a su vez, subraya la desconfianza. Se establece así una espiral que empuja a las personas afectadas a asumir conductas egoístas, indiferentes o incluso hostiles.
- En quienes estos comportamientos no son habituales, son frecuentes los sentimientos de malestar, de culpa y las actitudes de culpar a otros.
- Las personas que no pueden manifestar su ira caen presas de sentimientos de indefensión y anonadamiento que a veces las llevan a la parálisis.

- La incertidumbre ocasionada por el cambio en las reglas de juego alienta el sentimiento de impotencia. Incertidumbre e impotencia combinadas inhiben la capacidad para tomar decisiones y/o sostenerlas una vez tomadas. Es muy común que las personas que se sienten de esta manera caigan en estados de abulia. O que, por el contrario, recurran a una hiperactividad sin rédito y desgastante.
- El carácter inasible de las amenazas agrava la tendencia humana a establecer culpables visibles e identificables sobre quienes descargar la frustración. A su vez estas actitudes, a menudo irracionales, necesitan ser justificadas, lo cual incrementa la necesidad de aferrarse a certezas absolutas.
- Pueden darse estados de confusión leve. El desconcierto resultante instala en algunas personas la duda acerca de la validez y adecuación de los propios sentimientos y percepciones, y las hace dependientes de la opinión de otros que puedan confirmarlos. Si esta dependencia se establece con personas que enarbolan las buscadas certezas absolutas, quedan establecidas las bases para el desarrollo de adhesiones fanáticas.
- Es muy frecuente la necesidad imperiosa de hablar insistentemente acerca de lo que sucede; de expresar a otros, una y otra vez, los temores, las inseguridades, los desconciertos, como si de ese modo pudieran disiparse o como buscando validar sus vivencias y certificar que la amenaza existe, que no es mero producto de su subjetividad.
- Al hacerlo, sin embargo, la persona se transforma, consciente o inconscientemente, en un “agente propagador del caos” que magnifica y potencia el malestar general y teme estar personalmente involucrada en la generación de su propia desazón y de la ajena. Aun cuando quien así sienta tenga la certeza de que no hay nada más alejado de su deseo que ese resultado y que nada hizo que justifique el temor que siente en ese sentido, se apodera de ella un sentimiento generalmente injustificado de complicidad con lo que amenaza.
- Esta sensación de complicidad se refuerza debido a que la amenaza no puede ser reconocida como totalmente ajena al individuo.
- Puede ocurrir que quienes se saben inocentes, exentos de responsabilidad directa alguna en relación con los acontecimientos externos que producen la disfunción generalizada del entorno, también se sientan atrapados en una penosa situación dentro de la cual ninguna de las respuestas posibles está a salvo de adquirir el sentido que el enemigo ignoto, no identificable, le

confiera. No poder dominar el sentido de las propias acciones es una experiencia terrorífica muy frecuente entre las personas que viven en un entorno organizado alrededor de la amenaza terrorista, porque significa que cualquier conducta que asuman terminará, fatalmente, siendo una prueba del éxito de la acción terrorista.

- En tanto el medio rechaza toda forma de adaptación, las personas asumen conductas pseudoadaptativas, por ejemplo, privarse de ir a cines o a supermercados o de viajar en vehículos públicos, como si con ello se pudiera acrecentar la seguridad personal.
- La “compulsión” a hablar suele ir acompañada de otra de signo contrario: la de consumir noticieros televisivos y radiofónicos, diarios y revistas, chismes y rumores, buscando la información que aclare y calme. Esta necesidad, que no parece satisfacerse nunca, acrecienta el consumo de datos hasta niveles intoxicantes que desgastan la capacidad crítica de los sujetos.

Rasgos específicos y comunes con otros síndromes

Algunas de las manifestaciones clínicas que presentan las personas a quienes diagnosticamos como afectadas por el SAD son comunes a los cuadros de ansiedad generalizada, los ansiodepresivos, la depresión, el estrés agudo y el tan mentado “estrés postraumático”. Sin embargo, tal como las vemos hoy, estas manifestaciones clínicas:

- 1) no cumplen en forma plena con los criterios que las clasificaciones actuales requieren para establecer tales diagnósticos;
- 2) mucha de la fenomenología que se presenta en el SAD no aparece en ninguno de los otros cuadros;
- 3) tampoco es posible ubicar este síndrome dentro de los trastornos por ansiedad no especificados (TANE), y
- 4) como las personas que presentan manifestaciones del SAD no despliegan defensas tanto psíquicas como conductuales adecuadas porque el medio no lo permite, la sintomatología no puede incluirse dentro de los cuadros de estrés, ni calificarse como vivencias traumáticas.

Los argumentos anteriores, desplegados por la negativa, justifican la postulación de la existencia del síndrome de ansiedad por interrupción y llevan a

insistir en la necesidad de considerarlo una entidad nosológica en sí misma. Pero para que esta justificación encuentre su plenitud es preciso, también, señalar las características propias, inherentes, al SAD que le confieren su singularidad y permiten diferenciarlo de los cuadros ya establecidos. Estas particularidades son:

- 1) La situación disruptiva no causa el colapso del psiquismo y por ello el SAD no puede ser incluido en la categoría de “vivencias” traumáticas.
- 2) El factor disruptivo no puede ser identificado como una amenaza, por lo que no puede hablarse de “vivencias” de estrés.
- 3) Las personas sienten que los sucesos disruptivos -externos, complejos, difusos, inasibles, constantes, omnipresentes- son causados por ellas mismas, aun cuando no se encuentren involucradas ni directa ni indirectamente en su ocurrencia.
- 4) De igual modo que en los trastornos distímicos y por ansiedad originados en el psiquismo individual, el SAD también produce disfunciones en las conductas sociales, laborales, familiares. Pero, en este caso, el sufrimiento individual reconoce su origen no en el factor subjetivo sino en la distorsión del entorno y la pérdida objetiva de los roles y posiciones económicas y sociales (trabajo, ingresos, vivienda, vestimenta, etc.) que sostienen la identidad de los individuos.
- 5) A diferencia de los cuadros caracterizados como trastornos de ansiedad, en los cuales el individuo tiende a ocultar o esconder sus síntomas, vimos ya que el SAD se caracteriza por la necesidad pseudocompulsiva de hablar y compartir los sufrimientos.
- 6) Los sufrimientos más comunes son incapacidad para concentrarse, desinterés por el afuera, impotencia vital por deslibidinización de las relaciones cotidianas, astenia mental o física, fatiga, inquietud e impaciencia, letargo o su contrario: hiperactividad sin beneficio y aun debilitante; desesperanza, incapacidad de proyectar, tendencia a sobrereactuar el temor, anhedonia, baja autoestima. Son frecuentes, también, los desórdenes del sueño, sea insomnio o hipersomnia, la tendencia a la somatización y a los ligeros desórdenes alimentarios.
- 7) El soma se transforma en el receptor de ansiedades psíquicas no procesadas así como en el medio para expresar lo que no puede decirse. La tendencia a somatizar concomitante no va acompañada del correspondiente interés y preocupación de parte de los afectados de SAD por los síntomas somáticos que les aparecen. Como ocurre con los desórdenes somatoformes, en este

caso el síntoma somático también, paradójicamente, provoca alivio. Es que en un entorno disruptivo con tan alto poder desorganizador de la subjetividad el cuerpo provee sentido de continuidad.

- 8) Por último, el abordaje clínico del SAD reconoce una especial complejidad ya que el tratamiento se desarrolla en un entorno disruptivo que afecta y conmueve tanto a los pacientes como a sus eventuales terapeutas.

El impacto de los entornos disruptivos en la capacidad de proyecto del niño

En tanto consideramos el SAD una patología por disrupción, su estudio nos obliga a repasar los modos en los que las distintas disciplinas que se ocupan de la salud mental vienen construyendo el conocimiento. El modelo básico del psicoanálisis se erige alrededor de un individuo que despliega sus hipótesis acerca de su existencia y su relación con el mundo a partir de su propia libido y como emergentes de su propio cuerpo. Estas hipótesis individuales encontrarían sostén o rechazo en el discurso grupal del medio que los rodea. Pero hoy en día, en estos entornos disruptivos a los que nos referimos, ese mecanismo, al que Simon Critchlet (1995) llamó “vivencia ética”, se ve alterado o distorsionado. Este autor, articulando las posiciones de Alain Badiou, Emmanuel Levinas y Julia Kristeva, postuló que el despliegue de la vivencia ética se da en el interjuego entre la aprobación de una demanda y la demanda de aprobación. Establece que los valores se postulan en ese interjuego entre la demanda y la aprobación de la demanda. Para poder abordar la forma en que actúa el interjuego entre demanda y aprobación de la demanda será útil considerar el desarrollo del infans y su marco familiar y social.

Los valores humanos se desarrollan en el marco de la existencia de un proyecto y de las posibilidades de cumplirlo. En el infans estas posibilidades dependen de que haya una sana relación entre su demanda y el reconocimiento que el medio hace de él como demandante. El primer escenario donde se juegan ambos factores es la relación entre el niño y la madre: allí el infans emerge como sujeto demandante y la madre responde con el deseo. Piera Aulagnier solía decir que el infans demanda que la madre desee y la madre desea que el infans demande. Para que esta mutua disposición se despliegue hace falta que el grupo social al que pertenecen ambos tenga sus propias demandas dirigidas a cada sujeto como individuo y al conjunto de los sujetos que la componen (Aulagnier, 1977).

La relación entre el infans, la madre y el grupo social al que pertenecen se puede sintetizar según la fórmula siguiente. Una madre que dice: “A este hijo lo hice con él [refiriéndose a su pareja]”. Este enunciado emerge en el interior de un discurso social que, al referirse al infans, dice: “Ese niño es para mí”. La articulación dará lugar a que el niño pueda decir: “Yo vengo de ellos y por ellos”, al referirse a sus padres, y “existo para ellos, con ellos y hacia ellos” al referirse a la sociedad. Estos enunciados son el punto de partida indispensable para que se desarrolle la capacidad de proyecto y, posteriormente, la posibilidad de concretarlo.

Si la demanda social falla, fallan también los parámetros de identificación que le permitirán al niño decir “cuando sea grande seré esto o aquello, tendré esto o aquello”, y el proceso de desarrollo se distorsiona. La “exportación” masiva de hijos que ocurre en los países subdesarrollados es prueba de que en ellos existe una gran falla en el enunciado de lo social ya que no pueden darles a sus nuevos miembros pautas válidas, creíbles y coherentes que les digan que ellos son, para esa sociedad, futuros ciudadanos dignos y capaces de desarrollar su propio proyecto, que es el proyecto social.

En estos casos en los que fallan los parámetros identificatorios, el único referente con permanencia que le queda al niño es su propio cuerpo y, para él, sólo tendrán valor sus propias sensaciones corporales, que quedarán sin poder transformarse en una relación y sin poder adquirir un sentido. Al carecer estas sensaciones de la dimensión relacional y de sentido, no hay lugar para la experiencia del conflicto y la duda, y puede instalarse la certeza psicótica, la respuesta mística, el fanatismo o la absoluta desesperanza. Estos procesos no habrán sido por falla del psiquismo sino porque la demanda del niño no tuvo respuesta. De no mediar una propuesta integradora, consistente y coherente del entorno que permita el desarrollo de un proyecto personal vinculado a un proyecto social, el niño quedará inmerso en un eterno presente careciente de proyecciones en el tiempo y el espacio.

Un desafío para el área de la salud mental

La realidad adquiere sus matices según las referencias identificatorias del yo que las diferentes culturas les ofrecen a sus miembros. El tipo de relación que debe establecerse entre el yo y el modelo que el grupo de pertenencia propone al individuo, por medio de un discurso social, es universal. Por eso, parecería ser

que el discurso social tiene siempre una misma función metapsicológica. Para las disciplinas abocadas a la salud mental, entender los modos en que el medio social puede fallar como sostén para los procesos de identificación constituye un reto. Porque si los psicoterapeutas no entendemos las falencias que pueden darse en este interjuego, los tratamientos pueden quedar reducidos a meros postulados superyoicos que ubiquen los problemas en las incapacidades de los individuos para enfrentar la realidad.

En tanto la existencia del SAD es un producto de la distorsión del medio, o sea, de la violencia, para abordar el desafío de comprender la particular conjugación que se opera entre los entornos disruptivos y las condiciones psíquicas de los sujetos es imprescindible tener en cuenta las diferencias entre los efectos de la violencia y los de la agresión, desarrollados en el capítulo I. Y recordar que la violencia propia de los entornos distorsionados coarta la capacidad de vivenciar, o sea, de enfrentarnos ante lo desconocido munidos de la sensación de poder desplegar nuestra facultad para cuestionar y para desarrollar proyectos de vida. A este novedoso énfasis que deberemos poner en la consideración de los procesos sociales que afectan al psiquismo habremos de sumarle los esfuerzos necesarios para desarrollar nuevos instrumentos diagnósticos, nuevos modelos psicoterapéuticos que articulen los elementos del entorno con los propios de los pacientes y una investigación psicofarmacológica orientada a producir respuestas adecuadas. Considero que llevar adelante esta tarea es imprescindible porque, hoy en día, los entornos disruptivos crecen no sólo en número y extensión sino en destructividad.

1. La necesidad de abordar el estudio de los entornos disruptivos y de sus efectos en el psiquismo es tan pregnante que a poco de comenzar a plantear el concepto “patologías por disrupción” y, más específicamente, el de SAD, se unieron a la reflexión una cantidad de profesionales de otros campos. Se formó así un equipo multidisciplinario de investigación y docencia con capacidad para abordar la complejidad del fenómeno del SAD desde múltiples enfoques.

Así, el equipo que dirijo con Carlos Collazo (colega y amigo con quien comencé a desarrollar la conceptualización de este síndrome y con quien publiqué el primer trabajo sobre el tema, trabajo en el que colaboró también Enrique de Rosa) hoy se ha consolidado en un equipo de investigación y docencia que incluye a un psicoanalista especializado en niñez y adolescencia, Álvaro Lezica; a un coordinador de las tareas investigativas de campo, el psicólogo Jorge Garzarelli; a una investigadora especializada en temas de

violencia social y de género, la socióloga Inés Hercovich; a un médico sanitarista especializado en formulación y evaluación de proyectos y definición de planes y programas para políticas públicas, Néstor Perrone; a una psicóloga experta en Rorschach y otras técnicas psicodiagnósticas, María Teresa Herrera, y al médico Gustavo Tafet, investigador en neurofisiología. También colabora la psicoanalista Susana Jallinsky, estudiosa del tema de la complejidad. Llevados por las circunstancias, acicateados por los interrogantes que plantea la práctica clínica y por la necesidad de ofrecer respuestas, el equipo está abocado a profundizar teóricamente el concepto de SAD y a definirlo operacionalmente, con lo cual estaremos contribuyendo también al esclarecimiento de la noción “patologías por disrupción” (Benyakar, Collazo y De Rosa, 2002).

Capítulo X

VICISITUDES DIAGNÓSTICAS DE LAS PATOLOGÍAS POR DISRUPCIÓN

Moty Benyakar

Los conceptos “trauma” y “estrés” y sus aplicaciones clínicas

¿Qué es una neurosis postraumática, una vivencia traumática, un estímulo traumatogénico, un estímulo estresogénico? ¿Cuáles son y cómo se desarrollan los síntomas característicos de cada una de estas entidades nosológicas? ¿Cómo tratarlas? Éstas son algunas de las preguntas que surgen en la clínica actual y que intentaré contestar a lo largo de este capítulo. Para ello, debemos realizar un análisis crítico de los conceptos “trauma”, “estrés” y “estrés postraumático” usados hasta hoy para abordar pacientes con la sintomatología correspondiente a lo que he denominado “patologías por disrupción”. Haré una breve exposición de diferentes perspectivas y tendencias relacionadas con la clínica, desarrolladas en distintos lugares y momentos, y presentaré los conceptos que introduje antes, esta vez desde el punto de vista de su utilización clínica.

La nosología psiquiátrica estandarizada

La necesidad de normatizar diagnósticos y tratamientos para atender las patologías presentadas por los soldados durante y después de las guerras impulsó en Estados Unidos y Europa la tendencia a enumerar los síntomas, definirlos y agruparlos según diferentes criterios. A lo largo de los años, distintos autores propusieron agrupamientos de signos y síntomas semejantes a los incluidos por el DSM III, hoy DSM IV, y por otras escuelas contemporáneas (American Psychiatric Association, 1994). Entre ellos: 1) ansiedad generalizada, a menudo al punto del estupor; 2) depresión; 3) irritabilidad, nerviosismo y reacción de sobresalto, a menudo con reacción agresiva a estímulos menores; 4) alteraciones en el dormir que incluyen pesadillas, sueños de guerra e insomnio; 5) confusión y alteraciones en la concentración y la memoria; 6) impotencia sexual y/o disminución de la libido; 7) pérdida del apetito; 8) dificultades en la adaptación social y laboral; 9) síntomas psicósomáticos, cefaleas y dolores principalmente

de pecho y espalda; 10) estados disociativos y otras alteraciones de la conciencia, algunas de las cuales incluyen agresividad con amnesia posterior; 11) alucinaciones y pseudoalucinaciones; 12) temblores y otras alteraciones de la actividad simpática; 13) pasividad y comportamiento infantil, a menudo con enuresis; 14) conversiones y amnesia, y 15) fobias, por lo general sin representación simbólica, que se manifiestan como miedo difuso.

Los esfuerzos en este sentido respondieron a ineludibles necesidades de organización y administración de los servicios de salud. Hubo dos tendencias: una propuso agrupamientos según las características de los síntomas. La otra, según las condiciones del mundo interno. Ambas tenían como propósito definir los enfoques terapéuticos más adecuados de los distintos casos.

En el marco de la primera tendencia, algunos de los criterios propuestos fueron: a) el lugar de aparición del primer síntoma y la evolución posterior; b) la posibilidad de discernir su aparición; c) el *timing* del proceso patológico; d) la adaptación premórbida, y e) el nivel de estrés.¹

Otros criterios diagnósticos

Otros tres grupos de diagnóstico propuestos fueron: 1) fatiga de combate, con rápida recuperación y retorno a la normalidad; 2) neurosis de combate, sin retorno espontáneo a la normalidad y con limitación del yo, y 3) reactivación de neurosis previa. Para la “fatiga de combate”, los psiquiatras Bourne (1970a, b) y Strange (Strange y Brown, 1970) indicaron tratamientos de apoyo y relajación apartando al soldado del campo de batalla, mientras que Kardiner y Spiegel (1947, 1959) recomendaron tratamientos con características psicoanalíticas adaptados a la situación.

Aun cuando las categorizaciones hechas sobre la base de las características de los síntomas hayan servido para indicar distintos tipos de tratamientos en los diferentes casos, como acabamos de ver, desde el punto de vista clínico los esfuerzos realizados no fueron lo bastante satisfactorios. Como bien sabemos, en un mismo paciente no sólo pueden coexistir distintos síntomas sino que pueden ir apareciendo otros a lo largo del tiempo. Esta peculiaridad hace imposible que podamos fundamentar un diagnóstico basándonos en la sintomatología manifiesta. De ello resulta que ninguna de las clasificaciones ofrecidas aportó conocimientos significativos que enriquecieran la comprensión de las patologías, fuera en sus aspectos dinámicos o de abordaje psicoterapéutico.

Philip Greenacre (1952) y Massud Kahn (1963), autores más identificados con la tradición psicoanalítica, representan la tendencia que acentúa la

determinación del mundo “interno”. Ambos optan por el polo del sujeto y ponen el énfasis en el desarrollo temprano del psiquismo: en la predisposición temprana el primero y en los “traumas nucleares acumulativos” tempranos el segundo. Si bien el aporte de cada una de estas perspectivas no ha sido decisivo, cabe rescatar los aportes parciales desde el momento en que nos ayudan a desarrollar nuestra labor tanto de investigación como clínica.

Tras la Segunda Guerra Mundial, el sistema diagnóstico más elaborado fue el propuesto por Grinker y Spiegel (1943, 1963), que diferencia el grupo de síntomas severos según la gravedad del estrés. Por un lado, los síntomas severos con estrés mínimo corresponden al agravamiento de desórdenes previos que se manifiestan como: a) conflicto entre el deber y la inseguridad neurótica básica; b) un yo débil sin sentido del deber, y c) dificultades crónicas para la adaptación a situaciones grupales. Por el otro, los síntomas severos con estrés severo (es decir, postraumático) presentan: a) psicopatía temporaria, o sea, pérdida de la noción del pasado y del futuro; b) estados ansiosos con introspección, y c) estados ansiosos con introspección mínima y formación de síntomas para reprimir la ansiedad.

Debemos a Robert Lifton (1979) un aporte fértil, por lo global e integrador, respecto del carácter traumático de situaciones disruptivas como la guerra. No es fácil resumir el pensamiento de este importante autor; aquí sólo voy a señalar que organiza su conceptualización a partir de considerar el efecto de discontinuidad en el psiquismo que caracteriza a lo traumático. En una apretada síntesis, digamos que, al abordar el síndrome traumático, Lifton propone tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) *El paradigma “vida y muerte” y la simbolización del self.* Con esto puso de relieve que los tratamientos anteriores del síndrome postraumático omitieron el tema del enfrentamiento con la muerte y advirtió que tanto “damnificados” como “victimarios” experimentan ansiedades de muerte muy profundas. Propuso, entonces, que la función básica de los terapeutas es enfrentar el tema de la muerte tanto en lo personal como en lo conceptual.
- 2) *El concepto “sobreviviente”.* Es clave en su concepción. Lifton entendía que sobrevivir puede ser una fuente de *insight* y crecimiento o dejar al individuo atrapado en una patología que se expresa en embotamiento (*numbing*). No obstante, para él, ser sobreviviente es siempre un logro, nunca una condición patológica.

3) *La necesidad de volver a pertenecer al género humano.* Los sobrevivientes tienden a sentirse el eslabón entre quienes ya no están y quienes vendrán a continuación. Cuando el self experimenta una discontinuidad muy radical, pierde su cualidad integradora de manera inmediata. Ante una amenaza muy severa, la vulnerabilidad lleva a la disociación y a la escisión, inherentes al género humano.

4) Refiriéndose a los aspectos normativos englobados en el síndrome de estrés postraumático (SEPT), Lifton pone el énfasis en el hecho de que *el SEPT es una reacción adaptativa normal* al estrés extremo provocado por una situación anormal.

5) *La culpa y autoacusación del sobreviviente.* Para nuestro autor, éste era un sentimiento paradójico ya que, según observó, los sobrevivientes sienten más culpa por el hecho de haber sobrevivido que los asesinos por ser responsables de las muertes acontecidas.²

6) *Sentimiento de impotencia y alteración de la autoimagen.* Hay situaciones en las que el individuo se topa con una realidad cruel que lo enfrenta con el abismo que existe entre lo que él imaginaba que podía hacer y lo que en realidad hizo. Abrumado por la culpa y el autorreproche, su self funcional cae en la impotencia.

7) *Vitalidad emocional y fragmentación del self.* Con estos conceptos Lifton aludió al conflicto entre sentir y no sentir con el que se enfrentan los sobrevivientes o las personas que padecieron situaciones disruptivas.

8) *Anestesia psíquica: discontinuidad del self.* Se trata aquí de la tendencia escoptofílica del psiquismo.³

9) *La búsqueda de significado: forma paradigmática de las vivencias del self.* En este caso se trata de la tendencia epistemofílica del psiquismo. En este tema, Lifton opina que psicólogos y psiquiatras generalmente no utilizan el concepto “significado existencial”, imprescindible para entender lo que sucede en el SEPT. El significado existencial, dice, debe ser abordado en dos niveles: la lucha entre conexión y separación, movimiento y fijeza, integración y desintegración, integridad y no-integridad, y la lucha por aquellos temas que se relacionan con la subjetividad de la existencia humana.⁴

10) *El dilema moral en el trauma.* Algunos definieron la neurosis de guerra como el hecho de negarse a morir asociado al negarse a matar. Para el autor, este conflicto y/o la sintomatología que produce eran normales y no patológicos. Patológico era, en cambio, el hecho de verse obligado a matar.⁵

11) *Transformación del self*. Este aspecto destaca la integridad de la existencia humana. La necesidad de mantenerla es lo que dará lugar a una anestesia psíquica momentánea, posibilitará el *insight* y la elaboración de lo sucedido.

El concepto de síndrome de estrés postraumático (SEPT)

La necesidad de estandarizar los diagnósticos psiquiátricos se agudizó en los últimos años en virtud de los requerimientos de la medicina laboral y de la Justicia que debe resolver sobre indemnizaciones. Los esfuerzos en este sentido culminaron en la formulación de la categoría diagnóstica conocida como SEPT, que engloba a todas aquellas personas cuyos trastornos psíquicos fueron desencadenados por diferentes tipos de situaciones disruptivas y que presentan determinados signos observables. Si bien el SEPT presenta, según creo, muchas debilidades -que siempre me ocupó de señalar por las consecuencias nocivas que tiene el uso de esta categoría-, debemos reconocer que la popularidad de este síndrome en la literatura profesional llevó a que se hiciera foco en los desórdenes provocados por la irrupción del medio externo en un psiquismo que funcionaba en forma relativamente adecuada (Solomon, 1989; Wilson y Raphael, 1993).

Según la escuela norteamericana,⁶ para que un evento sea considerado psicológicamente traumático debe sobrepasar la experiencia humana cotidiana y producir deterioro en la capacidad de respuesta y/o disminución de la relación con el mundo externo, acompañados de una variedad de síntomas causados por alteraciones del sistema nervioso autónomo, disfóricos y/o cognitivos. Así, los estímulos estresantes que causan traumas psicológicos serían una “seria amenaza a la vida o a la integridad física; seria amenaza o daño provocado a los hijos, esposa u otros parientes cercanos; destrucción de la casa o comunidad, ver cómo se mutila a una persona, ver morir o ver a alguien muerto y ser víctima de violencia física”. El DSM IV indica, además, que para realizar el diagnóstico de SEPT las alteraciones deben persistir por lo menos un mes (Davidson y Foa, 1993; Horowitz, 1993).

Al estímulo estresogénico, que debe ser de tal severidad que produzca síntomas significativos en gran parte de la población, los autores de la escuela norteamericana suman otros factores, entre ellos: a) rasgos individuales, como la predisposición y los traumas sufridos en la infancia; b) factores sociales, como la existencia o no de sostén comunitario, y c) factores biológicos que expresan la influencia del sistema nervioso central y autónomo.

El SEPT se diagnostica en función de la presencia de signos y síntomas que se muestran por primera vez a posteriori del evento, a mí entender mal llamado “traumático”. Dos signos fundamentales son que el paciente evite estímulos asociados y/o relacionados al trauma y que muestre falta de capacidad general de respuesta. Estos dos signos ineludibles deben ir acompañados de por lo menos dos entre los siguientes:

- Evitar deliberadamente pensamientos o sentimientos asociados con la “situación traumática”.
- Evitar deliberadamente situaciones que pudiesen provocar recuerdos de la “situación traumática”.
- Amnesia psicógena.
- Disminución del interés para realizar actividades que hasta ese momento eran cotidianas y centrales.
- Falta de contacto con el mundo externo o sensación de extrañeza ante personas cercanas.
- Restricción de la gama de afectos, con incapacidad para sentir amor u otros sentimientos.

Sin embargo, estos síntomas suelen provocar dificultades en la realización de la anamnesis, puesto que la evitación del tema y la posible amnesia psicógena provocan el silencio del paciente respecto de aquello que le sucedió. En cuanto a los tres últimos síntomas, que inciden en la problemática familiar, serán detectados en la medida en que se realice una heteroanamnesis basada en lo que otras personas dicen del paciente.

Además de los anteriores, para realizar el diagnóstico de SEPT deben estar presentes asimismo dos síntomas entre los siguientes:

- Insomnio.
- Irritabilidad o ataques de enojo.
- Dificultad en la concentración.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de alarma exagerada.

Otros síntomas asociados con el diagnóstico de SEPT son:

- Sentimientos persistentes de culpabilidad tras sobrevivir a un “evento traumático” en el cual otros murieron o resultaron heridos. Esta emoción suele ser descripta como vergüenza o sensación pública de deshonor.

- Conductas fóbicas que llevan a evitar lugares o circunstancias que recuerden el evento.
- Síntomas depresivos, de ansiedad, temblores e intranquilidad.
- Los signos de irritabilidad y enojo pueden transformarse en actos de violencia y agresión, fenómeno observado en los veteranos de Vietnam. La problemática generada por los actos de violencia y agresión puede verse agravada por el abuso de alcohol y drogas.

Actualización diagnóstica

A fin de mantener la vigencia, validez y credibilidad del DSM IV, las categorías diagnósticas son actualizadas periódicamente. Por ejemplo, el DSM IV introduce la categoría diagnóstica “trastorno por estrés agudo” a fin de responder al problema clínico de cómo categorizar un trastorno en sus primeros estadios inmediatamente después de acaecido el suceso disruptivo. Además de facilitar la solución de problemas de orden legal relacionados con los subsidios que deben otorgarse, a quiénes y por cuánto tiempo, el valor de diferenciar entre el síntoma agudo y el que emerge después de pasado un mes reside fundamentalmente en el abordaje de los tratamientos clínicos.

Por ejemplo, durante la guerra del Líbano de 1978, el ejército de Israel respondió a las necesidades de atención de la salud mental que surgieron en su transcurso creando una unidad de atención dedicada al tratamiento de soldados que padecían el síndrome hoy categorizado por el DSM IV como “trastorno por estrés agudo”. Eso permitió que sólo los soldados cuya patología devino SEPT fueran trasladados a la sección especializada en el tratamiento del “trastorno por estrés postraumático”.

Otro avance incorporado al DSM IV fue la aceptación de que eventos puramente simbólicos y recuerdos pudieran desencadenar los síntomas del SEPT. Esto significó dar un paso adelante en el sentido de incorporar la noción de *vivencia* y, con ella, la de *vivencia traumática*, y enfatizar la predominancia de las *vivencias* por sobre la calidad de las *situaciones disruptivas*. Esto significa, asimismo, comenzar a liberarse del erróneo concepto “situación o evento traumático” (Benyakar, 1973, 1978, 1994a, 1994b).

El SEPT y su interurrencia con el alcoholismo y la drogadicción

Los veteranos de Vietnam suelen presentar altos niveles de consumo de alcohol y drogas.⁷ La tendencia posiblemente responda a que encuentran en el alcohol y las drogas una forma de disminuir la ansiedad e hiperactividad concomitantes con la hiperexcitabilidad del sistema nervioso autónomo. Aquellos a quienes, además, se les diagnosticó el SEPT, permitieron investigar la relación entre este cuadro y las adicciones. Una hipótesis interesante que surgió del tratamiento de estos pacientes es que la hiperactividad adrenérgica y la desregulación opioide asociada al SEPT podrían ser una de las causas neurobiológicas que justifiquen el abuso de alcohol y drogas.

El fenómeno del abuso se observó, también, en el ejército israelí aunque en una proporción mucho menor. La diferencia invita a pensar que es posible que en el desarrollo de esta patología operen factores de orden cultural, social y ambiental. La situación merece que se realicen estudios transculturales que legitimen hablar de una correlación entre este síndrome y la tendencia al abuso de alcohol y drogas.

Desde el punto de vista dinámico el abuso podría explicarse como una manera artificial de procurarse los individuos el contacto con sus sensaciones. El intento, sin embargo, resulta fallido, puesto que en condiciones de abuso las sensaciones no pueden ser adecuadamente procesadas ni elaboradas y, por lo tanto, las personas no logran establecer esa conexión interrumpida o distorsionada entre el mundo interno y el externo (Leff, 1973).

Asimismo, esto nos habla de un efecto de lo disruptivo: una alteración en el orden del afecto que lleva al individuo a buscar representaciones de lo acaecido en el despliegue de las sensaciones. Cuando este despliegue efectivamente ocurre, ese mismo individuo busca acallarlas recurriendo al alcohol o a la droga.

En sus estudios sobre el tema desde una perspectiva neurofisiológica, M.J. Friedman (1981, 1993) y S.W. Perry (Perry *et al.*, 1987) llegan a la conclusión de que la automedicación con heroína y metadona disminuye los síntomas producidos por la desregulación opioide, lo cual hace que el tratamiento de abstinencia en estos pacientes sea más complicado ya que el efecto rebote será mayor (Friedman, 1981, 1993; Perry *et al.*, 1987). Siendo que el SEPT induce al abuso de alcohol y drogas, en caso de interurrencia ambas patologías deben ser tratadas simultáneamente. Estas conclusiones, sin embargo, no son el fruto de investigaciones exhaustivas sino que responden más a fundamentadas

intuiciones provenientes de la experiencia clínica. Por ejemplo, nunca se tuvo en cuenta un factor tan importante como la existencia o la inexistencia de adicción antes o durante la guerra, ni se consideraron factores culturales y existenciales.

La dificultad para diagnosticar y tratar a los pacientes con interconurrencia del SEPT y alcoholismo y/o drogadicción puede ser uno de los factores desencadenantes del SEPT maligno. La literatura identifica en esta forma las siguientes características: 1) conductas explosivas y violentas; 2) ostracismo social y aislamiento; 3) autorrepulsión, y 4) reexperimentación de la situación traumática en forma permanente. A estos rasgos yo agregaría, hoy, el factor iatrogénico que incrementa la dependencia en este tipo de situaciones. El factor iatrogénico es producto de una falta de discriminación y especificidad diagnóstica, por lo tanto, de un uso inadecuado de los recursos terapéuticos a nuestra disposición.

El SEPT en niños

En los niños y los adolescentes el síndrome SEPT se presenta como disminución del interés por actividades que antes les eran atractivas. Tienen dificultad para comunicar lo que les ocurrió y, aunque los niños en su juego repiten el evento traumático en forma insistente, para la anamnesis debe recurrirse a heteroanamnesis. Si bien los síntomas disociativos son poco frecuentes, suelen tener pesadillas terroríficas, ser pesimistas respecto del futuro y creer que morirán jóvenes (Pynoos y Nader, 1993; Pfefferbaum, 1997). Los fenómenos disruptivos en los niños son más frecuentes de lo que parecen, por eso creo fundamental relacionarse con ellos desde lo que les es específico. Por ejemplo, el vivenciar traumático que es un modo en el que el *infans* elabora la distorsión vivida en la articulación entre el afecto y la representación por disfunción del medio ambiente (Benyakar, 1996b)

Secuelas del síndrome

Entre las tantas proposiciones que intentan estandarizar las secuelas del síndrome me interesa resaltar la de F.M. Ochberg (1993). Para los desórdenes producidos por lo que este autor llama “victimización” -a la que considera una subcategoría del estrés traumático que corresponde a las personas que han quedado atrapadas por el impacto de lo acontecido-, propone las siguientes secuelas:

- a) Desarrollan una conducta recurrente, por lo que tienden a experimentar o presenciar uno o más episodios de violencia física o abuso psicológico, o a ser coaccionados por otra persona a tener actividad sexual.
- b) Desarrollan por lo menos algunos de los siguientes síntomas, no presentes antes de la experiencia de “victimización”:
- Sentirse ineptos para tratar con todas las personas que los rodean y no sólo con quienes les hicieron el daño. Sufren, por ejemplo, de pasividad generalizada, pierden los valores y la confianza en el juicio propio.
 - Creer que el daño que le causaron será para siempre. Por ejemplo, un niño abusado sexualmente o una víctima de violación pueden creer que ya nunca más serán atractivos para nadie.
 - Sentirse aislado e incapaz de confiar o intimar con otros.
 - Imposibilidad de expresar ira o manifestarla de modo excesivo.
 - Minimizar los daños que le fueron infligidos.
 - Sufrir amnesia respecto de los eventos fácticos acontecidos.
 - Creer que merecían el daño que les infligieron y liberar de culpa al perpetrador de la violencia.
 - Sentirse vulnerables y que pueden ser dañados nuevamente.
 - Aceptar como normal la distorsión de la realidad que les propone el perpetrador. Por ejemplo, creer que está bien que los padres tengan relaciones sexuales con sus hijos, o que está bien que los maridos les peguen a sus esposas para que éstas obedezcan.
 - Idealizar al perpetrador.
- c) Que la conmoción dure por lo menos un mes. Ochberg propone la siguiente tabla de síntomas:
- Vergüenza: alteración profunda, frecuentemente caracterizada como humillación o mortificación.
 - Autoculpa: sentimientos exagerados de responsabilidad por el evento disruptivo, acompañados de remordimiento, a pesar de las evidentes pruebas de inocencia.
 - Sometimiento: se sienten denigrados, deshumanizados, disminuidos, dominados.
 - Odio morboso: obsesión por vengarse, deseo de lastimar o humillar al perpetrador, con o sin arranque de ira o rabia.
 - Gratitud paradójica (también conocida como “síndrome de Estocolmo”): sentimientos reales hacia el hacedor del daño que fluctúan entre la compasión

y el amor romántico, incluyendo devoción, pero no necesariamente identificación. Un ejemplo típico de esta gratitud paradójica es sentir agradecimiento hacia quien quiso y pudo matarlo y sin embargo le perdonó la vida. El sentimiento puede llegar a la deuda hacia quien le “regaló” su propia vida.

- Corrupción: se sienten sucios, desagradables, despreciables, manchados e, incluso, corruptos y malos.
- Inhibición sexual: pierden la libido, se reduce la capacidad de intimidad (más frecuentemente asociado con el abuso sexual).
- Resignación: voluntad debilitada y desesperanza, a menudo asociada con la repetición de los eventos disruptivos.
- Repetición de los daños por parte de las instituciones que deben dar respuesta (justicia penal, salud y otras).
- Deterioro del nivel socioeconómico: reducción de oportunidades, cambio de estilo de vida y aumento del riesgo de que se repita el daño criminal.
- Deterioro psicológico, social y vocacional.

Diagnóstico diferencial

Asigno al diagnóstico del SEPT escaso valor clínico aunque un importante valor en el campo forense. Hacerlo bien no es sencillo. Debemos tener claro que no toda “situación traumática” -o, para ser más consistente con mi denominación, “situación disruptiva”- deviene en un síndrome postraumático (SEPT). Es muy común que personas que han atravesado situaciones de este tipo padezcan otras alteraciones psiquiátricas. Por ello, a la hora de entrevistar a los pacientes, debemos ser muy cautelosos y, antes de decidir el diagnóstico, ponderar la posibilidad de otras patologías.

Algunas de las dificultades que enfrentamos para diagnosticar el SEPT son:

- 1) Los síntomas requieren de una cuidadosa anamnesis en tanto son comunes a diferentes patologías psiquiátricas. La presentación de los síntomas puede estar complicada por factores secundarios como drogadicción, alcoholismo y ataques de violencia.
- 2) Muchos estudios han indicado que hasta 80 por ciento de los pacientes que padecen el SEPT tienen, simultáneamente, otros trastornos psiquiátricos.

- 3) Es complicado hacer diagnóstico diferencial con la depresión ya que, por un lado, el SEPT presenta síntomas comunes con ésta y, por el otro, muchos pacientes con el SEPT padecen síndrome depresivo. En el tradicional tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock (1985), Kinzie (1989) aconseja realizar ambos diagnósticos y actuar del mismo modo cuando se detectan síntomas que corresponden a un cuadro de ansiedad generalizada o de alteraciones fóbicas.
- 4) En los pacientes que presentan dificultades de concentración y atención, así como amnesias de todo tipo, debe descartarse la existencia de un componente orgánico que justifique las alteraciones cognitivas. Sin embargo, últimamente se ha señalado la posibilidad de que el SEPT conlleve alteraciones fisiológicas (Mosca y Banchemo, 2002).
- 5) Para diferenciar el SEPT de los “trastornos adaptativos” deberá tenerse en cuenta que en estos últimos los estímulos disruptivos provenientes del medio carecen, en cierto modo, de importancia y no hay señales de que el paciente reexperimente lo sucedido. El curso de estos trastornos es menos persistente y la acción menos perniciosa que en el caso del SEPT.
- 6) Es importantísimo detectar la simulación pues el SEPT admite compensaciones monetarias y sirve para absolver de algunos cargos criminales. Esto enfrenta a los profesionales de la salud mental con serios problemas éticos que deberán considerar al abordar este tipo de casos.

Tests psicológicos, como el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), ayudan a diagnosticar el SEPT, aunque sus conclusiones no se consideran decisivas. El test Impact of Event Scale (IES) evalúa los síntomas intrusivos y evitativos provocados por un evento disruptivo.

Prognosis

En general, la prognosis es favorable en pacientes con personalidad premórbida sana, entorno social contenedor y ausencia de problemas orgánicos. Pero no lo es tanto si los síntomas persisten más de seis meses o un año, o sea, cuando el trastorno es catalogado como crónico. La mala administración de las indemnizaciones, un entorno hostil y un abordaje terapéutico inadecuado son factores que, a mi entender, resultan cruciales para que el síndrome se haga crónico. Estos factores deben ser tomados en cuenta desde que aparece el primer signo de que el paciente sufrió un impacto disruptivo. En este caso la conducta

evitativa puede transformarse en fóbica y dar lugar a conductas restrictivas severas, tanto en lo personal como en lo profesional. El empobrecimiento emocional y la depresión fortalecen la tendencia al aislamiento social, la drogadicción y la ideación suicida.

El SEPT crónico suele desarrollarse en presencia de estímulos traumatogénicos severos y los síntomas pueden intensificarse con el paso del tiempo (Kolb y Multipassi, 1982; Kolb, 1988). El seguimiento durante veinte años de personas damnificadas por la Segunda Guerra Mundial demostró que los síntomas de irritabilidad, depresión y alteraciones del sueño se intensificaron a partir del final de la guerra. Los seguimientos realizados a veteranos de Corea y de la Segunda Guerra Mundial mostraron secuelas psiconeuróticas persistentes en aquellos que habían sido prisioneros de guerra. Los síntomas depresivos son característicos tanto de esta clase de sobrevivientes como de los de campos de concentración.

Un estudio realizado durante cuarenta años sobre los prisioneros de guerra (Strange y Brown, 1970), que toma los criterios del DSM III para el diagnóstico de SEPT, llegó a las siguientes conclusiones:

- 1) El 29 por ciento se recuperó totalmente.
- 2) El 39 por ciento aún padece síntomas menores.
- 3) El 24 por ciento mejoró y aún padece síntomas residuales moderados.
- 4) El 8 por ciento no se recuperó o, incluso, empeoró (Strange y Brown, 1970).

En el estudio realizado a los veteranos de Camboya y conducido por J.D. Kinzie (Kinzie *et al.*, 1984), se demostró que los síntomas del SEPT son cíclicos. Algunos, como las pesadillas, la irritabilidad y la depresión, suelen mejorar temporariamente. Otros recrudecen por un tiempo cuando el paciente vive algún hecho que le produce un estrés importante, como la muerte de alguien querido. Los más persistentes son los síntomas evitativos.

Capítulo XI. EL ABORDAJE CLÍNICO DE LAS PATOLOGÍAS POR DISRUPCIÓN

Moty Benyakar

Tratamiento

Contrariamente a lo que muchos piensan, *no* existen, por ahora, tratamientos específicos para cada uno de los cuadros que he agrupado bajo la denominación general de “patologías por disrupción”. Antes de establecerlos necesitamos hacer diagnósticos apropiados y específicos, tarea que, como vimos, no es nada sencilla (Benyakar y Onik, 1997). Un hecho negativo tal vez opere a nuestro favor: salvo que una situación disruptiva provoque un desarreglo psicológico evidente e insoportable, los damnificados por catástrofes individuales o colectivas no recurren a los especialistas en salud mental. Se dirigen a profesionales de otras especialidades a quienes consultan a causa de todo tipo de molestias y alteraciones. A veces, estos profesionales los derivan a los de salud mental, una conducta cada vez más frecuente en Estados Unidos e Israel.

En vista de las confusiones conceptuales ya señaladas, tal vez esta situación en la que los pacientes recurren a otros especialistas nos sea favorable. Basados en las experiencias acumuladas en catástrofes y enfrentamientos bélicos, disponemos de varios enfoques que orientan la elección de un tratamiento u otro.

Al referirnos a los enfoques conviene diferenciar entre las técnicas terapéuticas aplicadas y los diferentes encuadres en los que esas técnicas se aplican. Es frecuente que en las descripciones de los tratamientos, técnicas y encuadres se presenten indiscriminadamente. También existe una tendencia a conceptualizar los tratamientos según la población tratada. Así resulta muy difícil ofrecer una descripción ordenada y clara y, al mismo tiempo, ser fiel a los autores.

Las corrientes terapéuticas conductistas, cognitivistas, existencialistas y psicoanalíticas se presentan a través de modelos que combinan varios enfoques. No obstante, trataré de hacer una exposición que dé un pantallazo general de esos abordajes

Los diferentes enfoques clínicos

Una de estas corrientes es la que se expresa a través de las recomendaciones, referidas al encuadre, de quienes postularon el diagnóstico de “reacción de combate”, catalogada recientemente por el DSM IV como “trastorno por estrés agudo” y antes considerada una manifestación aguda del SEPT. Los profesionales que adhieren a este enfoque aconsejan tratar a los soldados cerca de la zona de combate, inmediatamente después de que aparecen los síntomas y con la expectativa de que puedan retornar a sus grupos de pertenencia en el ejército lo antes posible. Su técnica se basa en los principios de T.W. Salmon (1919): proximidad, inmediatez y expectativa (Lebigot, 1999).

La otra tendencia, más enfocada hacia los aspectos técnicos, se desarrolló a partir de la experiencia cosechada con damnificados de campos de concentración. Los profesionales que trabajaron con estos pacientes recomiendan usar la técnica psicoanalítica y las psicoterapias psicodinámicas prolongadas (Kijak y Funtowicz, 1980; Kijak y Pelento, 1985; Kogan, 1990, 1993).

Un tercer punto de vista, también centrado en la técnica, es el que propone Ochberg (1993), quien piensa que el tratamiento de las patologías por interrupción consiste en impulsar al paciente a mantener interacciones concretas que tengan que ver, especialmente, con las limitaciones que le impone el síndrome. Algunos de los puntos de partida que este autor considera que deben ser tenidos en cuenta cuando se organiza un tratamiento son:

- 1) el principio de normalización, según el cual los pacientes expuestos a situaciones anormales y estresantes que presentan estos cuadros suelen creer que el dolor que sienten, la ansiedad y otros síntomas se deben a que ellos están mal y no al carácter disruptivo de la situación que viven;
- 2) el principio de colaboración y fortalecimiento, que nos enseña que los damnificados consideran menoscabadas su seguridad y dignidad y también sienten una gran soledad. Precisamente por eso es importante que la relación terapéutica tienda al fortalecimiento del paciente, y
- 3) el principio de individualidad, que establece que cada paciente expresa su patología en forma singular e idiosincrásica.

En esta misma línea se incluye J.P. Wilson (1989), quien recomienda incluir como parte del tratamiento el desarrollo de habilidades de adaptación y no enfatizar las características negativas del síndrome. Sugiere que el supuesto básico que subyazca al tratamiento sea que “un individuo normal se ha enfrentado a un evento anormal”.

Desde el punto de vista de los recursos, Ochberg recomienda buscar el camino de la cura en diferentes campos: la farmacología, las ciencias de la educación, la asistencia social, el derecho, la historia, etc. Los terapeutas, dice, deben conocer los recursos que la comunidad ofrece y que, en general, representan un beneficio potencial para el paciente. Propone dividir las técnicas de tratamiento en cuatro áreas:

- 1) Educativa: paciente y terapeuta se sumergen en una tarea intelectual que consiste en leer e informarse acerca del síndrome, concentrando la atención en lo que es importante para el paciente.
- 2) Salud holística: basándose en los trabajos de M. Merwin (Merwin y Smith-Kurtz, 1988), Ochberg sugiere que la actividad física, la nutrición, la espiritualidad y el humor son factores importantes en el proceso de la cura (Ochberg, 1993).
- 3) Social: indica y propone métodos para enfatizar la integración del paciente en el medio social.
- 4) Terapéutica: considera que, en estas situaciones, la terapia familiar no es un tratamiento adecuado aunque suela ser utilizado frecuentemente por diferentes motivos. Como alternativas Ochberg propone: a) grupos de autoayuda, sobre todo cuando, como lo sugiere M.A. Lieberman (Lieberman *et al.*, 1979), no existe el apoyo de la familia ampliada; b) apoyo diádico que significa el encuentro de dos pacientes para intercambiar experiencias comunes, y c) servicios de apoyo a damnificados. En general, las sociedades suelen organizar servicios especializados destinados a las personas damnificadas por situaciones disruptivas que dejan secuelas (Young, 1988).⁸

Para Ochberg, el tratamiento de un “enfermo postraumático” no estará completo si el paciente no ha relatado los detalles de su “historia traumática”.

Por eso, durante su tratamiento es de suma importancia tomar en cuenta: a) que esta historia sea relatada en el momento adecuado; b) las suposiciones que el paciente tiene respecto del síntoma; c) los problemas coexistentes que vive para poder ayudarlo a enfrentarlos y, por último, d) la búsqueda del significado.

Respecto de la búsqueda de significado también muchos psicoterapeutas dedicados un largo tiempo al tratamiento de sobrevivientes al exterminio nazi concuerdan en que el estrés catastrófico produce ruptura de los lazos sociales y altera la sensación de seguridad, así como el equilibrio personal de los individuos (Danieli, 1988; Moses, 1978), lo que genera la pérdida del significado que tienen las cosas, las personas, las situaciones (Nutt, Davidson y Zohar, 2000).

A mi entender, el concepto más pragmático de integración que subyace en el pensamiento de Ochberg y otros terapeutas, como Wilson, no contradice al supuesto de coherencia teórico-clínica, fundamental en todo tratamiento psiquiátrico y/o psicoterapéutico. Presentaré a continuación algunos encuadres y modelos terapéuticos basados en este compromiso con la coherencia teórico-clínica.

Abordajes recientes

Siguiendo el minucioso trabajo realizado por Eduardo H. Cazabat, “Abordajes innovadores en el tratamiento del trauma psicológico”, presentado en el II Congreso Virtual de Psiquiatría en febrero de 2001, presento a continuación una breve reseña de los tratamientos psicoterapéuticos que pretenden abordar la problemática del trauma psíquico desarrollados en los últimos años. La mayoría de ellos centran su acción sobre lo que ellos llaman “lo específicamente traumático” y no encaran la problemática del paciente como totalidad (Cazabat, 2001a).

En general, los modelos de atención del trauma psicológico, escribe Cazabat, presuponen la exposición previa de la persona a un evento traumatogénico. Entre ellos, uno de los más populares es el denominado “modelo trifásico”, desarrollado por Judith Herman (1997). Según este modelo, lo primero que hay que hacer con un paciente es permitirle que recupere no sólo la seguridad objetiva sino que se sienta a salvo. Esto se logra cuando el consultante recupera

el control sobre sí mismo y sobre su entorno y aprende a manejar los síntomas que lo ponen en riesgo. A esta fase, que la autora llama “restablecimiento de la seguridad”, sigue la fase de “rememoración y duelo”, cuando el tratamiento se orienta a que el paciente pueda reconstruir el suceso traumatogénico a través de una narración que integra los fragmentos de memoria y las sensaciones físicas y emocionales bajo lo que Herman denomina “memoria explícita o narrativa”. Por último, el tratamiento llega a su fin con la fase de “reconexión” que, como su nombre lo indica, culmina cuando el paciente vuelve a conectarse con su presente y su futuro y se reubica en relación con vínculos y actividades que le son significativas.

Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma

Una investigación realizada en Estados Unidos en 1994, conocida como “Los ingredientes activos en el tratamiento del trauma psicológico”, puso a prueba cuatro tratamientos no tradicionales y controversiales cuyos autores aducen que son muy efectivos: el Thought Field Therapy (TFP) o terapia del campo del pensamiento, el Traumatic Incident Reduction (TIR) o reducción de incidente traumático, el Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y la Visual Kinesthetic Dissociation (VKD) o disociación viso-kinestésica. Los cuatro requieren que el paciente “sintonice” con el “hecho traumático” y tres de ellos - que veremos a continuación- incluyen algún tipo de movimiento de ojos que, según se cree, participan de alguna manera en el procesamiento de la información.

1) Reducción del incidente traumático (TIR)

Este tratamiento breve, simple, centrado en la persona y altamente estructurado fue desarrollado por Gerald French y Frank Gerbode (1996), influidos por los trabajos de Carl Rogers y de Sigmund Freud. Busca eliminar la carga emocional negativa de traumas anteriores trabajando sobre los sentimientos, las emociones, los dolores, las actitudes y las sensaciones negativos. Para ello, el paciente debe recorrer mentalmente el “episodio traumático” sin que el terapeuta introduzca ninguna interpretación ni intervenga de manera alguna, simplemente acompañando y orientando el trabajo del paciente. La repetición alivia los síntomas, promueve *insights* y alienta la toma de decisiones. Cuando el paciente llega a este punto, el modelo considera que el

tratamiento llegó al “punto final”. En verdad, el tratamiento consiste en lograr que el paciente pueda poner los hechos en palabras de forma que la carga emocional vaya desagitándose y el “hecho traumático” quede archivado en la memoria como lo que es: un hecho del pasado, que ya no amenaza.

2) Terapia del campo del pensamiento (TFT)

La terapia del campo del pensamiento fue desarrollada hacia 1980 por Roger Callahan (1996) en California. Se basa en la existencia de lo que este profesional llamó “perturbaciones” en la bioenergía del campo del pensamiento a las que postuló como causantes de los trastornos psicológicos. El tratamiento busca remover esas “perturbaciones” del campo del pensamiento, por medio de la estimulación de ciertos puntos vinculados con los meridianos de la energía de la acupuntura y cierto tipo de movimientos de ojos. El terapeuta pide al paciente que recuerde y “sintonice” con el hecho traumático. Al repetir este procedimiento, la perturbación provocada por el recuerdo del hecho traumático desaparece junto con las sensaciones y emociones asociadas al mismo, al tiempo que se transforma la imagen que representa ese recuerdo.

Algunos autores consideran que la terapia del campo del pensamiento elicitaba el reflejo de orientación y sus efectos inhibidores sobre la respuesta condicionada. De esta manera, una respuesta (el algoritmo) que compite con la respuesta condicionada (la reacción emocional frente al recuerdo del trauma) extinguiría esa respuesta (Denny, 1995). Otros consideran que ingredientes como la exposición imaginaria, la observación disociada y el mantener un foco de atención dual (entre otros) darían cuenta de la efectividad de esta terapia (Gallo, 1996).

3) Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)

La siguiente descripción del EMDR, descubierto y desarrollado por Francine Shapiro en 2002, reproduce casi textualmente partes del contenido de un trabajo de Rubén Lescano, presidente de la Asociación Argentina de EMDR. Según Lescano, el protocolo básico EMDR consiste en “trabajar haciendo foco en la imagen que representa el trauma, acompañado de la emoción relacionada a ella, la cognición y el elemento somatosensorial”. El método consiste en “inducir al paciente a realizar movimientos oculares rítmicos frente al terapeuta y permite activar áreas cerebrales involucradas en el proceso «bloqueado» de elaboración traumática e iniciar un «viaje» por las redes de la memoria que moviliza los recursos del paciente. Afecta a los sistemas de memoria implícito y explícito y la memoria fragmentaria o traumática”. Opera sobre las estructuras córtico-

subcorticales y límbicas involucradas en el proceso del trauma y activa los mecanismos cerebrales comprometidos en su curación (Shapiro, 1995; Lescano, 2002).

El componente de la desensibilización (la D de EMDR) supone la existencia de una escala de perturbación subjetiva, condición que guía el trabajo terapéutico y permite seguir la “red emocional” de la memoria. El componente del reprocesamiento (la R de EMDR) refiere a la posibilidad de trabajar con la información recuperada.

Actualmente, las investigaciones han comprobado que al movimiento ocular se suman la estimulación bilateral táctil y auditiva. Desarrollado e investigado en pacientes con trastorno de estrés postraumático, su uso se extendió al tratamiento de cuadros como la fobia, los trastornos de ansiedad generalizada y otros. Según Lescano, los terapeutas que utilizan este sistema informan que es adecuado para tratar las ansiedades que obstaculizan el trabajo de artistas y deportistas. También se sabe que es eficaz con adultos y con niños, incluso muy pequeños, ya que no requiere trabajar sobre la conciencia del individuo sino que se opera sobre los procesos que subyacen en el trauma. Citando a Leonor Terr, Lescano señala que “podemos encontrar rastros de memoria en niños de aún pocos meses de vida, y EMDR se ha mostrado capaz de procesar información traumática no estructurada en forma verbal en adultos y niños. A través de las diferentes fases del método encontramos las «piezas» fragmentarias del rompecabezas del suceso traumático”. Para sus seguidores, esta capacidad convierte al EMDR en un instrumento muy eficaz para el tratamiento de distintas afecciones en una gran variedad de pacientes (Lescano, 2002).

Con esta breve presentación hemos podido ver que existe una tendencia a encarar en forma discreta o individual el impacto que el evento disruptivo provoca sobre el funcionamiento neurobiopsíquico. Durante la guerra de Yom Kippur observamos un fenómeno que en ese entonces no pudimos entender y para el que intentamos diversas explicaciones. El hecho era que los soldados afectados, cuando se les hacía mirar películas o televisión en sus momentos de recreación, no podían concentrarse. Esto no sucedía cuando se les ofrecían obras de teatro o conciertos, situaciones en las que se los veía más calmos y relajados. Parecería ser que desde distintas perspectivas estamos tratando de llegar a dilucidar la función de la figurabilidad y la interacción de las imágenes en el desencadenamiento de la vivencia traumática, lo cual, a mi entender, es esencial para la comprensión psicoanalítica del impacto de lo disruptivo en el psiquismo

(Botella y Botella, 2001). Diferentes escuelas psicoterapéuticas así como también los informes de los diagnósticos por neuroimágenes que tan efectivamente ha desarrollado B.A. Van der Kolk (2002) así lo han demostrado (Brett y Ostroff, 1985; Horowitz, 1970).

Psicoterapia individual con orientación psicoanalítica

En términos generales, la psicoterapia breve resulta efectiva cuando se trata de pacientes que han vivido una situación disruptiva aguda y la terapia busca la integración de la experiencia traumática a la vida del paciente y el desarrollo de la expresión y la tolerancia afectiva. Como ya dijimos, la prognosis en los casos agudos y en pacientes sanos es buena, y es útil la psicoterapia breve que enfatice aspectos emocionales y/o cognitivos. Así lo propone Kinzie (1989).

Cuando los padecimientos son crónicos, la psicoterapia es menos exitosa y más complicada su aplicación. La relación terapéutica es difícil porque se dan reacciones contratransferenciales intensas, activadas por las proyecciones del paciente (Puget y Wender, 1982). Siendo que no es fácil lograr la integración de la experiencia traumatogénica a la vida del paciente, hay algunos autores que consideran que una propuesta realista consiste en ofrecer tratamientos de apoyo, con metas limitadas, destinados a resolver los problemas prácticos que la vida le va planteando al paciente (Cahill y McGaugh, 1998). Postulan que se obtienen buenos resultados, también, con los tratamientos de orientación existencialista basados en la temática del significado de la vida, la muerte y las actitudes ante el sufrimiento (Frankl, 1962; Brüll, 1969).

Presentaré este punto de vista a través de los aportes realizados por Jacob D. Lindy (1993) y los provenientes de la experiencia y las elaboraciones del equipo de terapeutas del Ejército de Defensa de Israel del que yo mismo participé. En muchos aspectos, estas elaboraciones coinciden con lo propuesto por Grinker y Spiegel (1943, 1963) en sus trabajos presentados hace ya cinco décadas. Es que, en diferentes épocas y situaciones, todos planteamos la necesidad de trabajar desde alguna teoría que diera coherencia y fundamento a nuestro trabajo terapéutico. Ninguno adhirió a la actitud según la cual, en situaciones graves y urgentes, “todo vale si tiene algún efecto positivo”. Siempre coincidimos en que los tratamientos fundados en la sugestión fortifican las tendencias a la racionalización y no sólo producen un alivio que es aparente sino que, en muchos casos, fijan al paciente a la patología. Para justificar estos abordajes

basados en la sugestión, quienes adhieren a ellos alegan que el límite a los tratamientos lo impone la propia patología. A mi entender, si bien ese límite existe, no me parece que sea tan fácil ubicarlo y, por lo tanto, no creo que los terapeutas deban refugiarse en ese argumento.

Aunque en este libro sólo me propongo ofrecer una descripción sucinta de los aportes realizados por diferentes autores y no una exposición de los modelos y encuadres, tarea que ya he desarrollado (Benyakar, Dasberg y Plotkin, 1978; Benyakar, Kretsch y Baruch, 1994; Benyakar, 1998a), antes de considerar los de Lindy quisiera introducir algunas consideraciones que sé polémicas.

Creo que debemos diferenciar el tratamiento psicoanalítico de aquellos que combinan los aportes brindados por la teoría y la clínica psicoanalítica y los de otros enfoques, que son adecuados a diferentes patologías. Debemos saber que incorporar aportes del psicoanálisis no significa usar una técnica fundada en la idea de que el paciente sea consciente de las causalidades inconscientes de su padecer. A esta altura del desarrollo del conocimiento, estamos en condiciones de considerar los factores inconscientes o irracionales que entran en juego con lo disruptivo del factor externo desencadenante de patologías y abordar a éstas desde diferentes modalidades y sobre la base de diversas conceptualizaciones.

La visión de Jacob D. Lindy

Lindy sustenta su idea de aplicar la técnica de psicoterapias breves -definidas en función de la especificidad de los *desórdenes por disrupción*- en la concepción psicoanalítica. Para ello parte de la definición metapsicológica de trauma que establece que, una vez rota la barrera antiestímulo, la emergencia activa defensas y se produce desmentida, disociación, escisión, identificación con el agresor, etc. Como las defensas utilizan constantemente la energía, pueden producirse detención en el desarrollo, fijación y regresión (Weiss y Sampson, 1986). Para Lindy, los síntomas indican la presencia de elementos no resueltos en el trauma, lo cual puede traer aparejadas, alteraciones en la formación del carácter. El *insight*, consciente o inconsciente, respecto del significado del síntoma posibilita al paciente identificar y enfrentar futuras situaciones de peligro, ayudándolo a encarar la vida (Ullman y Brothers, 1988).

Para Lindy, la terapia consta de tres elementos principales: 1) el devenir de la alianza terapéutica; 2) el desarrollo y la interpretación de la transferencia, y 3) la detección y el uso terapéutico de la contratransferencia (Zetzel, 1956). Combina el modelo expresivo, el de apoyo psicoanalítico de tiempo limitado propuesto por L. Luborsky (1984) y el de psicoterapia breve de D.H. Malan (1976). El

tratamiento gira en torno del conflicto nuclear y de las creencias patógenas centrales. El analista limita sus intervenciones a lo que él llama “las metáforas relacionadas al trauma”.

En su modelo, la articulación de la transferencia con el tiempo en el que transcurre el tratamiento define diferentes metas terapéuticas primordiales. Veamos esta propuesta en detalle.

Mientras que en el tiempo en que transcurre el tratamiento se pueden diferenciar tres etapas que el autor llama “fases”¹⁰ -apertura, intermedia y de terminación-, en el eje de la transferencia se desarrollan tres motivos centrales: la alianza terapéutica, la transferencia y la contratransferencia. La intersección del eje del tiempo con el eje de la transferencia da lugar a metas terapéuticas que Lindy denomina: a) membrana del trauma; b) configuración especial del evento traumático, y c) significado específico del trauma. Este autor llama “trauma” tanto al evento disruptivo como al proceso psíquico, o sea, no los discrimina.

La primera etapa consiste en penetrar y mantenerse dentro de la membrana del trauma. En una segunda instancia, el terapeuta debe centrarse en la identificación y metabolización de la configuración especial de lo que Lindy llama “el cuento traumático”. Por último, propone llegar a un significado específico del trauma que permitirá la continuidad, la delimitación del trauma y el duelo.

Continuando la metáfora freudiana de la barrera de estímulos, Lindy utiliza la función celular y sus componentes para ejemplificar los conceptos metapsicológicos que postula. Así, la semipermeabilidad de la membrana, al ser rota por el trauma, permite la incorporación indiscriminada de elementos del mundo externo; luego se cierra frente a todo *input* tornándose impermeable y perdiendo su capacidad de evacuar los metabolitos tóxicos.

Amplía la idea freudiana de penetración de la membrana postulando que el trauma no sólo pasa la barrera del estímulo sino que produce un daño en la capacidad perceptiva, lo que provoca un defecto en el juicio de realidad. En este caso, la función del analista es llevar la atención del paciente hacia aquellos aspectos de la realidad cotidiana relacionados con lo traumático, que son elaborables. Más tarde, dice, el paciente internalizará la capacidad discriminativa del analista y de ese modo se restablecerá su juicio de realidad.

Lindy denomina “configuraciones psíquicas especiales” a la manera específica en que en el psiquismo se configuran las situaciones que las personas no recuerdan como situaciones vividas por ellas. Esas configuraciones

novedosas dependen de los eventos vividos y de sus características. Aduce que las configuraciones psíquicas producidas por la guerra, un accidente, un incendio o una violación son distintas entre sí. Cualquier estímulo que se asemeje a los vivenciados en la situación disruptiva (olores, ruidos fuertes, etc.) reactivará las nuevas configuraciones creadas. Desde esta perspectiva, el SEPT es el conjunto de los signos y síntomas de inadaptación y de los esfuerzos para evitarlos (Lebigot, 2000).

Para detectar las configuraciones, el paso siguiente es detenerse en el significado de las mismas. A partir de la entidad preexistente, el “significado” de la configuración especial del evento traumático presupone una percepción, acción o fantasía organizada en forma única e integrada. Esto permitirá al paciente percibir la discontinuidad existente entre su propia persona y la forma de verse a sí mismo y al mundo, antes y después del evento. La configuración especial y su significado no dependen sólo de la complejidad de los estímulos estresantes, las reacciones, las defensas, los mecanismos adaptativos, la fantasía. También son consecuencia de una organización perceptual única de acciones y fantasías, que tiende a desconectar psicológicamente al damnificado de la persona que él mismo era antes del evento (Jallinsky, 1997; Horstein, 1994; Botella y Botella, 1997).¹¹

Ante esta situación, el analista trata de lograr tres objetivos:

- 1) Identificar la especial silueta de la configuración del evento traumático, para lo cual deberá relacionar los restos diurnos con la memoria traumática.
- 2) Comprender, enfatizar y verbalizar el significado específico del trauma como un todo a través de metáforas compartidas entre paciente y terapeuta. Para ello, primero deberá dividir el trauma en segmentos más manejables.
- 3) Ayudar al paciente a restituir la continuidad dentro de sí y, de esta manera, estar en condiciones de concluir el proceso terapéutico.

Lindy piensa que la posición de un analista que atiende un caso de SEPT no debe ser tan rígida, silenciosa y distante como la del terapeuta tradicional, porque la alianza terapéutica en este caso se establece en relación con la inseguridad del paciente respecto de la terapia.

En la fase inicial, sugiere que el terapeuta realice intervenciones específicas que le hagan saber al paciente que algunos de sus síntomas, como el estado de hiperalerta o su contrario, la distracción, las imágenes intrusivas y la ansiedad, son parte del SEPT. Que le explique que estos síntomas suelen aparecer en las

personas que estuvieron expuestas a un evento catastrófico. Más aún, que el paciente pueda saber que los síntomas en el presente son resultado del recuerdo del trauma en sí mismo. Establecer la especificidad de las relaciones será el trabajo conjunto de analista y paciente. Y en ello consiste, precisamente, la fase media del tratamiento.

En la fase media, el analista busca establecer las relaciones específicas entre la conducta actual y síntomas como la desmentida de la memoria traumática. Esto hace posible develar la configuración traumática mediante el concepto de compulsión a la repetición. Este concepto crucial del psicoanálisis permite a los analistas detectar, en las transacciones actuales entre paciente y analista, referencias latentes a relaciones importantes de la infancia del paciente. El terapeuta psicoanalítico se basa en estas proyecciones para interpretar y facilitar el cambio. Cuando se trata de un paciente con *patología por disrupción*, la recurrencia e intensidad de los fenómenos traumáticos e intrusivos llevan a suponer que las transacciones actuales entre paciente y analista reflejan un fenómeno transferencial, derivado de lo que Lindy llama el “trauma en sí mismo” y no el de la infancia del paciente. Conviene recordar que la tendencia a la repetición que es efecto de un evento disruptivo requiere ser abordada de un modo específico y, por lo tanto, un esfuerzo por conceptualizar este componente esencial del cuadro clínico.

La contratransferencia ocupa un lugar central en el tratamiento de este tipo de casos y requiere también ser replanteada en los términos expuestos. Así, el momento en que se determina la fecha de finalización del tratamiento provocará reacciones severas en el paciente. Recrudescerá el duelo por lo perdido en el trauma y por los años perdidos debido al trauma (Benyakar, 1996b).

Un modelo integrador

Trataré de hacer una descripción detallada de lo que significó cada una de las guerras que viví en Israel, en términos de la formulación de los conceptos que he presentado quiero referirme en este apartado a los aspectos específicamente clínicos que surgieron de esas experiencias.

La guerra de Yom Kippur fue el escenario para que se desarrollara un modelo psicoterapéutico dinámico destinado al tratamiento de pacientes agudos. Este modelo, fundamentalmente intuitivo, fue el punto de partida de las elaboraciones

que llevaron a proponer distintas técnicas terapéuticas y a profundizar en las problemáticas presentadas por el tratamiento de las patologías por disrupción y las producidas por una vivencia traumática. Las guerras posteriores ofrecieron el lamentable escenario donde la experiencia y el pensamiento en torno de estos problemas pudieron consolidarse (Benyakar, 1973; Benyakar y Noy, 1975). Hemos adecuado este modelo a las necesidades de las investigaciones que llevo a cabo junto con mi equipo.

La explosión repentina y sorpresiva de la guerra de Yom Kippur en octubre de 1973 obligó a tratar a los pacientes sin contar con la suficiente preparación y casi desconociendo la dinámica de la patología que los aquejaba. Aunque en ese momento no conocíamos los trabajos de Grinker y Spiegel (1943, 1963),¹² el modelo que desarrollé tiene mucho en común con el de ellos, en tanto me propuse pensar la evolución del proceso terapéutico sobre la base de etapas.

La necesidad de diseñar tratamientos con plazos limitados llevó a definir cuatro etapas, cada una de las cuales daba cuenta de un momento específico de la evolución terapéutica de los pacientes. El trabajo permitió establecer la duración de cada una de esas etapas y sus características en función de la especificidad de cada paciente.

El modelo fue aplicado a dos poblaciones de pacientes diferentes entre sí según su capacidad de simbolización y tomó en cuenta seis parámetros.

Las cuatro etapas propuestas son:

- 1) Apertura (*uncovering*), cuyo objetivo principal es reducir las defensas y provocar la abreacción del “material traumático” encapsulado.
- 2) Superación de inhibiciones (*release*), centrada en la interacción entre paciente y terapeuta durante el proceso de abreacción.
- 3) Autocontrol (*mastery*), dirigida a fortalecer el yo para luego poder enfrentar el trauma.
- 4) Nueva realidad (*new reality*), cuyo objetivo central es la rehabilitación y la reinserción del paciente en su familia, la comunidad y el trabajo. El nombre dado a este proceso de readaptación realizado entre terapeuta y paciente refleja la idea de que este último debe enfrentarse a una nueva realidad interna y seguir en contacto con la realidad externa que lo rodea.

Para establecer y describir estas cuatro etapas utilizamos seis parámetros:

- 1) Tipo de paciente a ser tratado.
- 2) Proceso terapéutico y sus metas.
- 3) Proceso intrapsíquico.
- 4) Centralidad de los síntomas.
- 5) Rol del terapeuta.
- 6) Modalidad terapéutica dominante.

Dentro de este esquema empleamos y combinamos cinco modalidades de tratamiento: psicoterapia individual, individual en grupo, grupal, terapia familiar, rehabilitación laboral. Estas modalidades eran elegidas y/o combinadas de acuerdo con las características del paciente, sus necesidades y la etapa terapéutica en la que se encontraba. Cada una de estas modalidades debió ser descripta en detalle dado que, en esa época, algunos terapeutas del Ejército de Defensa de Israel utilizaban la abreacción inducida por narcóticos -conocida en la literatura como “narcosíntesis”-,¹³ y la abreacción inducida por hipnosis.

Desde un principio, el servicio de atención se dividió en dos salas. Una aplicaba narcosíntesis. La otra usaba distintas modalidades de tratamientos psicoterapéuticos que, según las necesidades, en algunos casos se combinaban con tratamientos farmacológicos. El criterio para la admisión de los pacientes a cada una de las salas era su diagnóstico. Aquellos que presentaban una sintomatología más florida y requerían tratamiento psicoterapéutico más complicado, se derivaban a la sala especializada en narcosíntesis; el resto de los pacientes, a la otra sala. Este criterio duró poco tiempo debido a las limitaciones que impuso el espacio físico.

A los pocos días, las necesidades institucionales llevaron a que cada sala recibiera día por medio a todos los pacientes que requerían admisión ese día. Así, las poblaciones se mezclaron, lo cual permitió comparar los resultados de cada uno de los métodos, aun con independencia del diagnóstico. Los mismos terapeutas y coterapeutas realizaban la labor grupal en ambas salas.

La comparación demostró que los pacientes tratados por narcosíntesis parecían, en un principio, tener más contacto con el material supuestamente traumático y menos inhibición para hablar de él. Incluso lo hacían como si estuvieran escenificando dramáticamente la situación. Sin embargo, pasado un corto tiempo, se retraían, se limitaban a repetir una y otra vez los mismos únicos relatos y se volvían impenetrables a causa del anquilosamiento psíquico y de su aislamiento. Con el otro grupo pasaba casi lo opuesto. Si en un principio se

mostraban más defensivos, a medida que mejoraba el contacto terapéutico mejoraba también la capacidad de los pacientes para conectarse con lo que les había pasado. La de Yom Kippur fue la última guerra en que el Ejército de Israel utilizó el tratamiento por narcosíntesis (Schlosberg y Benjamin, 1978).

El grupo de trabajo continuó investigando y llegó a abandonar esa primera idea de que la verbalización de la escena traumática y la abreacción consiguiente fueran el fundamento de las terapias. La nueva conclusión fue que el contenido del trauma es averbal. Y si bien la elaboración afectiva continuaba siendo central, adquiriría nuevas características en el contexto de un proceso terapéutico basado en la vivencia reexperimentada y en la relación terapéutica (Benyakar, 1994a, c). En fin, Grinker y Spiegel, Lindy y nuestro grupo coincidieron en que la concepción más aconsejable para el tratamiento de estos pacientes depende aún de un trabajo de adecuación al contexto de los conceptos psicoanalíticos.

Los tratamientos en grupo

Si en un principio los tratamientos grupales despertaban dudas, con el correr del tiempo las dificultades en la transferencia, las sospechas acerca de la autoridad del terapeuta y el hecho de que la mayor parte de los pacientes no tenían un medio social que los apoyase, hizo que se comenzara a emplear este tipo de tratamiento con los damnificados por trauma de combate y por el Holocausto (Bion, 1980). Hoy la terapia de grupo es ampliamente recomendada. La he empleado desde los comienzos y he ahondado en ella, por lo que quisiera advertir tanto acerca de sus beneficios como de sus peligros cuando es utilizada de forma indiscriminada, sin considerar el tipo de patología con la que se trabaja. En Israel desarrollamos diferentes técnicas de abordaje, entre ellas el “grupo tren”, y criterios para el modo de intervenir, el desarrollo y el cierre a usar por los terapeutas. Estos procedimientos se siguen aplicando hoy en día (Benyakar y Rubinstein, 1990; Benyakar, 1994d).

Las técnicas de trabajo son muy diversas. Algunos grupos, como los de veteranos de guerra, son informales y carecen de terapeutas o coordinadores profesionales. Otros integran a los familiares al tratamiento de los pacientes, reconociendo que los síntomas de las patologías por disrupción también los afectan a ellos. En todos los casos, la calidad de los tratamientos siempre dependerá de que exista una buena articulación entre el marco teórico con el que se aborda lo grupal y un conocimiento profundo de la clínica del estrés y del

trauma. Estos dos elementos pocas veces se dan juntos. Un ejemplo de esta articulación es la que ofrece Rene Kaës (1979), quien si bien no ha presentado su técnica de trabajo en forma de tratado, lo ha hecho en sus conferencias o en supervisiones a grupos pequeños.

En la labor con damnificados por situaciones disruptivas masivas, los conceptos “heterogeneidad” y “conservación de la individualidad” son fundamentales. Tanto es así que en el equipo formado por la guerra de Yom Kippur desarrollamos una técnica de trabajo en psicoterapia grupal que enfatiza la problemática individual de cada uno de los pacientes y evita que el grupo terapéutico se convierta en grupo de identidad. A esta técnica la denominé “grupo tren” porque los pacientes se incorporan y abandonan el grupo según sus necesidades. Se diferencia del clásico “*on-going group*” o, como lo denomina Irving Yalom (1975), “*revolving door*” o de puerta giratoria, por la forma en que participan los terapeutas. Actualmente, el ejército de Israel usa la técnica “grupo tren” en las unidades de tratamiento de pacientes a los que se les ha diagnosticado el SEPT (Benyakar y Rubinstein, 1984b, 1990; Rubinstein, Benyakar y Gurevitch, 1994; Yalom, 1975), y fue aplicado por el Programa de Salud Mental en Situaciones de Catástrofe, Desastres y Atentados Bélicos del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires (Fahrer *et al.*, 1995; Benyakar, 1994b). La diferencia con otras técnicas es que en ésta no sólo rotan los pacientes sino que, debido a las circunstancias, van cambiando también los terapeutas. Esta modalidad proviene de experiencias realizadas con niños.

Internación

Hay ocasiones en las que los pacientes afectados por el SEPT requieren ser hospitalizados, en general, por períodos breves. La internación se indica ante reacciones agudas o complicaciones como conductas suicidas, depresión severa, violencia incontrolable o consecuencias severas del alcoholismo y/o la drogadicción. En Estados Unidos, ciertos hospitales de veteranos de Vietnam cuentan con un programa de hospitalización de tres semanas para pacientes con SEPT. Los tratamientos incluyen abreacción y elaboración del material en un marco grupal, y el terapeuta debe haber servido en el ejército estadounidense en Vietnam.

En Israel, donde se desarrolló un sistema de atención de la salud mental constituido por profesionales pertenecientes a la reserva del ejército e integrado

al accionar durante la guerra, también se indica la internación de soldados afectados durante el combate en los hospitales de campaña ubicados junto al campo de batalla. Esto, más que considerarlo una intervención, lo vimos como un modo de continuar la idea de “cuerpo” como el marco referencial del que venían los soldados. En principio, los resultados fueron favorables. Estas unidades no son, en realidad, hospitales psiquiátricos tradicionales. Los profesionales visten uniforme de campaña, igual que los soldados afectados. Se cumple con las tareas que demanda todo campamento militar. Pero cada una de las tareas tiene un sentido terapéutico específico. El modelo teórico que inspiró esta organización es el de los espacios terapéuticos (Benyakar, 1991).

Las conclusiones a las que he arribado respecto de la psicoterapia con concepción psicoanalítica en este tipo de casos son:

- 1) Existe amplio consenso en cuanto a su importancia y centralidad para el tratamiento de patologías por disrupción.
- 2) En estos casos, adoptar los principios del psicoanálisis no significa enfrascarse en la búsqueda causal sino concentrar la tarea en la elaboración del proceso.
- 3) El abordaje psicoanalítico debe centrarse en lo vivencial, o sea, en la elaboración de la articulación del afecto con la representación.
- 4) Todo abordaje debe estar dirigido a elaborar las experiencias del paciente, o sea, la especial articulación entre el evento fáctico acaecido y su vivencia.
- 5) Este tipo de tratamientos no deben tener como meta un proceso de reconstrucción psíquica generalizado si bien, en algunos casos, tanto según el terapeuta como el damnificado, ello puede servir de disparador para que tal objetivo se cumpla. Es conveniente, pues, trabajar muy cuidadosamente y, si es posible, con una buena supervisión.
- 6) El terapeuta debe estar alerta respecto del peligro de “sobret ratamientos”, generalmente estimulados por la implicancia social de la tarea.
- 7) La psicoterapia debe estar fundada en un marco conceptual coherente e integrador de diferentes concepciones.
- 8) Los psicoterapeutas deben conocer el potencial de la modalidad terapéutica que utilizan, sea psicoterapia individual, grupal, familiar u otras. Y ese conocimiento deben combinarlo con el conocimiento de la dinámica del estrés, del trauma, de sus patologías emergentes y de sus diagnósticos diferenciales.

- 9) El psicoterapeuta necesita desarrollar su capacidad de integrar y adaptar los distintos modelos terapéuticos a las condiciones en las que se ve obligado a asistir al paciente, sobre todo en el caso de eventos de carácter disruptivo masivos: guerras, atentados bélicos, accidentes colectivos, etcétera.
- 10) En los tratamientos psicoterapéuticos es necesario superar los obstáculos fruto de la contratransferencia, tan difíciles de abordar y desde ya, presentes en estos casos.
- 11) Desde mi punto de vista, los tratamientos no asisten “el trauma” o “el estrés”, como suele decirse, sino que asisten a una persona afectada por un evento disruptivo, que lo vivencia como trauma o como estrés. La diferenciación no es un preciosismo sino que entraña una posición clínica con serias consecuencias en el proceso terapéutico.
- 12) El psicoterapeuta debe estar al tanto de los últimos avances de la investigación neurofisiológica para así evaluar los casos que requieren el uso de psicofármacos y elegir el adecuado. La decisión nunca es fácil, aun cuando el profesional esté bien capacitado para ello.

Trastornos neurofisiológicos y tratamientos farmacológicos

En los últimos años los investigadores concentraron sus esfuerzos en el estudio de los procesos biológicos que se desencadenan como consecuencia de la exposición de las personas a situaciones disruptivas (Bremmer *et al.*, 1995; Yehuda, 2000a, b). J.D. Bremmer, por ejemplo, hizo un estudio sistemático de los daños factibles que el estrés puede ocasionarle al cerebro. Y actualmente B.S. McEwen (1999) investiga acerca de las disfunciones y plasticidad del hipocampo (Bremmer, 1999; Gould y Tanapat, 1999). Se suman a éstas las investigaciones que abordan la especificidad funcional de la amígdala y sus mecanismos tróficos en situaciones disruptivas que producen una disfunción de la memoria emocional (Roosendaal, Koolhaas y Bohus, 1997; Post *et al.*, 1998; Cahill y McGaugh, 1998). Estos avances en el campo de la neurofisiología nos dan la posibilidad de diferenciar experimentalmente lo que ya hemos postulado en el plano de la teoría del aparato psíquico respecto de la función del afecto y de la representación en la clínica de lo disruptivo, mal llamado, como ya vimos, “traumático” (Benyakar, 1999a).

A los trabajos mencionados en el párrafo anterior, que conducen a cuestionar la especificidad del SEPT, se suman los aportes de Yehuda (2000a, b) acerca de la función de las diferencias del nivel de cortisol en el estrés común y en el SEPT. En este mismo sentido van las postulaciones de A. Shalev (2000), quien estableció una comorbilidad de 88,3 por ciento en hombres y de 79 por ciento en mujeres.

En los abordajes psicofarmacológicos del SEPT, D.J. Stein y su equipo (2000) retoman la diferenciación entre *illness* y *disease*. *Illness* refiere al componente subjetivo de la dolencia del paciente mientras que *disease* se refiere a aquellos cambios neurofisiológicos que determinan tal dolencia. Stein (Stein *et al.*, 2000) establece que en el SEPT el factor *illness* tiene una gran importancia en el desarrollo sintomático y del síndrome en general. Por eso, cuando se trata de este síndrome tan relevante, es vital para los pacientes que sus médicos estén capacitados para realizar la combinación adecuada de fármacos (cuando son necesarios) y tratamientos psicoterapéuticos. Respecto de esta forma de abordar la patología en cuestión, hoy existe consenso respecto de que los tratamientos farmacológicos tienen efecto en la medida en que sean suministrados en un entorno adecuado y acompañados de tratamiento psicoterapéutico.

Falta, sin embargo, más investigación y descubrimientos en lo atinente a los fármacos. En efecto, actualmente en Estados Unidos se usa sertralina, que ha sido aceptada para el tratamiento del SEPT. No obstante, creo que aún estamos muy lejos de poder generalizar su uso, por lo menos hasta tanto queden claros los criterios diagnósticos para aplicarla y conozcamos cómo interactúan los factores subjetivos y los cambios neurofisiológicos. Cuando hayamos logrado compensar estos desconocimientos actuales podremos definir con mucha mayor precisión esas combinaciones imprescindibles entre tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos en cuya investigación ya se está trabajando (Van der Kolk, 1987, 1988; Friedman, 1988; Kandel, 1999; Davidson *et al.*, 1990).

Algunas consideraciones críticas respecto del SEPT y otras propuestas de tratamiento

Muy pocos dudarían de la verdad de una afirmación como “la amputación de un brazo o una pierna es un hecho cuyo resultado es una *vivencia traumática*”. Sin embargo, ¿se puede generalizar tan taxativamente? Quien haya estado en

una guerra o haya asistido en situaciones extremas sabe que no: presencié situaciones de increíble dolor vividas y vivenciadas de otra manera. Y se sorprendió, como nos sucedió a nosotros, de ver que aquellos soldados que habían sufrido heridas en el cuerpo, incluso muy graves, no eran los que presentaban los síntomas característicos de las neurosis postraumáticas, como ya lo había señalado Freud en *Introducción al narcisismo*, de 1914.

Durante la guerra de Yom Kippur, nuestro equipo de investigación comenzó a observar que el trauma de guerra está ligado principalmente al hecho de que un sujeto se deba enfrentar a la inminencia de su posible muerte y a la caída de la creencia en su invulnerabilidad. El cara a cara con la muerte propia desata un conflicto entre, por un lado, su sentido del deber y su autoestima y, por el otro, su deseo de sobrevivir. Este intenso y súbito conflicto se combina con la fatiga del yo en un cóctel explosivo que provoca un estado de ansiedad extrema y el caos interno.

En la guerra, los soldados enfrentados a la posibilidad de su propia muerte sufren crisis existenciales extremas en tanto, de un momento para otro, la existencia pierde o cambia radicalmente su sentido, se pierde la noción del tiempo que organiza la vida normal y con ello se reactivan vivencias anteriores y suceden regresiones a niveles afectivos primordiales del psiquismo. Si bien esta afirmación es generalizable a todos los individuos que tienen una estructura psicológica “normal”, no nos dice mucho respecto de lo que le sucede a cada sujeto en particular. En efecto, el significado de la muerte o, para el caso, de la vida, no es el mismo para todas las personas y depende, en cada uno, de la estructura psicológica y la madurez de la personalidad previas a la guerra. Cuando hablo de muerte pongo el énfasis en la muerte psíquica más que en la corporal, o sea, en el hecho de que esa capacidad de procesamiento psíquico se vea coartada. Algunos pacientes dicen cosas como: “Esto es estar muerto en vida”, “Esto es como presenciar mi propia muerte”, “Es como ser testigo y dar fe de tu propia muerte”. Las frases muestran el modo en que los damnificados elaboran sus heridas narcisistas, enfrentan la falta de capacidad psíquica para elaborar lo cotidiano, lo propio, etc. Las dificultades que tuve para acompañar en estos procesos dan fe de que se trata de una situación verdaderamente torturante.

A partir de la experiencia que nos llevó a plantear lo expuesto, nuestro equipo de investigación comenzó a insistir, ya en 1973, en la necesidad de diferenciar el cuadro clínico producido por la vivencia de estrés de aquel producido por la vivencia traumática. La razón fundamental para ello era que, a

pesar de que se presentan muy semejantes, el abordaje psicoterapéutico y el farmacológico son diferentes. Pero, además, el diagnóstico de un cuadro estresogénico o traumatogénico no puede establecerse en el inicio; sólo es posible diferenciarlos en el transcurso del tratamiento. De manera que, de mantenerse la estandarización de los cuadros clínicos que rige hoy, sería necesario reemplazar la categoría “desorden de estrés postraumático” por “desórdenes postraumáticos” y “desórdenes por estrés” o “desórdenes por estrés y trauma”, aunque lo más adecuado sería llamarlos “desórdenes por disrupción”. Esta nomenclatura correspondería al cuadro clínico de estrés generado por situaciones disruptivas y no a los cuadros de estrés generalizado u otro tipo de estrés, cuyos mecanismos psicodinámicos son diferentes.

Durante la guerra de Yom Kippur presenté ante el equipo integrado por psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales psiquiátricos una primera clasificación, basada en los aportes de Otto Fenichel (1966), de los síntomas comúnmente padecidos por los soldados luego del combate, síntomas que no llegaron a postular como síndrome. Éstos eran: a) bloqueo o disminución de las funciones del yo; b) irritabilidad al extremo de la ira explosiva, ataques de ansiedad y reacciones emocionales descontroladas; c) alteraciones del sueño que incluyen insomnio, pesadillas, sueños con repetición de la escena traumática; d) repetición de la experiencia traumatogénica en estado de vigilia, mediante sueños diurnos, pensamientos y sensaciones, y e) alteraciones psiconeuróticas secundarias.

En la guerra, la *vivencia traumática* se distingue de la experimentada en la vida civil porque a pesar de que en la primera la severidad y continuidad del estrés es mucho mayor, la gran cantidad de damnificados legitima de algún modo el estado de enfermedad psicológica y la cohesión grupal previa que caracteriza al ejército fortalece el tan necesitado sentimiento de pertenencia. Es lícito, pues, preguntarse cuáles y qué características tienen los acontecimientos bélicos traumatogénicos para que resulten en *vivencia traumática*.

El atentado a la Asociación Mutual Israelita de la Argentina

El 18 de julio de 1994, a las 9.55, un brutal ataque terrorista destruyó el edificio de la Asociación Mutual Israelita de la Argentina (AMIA) y ocasionó 87 muertes y 250 heridos. Gran parte de los heridos fueron trasladados al Hospital de Clínicas José de San Martín, ubicado a 150 metros del lugar de la explosión.

La emergencia puso a prueba los conceptos y las propuestas para organizar la intervención de los agentes de salud mental en situaciones de desastre. La experiencia demostró la utilidad y pertinencia de las propuestas aun cuando la catástrofe ocurrió en un país sin la experiencia y el entrenamiento que tiene Israel, ni la adecuada organización institucional y recursos económicos que tiene Estados Unidos, ni la larga experiencia que tiene Francia.

Al momento del atentado y, a pesar de que ya había habido otro ataque a la Embajada de Israel en marzo de 1993 (en el que hubo veintiocho muertos y decenas de heridos), el país no contaba con recursos organizados para hacer frente a las necesidades que surgieron del ataque a la AMIA. La magnitud del evento movilizó la iniciativa de civiles, policías y ambulancias que, en la primera hora, transportaron a más de ochenta heridos al edificio del Hospital de Clínicas. La entrada en emergencia del hospital fue inmediata y sin que hubiera mediado ni siquiera una llamada telefónica. En menos de una hora la casi totalidad de los recursos humanos y de equipamiento se concentraron en la atención de la catástrofe. Afortunadamente, el Hospital de Clínicas, hospital escuela de la Universidad de Buenos Aires y la institución asistencial de más alta complejidad del sistema de salud del país, tiene una larga trayectoria que le facilitó responder sorprendentemente bien a la demanda repentina. Sin tiempo para reponerse del *shock*, el personal médico y el paramédico debieron constituirse como equipo sobre la marcha y sin disponer de conocimientos ni experiencias previas que orientaran las decisiones y la acción. Sin embargo, la alta capacitación de todo el personal permitió que lo que hubiera podido ser una desventaja -tener que organizarse sobre la marcha, sin tiempo para reflexionar- confiriera una gran agilidad y plasticidad al equipo y promoviera una fuerte sensación de pertenencia entre sus miembros.

Con Guillermo Del Bosco y César Biancolini, miembros del plantel del nosocomio, pudimos observar que todas las instancias asistenciales dentro del hospital tuvieron la capacidad para cohesionarse fuertemente. La cohesión se manifestó, por ejemplo, en el acatamiento general y sin conflicto a las nuevas jerarquías que se establecieron espontáneamente frente al apremio de la situación. Probablemente esta asombrosa respuesta haya sido posible gracias a que el habitual buen funcionamiento del hospital fortalece las identidades personales y profesionales y fomenta el conocimiento mutuo entre todos los que conforman la planta hospitalaria (Benyakar, Del Bosco y Biancolini, 1998).

Asimismo, en el grupo actuante se generó una relación de intensidad y calidad diferente de la previa, casi de hermandad, que quedó simbólicamente representada en la anécdota del ambo. En el Hospital de Clínicas, durante la residencia, los médicos jóvenes suelen usar un ambo, en especial los días de guardia, mientras que los médicos del equipo visten guardapolvo sobre la camisa y la corbata. La diferencia marca también algo implícito: la acción está delegada en aquellos que visten los ambos y la dirección, en los médicos de delantal. Sorprendentemente, algunos jefes se vistieron con el ambo como señalando su voluntad de involucrarse directamente en la acción. La autoridad surgía de la capacidad para dar respuestas prácticas de alto profesionalismo y para contrarrestar la falta de conocimientos y entrenamiento de los más jóvenes y en última instancia de todos. Los jefes lideraron y enseñaron con el ejemplo; una residente le dijo a un médico de planta: “Doctor, hoy ustedes me dieron la mejor clase de mi vida”.

Hubo, sin embargo, un problema con algunos profesionales embarcados en la búsqueda compulsiva de protagonismo. En ocasiones se hizo visible una tendencia al exhibicionismo en una situación que favorecía la exposición pública. Podía diferenciarse la presencia de quien está del que está por la presencia. Es probable que condiciones narcisistas insuperables y la falta de un rol funcional, por no estar integrado al equipo en su accionar diario, hayan generado esta incómoda situación. No obstante, el clima ya expuesto hizo posible que estas actitudes no malograran la labor de ninguno.

Otro hecho que ayudó al proceso de cohesión grupal fue la evidente respuesta solidaria del resto del personal del hospital y de la comunidad que, con sus actitudes comprometidas y colaboradoras, estimularon la entrega médica a la tarea en un grado muy por encima de lo que estipulan las obligaciones reglamentarias. El apoyo sentido hizo resurgir con fuerza el sentimiento de pertenencia a la institución y a la Nación, sentimiento bastante alicaído en la Argentina.

En clima tan propiciatorio, la conciencia acerca de las limitaciones llevó a que, desde el primer día, el personal emprendiera, junto a la actividad clínica, una tarea de discusión que permitió encontrar un punto de partida conceptual común que posibilitó un trabajo coherente e integrado. La formulación del programa de asistencia fue el resultado de un trabajo en grupo que, al mismo tiempo que sirvió para contener a sus miembros, ofreció el marco para la elaboración de las ansiedades provocadas por la situación disruptiva y la

responsabilidad que recayó sobre ellos. El pilar fundamental del programa fue el concepto “espacios terapéuticos transicionales”,⁴ aplicable no sólo a situaciones disruptivas de alto potencial desorganizador sino a toda intervención psiquiátrica incluso dentro de marcos institucionales. Las características definitorias de estos espacios son la transicionalidad, la coherencia y la integración, tres rasgos que garantizan la estabilidad y continuidad del programa. Además de este concepto, el punto de partida incluyó los siguientes criterios:

- Los profesionales que integraron el equipo debían estar formados y capacitados por instituciones que no sólo los avalaran sino que se responsabilizaran por su actuación. Esto evitaría el engorroso trámite de la selección impidiendo que se crearan falsas expectativas de pertenencia, pues cada miembro del equipo seguiría manteniendo su dependencia institucional original.
- Las instituciones, los terapeutas y el resto del personal que participaron del programa debían conservar su identidad, frecuentemente amenazada por las situaciones disruptivas.
- La labor se centralizaría en un servicio estable que pudiera dar continuidad no sólo a las actividades asistenciales sino a las de formación e investigación.
- El programa se desarrollaría sin afectar las actividades cotidianas de ninguna de las instituciones involucradas, incluido el Departamento de Salud Mental del hospital, lo cual aseguraría la continuidad del mismo.
- Sería concebido como un espacio transicional de existencia virtual, con suficiente flexibilidad operativa como para ponerse en funcionamiento no bien se presentase la necesidad, y no como una estructura pasible de burocratizarse.
- Debía constituirse un equipo estable de profesionales capaces de centralizar la labor sobre la base de tres criterios: diferenciación y especialización de las funciones, simultaneidad de la acción y la programación, y liderazgo funcional en lugar de estructural.
- Se designaría a los psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y otros profesionales que actuarían como responsables de organizar las tareas.
- Se conservaría la especificidad terapéutica de cada uno de los encuadres asistenciales del programa. Por ejemplo, el de las terapias individuales, la detección de necesidades de atención en las escuelas, la elaboración de las ansiedades que se despertaron en el personal del hospital, etcétera.

La mayoría de estos criterios, pero sobre todo el de transicionalidad, tiende a evitar el anquilosamiento de sus miembros en una “especialización”, lo que les haría perder la ductilidad clínica imprescindible para atender desastres. Al mismo tiempo, mantener las actividades de capacitación en forma permanente evita la dispersión y el “desenganche” de los profesionales cuando el equipo pasa a ser virtual.

El programa no contó con ningún otro apoyo económico más que el de la Fundación del Hospital de Clínicas. No obstante las manifiestas limitaciones que impuso el escaso financiamiento, definió tres áreas de acción:

- 1) Asistencia a los damnificados y a sus familiares, así como también a todos aquellos que acudieron al servicio en busca de orientación o tratamiento.
- 2) Grupos de reflexión para el personal médico y paramédico del hospital.
- 3) Actividades en la comunidad que incluyeron visitas a las escuelas de la zona para efectuar tareas de prevención y detección de posibles damnificados.

Para desarrollar este programa, el equipo recabó información acerca de:

- 1) necesidades de la comunidad, a través del contacto con los prestadores de servicios que actuaron en forma inmediata, y con las instituciones asistenciales que se movilizaron;
- 2) necesidades de los potenciales damnificados, para lo cual se recurrió a la técnica de *screening* pautado;
- 3) fenómenos clínicos que se presentan en situaciones de catástrofe, y
- 4) modos de evitar que los terapeutas queden dominados por el horror y transformen a todo damnificado en víctima.

Con relación a los dos últimos puntos, desde un principio fueron convocados psicoterapeutas de gran experiencia clínica con pacientes que hubieran vivido situaciones muy amenazantes, y capaces de diferenciar los fenómenos clínicos de las actitudes que parecen patológicas pero que en situaciones de desastre no lo son. La convocatoria realizada desde el Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas decidió recurrir no sólo a los expertos de la propia institución y por ello apeló a las dos asociaciones psicoanalíticas existentes en Buenos Aires y a la Asociación de Psicoterapia de Grupo. De esa manera el programa pudo responder a las necesidades que la situación disruptiva impuso, sin que ello significara entorpecer las actividades estables y cotidianas del Departamento de Salud Mental.

La continuidad de un programa de esta naturaleza requiere que el equipo coordinador funcione como modelo operativo, regulándose con los mismos criterios que el resto, conservando la cohesión entre sus miembros, respondiendo a las necesidades de cada uno de ellos, incentivando el potencial y las diferencias de sus participantes y ofreciendo una disponibilidad máxima ante la emergencia sin descuidar las actividades profesionales cotidianas (Benyakar, 2002).

Efectos del atentado sobre los niños

Después del atentado contra la sede de la AMIA, Sanidad Escolar informó el aumento de complicaciones somáticas en aproximadamente 75 por ciento de los niños vacunados en el distrito escolar correspondiente a esa zona. Tamaño impacto se explica porque los niños son afectados por eventos disruptivos, sea que estén dirigidos específicamente contra ellos o contra la población en general y la violencia sea de tipo individual -como en el caso del abuso sexual- o masiva, como en el caso de este atentado (Benyakar y Schejtman, 1998).

Guerras, atentados, desastres naturales y otras situaciones disruptivas pueden desencadenar las fantasías terroríficas más recónditas que todo niño tiene en algún rincón de su mente.⁶ La irrupción del mundo externo en el psiquismo del niño distorsiona la continuidad causal que éste está construyendo, exagera en él el pensamiento omnipotente e instala creencias de tipo mágico. Estas distorsiones influyen en lo psíquico y somático de cada infante.

Asimismo, los eventos disruptivos no sólo actúan en forma directa sobre el niño sino que también amenazan y lesionan a los adultos e instituciones que se hacen cargo de los menores: afectan la capacidad de contención, transforman los límites entre el niño y el adulto en difusos y endebles (Figley, 1988). La consecuencia es que queda trunca la posibilidad del niño de fantasear y éste queda enfrentado al desamparo, careciente de mediatización ante sus propios fantasmas originarios. Atendiendo a niños afectados por un desastre, he visto que las fantasías de estar protegidos por figuras fuertes y confiables que representan los diferentes personajes de las leyendas infantiles, como Superman, el Llanero Solitario, etc., dan lugar al fantasma de aniquilación o desestructuración, por lo cual recurren al desarrollo de defensas psíquicas que no siempre favorecen su salud mental.

En el caso del atentado a la AMIA, vimos niños en tratamientos individuales que no pudieron sobrellevar las ansiedades que el atentado provocó en sus padres y maestros. Es que en situaciones disruptivas parecería que los adultos tendemos a confiar en una supuesta autonomía de los niños, negando el tiempo que ellos requieren para metabolizar y desestimando sus necesidades de protección por parte de los adultos.

Atender a los niños en situación de desastre exige considerar la necesidad que tienen de elaborar el desamparo y el desvalimiento. Para poder hacerlo debemos tener en cuenta que, al dirigirnos a ellos, estamos activando una parte atemorizada del niño que hay en nosotros, puesto que todos fuimos en alguna medida niños más o menos asustados. La esencia de un equipo de atención infantil consiste en la capacidad que los terapeutas tengan para postularse como mediatizadores y representantes del sostén que los niños necesitan y posibilitarles una adecuada metabolización de lo acaecido. Las actividades se desarrollan tanto en el nivel individual del niño y en el familiar como en el de las instituciones amenazadas a las que éste pertenece: escuela, clubes o agrupaciones sociales.

Un programa de atención infantil para paliar los efectos de una catástrofe colectiva debe brindar a los niños la oportunidad de ser parte activa en la preparación, por ejemplo, de los lugares donde hallarán refugio en caso de ataques, como lo hace el programa desarrollado en Israel. También debe propiciar que algunas figuras representativas de la sociedad cumplan con la función mediatizadora y de sostén, como lo hicieron el presidente Bill Clinton y su esposa cuando mantuvieron reuniones con niños después del atentado en la ciudad de Oklahoma el 9 de abril de 1995.

En los últimos años la agresión humana se muestra cada vez más a través de la presencia de la violencia en la vida civil. Las guerras entre ejércitos cedieron su lugar a los ataques a objetivos civiles. En las situaciones disruptivas así generadas, los niños quedan expuestos a circunstancias de privación y violencia y pierden el derecho a ser niños (Ferenczi, 1933; Aulagnier, 1977; Winnicott, 1958).

Aunque la Declaración Internacional de los Derechos del Niño plantea la responsabilidad de la sociedad de suministrarles lo que sus necesidades básicas demandan, éstos, paradójicamente, pasaron de la retaguardia a la línea de fuego, usados como escudos humanos con objetivos políticos. Encontramos a niños dañados en actos terroristas indiscriminados, a niñas violadas por soldados, a niños entrenados militarmente desde muy pequeños por grupos terroristas.

En los países que no se ven involucrados en conflictos bélicos, los niños asisten desde las pantallas de televisión a bombardeos permanentes en escenas que tanto pueden ser reales como de ficción. ¿Qué efecto tendrá en el aparato psíquico esta exposición prematura a situaciones de violencia que el menor no puede metabolizar? El reciente ataque con armas de fuego perpetrado por niños en Arkansas nos confronta de modo preocupante a la irrupción indiscriminada de la agresión infantil.

Una sociedad que no se anticipa a la problemática de lo que significan para los niños las amenazas del mundo externo cumpliendo funciones mediatizadoras los deja librados a la irrupción de la pulsión destructiva, no ligada. Se crean así situaciones sumamente patógenas, a las cuales los profesionales de la salud debemos dar respuestas, o sea, formular programas de prevención y atención (Pynoos, Goenjian y Steinberg, 1998).

Cuando se formule un programa de salud mental para niños en situaciones de violencia y agresión será necesario tener en cuenta algunas consideraciones que son comunes a todos los programas pero que, en este caso, por la vulnerabilidad de los niños, merecen mayor atención. Entre ellas, recomiendo las siguientes:

- 1) Es importante que las instituciones públicas del país afectado tomen a su cargo los programas de atención, como un modo de asumir la responsabilidad frente a los civiles por las situaciones de violencia a las que se ven sometidos. De este modo, tanto los afectados como los terapeutas contarán con un reconocimiento social que les proveerá sostén.
- 2) Conviene que los programas de salud mental estén diseñados antes de que las catástrofes ocurran y organizada su integración con las actividades de otros organismos de la comunidad, como colegios, clubes y, en general, cualquier espacio que pueda ser objeto de una situación disruptiva amenazante. Con posterioridad al atentado contra la AMIA, las instituciones judías tomaron medidas de seguridad inusuales. Los cercos de cemento que se erigieron frente a todas las instituciones judías se constituyeron en los “nuevos monumentos de la ciudad” que “protegían” al mismo tiempo que mantenían vivos el miedo y la tensión. La misma ambivalencia pasó con los simulacros de evacuación que se empezaron a hacer en las escuelas. Este tipo de consecuencias que a menudo tienen las medidas de protección deben ser conocidas y tenidas en cuenta por los profesionales que actúan en el programa.

- 3) Los adultos deben poder detectar los indicios de las necesidades específicas de los niños en situaciones de catástrofe. En un análisis tradicional se trabaja a partir de una demanda de los padres a través de un motivo de consulta. En situaciones disruptivas, se requiere una intervención profesional anticipatoria que apunte a una elaboración inmediata, con la esperanza de disminuir el efecto amenazante del evento y evitar el encapsulamiento. Una manera de que los terapeutas logren esta anticipación es que cumplan funciones relacionadas con la cotidianidad afectada de los niños, sea en forma directa por el evento, sea por el efecto que éste tenga sobre los padres o adultos que tienen a los niños a su cargo. En situaciones muy amenazantes suele aflorar una actitud sobreprotectora en los terapeutas, que puede dificultar el desprendimiento del niño y aumentar el riesgo de victimización.
- 4) Un programa para la atención de la infancia debe detectar las funciones mediatizadoras afectadas, evaluar las características específicas de cada situación y proponer intervenciones acordes a cada caso.
- 5) El aislamiento del niño en un marco de sesiones terapéuticas desligado de su cultura y su entorno en los momentos agudos es sumamente peligroso. La creación de un marco íntimo y específico dentro de situaciones de grandes tumultos semicaóticos ayuda al niño a enfrentar el evento. En los casos en los que se indique un tratamiento individual para el niño, la fluida comunicación con su medio social (escuela, familia) permitirá que siga procesando lo acaecido.
- 6) En los casos en los que se resuelva encarar una terapia individual, el trabajo clínico debe favorecer la conservación de lo propio, para que el niño pueda contrarrestar la amenaza de ajenidad que el congelamiento o desvalimiento le provoca.
- 7) Las situaciones disruptivas pueden anular la capacidad de juego del niño, arrasando sus espacios creativos. La exposición excesiva a las imágenes televisadas del evento sufrido por él lo transforma en pasivo. Esas imágenes invaden el aparato psíquico en un exceso de realidad que puede alterar la producción de fantasías y su capacidad de juego y simbolización. Las intervenciones terapéuticas individuales y grupales priorizarán la recuperación del juego espontáneo y creativo (Botella y Botella, 1997, 2001). El terapeuta debe ser capaz de detectar cuándo el juego se torna estereotipado y repetitivo, lo cual le permitirá abordar y liberar los núcleos de angustia coagulada (Benyakar, 2001c).

- 8) La elaboración terapéutica debe tender a transformar el dolor sin nombre en sufrimiento comunicable. Nuestra idea de dolor remite a las sensaciones de *displacer* en el registro originario. Si el *displacer* perdura en su estado de dolor, sin representación psíquica, no podrá ser metabolizado. El sufrimiento, en cambio, es el *displacer* representado o dolor subjetivizado que se torna comunicable (Benyakar, 1994c). El abordaje terapéutico con niños que han sufrido violencia o agresión debe sostenerse en un vínculo mediatizador sustituto. El analista necesita detectar los intentos de comunicación aun en el nivel averbal, para que luego el niño pueda simbolizar lo vivenciado, tornar la vivencia en elaborable y transformar el dolor en sufrimiento. Si el *displacer* se mantiene en forma de dolor, tendrá sólo inscripciones somáticas que pueden devenir síntomas corporales (Benyakar, 1997c). Si el dolor no se transforma en sufrimiento o no puede ser elaborado, corre el riesgo de encapsularse, manteniéndose en el registro originario.
- 9) La *inmadurez del aparato psíquico* no siempre permite que el proceso de transformación del dolor en sufrimiento se cumpla totalmente durante la infancia. Aun cuando se intervenga en forma inmediata, en el aparato psíquico siempre persistirán núcleos no elaborados. Los destinos de estos núcleos son múltiples: elaborarse a posteriori, con las recomposiciones psíquicas que las experiencias intersubjetivas promuevan, en un proceso constante de simbolización y significación; permanecer encapsulados y reactivarse en etapas críticas o frente a acontecimientos que evoquen amenaza, o convertirse en elementos constitutivos del aparato psíquico y dar lugar a las llamadas “patologías del vacío” (Benyakar, 1999a).
- 10) La intervención terapéutica con niños debe abrir un espacio donde el sostén sea vivenciado como alivio ante el *displacer* del desvalimiento (Winnicott, 1972, 1974b), instalando el análisis como alternativa valorizada frente a futuras situaciones amenazantes (Benyakar, 1998e).

Entiendo que en la formulación de un programa de atención de la salud mental infantil en situaciones de catástrofe debe tenerse como marco el protocolo desarrollado por la Unesco, donde se estipulan los derechos de los niños. Pero, además, creo que el equipo de salud mental que se forma para atender en situaciones disruptivas debe tener como eje la idea del “derecho a ser niño”, pues la meta esencial de un programa de salud mental infantil ante situaciones de violencia y agresión es preservar el derecho del niño a ser niño.

1. Fue este equipo el que me estimuló para seguir desarrollando el modelo de tratamiento de lo que llamábamos “neurosis postraumáticas”, que presenté en el primer congreso realizado en Israel dedicado a este tema en 1974. Después de algunas modificaciones este modelo fue adoptado por la División de Salud Mental del ejército israelí
2. Pienso que no es casual que en la literatura científica en inglés haya por lo menos once formas diferentes de llamar a este tipo de fenómenos, entre ellas: “*post-traumatic neurosis*”, “*shell shock*”, “*battle fatigue*”, “*war neurosis*”, “*war-trauma*” y otras. Me seguía preguntando si esta diferencia en la nomenclatura no ponía en evidencia que se estaba hablando de distintos tipos de fenómenos (Milgram, 1993).
3. En mayo de 1999, leyendo un artículo en el diario argentino *Clarín* que reproducía una foto de un grupo de damnificados por la guerra en Kosovo mostrando objetos que llevaban con ellos como nexo con su pasado, quedé atónito ante la imagen de una mujer de la misma edad de Jana que sostenía en su mano una cucharilla de plata, lo único que le había quedado de su casa.
4. La idea surgió durante la guerra de Yom Kippur, fue perfeccionada luego en la guerra del Líbano y posteriormente reformulada para su aplicación en diferentes hospitales psiquiátricos israelíes y con los civiles damnificados durante la guerra del Golfo.
5. Este apartado resume las ideas desarrolladas junto con Clara Schejtman en el artículo “Salud mental de los niños en guerras, atentados y desastres naturales” (Benyakar y Schejtman, 1998).
6. Porque provienen de esas fantasías es imposible catalogar las reacciones de los damnificados que nos resultan bizarras.

Capítulo XII

ESPECIFICIDADES SOBRE EL ENCUADRE

Moty Benyakar y Álvaro Lezica

Pensar lo impensable - El encuadre en lo traumático

Cualquier lugar es otro lugar

J. L. Borges

Encuadrar es un verbo polifacético e inquietante¹ que, sin embargo, ha labrado el camino de unos de los conceptos nodulares de la práctica analítica: el encuadre es, efectivamente, un pilar de sus desarrollos teóricos y técnicos. Innumerables autores se han centrado en ello² aportando diversos enfoques. Por nuestra parte, abordaremos el tema a partir de nuestra experiencia teórico-clínica sobre el funcionamiento traumático.

Esta experiencia nos presenta dos vertientes. Por un lado, la de los conceptos ya establecidos sobre el tema en la clínica cotidiana -aplicándolos al tratamiento de lo traumático y a situaciones disruptivas especiales (atentados terroristas, desastres naturales y/o sociales etc.), sobre lo cual más adelante haremos una diferencia entre encuadre de asistencia y encuadre de tratamiento. Por otro lado, la vertiente que nos llevó a repensar la clínica cotidiana según los conceptos que van desgranándose de ésta cuando atañe a lo disruptivo en general y a lo traumático en particular.

Un árbol en el desierto - El encuadre terapéutico en lo disruptivo traumatogénico

Quien se interese por el tratamiento de lo traumático, sabrá que exige responder en situaciones imprevistas por la teoría y, por tanto, desempeñarse en ámbitos poco "ortodoxos". Nada hay, por otra parte, de asombroso en ello, ya

¹ Encuadrar: encerrar en un marco o cuadro / Encajar o introducir una cosa en otra / fig. Incluir dentro de sí una cosa, servirle de límite. También significa meter al ganado en la cuadra. Cfr. Casares, J. **Diccionario ideológico de la lengua española**, Ed. G. Gili, Barcelona, 1959

² Bleger, Racker, Greenson, Tome y Kaechele, Etchegoyen y muchos otros

que son cuadros producidos, en gran medida, por impacto de lo fáctico. Y esto supone una modalidad que, por su misma obviedad, puede pasar desapercibida: lo fáctico puede seguir presente, en forma activa como factor disruptivo -y por tanto debe ser tomado en cuenta- en el momento del tratamiento.

Por ejemplo, en el tratamiento en medio de un desastre (terremoto, volcán, etc.), al haber terminado el impacto del mismo, desde el punto de vista fáctico, pueden quedar amenazas permanentes a que ese tipo de evento se repita.

En este capítulo nos ocuparemos de desarrollar algunas pautas útiles para el tratamiento de lo traumático en las diversas circunstancias en las que este funcionamiento se presenta. Para eso, intentaremos indagar la posibilidad de un enfoque básico implicado en la constitución misma del encuadre. Dicho enfoque deberá poseer la suficiente flexibilidad como para poder ser aplicado en las más variadas situaciones y ambientes.

Más de una vez nos hemos enfrentado, tanto en la clínica como en las supervisiones, con que debemos ejercer nuestra práctica en espacios destinados especialmente a ello. Podemos, entonces, sentirnos incómodos ante lo que puede parecer, a los ojos de algunos, una irresponsabilidad profesional, una falta de rigurosidad, una improvisación exagerada o poco científica, etc.

Antes de continuar, queremos aclarar, como ya se verá a lo largo del texto, que el abordaje de lo disruptivo no requiere ningún encuadre exclusivo para ello determinado a-priori, sino que debe tomarse en cuenta las cualidades fácticas de lo disruptivo para poder abordar una asistencia o un tratamiento. Lo que hace diferente al encuadre son las condiciones que lo fáctico impone al terapeuta o a quien asiste, las que deben ser tomadas en cuenta para el desarrollo adecuado de la labor clínica.

Si nos detenemos a considerar la cuestión, vemos que nos sentimos tomados por una especial tensión, un tironeo entre polaridades, sin embargo, determinables: entre el encuadre ideal y el posible, entre lo esperable (y aceptado) y lo necesario, entre lo general de la teoría y lo singular de un paciente.

En forma esquemática, sería:



Pero si hablamos de polaridades no es para superarlas sino para decir que la clínica transcurre, precisamente, en la tensión entre esos extremos. No menos tensionado se ve el ámbito del encuadre en el abordaje de lo disruptivo para el tratamiento de las implicaciones clínicas de lo traumático.

Partamos, entonces, de algunas reflexiones sobre las particularidades del encuadre en situaciones disruptivas especiales, con el posible desencadenamiento de lo traumático, centrándonos en tres cuestiones fundamentales:

- a) Lo disruptivo por situación o entorno, en relación con el encuadre.
- b) La ubicación del encuadre en relación con el proceso terapéutico a la luz de lo disruptivo.
- c) Algunos aspectos del proceso terapéutico de lo traumático que nos servirán de guía para postular los componentes relevantes del encuadre.

En base a la generalidad de estas cuestiones en lo traumático, presentaremos puntualizaciones de conceptos que consideramos necesarios para re-pensar los componentes básicos del encuadre en forma general, a saber:

- 1) Diferenciamos entre encuadre (*setting*) en general -donde incluimos dos modos: el **encuadre pre-encuentro** (*pre-contact setting*) y **encuadre post-encuentro** (*post-contact setting o frame*).
- 2) Desarrollamos el modo que las **metas de la intervención terapéutica** influyen en la estipulación de las pautas del encuadre.
- 3) Finalmente presentamos en qué forma podemos conceptualizar la dinámica del encuadre analizando el interjuego entre las **leyes**, las **reglas**, las **normas** y las **metas**.

Tantas especificaciones técnicas no deben hacernos perder de vista que de lo que hablamos es del raro encuentro de lo inhallable, a menos que medie una

intervención dirigida , algo que nuestra experiencia -como verá el lector a continuación- permite nombrar como un árbol en el desierto raro brote que surgió en nuestro camino del diván a las piedras.

Del diván a las piedras: impacto en el encuadre de eventos y entornos

El tratamiento de situaciones disruptivas que devienen en lo traumático presenta la particularidad de que todo lo relacionado a lo factico y sus características no sólo quedará cualificado como desencadenante de la patología, sino que, además, permanece presente, afectando el diseño y la estabilidad del encuadre, e impactando de diferentes modos en la dupla terapéutica.³

Imaginemos lo que ocurre luego de un accidente, cuando el paciente debe ser atendido en una clínica u hospital. O, quizás, una situación que le impide trasladarse hasta el consultorio, por ejemplo, un impedimento físico o las secuelas psíquicas inmediatas (temor y parálisis de aspecto agorafóbico). Habrá entonces que atenderlo en su propio medio -quizás su casa, quizás su lugar de internación. Debemos entonces atender a la persona en cuestión en su casa, la cual tiene sus propios ritmos, sus propios ruidos, su particular e irreplicable atmósfera.

O consideremos una situación más extrema aún: una catástrofe natural (un terremoto por ejemplo) o social (una guerra quizás). Todo el entorno estará alterado. Agitación y escombros sustituyen nuestro ámbito de calma y silencio, nuestro sillón, los cuadros que hemos elegido con cuidado, la luz que esa hora asoma a nuestra ventana... ¿Cómo atender, entonces, sin sillones ni divanes, elementos poco frecuentes en, digamos, el frente de batalla?

De nuestra experiencia en desastres y catástrofes tanto masivas (como guerras, atentados, inundaciones, terremotos, etc.) como situaciones disruptivas individuales (secuestros, violaciones, etc.) hemos aprendido *-the hard way-* que

³ Se podrá observar que a lo largo de todo este escrito, utilizamos el tema de lo Traumático en vez de utilizar como generalmente se lo hace, el Trauma. Esta actitud la tomamos para acentuar nuestra concepción de que al hablar del Trauma, nos referimos a un proceso psíquico que deviene de la desarticulación entre el afecto y la representación. (Benyakar M. , Lezica A., 2006)

la estabilidad que transmite un encuadre apropiado en estos casos no es solo una condición más para la intervención clínica, sino que reviste cualidades terapéuticas intrínsecas insoslayables.

En estos caso queda en evidencia que estabilidad no debe confundirse con rigidez, ni flexibilidad con inestabilidad, por lo general, permanecen indiferenciados en la clínica, confusión que cuando está presente coharta la construcción de un encuadre terapéuticamente válido en lo traumático.

Nuestra experiencia⁴ en asistir a los damnificados en situación de guerra en medio del desierto, nos enseña la importancia de no establecer un diálogo terapéutico en cualquier momento y lugar sino, atendiendo a los principios de la clínica psicoanalítica, buscar un espacio diferenciado del entorno, para conversar con ellos e intentar establecer un vínculo terapéutico.

También percibimos, rápidamente, que parece haber un acuerdo implícito en que el mero hecho de conversar, compartir y elaborar lo vivido, si bien importante, no era suficiente. Ante tal inestabilidad del entorno - recordemos que hablamos de un frente de batalla, imagine el lector mínimamente el nivel de ansiedad, ruido y actividad febril que supone- era necesario recortar algunos parámetros que otorgaran al encuentro un tinte diferente, especial. En este caso particular, el sitio elegido fue un árbol rodeado de piedras, que brindaba una particular sensación de intimidad, a pesar alzarse en medio del árido desierto donde se desarrollaba una sangrienta batalla.

Un árbol en el desierto, descripción literal de lo que, sin embargo, también es metáfora de un encuentro terapéutico que transmitió a los soldados, expuestos a ese ámbito de horror, una notable sensación de estabilidad, al punto que, con el correr de los encuentros, pudo observarse un cambio en su actitud al acercarse al lugar. Este fue convirtiéndose en un ámbito especial, que abría a un tiempo diferente y a una interrelación -especial y contenedora- en medio del infierno de la guerra. Ámbito no sólo bienvenido sino indispensable: cuando el infierno son los otros, nada dice que el paraíso esté en uno mismo. La imagen así producida fue la del traslado del encuadre del diván a las piedras. Ese árbol, rodeado de

⁴ En este caso, aportada por la clínica del Dr. Benyakar

piedras y uno de los pocos que había en el desierto, que en un principio era solo un árbol más, dejó de serlo transformándose en EL ÁRBOL ya que ese lugar se convirtió en especial por lo que paciente y terapeuta íbamos construyendo en él.

El abordaje de lo disruptivo tiene la particularidad de poder impactar también en el terapeuta. Esto se intensifica aún más en entornos que en eventos disruptivos, dado que el terapeuta permanece inmerso en aquellos tanto como -o, incluso, más que - el paciente. J. Puget llama a esta situación en la que el terapeuta está impactado por aquello que altera al paciente -y por lo cual que necesita asistencia- *mundos superpuestos* (J. Puget...)

En estos casos nos toca como terapeutas el esfuerzo añadido que implica elaborar en nosotros mismos la exposición al impacto desestabilizador de la situación disruptiva, de lo contrario, nuestras intervenciones pueden verse alteradas por nuestras propias necesidades. Para ello es preciso mantener una distancia prudencial, pero no enajenada de lo que acaece, sea por medio de la supervisión personal, la consulta con los pares, u otro tipo de factores que nos asistan en dichas situaciones. Así podremos escuchar al paciente sin alterarnos, conservando nuestras habilidades terapéuticas lo menos contaminadas posible, por los temores e incertidumbres propios. Más aún, tratando de poner nuestras propias reacciones al servicio de nuestro discernimiento y éste al servicio de nuestro hacer terapéutico. Tarea esta nada sencilla, pero -sostenemos- no imposible.

¿Con qué guías podremos contar para el armado del encuadre terapéutico, aún en circunstancias tan caóticas que incluso nos pueden involucrar? ¿Existen elementos u objetivos que, al actuar al modo de ideas organizadoras, nos ayuden a proponer un determinado marco, flexible pero racional y bien fundado?

Es preciso contar con un abordaje suficientemente general como para ser aplicado por cada terapeuta -más allá de su orientación teórica y en las diferentes realidades en que lo traumático se presenta- pero con la imprescindible especificidad como para constituir organizadores lógicos del accionar terapéutico.

Encuadre y proceso ante lo disruptivo. Algunos aportes psicoanalíticos

El apartado dedicado a nuestro tema del libro de R. Greenson⁵ sobre técnica psicoanalítica se titula *Lo que requiere el psicoanálisis del encuadre analítico*, título que representa muy bien nuestra perspectiva⁶ en tanto muestra que el encuadre depende de lo que la situación terapéutica precise, evitando desde el vamos su fetichización.

Los encuadres utópicos y rígidos, que la dupla debe cumplir, no importa la patología o la situación en la cual se desarrollen, son desechados desde el inicio. Lo esencial será recordar que el encuadre está al servicio del proceso terapéutico y no viceversa.

Greenson define al encuadre como "el contexto físico y los procedimientos acostumbrados de la práctica psicoanalítica, que son parte integrante del proceso de psicoanalizar", y más adelante especifica que "El ambiente analítico influye en los diversos procesos que se desarrollan en el tratamiento analítico... facilita y maximiza la aparición de todas las reacciones...".

Lo esencial, entonces, es conocer la relación entre las transformaciones buscadas y los diferentes aspectos del encuadre propuesto ad -hoc, que podrá favorecer o entorpecer los procesos de cambio deseados.

Es decir que los diversos aspectos del encuadre no tienen sentido sino en relación con lo esencial: el tipo de proceso que cada terapeuta busca producir.

Para esto, es necesario que el espacio de encuentro -inespecífico- devenga espacio terapéutico específico. Terapeuta y paciente -como dupla clínica- precisan acordar ciertas constantes que encuadren su vínculo. Algunas serán externas al vínculo intersubjetivo -lugar de reunión, frecuencia, horario, duración del encuentro (sea un tiempo predeterminado o hasta que algo suceda en ese encuentro)-; otras serán inherentes a este, como el modo de comunicación, lo que cada uno aporte, etc.

Entendemos que a esto se refiere Etchegoyen en su libro *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*, cuando dice: "Vimos también que la situación analítica requiere un marco para establecerse, que es el encuadre (*setting*) donde yacen las normas que la hacen posible. Estas normas tienen su razón de ser en las teorías

⁵ Ver Greenson R., *Técnica y práctica del psicoanálisis*, Ed. Siglo XXI. 1980

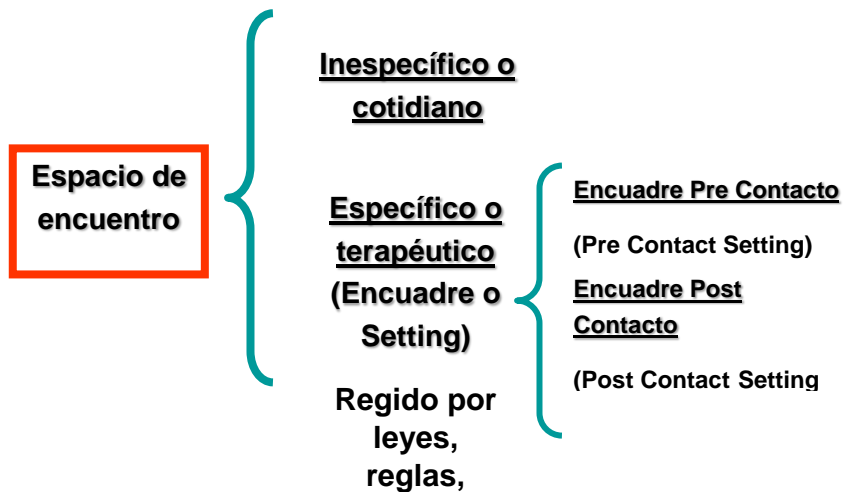
⁶ 174 Como se verá, si bien el libro sostiene un enfoque psicoanalítico, lo que extraeremos de él es aplicable a otras estrategias terapéuticas

del psicoanálisis y del psicoanalista y surgen de un acuerdo de partes que constituye el contrato analítico'. Aclaremos más adelante que lo que Etchegoyen llama normas, nosotros lo postularemos como reglas.

Etchegoyen nos recuerda palabras de Freud: “En su *Esquema del Psicoanálisis* escrito en 1938, poco antes de su muerte Freud llamó a este acuerdo *Vertrag* que puede traducirse por pacto, contrato”.

El analista debe aliarse con el debilitado yo del enfermo, contra las exigencias instintivas del ello y las demandas morales del superyo, concertando así un pacto, donde el yo nos promete la más completa sinceridad para informarnos y nosotros le ofrecemos a cambio nuestro saber para interpretar los aspectos inconscientes de su material junto a la más estricta reserva'. (Etchegoyen, H. 1986; Freud, S 1938)

Tomando como punto de partida el encuentro intersubjetivo, podemos visualizar en un esquema la ubicación del encuadre. A fin de que el lector pueda seguir mejor la exposición, adelantaremos la ubicación que en este esquema tendrían los conceptos de ley, regla, norma y metas, que desarrollaremos más adelante.



En el esquema -expuesto sólo a fines didácticos- vemos los elementos que conforman el espacio de encuentro terapéutico, indispensables para responder comprensivamente a la pregunta que nos guía: ¿Qué posibilidad hay de arraigar en elementos confiables el encuadre en situaciones atípicas? Los elementos del esquema nos servirán de articuladores teóricos para enhebrar nuestra propuesta.

Repetición y transformación en el encuadre

El encuadre terapéutico está compuesto por el conjunto de las condiciones que terapeuta y paciente pactan para realizar su tarea común.

Este pacto tiene cualidades específicas por el solo hecho que hay un terapeuta que lo propone desde su experiencia y conocimiento, y un paciente que acuerda con ello a partir de sus necesidades y expectativas, sin necesidad de tener siempre en claro sus motivaciones ni sus implicaciones. El pacto supone, entonces, algún grado -por mínimo que sea- de 'confianza a-priori'⁷.

También aquí retomemos el eje que nos guía -el procesal- para definir la labor terapéutica. En los términos más generales, entendemos que la meta de la tarea terapéutica consiste en maximizar las modalidades elaboradoras propias de cada paciente hasta el punto más cercano al óptimo posible, en las circunstancias que le tocan en suerte.

El objetivo terapéutico en el tratamiento de lo traumático, atiende a dos grandes grupos de modalidades de funcionamiento psíquico: el de los procesos repetitivos que subyacen a la manifestación patológica en oposición a los procesos transformadores y la instauración de funcionamientos psíquicos no sintomáticos. Nuestra labor se apoyará en los segundos para revertir los primeros.

Este combate -perdónesenos la literalidad, pero se impone- por el predominio procesal es la constante de fondo de una dinámica de transformación, intensificada por el especial vínculo co-elaborador, en el que al terapeuta le toca una función particular y precisa: actuar como objeto estructurante o/y objeto transformacional.

Estos particulares objetos conceptuales recortan el lugar que debe habitar el terapeuta en el campo analítico, para posibilitar que el vínculo desemboque en la estructuración o reestructuración psíquica del paciente o en la transformación de su estilo elaborador.

⁷ Como ya veremos la confianza en el vínculo analítico, no siempre está dada desde un inicio; este es un factor que debe ser adecuadamente procesado, puesto que lo entendemos como básico para el despliegue de procesos terapéuticos transformacionales

Según estas especificidades de estos encuentros intersubjetivos co-metabolizadores podremos distinguir entre vínculo estructurante y vínculo transformacional, vínculos que suponen un particular tipo de otro, que llamamos, respectivamente, objeto estructurante y objeto transformacional, o, más globalmente, otro co-metabolizador.

Habitualmente, en las etapas del desarrollo del niño, quienes cumplen esta función, en modo preponderante, aunque no exclusivo, son los padres.

En etapas más adultas estas funciones pueden pasar a ejercerse por los amigos, parejas, etc. En una terapia es el terapeuta quien debe desplegar en forma transicional estas funciones.

Un enfoque psicoanalítico remite esta capacidad estructurante del encuentro a la producción de determinados procesos psíquicos, dentro de una interacción específica.

Nuestro planteo es que todo terapeuta más allá de su filiación teórica, debe brindar al paciente las posibilidades para la instauración de un vínculo co-metabolizador. Para ello requiere de un marco y una relación propicios a lo que llamaremos apertura transformacional.

Apertura, transformación y confianza

Bion desarrolló en 1962 el concepto de ensoñación -reverie- para denotar un estado psíquico que el infante requiere de la madre. La psique de la madre '.....debe encontrarse en un estado de receptividad calma a fin de absorber los sentimientos del infante y conferirles significado.....gracias a la introyección de una madre receptiva y comprensiva, el infante puede empezar a desarrollar su propia aptitud de reflexión sobre sus propios estados psíquicos....' (Hinshelwood R. D 1989) (Bion)

Cuando decimos *apertura transformacional* apuntamos al estado psíquico del sujeto o paciente que le posibilite participar en un proceso transformacional. La reverie es una de las piedras fundamentales para la descripción de procesos terapéuticos -que no tiene por qué estar ausente de las piedras que sustituyen a nuestro diván-, permite comprender el estado psíquico y las funciones que el analista debe ser capaz de realizar.

Bion postula que el infans -o el paciente en el marco terapéutico- evacua; el terapeuta responde desde su posición de *reverie*, dándose por sentado que el paciente reinternaliza.

Creemos necesario, también, describir el estado psíquico del paciente para facilitar la recepción de lo que el terapeuta aporta. Para ello proponemos el concepto de apertura transformacional.

La *apertura transformacional* es la actitud psíquica del sujeto, tanto terapeuta como paciente, que posibilita un encuentro creativo en el vínculo co-metabolizador. Remite a un estado psíquico en que se encuentra el sujeto en la situación terapéutica. En la medida que esta apertura no exista a priori en el paciente, debemos incentivar su desarrollo. Junto a ello, debemos estar alerta del modo que esta apertura está presente en el terapeuta. Esto lo podremos hacer por medio de la introspección y/o supervisión. Si bien entendemos que este es un estado al que aspiramos llegar, ya desde los primeros pasos de la relación terapéutica debemos tomar en cuenta que estas manifestaciones son básicas para que desplieguen auténticos procesos terapéuticos, como por ejemplo el *Inside*.

Bien sabemos que los procesos co-metabolizadores caracterizan tanto al desarrollo normal del infans, como a los procesos terapéuticos. La necesidad de desarrollar la apertura transformacional es uno de los factores que marcan la diferencia de la co-metabolización en el desarrollo evolutivo y el tratamiento.

Este concepto describe un estado psíquico relacional dentro del encuadre terapéutico. No se refiere a -aunque no los deshecha- estados pulsionales, libidinales, o del self, como los referidos a la autoestima, la imagen de sí mismo etc. El concepto de apertura transformacional aspira recortar el estado que habrá de arribar -con suerte- el paciente para desarrollar u optimizar sus capacidades elaboradoras, por medio del encuentro con el otro. Proponemos este concepto como inherente a la relación dentro del espacio terapéutico.

La confianza básica, postulada por Ballint, es un concepto muy difundido en el ámbito psicoanalítico que remite, en especial, a los procesos evolutivos del infans en su contacto con la madre. (Ballint)

Conjugar la apertura transformacional con la confianza básica nos permitió articular el concepto de *apertura confiada*, como una cara de la apertura transformacional.

Aclaremos sin embargo que apertura confiada no se confunde con una entrega idealizada, que genera cambios no transformacionales y que permanecen ligados a la presencia positiva concreta del otro, generando dependencias crónicas sin promover crecimiento intrasubjetivo alguno.

La entrega idealizada es uno de los grandes obstáculos que emergen en los tratamientos y, algunas veces, se la suele confundir bajo el rótulo de Transferencia positiva.

La especial disposición psíquica que conlleva el estado de "apertura confiada", es esencial en la labor terapéutica. De no producirse, no sólo nunca se compartirá en el vínculo lo más sensible del paciente, sino que el terapeuta, por mucho que se esfuerce, quedará impedido -en el marco del vínculo- de realizar algún aporte con efecto de transformación. A lo sumo, será escuchado como quien dice cosas interesantes, un buen programa de radio, una conferencia. Quizás a alguno le parezca suficiente, al fin y al cabo, no viene mal escuchar una distracción en medio de la catástrofe. Para nosotros, sin embargo, resulta, desde todo punto de vista insuficiente. Nosotros, como terapeutas, aspiramos a más.

El encuadre y el vínculo co-metabolizador y el estado de 'apertura confiada' en el abordaje de lo traumático

Un encuadre estable y coherente no sólo debe tolerar sino promover que emerjan sufrimientos, odios y resentimientos del paciente, que no son sino expresiones del desvalimiento sufrido por impacto de lo disruptivo. En la medida que estas sean vividas por el paciente, siendo muy cuidadosos de no provocarlas en forma artificial, actitud que hemos visto en algunas de nuestras supervisiones. Entendemos que la tendencia a provocar en este tipo de tratamientos la expresión artificial de sentimientos, sufrimiento, odio y resentimiento, entre otros, emerge de la falsa convicción de que en todas las situaciones disruptivas, y especialmente en aquellas que lo fáctico tiene una gran magnitud, indispensablemente tendrían que estar presentes estas manifestaciones, y si no se las expresa es porque se las reprime.

Para que la indefensión y sus diferentes manifestaciones puedan elaborarse adecuadamente, es importante que establezcamos un vínculo en cuyo marco el paciente se sienta confiado, seguro y respetado; un vínculo en el que perciba que va a ser cuidado y ayudado en caso que las vivencias cobren fuerza y se transformen o continúen amenazándolo. Estas condiciones favorecerán la instalación de lo que hemos llamado apertura confiada, que facilitará el desarrollo de las funciones co-metabolizadoras, re-estructurantes y transformacionales.

En el ámbito de los funcionamientos psíquicos traumáticos -en los que la vivencia de desvalimiento ocupa un lugar central- la estabilidad y coherencia del encuadre son de suma importancia, ya que estos casos dificultan la instauración de la apertura confiada, dado que un sujeto que ha pasado por una situación disruptiva traumatogénica, carga con un sufrimiento particular, producto del impacto desestabilizador de lo externo, impacto que muchas de las veces promueve una tendencia a la desconfianza y al retraimiento.

En el amplio espectro de lo traumático, el estado psíquico de apertura confiada, adquiere cualidades específicas en lo que hemos llamado el vivenciar traumático. Recordemos brevemente aquí -a los fines de nuestra exposición- el **vivenciar traumático** es una forma del funcionamiento traumático que, a diferencia de la **vivencia traumática**, no se produce por un evento disruptivo puntual, sino que es producto de las relaciones distorsionadas con el entorno significativo, generalmente inmersos a una exposición sostenida de entornos disruptivos.

En la vivencia traumática la relación con el entorno o el medio se desvirtúa en forma repentina, pudiéndose generar abruptamente un estado de desconfianza y de desamparo, mientras que en el vivenciar traumático las actitudes de desconfianza, y retraimiento son parte permanente de la modalidad elaboradora del paciente, puesto que están inmersas en su entorno.

Si bien la tendencia del psiquismo es a la búsqueda del objeto para satisfacer sus necesidades y actualizar sus deseos, las experiencias negativas en el contacto con un medio disruptivo, podrán generar fuerzas opuestas a la creación del vínculo co-metabolizador.

La vivencia traumática se puede caracterizar por una desconfianza inédita a lo externo, por lo que es vivida por el sujeto como rara o ajena. En el vivenciar traumático, en cambio, la desconfianza y el desamparo son crónicos. Se podrá ver que en algunos casos, el sujeto teme repetir la situación traumatogénica infantil; teme volver a sufrir un vínculo pseudo co-metabolizador, en verdad traumatogénico.

Para estructurar un encuadre favorable al despliegue de apertura confiada en estos casos, el terapeuta debe tomar en cuenta la desconfianza, el retraimiento, el desvalimiento y el desamparo, característicos del funcionamiento de lo traumático.

Podemos distinguir tres modalidades generadoras de desconfianza según el tipo de situación disruptiva que impacta al sujeto:

1- En la vivencia traumática, la desconfianza podrá surgir del hecho- insoslayable y perturbador- que el terapeuta no es una persona ajena a la situación, sino que pertenece al mismo mundo que produjo el impacto desestabilizador

2- En el vivenciar traumático, la desconfianza generalmente emerge puesto que lo disruptivo provino precisamente de quienes se proponen -o debieran proponerse- como confiables, pero no lo son, distorsionando así el vínculo cometabolizador que, por mecanismos de generalización y desplazamiento, puede llegar a incluir al terapeuta.

3- Cuando lo traumático emerge a consecuencia de entornos disruptivos persistentes -como la acción de factores sociales, políticos y/o económicos- el paciente desarrolla un estado hiperalerta de desconfianza permanente que, en última instancia, es el que, en muchos de los casos, le ha permitido sobrevivir. Esto alimenta defensas que disminuyen la 'apertura confiada' , acentuándose, en una especie de círculo vicioso, la retracción afectiva, la autoafirmación y un anhelo de independencia que no es sino la cara más visible de la soledad subjetiva del sujeto.

Aquí nos topamos con una de las paradojas más complejas y dolorosas que implica la intervención terapéutica en lo disruptivo: el mundo externo, fuente y origen del padecimiento del sujeto, es, precisamente, el lugar que se ofrece como marco de elaboración. Considerar esta paradoja dará la medida de la dificultad en juego.

Debemos aceptar que, en un principio, encuadre y terapeuta son, para el psiquismo del paciente, parte de lo fáctico externo, es decir, mundo externo que lo ha lastimado. Ahora, esa misma fuente de dolor viene a proponer un proceso elaborativo que, en el mejor de los casos, puede llevar a la cura. Es en esta paradoja que el terapeuta debe ubicarse para poder abordar en forma adecuada ese interjuego especial entre los fenómenos fácticos y los psíquicos que despliegan en lo disruptivo.

Pero no olvidemos la desconfianza y la retracción resultantes del impacto de lo disruptivo es sólo uno de los factores en juego en el establecimiento del vínculo terapéutico.

Aun si estos fenómenos emergen como centrales y dominantes, los terapeutas también contamos con fuerzas que pueden aliarse al establecimiento del vínculo transformacional. Una de ellas es la tendencia del psiquismo a buscar un objeto como factor de interacción ante la necesidad y el deseo.

Otra, es la fuerza que proviene de aquellas experiencias de contacto, amparadoras o gratificantes, que el paciente haya vivido en su pasado y que pertenecen al repertorio de vivencias que lo acompañan en forma consciente o inconsciente.

Es decir que, en todo proceso de elaboración de lo disruptivo, se ponen en juego la desconfianza, la tendencia de todo psiquismo a la interacción con un otro, y la confianza más o menos desarrollada derivada de las experiencias positivas previas al evento. El interjuego de estos tres factores en pugna, posibilitará al terapeuta estructurar un encuadre adecuado y lograr ubicarse en ese lugar tan complejo de ser el agente que posibilite un proceso psíquico transformador.

Algunos aportes a la re-conceptualización del encuadre a partir de lo disruptivo

Las consecuencias psíquicas de los impactos disruptivos enfrentan al terapeuta con circunstancias especiales, no sólo a raíz de las características intrapsíquicas del paciente, sino de las producidas por el impacto del entorno. Como ya dijimos -aunque no cesaremos de reiterarlo porque es un aspecto fundamental de la cuestión- muchas veces el terapeuta debe establecer un encuadre dentro de ese mismo entorno distorsionado.

Esta situación tan especial es la que nos llevó a re-pensar y reconceptualizar algunos elementos básicos del encuadre, que pueden resultar útiles no solo en el campo de lo disruptivo, sino en la clínica cotidiana.

En el abordaje de lo disruptivo, como dijimos, el terapeuta no cuenta con las condiciones tradicionales para su práctica. Esto nos llevó a la búsqueda de constantes que puedan ayudar a la formalización de encuadres que preserven las metas básicas de nuestra labor analítica, aun en situaciones atípicas.

Sin embargo, las pautas de contexto que caracterizarán al encuadre, facilitando y/o promoviendo que se establezca el vínculo adecuado y cooperando al desarrollo del proceso terapéutico, no pueden por cierto ser arbitrarias.

Estamos de acuerdo en que debemos ser rigurosos, pero sin caer en la rigidez; lo ideal es una flexibilidad racional, basada en una coherencia conceptual, que permita plantear un encuadre a partir de razones válidas.

Si bien esta afirmación puede extenderse a toda nuestra labor terapéutica, se vuelve particularmente relevante en el abordaje de lo disruptivo. Lamentablemente, en este campo, encontramos actitudes que van desde una rigidez exagerada hasta encuadres incoherentes e inestables.

El encuadre es un **constructo teórico-funcional**; algo que se construye artificialmente con el propósito de optimizar las capacidades procesales del paciente, para modificar un funcionamiento que le genera sufrimiento. A lo que podemos aspirar es que cada terapeuta conozca las razones por las que construye el encuadre con determinadas características y no con otras, más allá de que éstas varíen según el modo de comprender el problema que cada uno tenga, la teoría que lo guía y el orden de hechos clínicos que se le presentan. Así, cada terapeuta propondrá el encuadre que considere conveniente para favorecer, a través del encuentro intersubjetivo, los cambios buscados.

Siendo nuestra meta en el abordaje de lo traumático, la activación de mecanismos de articulación, el encuadre y las estrategias que utilizemos deberán ajustarse a ella. Por eso pensamos que un encuadre adecuado será el que posibilite el desarrollo eficaz de la interpretación procesal-vivencial, la contención y el sostén⁸.

Este encuadre surge atendiendo a un doble fin: prevenir un cuadro traumático si aún no se produjo y/o ayudar en su elaboración, si éste ya es un hecho.

Insistimos: cada terapeuta, según sea su bagaje teórico, su diagnóstico y su presunción sobre las necesidades del paciente y sobre el funcionamiento a lograr en la dupla terapéutica, debe ser consciente de las razones que lo llevan a proponer tal o cual cosa como parte del encuadre. Parafraseando a R. Greenson, qué cosas va a requerir ese proceso terapéutico de ese encuadre particular. (Greenson, 1980)

Las razones para construir un encuadre específico son válidas cuando podemos sustentar por qué, para qué y de qué forma, ese encuadre en esa determinada circunstancia, ayudará al logro de la meta general, de potenciar las capacidades elaboradoras del paciente.

Nuestra postura, entonces, es clara: el encuadre se construye al servicio de los objetivos terapéuticos y de las vías que hay que favorecer para lograrlos. El encuadre no solo favorece los procesos de transformación provenientes del

⁸ Más adelante volveremos extensamente sobre esto

campo analítico, sino que constituye en sí mismo un factor transformacional. Esto es fundamental en el abordaje de lo disruptivo y especialmente de las patologías traumáticas.

Algunas precisiones: encuadre pre-contacto (*pre-contact setting*) y encuadre post-contacto (*post-contact setting o frame*)

Tanto en situaciones habituales - el terapeuta y su paciente en el consultorio- como en situaciones atípicas -por ejemplo luego de catástrofes naturales y sociales, crisis económicas, migraciones, accidentes, etc.-, en toda intervención y especialmente en las terapéuticas⁹, debe encontrarse el modo de estructurar - encuadrar- el encuentro.

Tal y como se desprende del esquema propuesto¹⁰, llamamos *encuadre* a todas las *pautas establecidas que transforman el espacio de encuentro inespecífico o cotidiano en uno específico o terapéutico*.

Tanto en nuestra propia experiencia clínica, como en el intercambio con colegas o supervisados, hemos observado una permanente tensión entre dos polos: por un lado, las opiniones expertas y respetadas que conforman un ideal de estructuración del marco terapéutico, incorporado a partir de sus lecturas y otras fuentes; por el otro, las modificaciones que imponen, en el aquí y ahora de la situación, el entorno y los pacientes singulares a estas propuestas generales.

Los miedos y preocupaciones que surgen en estas situaciones son variados, pero confluyen en un interrogante clave: tantas variaciones ¿no serán concesiones a la patología del paciente y, por ende, una renuncia a mi responsabilidad de terapeuta?; ¿no serán más una actuación contratransferencial que una operación clínica?¹¹

⁹ Para ser más precisos, en este trabajo nos centraremos en el encuadre de la dupla terapéutica, si bien entendemos que lo aquí expuesto puede hacerse extensivo a otras modalidades terapéuticas, como las de pareja, familia o grupo.

¹¹ *Contratransferencia* es un término psicoanalítico complejo, difícil de definirlo en pocas palabras. Escuetamente con todas las imprecisiones que esto conlleva, podríamos decir que este término generalmente es usado para designar reacciones del terapeuta (afectivas, pensamientos o acciones) determinadas por la activación de propias zonas de conflicto, a causa del impacto que le produce las producciones del paciente. En el sentido más estricto este término refiere a conflictos inconscientes del propio terapeuta. En su acepción más amplia, a todo conflicto, sea conciente o inconsciente, de aquí que se

Como primer paso en nuestro posicionamiento ante esta tensión entre la definición "de libro" -ideal y general- y las exigencias prácticas de la clínica – siempre singular- deslindamos dos variantes del encuadre, que denominamos *setting pre-contacto* y *setting post-contacto o frame*.

Llamamos encuadre pre-contacto o pre-contact setting¹² al marco terapéutico ideal que prevalece en una comunidad profesional (Benyakar en el libro *Between Sessions & Beyond the couch* 2002)

El encuadre pre-contacto está constituido por las reglas que una orientación o corriente terapéutica establece como pautas de intervención terapéutica, basado en lineamientos teóricos, en escritos, por medio de las experiencias personales del terapeuta, o por una transmisión vivencial o conceptual de supervisores a terapeutas.

Algunas corrientes tienden a establecer estos encuadres ideales en base a la patología en cuestión. Por ejemplo, establecen diversos encuadres según se refiera al tratamiento de esquizofrénicos o de neuróticos.

Otras postulan que la modalidad del encuadre esta predeterminada por el teoría del abordaje de los procesos psíquicos con que se maneje; por ejemplo, que psicoanálisis se puede realizar solo dentro del encuadre clásico del diván en el consultorio con una alta frecuencia de encuentros y que todo lo que lo excede queda fuera del psicoanálisis.

El encuadre pre-contacto es un supuesto del analista antes de conocer a su paciente. Es el encuadre de la interacción terapeuta-paciente, en un tiempo en que la interacción en sí todavía no se realizó.

En el momento del encuentro con el paciente, las formulaciones que llevaron a establecer un encuadre pre-contacto determinado, deben ser cuestionadas, evaluadas y re-conceptualizadas, por el mismo terapeuta. Este es un momento muy especial y muy delicado dentro de la actividad terapéutica, puesto que es cuando se ponen en juego dos tendencias que pueden ser tan extremas que pueden perjudicar la labor terapéutica. Una de ellas está dada por los terapeutas que se centran en sostener los principios rígidos en base a estructuras preformadas para que los cambios psíquicos se realicen. Versus la tendencia de

diga que hay que volver a la contratransferencia un instrumento más para conocer al paciente. Si veo los conflictos, sentimientos, pensamientos y reacciones que este provoca en mí, puede hipotetizar sobre la estructura psíquica, dinámica, contenidos y experiencias infantiles que debieron suceder para que esto sea de esta forma.

¹² Del inglés, *to set up*: fijar, establecer

modificar indiscriminadamente las estructuras predeterminadas para poder adecuarlas al paciente en cuestión, corriendo el riesgo de adaptarlas a la patología y no posibilitando su elaboración. Tanto una tendencia como la otra será contraproducente en la medida que se sostengan en forma indiscriminada y sin reflexionar adecuadamente entre los beneficios y perjuicios de cada una de estas posiciones.

El encuadre que, efectivamente, se conforma con posterioridad al contacto con un paciente determinado es lo que llamamos encuadre post contacto o post-contact setting.

Nuestra experiencia nos enseña que el establecer diferencias y semejanzas entre el encuadre pre-contacto de cada terapeuta y el encuadre post-contacto, es uno de los indicadores importantes en todo proceso de supervisión. Es uno de los parámetros que nos sirven para poder detectar en forma más precisa los factores conscientes e inconscientes que mueven al terapeuta a producir cambios en el entorno, a favor o en vez de la producción de cambios psíquicos.

Elegir dos términos precisos -en vez a adherir a la costumbre de generalizar denominaciones- apunta a maximizar la distancia y la diferencia que debe sostener un analista entre un modelo universal de encuadre y su armado en lo real singular. Esta elección nos ubica desde el vamos ante -y nos permite elaborar- la eventualidad de aceptar que en gran cantidad de casos, no contaremos con la tranquilizadora seguridad que brinda un marco a-priori considerado como aceptable, y nos enfrenta a la incertidumbre que provoca el interjuego permanente entre nuestros principios terapéuticos, nuestra experiencia adquirida y las características de cada nueva situación o paciente.

Entendemos que debemos no sólo tolerar esta virtud "artesanal", por así decir, sino contar con ella en nuestra práctica clínica, si no queremos sacrificar el proceso terapéutico al ideal de rigidez (confundiéndola con rigurosidad) o al deseo de evitar los daños derivados de nuestra propia contratransferencia.

Desconocer esa cuota -inevitable- de incertidumbre que la especificidad de cada encuentro conlleva promueve actitudes inflexibles que coartan la capacidad de estructurar un marco y un vínculo terapéutico transformador según las características de la situación y del paciente, sus necesidades, y las condiciones del contexto en el cual la dupla está inserta.

Complementariamente, diferenciar dos términos clásicamente considerados sinónimos y subsumirlos en un mismo concepto -el de encuadre terapéutico-, apunta a recordar que ambos términos, si bien aquí aparecen diferenciados en

aras de una mayor claridad expositiva, describen, en realidad, dos momentos - nunca del todo desenlazables- de un mismo fenómeno. Lo habitual es que lo aprendido a lo largo de cientos de tratamientos y vertido en fórmulas y precauciones de tipo general -encuadre pre-contacto-, debe ser tenidos en cuenta porque es un orientador de gran utilidad a la hora de estructurar el encuadre post-contacto.

Es fundamental que el terapeuta, independientemente de la teoría a la que adhiere, comprenda la función que cada elemento del encuadre pre-contacto posee. Esta comprensión aportará la flexibilidad necesaria para sostener una labor terapéutica con la rigurosidad que el caso requiera.

Podrá evitar de este modo ubicarse en uno de los dos polos que pueden obstruir la coherencia y constancia de la labor terapéutica. Uno de los polos es el que dice: “solo así es como se debe hacer” y el otro sostiene la premisa de “todo vale”.

Por ejemplo, en psicoanálisis, ante ciertas patologías, se busca que el paciente reviva situaciones infantiles conflictivas con el terapeuta. En estos casos, recostarse en el diván cumpliría varias funciones: tiende a activar la postura infantil de desvalimiento relativo -efecto reforzado por el ocultamiento de la mirada del analista- lo cual impide la acción de los mecanismos de control vincular visual. Esto promueve la introspección y la emergencia de lo interno (memorias de vivencias infantiles) por sobre lo externo actual adulto.

Así relacionamos un elemento del setting (el uso del diván) a varias funciones vinculadas a un efecto deseable (la regresión transferencial, como algunos autores la llamarían). Esto sería lo que nosotros postulamos como posibilitar la emergencia de **procesos regredientes** para poder elaborarlos en forma **progresiente**, tratando de neutralizar al máximo el estímulo perceptivo sostenido de la visión de contacto. Los conceptos de progresiente y regrediente los desarrollaremos con mayor detenimiento más adelante, al referirnos a los procesos clínicos.

Pero en una situación atípica -un marco hospitalario, atención en el domicilio por inmovilización del paciente, situaciones especiales como las de una catástrofe- o en entornos disruptivos -secuestros, guerrilla, guerra abierta, etc.- si tenemos en claro qué es lo que buscamos, tendremos la posibilidad de estructurar un encuadre que posibilite sostener los principios de intervención en forma coherente y rigurosa. Cuando decimos que es lo que buscamos nos

referimos, a que es lo que postulamos o proponemos. Diferente será si nuestra intervención está dirigida a calmar al damnificado, realizar una asistencia puntual o momentánea, un acto terapéutico o una terapia sostenida en el tiempo.

El cuestionarnos el objetivo de nuestra intervención es uno de los factores que evitara la ritualización. **La ritualización** sólo sirve para evitar la incomodidad de la incertidumbre que conlleva la reactualización permanente de las funciones del encuadre. El rito -bien lo sabemos- tiende a eternizar la prescripción, postulando que hay un único modo de sostener la función.

Aun si debemos actuar en ambientes poco habituales, con medios sumamente alterados, casi siempre podremos estructurar un encuadre adecuado si somos concientes de qué función buscamos que cumpla el encuadre, lo que permitirá seleccionar y otorgar a los distintos elementos la significación necesaria, sin la necesidad de sostener ritos a priori, tomando en cuenta la tendencia humana de ritualizar las interacciones que son sostenidas y estructuradas.

Este enfoque nos llevó incluir una postulación de diez interrogantes básicos para la estructuración de todo tipo de intervenciones ante situaciones disruptivas.

A estos interrogantes los hemos llamado las "10W's" ya que han sido postuladas en inglés. **Las "10W's"** en salud mental en situaciones de desastres. Estas son:

1. *Warning* (prevención),
2. *Why* (por qué),
3. *What* (qué),
4. *Who* (quién),
5. *Whom* (a quién),
6. *Whose* (de quién),
7. *When* (cuándo),
8. *Where* (dónde),
9. *Ways* (formas),
10. *Wholeness* (totalidad).

La tendencia a la rigidez y ritualización ante situaciones disruptivas está reflejada por la producción de “manuales de acción” tan buscados ante la desesperación para enfrentar impactos disruptivos. En base a nuestra experiencia y concepción, lo que puede servir de guía es acompañar a los que intervienen (tanto en la asistencia o en terapias) a reflexionar acerca de lo general y lo conocido de la situación para poder discernirlo de lo específico e idiosincrático de la misma. (Benyakar, M. 2003)

Leyes. Metas. Reglas. Normas

Pues bien, ya disponemos de nociones generales y ciertas diferenciaciones terminológicas de base que marcan el pasaje de lo general, a-priori o ideal, a lo singular, lo efectivamente realizado y posible. También disponemos de nuestra consigna guía: si sabemos qué función deseamos promover con un encuadre determinado, encontraremos -en distintas realidades y situaciones- algún modo de estructurarlo para que ésta se cumpla. Pero aún precisamos guías que nos faciliten llevar a la práctica nuestra propuesta que postula que tanto el encuadre pre-contacto, como el encuadre post-contacto, se basen en principios coherentes y estables en las circunstancias extremas en las que el funcionamiento patológico de lo traumático puede presentarse.

Los componentes básicos del encuadre terapéutico, deben establecerse según nuestra concepción de los determinantes del funcionamiento psíquico del paciente, que tiene un modo de expresarse más allá de su voluntad y control, y que condiciona su existencia. Decimos que este funcionamiento está sujeto a leyes psíquicas, que constituyen las verdaderas condicionantes de que el sujeto se exprese de una manera particular y no de otra, y que esta expresión pueda ser elaborable.

El uso con precisión de los conceptos, leyes, metas, reglas y normas nos puede ayudar a entender un poco más el interjuego entre el encuadre y los procesos que éste posibilita desplegar.

Importante es aclarar que cuando hablamos del uso preciso de los términos, en ningún momento los postulamos como la única acepción de los mismos. Muy por el contrario, por el hecho que sabemos y aceptamos la diversidad de uso de ellos, es que nos detenemos a precisar el modo que lo utilizamos nosotros para realzar de qué forma entendemos el interjuego entre estos conceptos.

En castellano **ley** es un término que abre a diversos rumbos semánticos, en el cual cada uno le da su acepción. Por un lado se las llaman leyes a los preceptos estructurantes de las distintas culturas o religiones, por ejemplo los diez mandamientos se los designan como las tablas de la Ley.

Tenemos luego una acepción muy común del uso del concepto Ley por parte del mundo jurídico, quienes remiten el concepto de ley a una noción de justicia, es decir, las leyes sociales que nos rigen y diferencian lo punible de lo permitido. Este es el modo que la Abogacía, en especial, lo utiliza en lo que por extensión se ha llamado el ámbito de lo legal.

Diferente es el uso que le dan las llamadas ciencias duras o ciencias naturales. Estas ciencias con la palabra ley postulan un enunciado que intenta dar cuenta de las fuerzas que en todo momento y lugar subyacen o provocan determinado fenómeno.

Nosotros tomamos este último sentido y lo desarrollaremos en un rumbo que se diferencia del uso que le pueden dar las religiones o la visión judicial. De hecho, tanto las religiones como el ámbito judicial llaman leyes a lo que nosotros llamaremos regla.

Una **ley** constituye un enunciado universal, una condición constante de las cosas (...) nacida de sus propias condiciones intrínsecas" (Dic. Enciclopédico Abreviado- Espasa Calpe. 1957). Así, es legítimo utilizar el término para describir una fuerza presente que movilizan la existencia humana.

Cada ciencia descubre sus propias leyes. A modo de ejemplo, la "Ley de Gravedad" en física es un determinante básico del comportamiento de los cuerpos y de los fenómenos fácticos. Resaltamos algo obvio, y es que en la postulación de la Ley de Gravedad no hay ninguna determinación humana, sino que esta ley condiciona a lo humano.

Uno de los descubrimientos básicos de Freud es la ley del inconsciente que mueve la existencia humana.

En las teorías del psiquismo cada corriente postula diferentes leyes psíquicas. Tomemos un ejemplo del campo del psicoanálisis: el ser humano está movido por procesos, contenidos y dinámicas básicamente inconscientes. En esto rige una ley: la del principio del placer. En todo proceso analítico, los terapeutas deben tomar en cuenta que estas leyes, sean cual fueran deben ponerse en juego para que los procesos terapéuticos se desplieguen. O sea que el principio del placer no está determinado por el hombre sino que este principio es uno de los que lo determinan.

Proponemos, entonces, dentro del ámbito de la salud mental, denominar leyes a todos los enunciados que describan las fuerzas psíquicas que determinan o condicionan los estados y acciones de un sujeto.

Si bien las leyes psíquicas naturales mueven la existencia humana, están por fuera de la disposición o determinación de los hombres. ¿Cómo llamar entonces a aquellos enunciados creados para regular las relaciones entre las personas, en

diferentes épocas y situaciones; para regular las condiciones y el modo en que las leyes psíquicas se expresarán en los diferentes encuentros terapéuticos? Proponemos llamarlos **reglas**. En este caso lo que la justicia llama ley serían reglas.

Nos interesa particularmente subrayar el interjuego entre las leyes psíquicas y las reglas así definidas: las reglas son necesarias en tanto existen las leyes o fuerzas naturales; enmarcan y organizan la expresión de las leyes, orientándolas o incluso oponiéndoseles.

En algunos casos el modo de detectar las fuerzas psíquicas que mueven al ser humano, es observando las reglas ante las cuales se enfrenta, ya sea las establecidas por el marco familiar, el social, o el terapéutico en nuestro caso.

Tomemos como ejemplo, el caso de Dante, que acudió al tratamiento por una fuerte tendencia adictiva a las drogas. Cada vez que presenciaba una de las habituales peleas entre su madre y su hermano, o se enfrentaba a la frustración que le producía el rechazo que le demostraban, Dante recurría a la calle y a sus amigos para una descarga inmediata de su angustia y sensación de vacío por medio de la droga.

Tomando al principio del placer como una de las leyes que rigen el funcionamiento de Dante, entendemos que el encuadre le debe suministrar un marco de elaboración que no esté supeditado a la manipulación de su entorno según sus tendencias a la descarga inmediata.

El ejemplo de esta forma patológica de expresión de la fuerza o ley del principio del placer, nos permite estipular la importancia de establecer constancia de la persona con la cual se establece el encuentro, o sea el terapeuta, pautas de lugar donde éste sucede, tiempos establecidos a priori para no promover actuaciones impulsivas, -y, que no se vea repudiado en el caso que se establezcan- para transmitirle una sensación de coherencia, etc.

O sea que los factores o determinantes de ese encuadre de tratamiento estarán estipulados para poner en juego esa ley del principio de placer o cualquier otra, de manera tal que pueda ser elaborada o transformada en forma adecuada. Estas son las pautas que llamamos reglas.

Enfatizamos aquí que tanto el encuadre pre-contacto como el post-contacto es el conjunto de reglas que el terapeuta establece para poder elaborar el modo que las leyes nos rigen como humanos y cómo se fueron desplegando en nuestra existencia.

El establecimiento de las reglas de un encuadre no constituye un recurso meramente organizativo, sino es un acto terapéutico regido por nuestra concepción de las leyes del psiquismo.

La regla está en referencia a la ley y organiza el modo en que ésta se expresa en la realidad, expresión que no necesariamente la realiza y hasta puede contradecir completamente su realización.

El texto bíblico, en su hebreo poéticamente lacónico, recoge con precisión esta diferencia. El *no matarás* está expresado en hebreo por medio de una negación no imperativa. *Lo tirtzaj* dicen los mandamientos. Esta negación *-lo-* no tiene el valor imperativo de otra negación que, sin embargo, si existe en hebreo: *al*. Esta expresa una prohibición explícita del acto no tanto por un castigo futuro sino por lo que el acto en sí mismo comporta.

Esto es claro cuando -en el mismo texto bíblico- el ángel detiene el cuchillo de Abraham que va a caer sobre Isaac, *al tisá iadjá...* que no se traduce simplemente como *no pongas tu mano sobre el muchacho*, sino como *no te atrevas a poner tu mano...*, una negación mucho más imperativa. De hecho, esta negación establece un precepto ineludible: la prohibición del sacrificio del hijo.

El *no matarás*, en cambio, no goza de este estatuto inequívoco. El texto no desconoce la tendencia humana (la ley) al crimen; prescribe que no se debe matar pero sabe que el hombre mata, incluso que debe hacerlo en algunas situaciones, el mismo texto bíblico las refiere en abundancia. Ni hablar del *no fornicarás...*

Esta especie de tensión entre las negaciones que presenta la lengua hebrea - lengua en que se escribe el corpus moral judeocristiano occidental- traduce con precisión esta tensión entre ley y regla.

Una importante particularidad de lo psíquico es que, si bien las reglas son propuestas e impuestas por el hombre, o en el caso de los mandamientos son las pautas divinas que establecen el modo en que el humano debe enfrentarse con sus tendencias naturales determinadas por las leyes que lo rigen.

Es sumamente interesante como las reglas, al ser aceptadas y volverse "realidades sociales", aún en la relación particular entre dos personas, adquieren existencia propia, más allá de la voluntad de sus creadores, revirtiendo su impacto sobre ellos, para quienes, vía el proceso psíquico de internalización, se

transforma en un enunciado independiente, con impacto psíquico propio. Esto quiere decir que participará como una tendencia importante, en el destino y resultado de los procesos psíquicos singulares.

Generalmente los terapeutas basamos nuestras intervenciones en base a ciertas leyes que determinan el funcionamiento psíquico, y poseemos un conjunto de reglas preestablecidas que son las que se plasman en el encuadre pre-contacto.

Por eso, pensamos que todo terapeuta, conociendo las leyes que mueven el psiquismo de su paciente, en ese momento y en esa situación, puede postular reglas que enmarquen el campo y el modo en que esas leyes se expresarán. Ha de buscar -en forma flexible y a la vez rigurosa y racional- que las reglas que se estipulen posibiliten desplegar o inhibir la expresión de las leyes, basándose en los postulados a los que adhiere según sea su teoría de referencia. Es en la postulación de cuáles son las leyes que mueven al humano, se diferencian las teorías o modelos. Las diferencias serán si las leyes son inconscientes, si son producto de elaboraciones cognitivas, o son solo pautas aprendidas, entre otras, y basados en estas diferencias el terapeuta establecerá las reglas del encuadre para elaborar la modalidad en que estas leyes emergen.

Las reglas del encuentro terapéutico no son otra cosa que las pautas del encuadre. El encuadre pre-contacto estará compuesto por "reglas a-priori", que anteceden al encuentro mismo. El encuadre post-contacto por "reglas a posteriori", resultantes del encuentro. La diferencia entre lo pre y lo post del encuadre estará dada por las singularidades del paciente y su situación. Esto nos lleva a reglas a medida, basadas en los principios de la 'alta confección terapéutica' y no en postulados dogmáticos, ritualistas, rígidos o caprichosos y circunstanciales.

Insistimos en que, si en cualquier situación terapéutica el interjuego entre leyes y reglas es de suma importancia para establecer un encuadre adecuado, esto adquiere una relevancia central en situaciones disruptivas, en las que las distorsiones y el impacto son parte de la problemática a tratar. Por eso, para la elaboración de los procesos traumáticos, el abordaje adecuado de este interjuego entre leyes y reglas se torna crucial.

Se trata, en definitiva -salvando las distancias pero no la metáfora- de la misma diferencia que hay entre un ambo de confección y uno hecho por un sastre, a medida, el sastre es un artesano, claro que no pondrá los pantalones en el lugar de las mangas, pero tampoco hará mangas solo de una medida.

Es hora de intercalar en estas reflexiones sobre las relaciones entre leyes y reglas, el concepto de *meta terapéutica*.

El lector sabe que una regla que el humano estipula en su interacción con otro responde a una ley, pero seguramente habrá notado que son varias las reglas que se pueden relacionar con una misma ley.

¿Qué condiciona estas variantes? Varios factores sin duda, pero uno, especialmente relevante en nuestro contexto es su meta.

Todo accionar humano está regido por diferentes reglas y motorizado por metas, conscientes o no, formuladas o no. Un rasgo específico del marco terapéutico es que un individuo -el terapeuta- establece un conjunto de reglas para cumplir una meta autoestimulada pero que atañe a otro, su paciente. Estipular reglas según las metas buscadas es un derecho y una obligación que la profesión nos impone.

Según sea la meta o propósito general, será la regla que ponga en relación a la ley, que permanecerá constante. A su vez, un propósito global se logra a través de metas más específicas. Esta diferencias, una vez más, puede decirse con una metáfora del mundo de lo disruptivo, la diferencia que la guerra hace entre táctica y estrategia. Una estrategia de cura puede transcurrir por diversas tácticas, según las metas que cada momento requiera.

Para recurrir a metáforas menos crueles que la de las guerras (con la esperanza que alguna vez dejen de existir), podemos decir que las metas son como esas simpáticas *mamushkas*, las muñecas rusas, que se incluyen unas en otras, al modo de cajas chinas, al tiempo que cada una presenta la totalidad de componentes y conserva una independencia relativa respecto de las demás.

Recalcamos lo de independencia relativa porque lo que la hace Mamushka es la relación de una con las otras, sino serían simples muñecas de madera.

Con este recorrido en mente, volvamos a Dante, el joven que recurre impulsivamente a la droga. Una meta global del tratamiento podrá ser posibilitarle articular y procesar en forma adecuada sus afectos y representaciones en sus dimensiones conscientes e inconscientes. Pero como Dante presenta una marcada característica de dejarse llevar hacia la actuación, una meta parcial del proceso es que logre, en un principio, mentalizar y elaborar a través de un contacto terapéutico contenedor, una intervención del orden de lo primario, en base al diagrama de un psiquismo que funciona en tres espacios: el originario (sensaciones), el primario (emociones) y el secundario (sentidos).

Ahora bien, sabemos que el muchacho es ducho en el arte de manipular su medio, los tiempos, las situaciones, etc.; por lo tanto una regla necesaria es la de encuentros pautados con un tiempo determinado, en un lugar determinado, para lograr la meta de promover un vínculo por medio de la palabra. (Benyakar, M., Lezica, A., 2006) (Aulagnier, 1977) (Ogden, T, 1997).

La relación entre metas y leyes va a determinar el tipo de reglas de cada terapeuta propondrá y, con éstas, el modo particular en que cada uno realiza sus propósitos.

No nos desalentemos por la confusión inicial que produce la inclusión simultánea de algunos términos. Su manejo es más sencillo de lo que parece, y nos redituarán con creces este esfuerzo inicial.

Todo terapeuta puede buscar metas generales similares: aliviar el padecimiento, posibilitar una adecuada articulación y elaboración, en sus dimensiones conscientes e inconscientes, disminuir la sintomatología, etc. Para lograrlas, deberá postular otras metas, menos generales. Que variarán según el corpus teórico de referencia. Establecer vínculos objetales co-metabolizadores, activar un procesamiento no sintomático luego de hacer consciente lo inconsciente; lograr la descarga catártica y/o la aberración de determinadas experiencias; buscar la deshabitación por métodos de desacondicionamiento, prescribir psicofármacos, etc.

Desde ya queremos anticipar posibles objeciones de quienes piensan que incluir metas terapéuticas en un proceso analítico es direccionar la cura. Entendemos que la postulación de metas responde a los diferentes marcos teóricos, pero, a nuestro entender, la labor terapéutica sin metas generales o parciales queda por fuera de lo que consideramos nuestra actividad profesional.

¿Cabe preguntarse cuál sería la *babushka* -meta- más abarcativa? ¿Cuál sería su alcance? Cada meta contendrá otras metas y, a su vez, éstas -como las *bábushkas*- serán incluidas en el horizonte de metas, siendo su tope arbitrario. Con las *babushkas* esto depende de la posibilidad, el material a disposición, la capacidad creativa y la decisión del artesano.

También las metas que se establezcan en la relación terapéutica serán producto de una especial -casi artesanal- relación entre la dupla, las necesidades del paciente, sus padecimientos, los factores del entorno y las posibilidades y concepciones del terapeuta que las enfrenta.

Lo fundamental es que -sea en el consultorio, el campo de batalla, en un hospital o en un escenario de catástrofe- debemos siempre tener en cuenta tres factores en juego:

- 1) Primero y principal, el padecimiento del sujeto en cuestión.
- 2) Segundo, la situación y el entorno en éste que emerge y en el que será asistido.
- 3) Tercero, las posibilidades, condiciones, y concepciones del terapeuta que abordará dicha función.

Son infinitas las diferencias que la combinación de estos factores nos proponen, pero pensamos que podremos operar eficazmente teniendo en cuenta el interjuego entre las leyes del psiquismo humano y las de su entorno, las metas que nos proponemos en la labor terapéutica y las reglas que estipulamos para abordarlas, las cuales determinarán el modo en que estructuraremos el encuadre terapéutico.

Un caso que nos es dolorosamente cercano es el de la Argentina, donde debimos realizar tratamientos a los damnificados por el terrorismo de estado, por la guerra de Malvinas y por el atentado terrorista contra la AMIA, para mencionar sólo algunos de los eventos más trágicos de nuestra historia.

En todos estos casos quedaba claro que el impacto del evento o del entorno afectaba en forma directa a los damnificados pero también a toda la población, incluidos los terapeutas. La decisión de dónde, cuándo, cómo, con qué frecuencia, quién estipula los honorarios, qué límite de atención, etc., fueron temas cruciales en el destino de los tratamientos a los damnificados.

Analizar las ventajas o desventajas de cada una de las reglas posibles y elegir la más adecuada dependerá de la concepción que se tenga respecto de las leyes que rigen el orden de lo traumático en el psiquismo, de la concepción de su abordaje, y de las posibilidades que el medio facilita para ello. También, del discernimiento de cada terapeuta sobre las reglas a establecer en esas condiciones para el mejor encuadre posible en el tratamiento de ese proceso.

Siempre podremos, dado un diagnóstico psíquico y de situación, inferir las leyes que nuestra teoría nos enseña están detrás de dicho sufrimiento psíquico y precisar las metas a las que debemos llegar para aliviarlo.

Hecho esto pensaremos en el conjunto de reglas que estableceremos para determinar el encuadre que suponemos serviría. Así comenzaremos una relación terapéutica basándonos en un encuadre a-priori, derivado de lo aprendido, de nuestra experiencia, y de lo que generalmente se acostumbra a hacer en el tipo de situación en cuestión.

Ante todo, debemos de entrevistar a nuestro paciente y ver las condiciones ambientales para la asistencia o el tratamiento del damnificado o paciente. Resaltamos el tema de las condiciones ambientales ya que en situaciones disruptivas como las mencionadas, los factores ambientales con frecuencia son cambiantes. Se puede determinar una atención inicial en el lugar del desastre como única intervención o comenzar allí para luego pasarla a los consultorios, entre las diferentes variantes.

Teniendo en cuenta estos factores, podremos ajustar tanto nuestra apreciación sobre las leyes o fuerzas psíquicas que se expresan en la patología, como las reglas más convenientes para lograr nuestras metas. Podremos entonces proponer el encuadre a-posteriori.

En este proceso, la formación clínica, el arte y la experiencia del terapeuta se despliegan sobre todo en el pase del encuadre a-priori al encuadre a- posteriori. Cuanto mayor sea la experiencia clínica y más profunda la formación, mayor posibilidad de poner en juego la relación entre estos factores ante situaciones disruptivas masivas donde fácilmente se tiende a pensar que todo vale. Siempre están presentes en cada uno de nosotros, las escenas del primer y segundo día del atentado terrorista a la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA), donde el grupo de psicólogos presentes allí repartían sus tarjetas profesionales a modo de contribución para ayudar en el desastre, alguno de ellos pensando erróneamente que todos los damnificados necesitarían tratamiento psicológico, sin tomar en cuenta que lo que los damnificados necesitaban era asistencia, y que al darle esta se podría dilucidar en qué medida habrá algunos que necesiten tratamiento.

Esta diferencia entre asistencia y tratamiento no es sencilla llevarla a la práctica, puesto que aquí nos enfrentamos con otra de las paradojas del abordaje de estas situaciones, y es el hecho que para realizar una asistencia adecuada y poder diferenciar entre quienes necesitan tratamiento o no se debe tener una rica formación y experiencia terapéutica. Generalmente los profesionales que tienen esta experiencia consideran a la asistencia como de segundo plano.

La puesta en práctica del encuadre: La expresión de la norma

Las reglas propuestas que conforman el encuadre a posteriori, no reflejarán necesariamente lo que ocurra en la relación terapéutica, sino que constituyen las condiciones que todo terapeuta formula y propone, para que un determinado proceso se despliegue con un paciente singular en una situación específica.

Si bien el encuadre a-posteriori se establece en contacto con el paciente, no por ello sus reglas se modificarán, acomodarán o transformaran en forma permanente según lo que en cada momento sucede en la relación terapéutica.

Muy por el contrario, se tratarán de sostener las pautas establecidas de modo que lo que emerge como específico en la relación terapéutica, resalte contra el fondo estable del encuadre, y sea más fácilmente detectable por el terapeuta.

Proponemos llamar *normas* a la forma final que realmente toma este encuentro entre las leyes (funcionamientos psíquicos) y las reglas (lo postulado en el encuadre). Estas serán el modo concreto y real en que se expresará el encuentro entre las leyes psíquicas y las reglas estipuladas según ciertos fines y metas. Para decirlo claramente: lo que realmente ocurre en el tratamiento desde la perspectiva instrumental y de pautas de relación (tiempos, frecuencia, lugares, cortes, etc.).

Norma es un término con dos sentidos en juego: la forma que toma una regla puesta en acción y lo normal -lo habitual y efectivamente acaecido- para esa dupla terapéutica.

Por ejemplo, con cierto paciente podremos pactar un horario al principio de la tarde, adecuándolo a sus necesidades, dado que concluimos que es un sujeto cuyas fuerzas psíquicas lo llevan a una hipersomnia e hipobulia. Esa regla respeta y limita la expresión de las leyes psíquicas que culminan en el desgano y la retracción. Le pueden dar lugar a expresarse en un momento del día (la mañana en este ejemplo), pero proponiendo que estas dejen espacio para la actividad y el encuentro en otro (el horario de sesión).

Sin embargo, el paciente puede -como norma- llegar diez minutos tarde. Esto es un indicador importante si se tiene en claro cuáles fueron las reglas establecidas y en base a qué leyes éstas fueron estipuladas y en qué medida se tomó en cuenta las condiciones y posibilidades del paciente.

Diferente será la situación de un paciente, que se atrasa diez minutos puesto que los horarios de su trabajo no le permiten cumplir con lo pactado. Esto indicará más bien que hay un factor que no se ha tomado en cuenta en el momento del establecimiento de estas reglas.

Verificar si la norma de ese paciente coincide con las reglas establecidas en el encuadre nos posibilitará detectar puntos importantes sobre el funcionamiento psíquico del paciente. Esta relación entre normas y reglas darán indicio de componentes obsesivos en el caso de cumplimiento a rajatabla o de factores histeriformes, o posibles elementos de formaciones fronterizas, en aquellos que es indiferente si vienen diez minutos antes del final de la sesión o se saltean en forma constante sesiones, etc.

El interjuego entre reglas y normas podrá darnos tanto la pauta de errores cometidos por parte del terapeuta -por ejemplo al establecer tiempos que el paciente no puede cumplir- como así indicaciones sobre la conflictiva psíquica del paciente.

La diferencia entre reglas y normas nos ponen ante la disyuntiva de modificar lo postulado en el encuadre o sostenerlo como agente de cambio psíquico. Y es igualmente importante que el terapeuta posea la suficiente flexibilidad para modificar errores del encuadre como la firmeza de intervenir para promover la transformación de procesos psíquicos patológicos cuando sea necesario.

El precisar los fenómenos psíquicos nos permitirá poder entender y ahondar un poco más acerca del modo de establecer las reglas, y cuales son realmente normas o producto de leyes que son difíciles de superarlas.

En nuestro libro sobre 'Lo traumático Clínica y Paradoja', hemos distinguido entre lo que entendemos como acción, a diferencia de acto y de actuación. En el encuadre terapéutico verbal, tanto sea cara a cara o de diván, entendemos que **acción** es todo lo expresado dentro y fuera del encuadre por medio del movimiento. Asimismo, vemos al **acto** como la manifestación de una acción que conlleva un mensaje consciente o inconsciente, sin reconocimiento del objeto relacional al que ese mensaje está dirigido, en el caso que lo esté. Lo que diferencia a la **actuación** del acto es que la acción de la actuación está dirigida a un objeto relacional, reconocido o no. Por ejemplo, vemos como acto a la acción del drogadicto por un impulso, y como actuación aquel joven que se droga como expresión de rebeldía contra sus padres o la sociedad.

Si volvemos a Dante, podemos ver cómo estos conceptos se ponen en juego. Entendemos que su patología era producto de un vivenciar traumático, que lo arrojó al consumo de drogas, a una marcada tendencia a la actuación y a la manipulación de situaciones, tiempos y modos de contactos.

Entendiendo que lo adecuado era un tratamiento terapéutico de alta frecuencia, se establecieron días y horarios para las sesiones. Dada su marcada tendencia a dormir hasta el mediodía, en un principio los horarios de la tarde fueron considerados los más adecuados, decisión que fue cambiando a lo largo del tratamiento, puesto que la posibilidad de establecer un vínculo relevante lo llevó a privilegiar el encuentro con un otro por sobre la hora en que esto ocurría.

Si bien quedaba claro que era una regla de suma importancia que el encuentro se realizara en el marco del consultorio y en las horas pautadas, en los comienzos del tratamiento esto no siempre era posible.

Dante comenzó a manifestar una tendencia a desaparecer -nadie sabía dónde se encontraba- y a deambular por algunos bares que solía frecuentar.

El terapeuta, viendo la imposibilidad de lograr que Dante asistiera al consultorio optó, entonces, por un cambio en la actitud y decidió encontrarse con él en esos bares. No nos cabe duda alguna de que la presencia del terapeuta en esos lugares posibilitó establecer una relación entre ese mundo -que Dante decía no poder abandonar- y el marco del consultorio al que quería conectarse sin lograrlo.

En ningún momento hubo dudas en cuanto a cambiar las reglas establecidas en el encuadre a-posteriori. Muy por el contrario, al emerger esas normas de rechazo y escape, que expresaban falta de capacidad de compromiso, el hecho de sentirse acompañado en los lugares en los cuales se sentía cómodo -pero con el objetivo específico de elaborar esas situaciones y poder finalmente ajustarse a las reglas pre-establecidas- sirvió en sí mismo como un importante factor terapéutico y, pensamos que constituyó un elemento clave de sostén en ese tratamiento que amenazaba transformarse en uno más de los muchos que ya había abandonado; y esto, a través de la posibilidad respetar las reglas pautadas del encuadre.

En Dante se observa con suma claridad tanto el establecimiento de las reglas y por ende el encuadre a-posteriori atendiendo a sus posibilidades, como la aparición de una norma de encuentro (o desencuentro) que difería de la regla propuesta, para finalmente mediante la flexibilidad del terapeuta y el trabajo sobre los procesos psíquicos que subyacían a la imposibilidad de avenirse a las reglas pactada, Dante cambiará de actitud logrando asistir a sus sesiones en el consultorio a los horarios predeterminados.

Finalmente digamos que, el pasaje de lo a-priori, general, ideal, a lo a-posteriori, singular y posible para ese paciente en ese ambiente y situación, implicará un movimiento especial.

Este movimiento podrá ser de dos tipos: Transformador, si las reglas a medida y el manejo de la norma en que se expresan, son suficientemente adecuadas para elaborar el funcionamiento psíquico patológico del paciente, perpetuándose flexibles para adecuarse a las necesidades del paciente y, a su vez, suficientemente firmes y estables como para promover el cambio de la expresión insistentemente patológica de las leyes psíquicas del paciente. O podrá ser estatizante si se adapta en forma de armonizar con él.

Capítulo XIII

REGISTRAR LO INAUDIBLE PARA ELABORAR LO EXPRESADO

Moty Benyakar

La interpretación vivencial procesal

La tristeza es un corazón que piensa

E. S. Discépolo

La interpretación como recurso esencial de la práctica analítica, fue introducida por Freud para sustituir la técnica hipnótica. Esta última, sin embargo, había abierto las puertas al psicoanálisis tal cual lo conocemos, al develar un hecho clínico fundamental: la existencia de contenidos psíquicos no accesibles a la conciencia y, sin embargo, con poder etiológico que, si el sujeto los revivenciaba¹ -en ese estado hipnótico- los síntomas desaparecían.

Sin embargo la técnica hipnótica presentaba dos grandes desventajas: por un lado, dependía para su efecto curativo del poder de influencia que mantuviera el terapeuta sobre su paciente. Por el otro, el estado de entrega hipnótica anulaba, y por ende ocultaba, un tipo de fuerza psíquica que estaba en la base de la dinámica defensiva que estos contenidos permanecieran inconscientes y por ende no procesables. Es decir, el sujeto permanecía ajeno a su propia cura. En consecuencia al terapeuta no le era posible trabajar ni sobre esta fuerza, ni sobre la dinámica de inconcientización que propiciaba. Estas dos desventajas eran a su vez causa de que el efecto terapéutico fuera limitado, reapareciendo los síntomas al tiempo.

Freud suple la técnica hipnótica, con el par *asociación libre - interpretación*, esperando poder acceder a los mismos materiales que la anterior técnica posibilitaba. La ventaja de esta nueva técnica residía en que posibilitaba trabajar también tanto sobre las fuerzas del yo y sus defensas psíquicas, como sobre el vínculo terapéutico, de forma que los logros se mantuvieran más allá del vínculo y sus cualidades.

¹ Llamamos a esta re-vivencia *recuerdo con plenitud emocional*

La interpretación pasa a ocupar un lugar central en la técnica psicoanalítica, siendo definida por Freud (1914) como la herramienta que apunta a develar el "contenido latente" a partir del material manifiesto, proveniente de las asociaciones y expresiones del paciente.

Es mucho lo que se ha escrito sobre la interpretación, producción que puede dividirse en tres grandes grupos:

- 1) En un primer grupo incluimos los trabajos destinados a estudiar la interpretación como arte técnico. De aquí surgen las recomendaciones sobre su aplicación, el lugar que ocupa según sea la patología, el tipo de proceso que se busque desarrollar y el momento de cada análisis particular; también los estilos de enunciación, etc.
- 2) En un segundo grupo, incluimos los que se ocupan de teorizar sobre la forma de acción de la interpretación, utilizando para esto diferentes modelos metapsicológicos.
- 3) En el tercer grupo, ubicamos los trabajos epistemológicos, que se ocupan tanto del uso de la interpretación como eje de una técnica de curación, como así también de la interpretación como instrumento válido para desarrollar teorías del psiquismo basadas en los materiales que se extraen de su aplicación.

Puntualizaremos algunos desarrollos que nos permitan estar mejor preparados para adentrarnos en nuestras propuestas de intervención clínica en lo traumático.

Mencionemos, en primer término, a H. Etchegoyen, quién define la interpretación como "una hipótesis que el analista ofrece a su analizado sobre lo que está operando en ese momento en su inconsciente, sin otro fin que el de informarlo y para que él decida sobre su contenido de verdad" (Etchegoyen, 1986). Subrayemos en esta definición, en primer lugar, que la interpretación no es una verdad, sino un supuesto que debe demostrar su valor, función que le cabe al paciente. Entendemos que Etchegoyen nos propone que una interpretación bien aplicada requiere de la humildad del analista y de la conciencia de que su valor va a estar dada por la respuesta del paciente y su potencial transformador. Una deformación importante del proceso interpretativo se produce cuando entre el paciente y su analista se instala una dinámica en la cual el primero aporta sus dudas y problemas, y el segundo es el representante de la verdad y el portador exclusivo de la llave de la cura.

En el caso de lo disruptivo traumatogénico, puede darse una especie de, por así decir, "deformación ideológica": el analista puede tender a transformarse en el representante absoluto del dolor, la indignación o el repudio de lo sucedido, sin dejar lugar a un interjuego en que estos componentes sean elaborados en base a las necesidades y posibilidades del paciente en cuestión.

Así mismo Etchegoyen plantea, siguiendo a Bernfeld, que la diferencia entre construcción e interpretación² es más una cuestión de definición que de fondo conceptual, dado que una es imposible sin la otra, formando parte del mismo proceso de aportar al analizado el material psíquico a ser trabajado (Bernfeld, 1932; Etchegoyen 1999; Freud, 1937).

Strachey, enfatiza el factor de cambio o transformación que produce la interpretación por medio del concepto "*interpretación mutativa*".

La modificación que la interpretación produce se realiza en dos fases, la de liberación de ansiedad y la de resolución de la misma. En este proceso debe lograrse la modificación del "objeto arcaico" (Klein 1930; Strachey 1934). Es interesante la captación de una fase de aumento de ansiedad o de malestar en general, y la resolución de la misma, que acompaña al proceso de *interpretación- elaboración*. Ya veremos cómo esto se demuestra clave para entender la intervención en el campo de lo traumático.

Así mismo, notemos que la modificación transformadora que Strachey plantea es la de un contenido nuclear o paradigmático al que llama "objeto arcaico". Cada vez que este objeto inconsciente es reactivado, se producen los procesos patológicos. En el campo de lo traumático el contenido nuclear que subyace a lo patológico es el producto del impacto de lo disruptivo al que hemos llamado *introducido*. Veremos que del mismo modo que el abordaje del objeto arcaico es central en lo postulado por Strachey la elaboración de los efectos del introducido en lo traumático es una de las metas nucleares de la interpretación.

Nosotros, por nuestra parte, sostendremos aquí que el efecto mutativo del proceso terapéutico debe centrarse en las fallas articuladoras producidas por el introducido y los procesos repetitivos que se desencadenan a partir de esta falla.

² S. Freud, en su artículo *Construcciones en psicoanálisis*, había diferenciado a la interpretación de la construcción. La primera serían todas las inferencias puntuales, sobre el contenido y la dinámica que subyacen a diferentes manifestaciones (síntomas, sueños, momentos transferenciales, parapraxias, etc.). La segunda era una especie de cuento o escena que el analista planteaba a partir de las interpretaciones parciales, que permite reconstruir la experiencia infantil del paciente, cómo había sido vivida por éste y sus consecuencias psíquicas duraderas. Son muchos los autores posteriores que no consideran importante esta diferenciación, sino que son simplemente dos modos de organizar la inferencia interpretativa

En el mismo camino de estudiar los cambios vinculados a la interpretación, luego de recordarnos que la terapia se despliega en un permanente diálogo, Madalaine y Willy Baranger nos dicen que el efecto de la interpretación consiste en la movilización del "campo analítico", permitiendo la reactivación de los procesos proyectivos e introyectivos (M y W. Baranger 1993).

Abordar la interpretación como un hecho que se da en el entre dos (entre dos sujetos) del diálogo analítico nos parece fundamental.

De hecho en las patologías traumáticas, la persona real del analista tiene un impacto terapéutico de suma importancia, poniéndose en juego dentro del campo analítico sus propios recursos psíquicos y su posición subjetiva, que le adjudican su potencial de contención y sostén. Pero, aquí, una vez más, tengamos en cuenta que, en el abordaje de lo traumático por entornos disruptivos, el terapeuta puede también verse afectado por el impacto del entorno.

D. Meltzer, introduce el concepto de '**ambiente analítico**', proponiendo que la función analítica central es la creación de un ambiente analítico que permita el desarrollo del '*proceso transferencial*'. En su opinión la interpretación es el instrumento que permite el monitoreo de este proceso, y agregaríamos nosotros, el procesamiento psíquico con el pasaje a niveles funcionales dinámicamente superiores (Meltzer 1973).

Aquí también debemos recordar que todo proceso analítico se despliega en un entorno determinado, y crea un ambiente específico para elaborar el impacto del entorno. Es por ello que pensamos que la creación del '*ambiente analítico*' propuesto por Meltzer tiene una importancia especial al abordar el impacto traumático de lo disruptivo en el psiquismo. En estas situaciones el paciente llega a consulta precisamente afectado por algo que provino de ese entorno con cualidades de ambiente disruptivo, el hecho de generar un *ambiente prometabolizador* es en sí un acto terapéutico.

Perspectivas sobre la interpretación

Para poder apreciar los conceptos básicos que nos interesan subrayar respecto de la interpretación en el *campo de lo traumático*, queremos resaltar que, en este más que breve recorrido, hemos aprendido algo de cada uno de estos autores, comenzando por el propio Freud que aporta el concepto de interpretación.

De Etchegoyen, aprendimos que la interpretación es una **hipótesis** formulada por el terapeuta, hipótesis que le provee el acotamiento necesario a toda tendencia de absolutismo o autoritarismo.

Strachey aporta el importante concepto de **interpretación mutativa**, como instrumento de cambio psíquico, cambio que ocurre en dos tiempos, el de la liberación de ansiedad, y en el segundo la resolución de la misma produciéndose una modificación de los objetos arcaicos. En el campo de lo traumático el primer tiempo de la liberación de la ansiedad es muy similar al que plantea Strachey. Si pensamos el segundo tiempo de Strachey -que remite a la elaboración del objeto arcaico- en el orden de lo traumático, el componente mutativo será la modificación de modos de procesamientos arcaicos, secundarios a la falla de articulación

De los aportes de Madaleine y Willy Baranger tomamos la importancia de la interpretación como factor de modificación del **campo analítico**.

Finalmente con Meltzer llegamos al concepto de '**ambiente analítico**' a al cual este autor le brinda condiciones transformacionales en el proceso terapéutico. La interpretación aporta contenidos y monitorea el proceso. D. Meltzer, propone que lo verdaderamente transformacional es lo que sucede en la "atmósfera" de ese encuentro de dos sujetos, en términos de potenciar procesos elaboradores.

En las postulaciones tradicionales sobre la interpretación podemos diferenciar dos importantes dimensiones.

La primera enfatiza el develamiento de los contenidos latentes, dimensión implícita en el propósito de hacer manifiestos contenidos latentes, hacer consciente contenidos inconscientes³, pudiendo entre otras cosas monitorear la dinámica del proceso transferencial.

La otra dimensión de estos abordajes clásicos, remite a la interpretación como dirigida a transformar procesos. Se manifiesta cuando se habla de levantar "represiones", desactivando modalidades defensivas automáticas, o al modo que los Baranger se refieren cuando presentan a la interpretación como uno de los factores que pueden producir la movilización del "**campo analítico**". Debemos destacar que si bien son dos dimensiones diferentes, no se excluyen, muy por el contrario las vemos como complementarias.

³ Con frecuencia se confunde develar el contenido latente con hacer consciente lo inconsciente. El primero es solo el inicio de un proceso que culminará con lo segundo. Una cosa es develar un contenido al paciente (o que él mismo lo infiera), lo cual es un simple proceso cognitivo que lleva a que el paciente tenga su inscripción inconsciente y, sin conexión con esta, su análoga preconscious-conciente. Esto es muy diferente a que en el psiquismo del paciente se produzcan los cambios dinámicos (procesales) que llevan a que sus vivencia inconscientes se conecten y expresen a través de sus representantes preconscious-concientes

Nosotros preferimos agrupar todos los elementos mencionados en lo que denominamos **Proceso interpretativo - elaborador**. Este proceso requiere el previo establecimiento de un adecuado encuadre analítico, que tal como ya lo hemos presentado no es sólo un artificio técnico-instrumental para que el proceso se despliegue, sino que presenta por sí mismo componentes capaces de impulsar la dinámica de transformación.

Del mismo modo que con el encuadre, entendemos que la creación de un ambiente analítico adecuado es imprescindible para el despliegue del campo, incluyendo la transferencia-contratransferencia. Dentro del contexto del encuadre y en el despliegue de un ambiente analítico es que el terapeuta realiza diferentes tipos de intervenciones, siendo la interpretación uno de los instrumentos básicos que posibilitan el proceso elaborador.

En lo esencial, interpretar es una intervención cuyo éxito se mide por haber brindado a ese psiquismo las dimensiones y elementos necesarios para una elaboración exitosa. Una interpretación siempre apunta a modificar procesos. La palabra dicha en el entre dos del vínculo terapéutico, tiene la función de activar procesos de articulación, si nos encontramos en el campo de lo traumático o, en otros casos, de modificar dinámicas post-articulación como ser los automatismos defensivos (represión, etc.)

El par **interpretación-ambiente** interjuega permanentemente en el proceso terapéutico transformador, destacándose más la función de uno u otro según la patología y el momento de cada proceso.

Hecha esta breve revisión de algunos conceptos básicos vinculados a la interpretación y su lugar en el proceso terapéutico, pasaremos a desarrollar las características que posee y el lugar que le corresponde en el campo de lo traumático.

Son diversas las teorías y posiciones que postulan que la interpretación no cabe en el campo de lo disruptivo -especialmente el de lo traumático- debido a que el impacto de lo sucedido es un hecho fáctico, consciente y que ya ha acontecido y, por ende, no puede abordarse vía contenidos y procesos inconscientes.

Nosotros sostenemos justamente lo contrario.

Consideramos de fundamental importancia para el abordaje de lo traumático, la acción sobre los procesos inconscientes que sostienen la dinámica patológica, aunque esta a su vez haya sido provocada por una situación disruptiva. Esto no

quiere decir en ninguno momento que los factores inconscientes son los determinantes absolutos del devenir de los procesos patológicos, sino que estos interactúan y están presentes en todo momento.

No ponemos el desencadenamiento de la patología a cuenta de la dinámica inconsciente como la causa que desencadenó la patología, pero si sostenemos su importancia central en el modo en que se sostiene a lo largo del tiempo. La interpretación es una de las herramientas a utilizar debido precisamente a su utilidad para producir transformaciones en estos procesos inconscientes repetitivos.

Es cierto que no podemos modificar lo sucedido, pero si podemos abocarnos a la importante y fundamental función de modificar el modo patológico de procesarlo. En este procesamiento repetitivo de lo no articulado se ponen en juego modalidades y factores inconscientes sumamente arcaicos, que subyacen al desarrollo de la patología de lo traumático.

Por eso nos parece sumamente importante tomar la interpretación en sus diferentes dimensiones y adjudicarle el lugar que le cabe en la labor analítica de lo traumático. Detengámonos, entonces, en la importancia que reviste un tipo de intervención interpretativa, que llamaremos *interpretación vivencial o procesal*.

Interpretación causal e interpretación vivencial

Una de las modalidades de la interpretación como clásicamente se la formula, la llamaremos *interpretación causal*: ésta da a entender al paciente que una manifestación actual (p.ej. un síntoma), es causada por la fuerza etiológica de un contenido inconsciente. El analista puede decirle: “Ud. reacciona de esta forma porque enfrenta tal tipo de situaciones a la manera en que lo hacía su padre, con el cual se halla inconscientemente identificado”.

En este tipo de intervenciones se acentúa la importancia de volver consciente un contenido, cuya acción explica el síntoma o la conducta del paciente. Esta posición recurre a-priori la capacidad psíquica elaborativa del paciente y postula que lo que sucede es que, por sus contenidos, se desarrollaron mecanismos que van a obstruir o desvirtuar el procesamiento psíquico. Esta modalidad es la de hacer consciente lo inconsciente, develar lo latente, llenar las lagunas mnémicas o levantar represiones.

El presupuesto de la interpretación causal es que el psiquismo del paciente es potencialmente capaz de procesar esas vivencias, sólo que se ve impedido de hacerlo porque los contenidos son inconscientes y, por lo tanto, le son inaccesibles ya que la defensa hace inviable su normal procesamiento. La interpretación causal supone contenidos articulados pre-existentes pero no accesibles, por causa de la represión u otro tipo de mecanismos.

Otro ejemplo de esta modalidad de interpretación causal, es cuando el analista postula le interpreta al paciente que lo que le sucedió al soldado que trataba ante la muerte de quien comandaba su grupo fue tan impactante para el puesto que lo enfrentó con sus tendencias parricidas.

Este tipo de interpretaciones las hemos llamado causales puesto que están dirigidas al descubrimiento de las causas de lo manifestado por el paciente, como paso terapéutico importante. Generalmente los analistas que suelen utilizar este tipo de interpretaciones se concentran en establecer lazos de significaciones.

Diferente es el abordaje de la interpretación desde una perspectiva procesal. La interpretación procesal va en busca del desarrollo de los procesos psíquicos que se han coartado por el desencadenamiento de lo traumático como proceso desarticulador.

La interpretación procesal apunta a regenerar una articulación entre afecto y representación indispensable para un adecuado funcionamiento psíquico, que en lo traumático se encuentra desarticulado.

Desde el punto de vista procesal entendemos que el modelo de psiquismo propuesto amplía la visión de la interpretación, ya que este modelo supone la existencia de tres espacios psíquicos. Basados en Piera Aulagnier propusimos el despliegue de tres espacios psíquicos heterogéneos: el **originario**, el **primario** y el **secundario** con sus correspondientes postulados de **autoengendramiento**, **relación y sentido**. En cada uno de ellos, dominará un modo en que el afecto se manifiesta: en el espacio originario que está determinado por el autoengendramiento emergerá el afecto de **sensación**, en el espacio primario regido por la relación será la **emoción** el afecto dominante y en el espacio secundario regido por el sentido será el **sentimiento** el afecto dominante. A cada uno de estos modos afectivos en cada uno de los espacios le corresponde una modalidad específica de representación, al afecto de sensación le corresponde la representación de **figura**, a las emociones le corresponde la representación de **contacto**, y los sentimientos estarán articulados con la representación de **palabra o idea**. (Benyakar, M.; Lezica, A., 2006)

Si aplicamos este modelo de psiquismo a la comprensión del moco en que funciona la interpretación causal, notaremos que se centra en los contenidos, trabajando siempre a nivel del sentido (espacio secundario). La palabra utilizada en la interpretación estará centrada en la búsqueda de un sentido desde el vamos. Vemos que este tipo de abordaje se centra en el carácter consciente o inconsciente, pretende diferenciar si contenidos y sentidos son o no accesibles a los procesamientos elaboradores, y no en diferenciar modalidades procesales.

Desde el modelo de psiquismo de los tres espacios con sus respectivos procesos podemos decir que es un tipo de interpretación que siempre apunta a optimizar activar los fenómenos del espacio secundario y su trabajo se centrará en el sentido- sin diferenciar la especificidad de los distintos procesos que van emergiendo en el trabajo terapéutico.

Es ilógico pensar que componentes tan diversos se puedan abordar siempre con una misma modalidad.

Nuestra propuesta es adaptar específicamente el modo de interpretación al tipo o nivel de procesamiento dominante -en cada paciente y para cada momento del tratamiento- como así también al tipo de patología o dificultad procesal que se nos presente. Esto nos permitirá diferenciar distintas modalidades interpretativas según estemos frente a un cuadro traumático, un funcionamiento psicótico, etc.

David Liberman ha sido uno de los pioneros en establecer la importancia de las diferentes modalidades de comunicación entre terapeuta y paciente, en el momento de la interpretación. Complementariamente consideraba que cada estilo, tipo y modo de formular la interpretación, se desencadenaban diferentes efectos en el paciente. (Liberman, 1968)

Tomando en cuenta esta propuesta de diferenciar los modos comunicativos y el estilo interpretativo correspondiente, proponemos diferenciar las modalidades de procesamiento psíquico dominantes en cada patología, en cada paciente, en cada momento.

Esto remite a una modalidad interpretativa a la que llamamos *interpretación procesal o vivencial* (Benyakar) Esta no se opone sino que pretende complementar y ampliar la modalidad de interpretación causal.

Llamamos procesal a este tipo de intervención, tanto por que el modo en que se formula es diferente según el tipo de proceso que el terapeuta detecta como dominante en su paciente, como así también por que genera la activación de procesos elaboradores.

Pretendemos enfatizar, así, que entendemos que lo central de toda interpretación es la propuesta de una transformación activa, que apunta no sólo a los contenidos, sino -y principalmente- a lo patológico de los procesos metabolizadores.

Agregamos el término *vivencial* porque esta interpretación apunta a lograr la conformación de vivencias metabolizables, a partir de optimizar en cada espacio y cada proceso, las capacidades articuladoras del sujeto.

Hemos definido **vivencia** como la articulación entre el afecto y la representación.

Sabemos que a lo largo del desarrollo de la teoría de la técnica en psicoanálisis, se ha remarcado en diferentes formas la importancia de que el terapeuta formule la interpretación de modo tal que tome en cuenta los contenidos latentes que el paciente trae a análisis.

En estos casos se hace hincapié en que el analista perciba componentes de fijación, recuerdos infantiles, actitudes regresivas, fantasías arcaicas etc.

Entendemos que estos aportes son un avance ante el concepto de una modalidad de interpretación generalizada. Pero subrayamos, sin embargo, que esto se centra en contenidos o mecanismos de defensa arcaicos, ambas dimensiones vinculadas al concepto de fijación, si bien hoy ya podemos abordar un espectro mucho más amplio.

Pensamos que la diferenciación entre contenidos, mecanismos defensivos y procesos, nos permite postular un abordaje que, si bien toma en cuenta los aspectos infantiles y actuales implicados en las dimensiones de los contenidos y mecanismos, se centra en su formulación en la dimensión procesal, o sea, una intervención específica para cada estadio de procesamiento en el cual se encuentra el paciente, enfocada a la restauración del normal funcionamiento del proceso articulador, la cristalización de la vivencia y el despliegue del proceso del vivenciar. Este logro es esencial en el campo de lo traumático, en el cual es precisamente la falla de la función y el proceso articulador lo que se halla en la base de esta patología.

Entendemos que la interpretación que se reduce solo a estimular la asociación libre y la emergencia de contenidos, es una meta demasiado reducida para el abordaje clínico, especialmente de lo traumático. Y esto es especialmente importante no solo en el tratamiento de las patologías traumáticas, sino también en el de las patologías del vacío, lo negativo y/o del déficit en general. Es aquí el momento de enfatizar una vez más que las propuestas vertidas en este trabajo se centran específicamente en el abordaje de las consecuencias psíquicas y clínicas de los impactos disruptivos, si bien se pueden realizar extrapolaciones a la clínica en general.

Como hemos manifestado anteriormente, en los procesos traumáticos predomina la emergencia de los fenómenos básicos del desarrollo psíquico o sea los fenómenos del orden de lo originario, en el cual las sensaciones y sus representaciones por medio de las figuras serán las dominantes. Por lo tanto la interpretación deberá estar dirigida al logro de la articulación entre sensación y figura, tarea que se hace posible por medio de lo que llamamos *interpretación figurativa*, que, como veremos, es una de las formas de la interpretación vivencial.

En estos casos, el trabajo centrado exclusivamente en el nivel del sentido, o sea que por medio de las palabras se busca la causa, no produce el efecto terapéutico buscado dado que el sujeto no posee el poder de procesarlos correctamente. Al referirnos al nivel de sentidos, estamos aduciendo a aquellos procesos que se despliegan en el espacio secundario, fenómenos que manifiestan sentimientos con palabras, que transmiten su sentido. Este es un nivel de procesamiento muy elevado, que por lo general en el proceso de lo traumático está coartado.

Como ya lo hemos descrito en diferentes publicaciones, nuestra labor con los impactos de lo disruptivo nos ha llevado a desarrollar un modelo de funcionamiento psíquico basado principalmente en lo postulado por Piera Aulagnier, integrando también diferentes aportes y escuelas (Freud, Klein, Bion, Winnicott, Green, Odgen, Mitrani, etc.). Lo básico de este modelo es la posibilidad de localizar el despliegue de fenómenos psíquicos con una mayor especificidad, para que puedan ser elaborados clínicamente. Este modelo surge del enfrentamiento clínico con el impacto disruptivo y por medio de él podemos abordar lo traumático en su dimensión de proceso.

Enfatizamos una vez más, que este modelo permite dar cuenta de lo disruptivo y sus manifestaciones psíquicas como el trauma, lejos de pretender presentar un modelo metapsicológico que pueda dar cuenta de todas las patologías, si bien puede ser extrapolado a otras áreas de nuestra labor clínica cotidiana, como todo lo postulado en este trabajo.

En lo traumático, especialmente en vivencias traumáticas producto de eventos disruptivos, la disfunción del proceso articulador distorsiona el normal procesamiento psíquico que hasta el momento del evento se había desplegado. La *interpretación procesal o vivencial* apunta, precisamente, al desarrollo permanente del proceso articulador básico y a la conformación de la vivencia reestructurante, según la especificidad que cada espacio psíquico le otorga.

Asimismo viabiliza que lo inscripto en un espacio se transcriba según las cualidades del que le sigue, de forma tal que pueda procesarse según sus características distintivas. Este pase de espacio a espacio es lo que generalmente se postula como **transformaciones** y Piera Aulagnier las ha llamado **procesos metabolizadores**.

La interpretación procesal o vivencial apunta a que el contenido tome la forma de articulación afecto-representación característico de la modalidad de elaboración propia de cada espacio, adecuada al momento psíquico que el paciente se encuentre.

En la interpretación procesal o vivencial, las palabras, lo que se dice, no son sino el vehículo para posicionarnos en el nivel procesal en el cual deseamos trabajar. Junto con el agregado de otros elementos técnicos que luego precisaremos, produce la activación del proceso articulador y con este, de la elaboración en cada nivel procesal. En el nivel del espacio secundario será además el elemento propio con el cual este trabaja, ya que es la palabra la que porta el sentido. De aquí que en vez de hablar de "la palabra del analista" podemos referirnos a "las palabras", dado que este dirá palabras que buscan emociones o sensaciones, y no sólo que activan sentidos.

Palabras que el paciente utilice para la conformación de sus formas propias, para tramitar sus sensaciones a nivel de lo originario, o palabras que se procesen como viniendo desde otro. La búsqueda de esos matices es lo que hace a la diferenciación entre las distintas modalidades interpretativas.

Nos es claro, que para quien no está familiarizado con el modelo de los tres espacios psíquicos, lo antes manifestado puede verse como trivial o bien inentendible. Ya que hablar de adecuar la interpretación al nivel y capacidad elaborativa del paciente es algo lógico, pero para ello tenemos que entender la especificidad de cada espacio, para que se pueda entender las características de cada acto interpretativo.

Está fuera del alcance de este escrito detallar los componentes del modelo, como lo hicimos en nuestros dos tomos del libro de Lo Traumático. Junto a ello, nos es muy difícil dar cuenta de los componentes dinámicos del encuadre y su procesamiento, sin basarnos en este modelo. Continuamos con la expectativa que, por un lado, el lector más adentrado en esta modalidad podrá aplicar sus conocimientos, y por el otro, para aquellos que todo esto es nuevo, puede ser que más adelante, y por medio de ejemplos, esto les quede más claro. (Benyakar, M; Lezica, A., 2006)

Acerca de los procesos regredientes y progredientes y de las actitudes regresivas y progresivas

En forma muy sucinta presentaremos cuatro conceptos que nos pueden ayudar a puntualizar con mayor exactitud las funciones de la interpretación desde la perspectiva del proceso.

Freud en su escrito acerca de `La Interpretación de los sueños` desarrolla el concepto de actividad psíquica regrediente. Al referirse a la acción del sueño postula que el soñar es una actividad psíquica regrediente. Este importante aporte es el que nos permite entender la bidireccionalidad de los procesos psíquicos, especialmente a la luz del modelo de los 3 espacios.

Cuando hablamos del desarrollo o complejización de los procesos psíquicos, o sea del pase del espacio originario al primario y luego al secundario, estamos hablando de *procesos progredientes*. La elaboración a la inversa, o sea el pase del secundario al primario o al originario, está determinado por *procesos regredientes*. En nuestra vida cotidiana permanentemente oscilamos entre estos procesos.

La labor del terapeuta es la de detectar a qué nivel o en qué espacio aparecen los fenómenos y, a su vez, a qué nivel el terapeuta realiza su interpretación. A modo de ejemplo, si aparecen fenómenos en el espacio originario y realiza sus intervenciones en el espacio primario o secundario, éste estará estimulando procesos progredientes.

En nuestro trabajo sobre lo traumático hemos postulado que la vivencia traumática se gesta por el impacto disruptivo en el espacio originario, provocándose una desarticulación entre las sensaciones y las figuras correspondientes a ese espacio (o sea entre el afecto y la representación de ese espacio). Esto quiere decir que el fenómeno de la vivencia traumática se gesta y perdura allí, ya sea con la aparición del introducto o no. Pero el individuo adulto funciona generalmente dentro del espacio secundario, o sea se expresa con un sentido y lo hace por medio de las palabras.

Una labor terapéutica en estos casos será poder llegar a realizar intervenciones del orden de lo originario para poder posibilitar una rearticulación adecuada de la vivencia.

Veremos más adelante que las interpretaciones figurativas son aquellas que están dirigidas a estimular la acción dentro del espacio originario. Por lo tanto, esta actividad interpretativa será del orden de lo regrediente, para luego ir avanzando en torno a los procesos progredientes.

Es de destacar que los procesos progredientes o regredientes son descripciones de la direccionalidad de los procesos psíquicos dentro de los 3 espacios postulados por el modelo. Enfatizamos esto para diferenciarlo de actitudes, o sea de modalidades de relación, las cuales pueden ser **regresivas** o **progresivas**.

A diferencia de los **procesos** psíquicos progredientes y regredientes tendremos **actitudes** del individuo en su vida cotidiana, a las que llamaremos actitudes regresivas o progresivas. O sea que si un individuo maduro se comporta como un niño o se expresa como un niño, diremos que éstas son actitudes regresivas. Del mismo modo, si comienza a desarrollar actitudes de dependencia esto lo veremos como una manifestación regresiva a sus primeros estadios de vida. A diferencia de esto, en la medida que desarrollará actitudes más evolucionadas en su evolución personal o en su relación con su entorno, podremos calificar a éstas como actitudes progresivas. A modo de ejemplo, el hecho que un individuo se comience a relacionar con sus pares en forma abierta y no quede anclado solo en la relación con sus padres será esta una actitud progresiva.

Resumiendo, postulamos dos direcciones de procesamientos psíquicos: uno regrediente y el otro progrediente, como así también dos actitudes de relaciones: una la regresiva y la otra la progresiva.

Se puede ver esto como un juego de palabras, pero para nosotros es de importancia que los terapeutas tengan en cuenta estos conceptos puesto que serán de gran ayuda en el abordaje de lo traumático, ya que es allí donde se deben incentivar los procesos regredientes, quedando muy alertas que no se incentiven las actitudes regresivas o de dependencia.

Paradójicamente, el uso inadecuado de la interpretación, o sea el trabajar permanentemente sólo desde el espacio secundario sobre aquellos fenómenos que pertenecen a lo originario, desarrollará actitudes regresivas, a pesar de que parezca que se está trabajando con palabras más elaboradas (hipotéticamente en procesos progredientes).

En lo traumático debemos incentivar la labor regrediente, o sea llegar a la modalidad de elaboración psíquica del orden de lo originario para luego desde allí realizar una actividad del orden de lo progrediente.

Aunque parezca extraño, el transitar con el paciente desde lo originario le posibilitará una mayor libertad, pudiendo de esta manera sentirse más independiente y desarrollar actitudes progresivas. Lo opuesto a esto es cuando se percibe que el paciente está elaborando lo que le sucede con palabras y conceptos más desarrollados, como si a nosotros nos pareciera que expresan frases con un contenido más elaborado. Estas podrían ser frases como: “estoy ansioso, o angustiado”, o “todo esto lo reprimo”, etc. Este tipo de actitudes lleva a los pacientes también a expresiones como: “Mi analista me dijo que...”, o a preguntarle al analista algo así: “hoy pensé esto o esto, ¿qué opina usted de lo que me pasa? Estas actitudes en algunos casos llevan a los *terapeutas* a sentir una especial gratificación de “*Idische Mame*”, que siente que por fin su hijo con palabras le pregunta lo que le pasa. Asumo que varios de nosotros, en algún momento o en varios momentos de nuestra actividad terapéutica, hemos sentido este tipo de sensaciones. Por el hecho que nuestra labor nos puede hacer caer fácilmente en esto es que debemos ser conscientes de estas tendencias y preservarnos de ellas lo máximo que podamos.

Una vez descripto en forma sucinta los procesos regredientes y progredientes y las actitudes regresivas y progresivas, podemos pasar a ver cómo funciona la actitud anticipatoria del terapeuta en la actividad clínica.

La función anticipatoria de la interpretación

Pensamos que es de fundamental importancia no sólo reconocer las características de la interpretación procesal o vivencial, sino encontrar el modo de su formulación precisa.

La característica general principal que debemos tener en cuenta a la hora de enunciar nuestra interpretación, se cifra en el concepto de *actitud anticipatoria*, postulado y desarrollado por Piera Aulagnier.

Para ello el terapeuta tener en cuenta en que espacio se da la aparición del fenómeno, en que espacio pretende hacer la intervención, y en qué espacio pretende que esto tenga su implicancia. Estas funciones de detección las hemos llamado: **aparición del fenómeno, intervención del terapeuta, e implicancia de la intervención.**

A nuestro entender, a nuestro entender la actitud anticipatoria -en el contexto clínico- implica que el terapeuta detecte el espacio o las características del fenómeno e interprete en un nivel de procesamiento ligeramente diferente, o en el mismo respecto del que se encuentra el paciente, pero en todo momento teniendo en cuenta que esta anticipación está marcada o determinada por la implicancia que presupone el terapeuta, ya sea esta de incentivar procesos regresivos o progresivos.

Toda interpretación, como lo hemos dicho tiene como meta este tipo de movilización de los procesos, y esto al decir de Etchegoyen es la modalidad que entendemos de lo que él llamó la información que el terapeuta le transmite a su paciente. Esta función es anticipatoria en el sentido en que se adelanta al paciente, para no perdurar en un círculo cerrado dentro del nivel de procesamiento que el paciente se encuentra. Por lo tanto la intervención tendrá un nivel de procesamiento de mayor complejidad que aquel en el que se encuentra el paciente en ese momento, al decir complejidad, es porque las interpretaciones vivenciales o procesales, toman en cuenta la integración de lo postulado de los 3 espacios psíquicos. Anticipación que pretenderá estimular un desarrollo de sus modalidades de procesamiento con la expectativa de que posibilite al paciente funcionar espontáneamente en este nivel procesal de mayor complejidad del que la patología en cuestión lo condicionaba, esto no quiere decir que las intervenciones siempre sean de características progresivas.

Para que la interpretación procesal logre esto, la anticipación del terapeuta respecto del nivel procesal del paciente debe ser sutil y correctamente graduada. Si el salto de nivel procesal es demasiado brusco respecto de la plasticidad o posibilidad de cambio psíquico, propio de cada paciente, la interpretación se transformará en intrusiva y obstaculizará el progreso del paciente.

En la medida que el terapeuta esté atento a la modalidad y estadio del procesamiento de su paciente, construirá su interpretación de modo tal que se adelante solo lo suficiente para promover la capacidad de elaboración en un nivel superior.

Esta sutil graduación es lo que hará la diferencia entre un desencadenamiento -por parte del terapeuta- de la **violencia primaria**, es decir, aquella que emerge de lo heterogéneo elaborable de la precipitación a la **violencia secundaria**, es decir aquella que obstaculiza los procesamientos psíquicos.

Pero no asumir esta actitud anticipatoria en la interpretación, deja rezagado al analista respecto de su paciente, quedando muchas veces inmerso en un círculo repetitivo sin salida.

Diferente de la actitud anticipatoria es formular las interpretaciones en base al espacio psíquico en que aparecen los fenómenos. Por ejemplo, si un paciente, por medio de fluidos relatos, describe situaciones de relaciones con sus amigos y familiares, manifestando su tristeza por no poder sentirse parte, esto puede llevar al analista a quedar anclado en el contenido de las palabras, en lo histórico, lo simbólico o en asociaciones o interpretaciones de las causalidades, del por qué esas relaciones fueron así o qué significa esto para él, etc. Es decir, seguir funcionando desde el espacio secundario por medio de la palabra y el sentido.

Una actitud anticipatoria requiere de la posibilidad de detectar que el paciente está transmitiendo la necesidad de contacto y es allí donde el terapeuta, por medio de postulaciones regresivas, puede realizar sus intervenciones desde el espacio primario, o sea, intervenciones de contacto como: “estamos viendo qué difícil nos es entender esto”, o “aquí ya estamos viviendo esto”, o todo otro tipo de intervenciones en las cuales el terapeuta se incluye como objeto de relación.

Lo que pretende realzar el ejemplo es la movilidad anticipatoria del terapeuta, no acerca de los contenidos sino respecto a la modalidad de procesamientos, dándole centralidad a los mismos y dejando los contenidos verbales como una expresión más de esos procesos.

La capacidad de transitar del espacio secundario al primario y al originario, y de ellos de vuelta al secundario es a lo que apunta la interpretación procesal y es allí donde se debe poner en práctica la actitud anticipatoria.

Esto es de gran relevancia en torno a la elaboración de lo traumático. Hemos visto suficientes tratamientos volverse repetitivos, tediosos, y estancarse por quedar inmerso en una única modalidad de procesamiento (aquella característica de lo originario, en la cual emergen en forma permanente los mismos contenidos) como para no advertir sobre este riesgo.

Pero basar la interpretación procesal o vivencial en el interjuego entre los distintos niveles de procesamiento psíquico, en esta dinámica anticipatoria, nos preserva de caer en un error en que a veces incurrimos: el de pretender solucionar la tediosa e insistente emergencia de los mismos contenidos, proponiendo otros -alternativos, pero, a la larga, igualmente repetitivos- con la expectativa de que el paciente se concentre en estos nuevos contenidos y salga del círculo que el funcionamiento traumático impone.

Un pacto de mutua inocencia

El término *anticipatorio* respecto de la intención de acompañar al paciente en su singular modo y ritmo de procesamiento, plantea una aparente contradicción, en verdad producto de una paradoja implícita: el paciente -para elaborar a su propio ritmo y modo- precisa que el terapeuta, en aquellos puntos donde habitualmente fracasa, o sea en su capacidad metabolizadora, se anticipe y le facilite la posibilidad de adquirir o reinstaurar la capacidad de elaboración a la cual su ritmo interno espontáneamente tiende, pero que, debido a su patología o problemática, no puede acceder.

Por las dudas aclaremos: anticiparse no es apurar el ritmo del paciente, sino detectar su propio ritmo e ir, un pasito más adelante, en las modalidades procesales.

Este es el lugar para presentar otra de las aparentes paradojas lógicas que la correcta aplicación de la interpretación vivencial exige: para que pueda ser aplicada en forma efectiva y valedera, es necesario establecer un '*pacto de mutua inocencia*'.

Este pacto se apoya en una aparente contradicción. En él se plantea que una relación sólida y de saber, debe desarrollarse desde la máxima inocencia, de un no saber previo. Inocencia que habilita o capacita a descubrir.

Este concepto propuesto por Piera Aulagnier, a nuestro entender, es la formulación de uno de los pilares de la clínica Freudiana puesta al servicio del abordaje técnico de la interpretación. Es base para que a partir de él se pueda realmente descubrir.

Para que la relación entre terapeuta y paciente se desarrolle en forma de búsqueda y de verdadero encuentro, la misma debe partir desde una posición en la cual el terapeuta no sabe del paciente, ubicándose intencionalmente en una actitud de querer saber, descubrir y enfrentar, logros que por lo general la inocencia infantil permite, ya que posibilita la sorpresa sana del descubrimiento. Destacamos que aunque el terapeuta tenga muchos datos que el paciente le haya brindado sobre el mismo, o a pesar que el terapeuta haya visto otros pacientes con patologías similares, o en situaciones similares a la de su paciente, lo que es inexorable es el hecho que el terapeuta no sabe, ni como procesa su historia y sus datos, ni las sensaciones que le son idiosincráticas, ni en qué modo el paciente va elaborando lo que acaece en la relación terapéutica. Por lo tanto ese no saber que emerge desde la inocencia es un saber genuino.

Del mismo modo que el terapeuta debe abordar la labor desde una posición de inocencia, esto debe ser transmitido al paciente, para que pueda enfrentar el tratamiento desde la proposición de la búsqueda y el descubrimiento de lo que le es propio y le pertenece.

Por el otro lado el paciente debe aceptar que el terapeuta no sabe lo que se podrá descubrir, a pesar que, desde su propia inocencia, pueda suponerle un saber y un poder sobre sí mismo. En el caso que el terapeuta no se ubique en el lugar de esa inocencia, y adopte la posición del saber, los mecanismos de idealización del paciente no serán más que una respuesta a la actitud del supuesto saber que el analista adopta.

Queremos destacar una *diferencia* entre *ignorancia* e *inocencia*. Desde ya que el analista está en ese lugar profesional por haber adquirido y continuar adquiriendo un saber, sobre situaciones, eventos, mecanismos generalizados, especialmente del modo en que los procesos psíquicos se desarrollan. Pero este saber de procesos es el que precisamente le tiene que permitir ubicarse en esa posición de no saber de contenidos para encontrar lo nuevo, lo diferente o lo idiosincrásico de cada paciente. De esto modo, también poder reformularse nuevos procesos o modalidades específicas e idiosincráticas de cada paciente.

El haber transitado situaciones clínicas diferentes, junto al sostén teórico que la teoría psicoanalítica le proporciona, o el marco conceptual o teórico al que este adhiere, es lo que justamente le permite al terapeuta la anticipación como actitud analítica, pero ella se ejercerá de un modo no incisivo ni directivo en la medida en que dicha anticipación emerja desde ese pacto de mutua inocencia. Gracias a éste el terapeuta no se antepone desde su conocimiento general previo, sino que aceptará que debe descubrir en el contacto con su paciente en qué punto, de qué modo, y en qué nivel procesal este paciente singular precisa ser anticipado de modo tal que pueda adquirir las habilidades metabolizadoras que aún no posee o que se han visto deterioradas.

Entendemos que tanto la actitud anticipatoria como la del pacto de mutua inocencia son centrales en la clínica psicoanalítica cotidiana, y aún más en el abordaje y elaboración del trauma. El postular la relación terapéutica, en todo momento, como un permanente descubrir, es básico para el abordaje terapéutico, y en especial sobre lo traumático.

La propuesta del término disruptivo para calificar situaciones fácticas que impactan al psiquismo, evitando nombrarlas como situaciones traumáticas, es una expresión de este abordaje inocente, sin preconceptos, puesto que al llamar a

una situación traumática a-priori, estamos abordando un tratamiento con el preconcepto de que lo que padece el paciente es un trauma psíquico, mientras que llamar a la situación disruptiva, implica que no sabemos qué proceso se desencadenó en el paciente. Esto se dilucidará a través de la clínica.

En lo disruptivo el pacto de mutua inocencia adquiere un mayor énfasis, puesto que en muchas circunstancias el terapeuta puede estar incluido en la misma amenaza por la cual acude el paciente a tratamiento, por ejemplo ante ataques terroristas, guerras, crisis económicas, accidentes masivos, ataques a grupos étnicos determinados, etc. Como terapeutas debemos de ser muy cautelosos al abordar estas situaciones, y tener presentes que, una interpretación será genuina y adecuada para ese paciente, en la medida que podamos deslindar nuestra propia forma de sentirnos afectados por una situación disruptiva, tratando en todo lo posible de detectar forma singular en que ésta afectó al paciente. Para ello debemos permanente sostener que ese modo de enfrentarse será propio, idiosincrático y desconocido por nosotros. En estos casos esta tarea es mucho más engorrosa que en la actividad clínica cotidiana, es por ello que acentuamos con tanto énfasis este punto.

El lector se preguntará porque insistimos y posiblemente volvamos o repitamos acerca de la importancia del descubrir desde la inocencia. El motivo es simple, justamente en estas situaciones disruptivas se tiende a pensar que si el paciente estuvo ante una bomba entonces tiene que tener un trauma, y si tuvo un trauma entonces tiene que tener problemas en el sueño, flashbacks, etc., etc., y desde allí estos terapeutas buscaran todos los síntomas incluidos en el diagnóstico del Estrés Post traumático puesto que debemos diagnosticarlo con una nomenclatura específica. No nos cansamos de enfatizar el daño que se causa por esta modalidad de abordar el impacto de lo disruptivo, y por quitar a los terapeutas la capacidad de descubrir junto al paciente. Esto tiene su impacto tanto diagnóstico como terapéutico, ya que esa búsqueda no está destinada a saber algo en sí, sino que por sobre todo a transmitir al paciente lo relevante de la búsqueda y el descubrimiento.

Poder actuar desde una genuina posición de inocencia en la labor clínica no es sencillo, ni para el analista ni para el paciente, dado que la renuncia a un saber a-priori y omnipotente produce que ambos queden expuestos al encuentro desde un lugar de suma vulnerabilidad, y aparente desprotección.

Paradójicamente, estar en contacto con esa **vulnerabilidad** es lo que podrá capacitar o mantener una verdadera relación de contención y holding, puesto que lo que se puede contener y sostener es eso mismo que vamos descubriendo.

En resumen tanto el sujeto como el terapeuta hacen un pacto en que ambos se posicionan en una situación de inocencia respecto al interior del paciente. Ni el paciente el cual es portador de su interior, ni el terapeuta el cual es portador un saber específico general, se consideran poseedores de un conocimiento certero del psiquismo del sujeto.

La **mutua inocencia** es la contrapartida de la certeza absoluta. La inocencia implica una aparente dificultad, o supuesto obstáculo, con la cual tanto analista como paciente se enfrentan, el de no poseer la certeza de un saber que asegure a priori el éxito de la empresa terapéutica.

Aclarada la importancia de la condición anticipatoria y la función del pacto de mutua inocencia en la formulación de la interpretación vivencial, pasemos a ahondar en las tres modalidades de este tipo de interpretación. Según sea el espacio y el proceso a que la interpretación vivencial apunta, obtendremos tres tipos diferentes: la interpretación figurativa, la interpretación relacional y la interpretación de sentido.

Modos de la interpretación procesal o vivencial

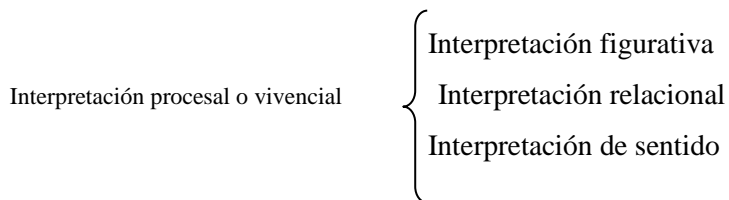
La forma que toma la interpretación procesal y el objetivo que se busca con su formulación, pueden comprenderse mejor leída desde nuestro modelo de los 3 espacios de los procesos del psiquismo, donde cada uno de esto se vincula a un espacio psíquico y a un tipo de representación y afecto determinados. Cada uno de los procesos en juego elabora o metaboliza el encuentro interno/externo, psíquico/fáctico, según sus postulados o leyes procesales internas, el afecto con la representación según el postulado rector del espacio correspondiente.

Puede existir una falla de la función articuladora en cada uno de los espacios y procesos que conforman el psiquismo, de modo que el sujeto quede "girando en falso" al intentar construir una representación articulada con las características que le son propias a dicho espacio, y por ende procesables según sus postulados.

La interpretación vivencial o procesal estará dirigida, tanto al logro de esta consolidación de la articulación, como al despliegue de todo el proceso vivencial. Por lo tanto, la llamamos ***interpretación vivencial o procesal***, puesto que nuestro abordaje se centra en la consolidación de la articulación entre el afecto y la representación en cada uno de los espacios psíquicos, conformando lo que llamamos vivencia.

La interpretación procesal o vivencial tiene sus modos particulares de ser enunciada según sea el nivel procesal al cual el paciente pueda acceder.

Tendremos entonces tres tipos de intervención de tipo procesal o vivencial, la interpretación figurativa, la relacional y de sentido.



Considerada en todo su rigor y más allá de donde pongamos nuestro acento teórico -en el acto interpretativo en sí o en la atmósfera en que este acto se realiza- toda interpretación busca aportar al diálogo los elementos faltantes para el desarrollo de procesos elaboradores completos. Los dos tipos de interpretaciones, causal y procesal, se diferencian por el lugar (espacio psíquico) o nivel procesal al cual el paciente no logra acceder y por ende al que el clínico apunta a activar. Llamamos ***interpretación causal*** a la que se podría llamar como una de las modalidades de la interpretación tradicional.

Entendemos que el recurso privilegiado a la interpretación de tipo causal arraiga en la suposición de un psiquismo con sus elementos y procesos desarrollados, pero en muchos casos hipertrofiadamente defensivo (por ejemplo, en las neurosis), o en otros sin posibilidad de acceso a lo que hemos llamado palabras plenas, o sea palabras que digan los afectos. Pero en otros casos con una especial capacidad elaborativa o de intrsopección. En estos últimos casos es donde la interpretación causal ha tenido sus éxitos. En un tiempo del desarrollo psicoanalítico se dividían a los pacientes en analizables y no analizables.

Tomándose como parámetro su capacidad de elaboración simbólica entre otras, con una suposición que sostiene la utilidad de un continuo porte de sentidos.

La interpretación procesal, en cambio, exige del terapeuta una permanente adecuación a los niveles de procesamiento de su paciente.

La *interpretación causal* comprende uno sola de las formas que puede adoptar la interpretación vivencial.

Podemos resumir diciendo que en la interpretación causal el terapeuta busca que el paciente se cuestione el ¿por qué?, mientras que en la procesal se busca que el paciente pueda vivenciar el cómo, para que -en algún momento- pueda, con el sostén de sus propias vivencias, cuestionarse el por qué. Enfatizamos el vivenciar el como a diferencia de entender el cómo.

La interpretación vivencial o procesal no se centra sólo en develar algo oculto, sino en lograr que eso que se presenta como oculto se torne en elaborable. Lo oculto, en el caso que esté presente, como un componente activo emergerá en un posteriori en el caso que sea relevante.

Al respecto de lo oculto en lo traumático, es un tema que mucho se ha discutido. Para abordarlo ante todo queremos manifestar que nosotros nos atenemos al concepto de Francis Tustin de la **Piedra Negra**. Tustin quien trabajo esos lugares que el analista no puede acceder, profundizo lo desarrollado por Freud acerca de lo inaccesible del psiquismo. Tustin se relacionó a estos recovecos del psiquismo que no tenemos acceso como componentes autistas de la personalidad. Sea una u otra nuestra visión, para nosotros es claro que hay un lugar o un conjunto de fenómenos que los debemos tener en cuenta como aquellos que nunca podremos llegar, y que de una manera tratamos junto con el paciente de acercarnos lo máximo que podamos a los mismos. (Tustin, 1989) (Freud)

Entendiendo a la interpretación como un permanente acercamiento a lo desconocido, promoviendo procesos elaborativos de descubrimiento. Es por ello que esta interpretación presenta diferentes aspectos característicos, según sean las posibilidades, capacidades, estados y nivel procesal en los que se encuentra el paciente.

Pasemos ahora a estudiar las características de los distintos tipos de interpretación procesal-vivencial, pero, para eso, ubiquémonos en la clínica misma.

La siguiente viñeta nos permitirá detectar, en forma condensada, las tres modalidades antes mencionadas de la interpretación vivencial: figurativa, relacional y de sentido.⁴

Dalia es una paciente cuyo largo tratamiento analítico hemos relatado en nuestro libro *Lo Traumático* (Benyakar, M.; Lezica, A., 2006). En Dalia se detectó un proceso traumático, en donde manifiesta, en sesiones reiteradas, una angustia sin nombre, diciendo una y otra vez de su soledad e incapacidad de ponerse en contacto. Tras varios intentos infructuosos de abordaje, el terapeuta percibe internamente que no hay modo de transmitir con palabras esa profunda sensación de dureza y soledad que vivía. Todo intento de poner eso en palabras, remitía a -y aumentaba- su soledad y aislamiento, y volvía sobre esas frases que poblaban su análisis *nadie, nunca puede entender nada*.

Terapeuta - Es como si me quisiera decir que se siente como una montaña en el desierto. (Esta es una interpretación figurativa)

Paciente - ¡No!, es como un témpano de hielo.

T.- Ah, le agradezco que me haga ver esa diferencia, es una diferencia muy importante, porque una montaña sólo puede reducirse a golpes o con dinamita, mientras que un témpano de hielo se derrite con el calor y el contacto. Quizás de esto estamos tratando de hablar, aquí, nosotros.

La paciente rompe en llanto -cosa que no se permitía en otros momentos del análisis- y comienza un relato de sus experiencias infantiles junto a su madre a quien le tironeaba de la pollera para que la alce en sus brazos. La madre le respondía que una niña de su edad ya tenía que caminar sola. Era perceptible en sus palabras el odio que le causaba que su madre no hubiera percibido que la paciente buscaba -una y otra vez- acercarse a ella.

En una sesión, relata que después de alzar en sus brazos a una beba de dos años, había sentido en el cuerpo una ternura muy especial. Y recordó cómo, de niña, al sentirse sola, solía llamar a un hada que acudía a tocarla con su varita, cosa que le permitía relajarse. *Hoy sé, agregó, que Ud. no tiene la varita mágica, pero me siento muy acompañada en este terrible desierto que es mi vida.*

El analista interpreta: *Posiblemente sienta en mi persona a la mamá que no hace oídos sordos a su tironeo, pero, al mismo tiempo entiendo que me hace un lugar en Usted al que pueda acompañarla en este camino desconocido por ambos.*

⁴ Aclaremos que no siempre que éstas, a lo largo de la labor analítica, se manifiesten de modo tan condensado. Al contrario, lo más frecuente es que el terapeuta deba enfatizar uno u otro de los tipos de interpretación vivencial según sea el material y el estilo procesal dominante que emerge en los distintos momentos del proceso terapéutico

La interpretación -procesal- figurativa

Este modo de interpretación es una intervención interpretativa que apunta a restaurar los procesos en el espacio originario. Su objetivo es posibilitar la normal constitución de la figura, activando la normal articulación de la sensación y la forma.

En el orden de lo traumático, como ya dijimos, el sujeto se ve invadido por sensaciones⁵ que no han sido "puestas en forma". Es decir, que lo desencadena un proceso o mecanismo traumático, es la alteración o distorsión del proceso de articulación entre afecto y representación, no articulándose las sensaciones con las figuras correspondientes. Este proceso se desencadena en lo originario y sus fenómenos quedan actuando en él generalmente sin que puedan ser transformados o metabolizados.

A este nivel, una intervención que pretenda aportar sentido o buscar causalidades se enfrentará con un insalvable obstáculo clínico: el sujeto impactado por lo disruptivo y afectado por un proceso traumático, está inmerso en un cúmulo de sensaciones e impedido de establecer un contacto acorde a sus posibilidades.

Es de fundamental importancia poder abordar esta problemática desde un nivel adecuado. Como el déficit más importante es a nivel de la articulación entre sensaciones y figuras, el terapeuta debe manifestar contacto con el paciente a través de la búsqueda de esas sensaciones genuinas.

Esas sensaciones genuinas que al paciente tanto le cuesta poner en **palabras fundamentales**⁶, por eso lo que corresponde es un trabajo sobre la figurabilidad.

⁵ Forma del afecto en el espacio originario, dominio del proceso de autoengendramiento

⁶ Al referirnos a las palabras fundamentales, nos remitimos, como ya dijimos, a aquellas que -según P. Aulagnier- dicen los afectos, a diferencia de las **palabras vacías**. Justamente el paciente por el hecho que funciona con procesos más desarrollados tratará de darnos explicaciones, hablar en forma abstracta, modalidad que por lo general lo deja en una situación de enajenamiento. Es por ello que nosotros debemos tratar de ayudarlo a que pueda elaborar en base a sus posibilidades y condiciones del momento trabajando desde el nivel de la figurabilidad.

El lector vera que utilizamos el concepto de palabras plenas, y palabras fundamentales. Postulamos que la palabra plena es la que emerge desde la integración de los afectos y representaciones con los componentes de los 3 espacios, aunque siempre existirá la dominancia de uno u otro. Mientras que las palabras fundamentales son las específicas de cada espacio, o sea que dan indicio del estado o nivel de procesamiento que el paciente se encuentra. Son las que expresan el afecto con la representación adecuada a ese espacio que el fenómeno emerge. Por lo tanto habrá palabras fundamentales que sean plenas y no plenas. Mientras que no pueden haber palabras plenas que no sean fundamentales.

El objetivo de una intervención desde la *figurabilidad* será desde aquellas palabras que aportan formas, con la expectativa de que alguna produzca resonancia en el sujeto, incentivando sus expresiones por medio de palabras fundamentales. Al proponerle formas que emergen en el analista a consecuencia de lo que trae el paciente, intentamos ponernos en contacto con sus afectos en sus diferentes niveles, con el fin de que finalmente logre articularlos restaurando así sus capacidades elaboradoras.

Pero aclaremos: este es un proceso de búsqueda asumiendo que no tenemos la certeza de que la forma propuesta sea la más adecuada. En realidad, no es que nuestras palabras aporten **la** forma, sino **una** forma, intentan esa resonancia que puede -o no- movilizar las formas idiosincrásicas de cada uno

Diferenciamos aquí otros 3 conceptos que pueden ayudar a entender a la esencia de la interpretación figurativa.

Conceptos ya presentados en forma extensa en otros trabajos, y a su vez poco desarrollados e investigados. Ellos son:

- a) **la forma,**
- b) **la figura y**
- c) **la imagen.**

La **forma** es la relación entre los elementos que dan una estructura dimensional en el espacio psíquico originario. Sabido que el individuo sueña en formas postulado por Freud, en la interpretación de los sueños. También en los exámenes del sueño por medio del EEG podemos ver en el estado del REM que muestran el movimiento ocular como si se estuviese mirando para adentro., Estas son formas creadas por el propio psiquismo, y no solo traducción de lo visto afuera, ya que los ciegos de nacimiento tienen REM como los videntes. Las

existencias de las formas son las que explicaran diferentes procesos psíquicos tanto sean estos normales o patológicos. Por lo tanto esa relación espacial creada por nuestro psiquismo la llamaremos forma.

La **figura**, es esa forma que se articula con las sensaciones en el espacio originario. O sea que, la figura es la forma articulada con la sensación. Por lo tanto podríamos decir que el sueño normal y continuo se produce figuras. Lo especial de la figura es que son formas idiosincráticas, o autoengendradas, que no pueden ser puestas en palabras. Decimos que las figuras no pueden ser puestas en palabras, puesto la figuras no son consensuadas, a diferencia de las palabras. Pueden emerger neologismos, que la persona creará para decir algo propio que no está consensuado. El tema de la expresión de las figuras en palabras es lo que nos lleva a entender el concepto de imágenes.

La **imagen** a diferencia de la figura es una forma que tiene un sentido consensuado, o sea que a ella nos referimos con palabras. Las imágenes son formas que el entorno crea o que nómima de una manera u otra para que puedan intercambiarse ideas al respecto.

Tomemos como ejemplo el caso de Dalia presentado anteriormente. Cuando el terapeuta le dice que es una montaña en el desierto y ella le contesta que es un témpano de hielo, ambos están hablando en imágenes, puesto que una montaña en el desierto o un témpano de hielo es claro para todos sobre que formas se están hablando.

Pero en ambas hay dos componentes, uno es el consensuado y el otro es la manifestación del afecto que esto conlleva, y ese es el componente de la figura dentro de la imagen. O sea que en el proceso terapéutico si bien hablamos de las formas como imágenes, utilizamos interpretaciones figurativas por el hecho que a lo que apuntan esas intervenciones es a la búsqueda de sensaciones, o sea a la búsqueda de la emergencia de figuras en el paciente, dejando lo consensuado de lado. Esas imágenes en el proceso terapéutico se podrán transformar rápidamente, dándoles a ellas un sentido idiosincrático creado por el paciente y el terapeuta. O sea que tanto la montaña en el desierto como el témpano de hilo una vez manifestadas y elaboradas de esa manera adquirirán un valor idiosincrático comunicativo entre paciente y terapeuta.

Posiblemente el ejemplo de lo que nos pasó a uno de nosotros al estar con un niño que tenía un trapito, de esos que los niños suelen tener y que acuden a ellos en momentos especiales. Ese que su punta se lo metía en la nariz produciéndose un placer especial, ese trapito que Winnicott llamo objeto transicional, ya que

adquiere su factor afectivo en una construcción relacional especial entre la madre y el niño. En una reunión en la casa de sus padres baja y uno de nosotros le dice que lindo el 'Etze' que es el nombre con que él llamaba a ese trapito y que era de conocimiento nuestro que así lo había llamado. Enojado el niño se fue diciendo que no entendían nada, expresando de esa forma que esa palabra tenía valor solo entre su madre y él, y que los otros que la mencionaban no entendían de lo que estaban hablando. O sea esa palabra pertenece al espacio potencial creado entre la madre y el niño, parte de los procesos transicionales propuesto por Winnicott.

Una montaña en el desierto es la forma que el terapeuta percibe bajo el impacto de la sensación de su paciente. No le pide que explique con otras palabras sus sensaciones, que diga una vez más que está desolada, angustiada, etc., sino que le propone, a modo de búsqueda, esa forma que se configura en su psiquismo a partir de la sensación del paciente.

En el ejemplo que dimos antes de la paciente Dalia, sabiendo que esta configuración puede estar desvirtuada por las propias sensaciones la expresa como una propuesta que puede ser aceptada, rechazada o rectificada. De hecho, en este caso, la paciente corrige: no es una montaña en el desierto, sino un témpano de hielo.

Lo que queda claro aquí es que el terapeuta sabe qué busca, búsqueda de esa palabra fundamental que expresa el afecto en ese espacio, es decir, no es que sepa el objeto que busca, sino que se sabe en búsqueda de algo que le toca encontrar al paciente, se sabe en búsqueda de la manifestación de las sensaciones propias del paciente, quien percibe que el analista la acompaña en ello.

Por eso la formulación adquiere más bien la forma de una interrogación: Esa sensación que me transmite, ¿es cómo ser la oscuridad en el medio de la nada? El paciente responderá afirmativamente o no, quizás aportando otra imagen concreta, otras formas que expresen, contengan y transporten su sensación. La imagen concreta intenta corresponder con la sensación.

Queremos destacar que las pequeñas sutilezas en la formulación de la interpretación procesal o vivencial son de suma importancia, puesto que son ellas las que le dan la connotación esperada. A modo de ejemplo: Decir *¿es como estar atrapado dentro de un hielo?* es absolutamente diferente que decir *¿es como una ardillita atrapada dentro de un témpano de hielo?* , o decir *¿es como estar dentro de una habitación sin oxígeno?*, es también diferentes a decir *¿es como una flor dentro de una habitación sin oxígeno?* La supuesta pequeña

pero gran diferencia en ambos ejemplos, es que al decir “una ardillita” o “una flor” se está subjetivizando la formulación. La sensación es de la ardilla o de la flor. De este modo, estamos postulando al paciente que la percibimos como esa ardilla o esa flor en esa situación. Las primeras interpretaciones describen una situación en la cual no se transmite la sensación de quien la vive. Por lo tanto, la interpretación vivencial postula que la intervención tiene que estar puesta desde la persona que la vive, y las figuras o las imágenes son las que dicen “a la persona”.

Son diversos modos de despertar en el paciente sus propias e idiosincráticas formas, aquellas que puedan otorgar figurabilidad a la sensación difusa e inarticulada que inunda al sujeto. Hallar la figura adecuada es ese juego de interacción entre lo que percibimos que vive el paciente, y lo que despierta en nosotros, como una proposición para ser transformada por el mismo paciente.

Capítulo XIV

LA INTERPRETACIÓN VIVENCIAL Y PROCESAL.

Moty Benyakar

Puede ocurrir que nuestro paciente no se vea inundado por la reiteración de sensaciones similares, sino acosado por una única figura que retorna con insistencia como parte de su sufrimiento.

El paciente puede decir: soy como una hoja al viento, como un vidrio hecho añicos, etc. En la medida que esto no sea tomado y elaborado en forma conjunta o que no participe a nadie de esa sensación, quedará aislado o encerrado en esa sensación sin que esta pueda continuar siendo elaborada.

En otros casos, como en el de Dalia, si el paciente está en un estadio avanzado de su análisis o en una situación en la que ya tiene la capacidad de articular las figuras propuestas, es el terapeuta quien puede buscar la figura aportando la imagen que emerja, sabiendo que debe conjugar esta intervención con una que pueda ponerse en relación, o sea, formulando una interpretación combinada, como ya lo manifestaremos más adelante. O una interpretación que manifieste el estar juntos, o ser otro que está con el paciente.

En ambos casos, la interpretación figurativa posibilita la expresión de las figuras propias del paciente, representaciones características del espacio originario. Para que éstas puedan ser metabolizadas, deben ser puestas en relación, proceso que corresponde al espacio primario.

Puede ocurrir también que algún paciente aporte sensaciones o figuras, mencionando la existencia de los otros, de las personas de su entorno, pero junto a ello presenten una imposibilidad de instaurar un vínculo co-metabolizador.

Si el paciente queda inmerso en figuras como una hoja al viento, una montaña en el desierto, o, como en nuestro ejemplo, un témpano de hielo, y no logra continuar con su procesamiento, sentirá que permanece atrapado por esas sensaciones. Esto será así en la medida que el otro no las puede tomar sobre sí o, directamente, no se postule como objeto co-metabolizador.

En nuestro ejemplo -el témpano de hielo- el terapeuta, conciente de la dificultad procesal que amenaza con arrojar a la paciente a un desierto sin objeto de contacto, alguien con quien compartir esa genuina sensación suya, le manifiesta inmediatamente su presencia y contacto. Esto se percibe en el momento que la paciente corrige lo propuesto por el terapeuta, diciendo que ella es un témpano de hielo y no como una montaña en el desierto.

El terapeuta podía conformarse con las características de esas sensaciones manifestadas por la paciente, indagando sobre ellas, tratando de ver como ellas las vive, etc., como se lo puede hacer en determinados casos. En este caso, tomando en cuenta el estado de la paciente y el desarrollo de todo el proceso analítico, el terapeuta pensaba que la paciente presentaba no sólo una dificultad para articular sus sensaciones con las figuras emergentes, sino también de poner a estas últimas en relación, proceso indispensable para que se instaure un vínculo co-metabolizador adecuado. Por eso se anticipa a esta dificultad, optando por formular una interpretación que contuviera la propuesta de abordar la figura que emerge, el témpano de hielo, desde la relación, diciendo:

T- Ah, le agradezco que me haga ver esa diferencia, es una diferencia muy importante, porque una montaña sólo puede reducirse a golpes o con dinamita, mientras que un témpano de hielo se derrite con el calor y el contacto. Quizás de esto estamos tratando de hablar, aquí, nosotros.

El terapeuta se postula como otro. En este juego entre el Yo-no Yo hay, entonces, lo que hemos denominado **alteridad espacial**¹, sin que por esto el encuentro con ellos parezca redundar en enriquecimiento alguno. Es decir, hay espacio para el otro, pero sin consecuencias procesales para lo subjetivo propio; sin que se pueda poner la figura en relación, para ser metabolizada a través del proceso característico del espacio primario y su organización dentro de una dinámica de encuentro e intercambio con el otro. En este caso la interpretación relacional está dirigida a intensificar la existencia del otro como factor co-metabolizador,

No debemos dejarnos engañar por el discurso manifiesto, a través del cual su yo actual relata encuentros con distintas personas de su medio de diferente significado e importancia, como el desarrollo adecuado del espacio primario o relacional. En un paciente extremadamente narcisista se podrá apreciar la permanente presentación de diferentes figuras, pero muchas veces sin ninguna cualidad del no-yo.

Respecto de esta experiencia en particular, esos encuentros no se traducen en el proceso psíquico correspondiente a ese espacio.

¹ O sea, la capacidad de representarse un "no yo" en forma significativa, aunque las cualidades que le adjudique sean más un reflejo de su sí mismo que las que corresponden a ese otro

El sujeto tiene todos los elementos para lograrlo, sin que se conjuguen en un todo funcionalmente eficaz. Enunciémoslo claramente: Si teniendo todos los ingredientes el proceso elaborador no se produce, es que estos están no articulados.

Hay un hecho contundente: el sujeto no puede solo realizar una labor metabolizadora, especialmente cuando el impacto de lo fáctico altera la capacidad elaborativa.

Esta es sin duda una particularidad sobresaliente de la condición humana. Lo psíquico, que tiene su fuente en lo intrasubjetivo más íntimo, más personal, solo podrá ser procesado en el pasaje por el otro. Esto es, a diferencia de lo postulado por el Budismo Zen por ejemplo, quienes sostienen que el mayor nivel de introspección se logra en la medida que el hombre pueda desprenderse de todo contacto.

En pacientes que padecen de un funcionamiento traumático, es este pasaje, de la figura al contacto, es uno de los que está obstruido, y no por motivos de dinámica defensiva, sino de déficit en el proceso de articulación de los diferentes elementos psíquicos a nivel del espacio primario. El énfasis no está puesto en qué es lo que vivencia el paciente, sino en acentuar nuestra presencia y existencia cuando esa vivencia emerge, postulándonos de este modo como un objeto co- metabolizador ante esas vivencias específicas que se van gestando durante el proceso analítico. Cuando decimos postulándonos como... nos remitimos a esa actitud anticipatoria que no espera que el paciente vaya en búsqueda del contacto con otro, ya que la postulación de otro como objeto co- metabolizador puede ser una neogénesis o una vivencia inédita.

El terapeuta, al hacer uso de la interpretación relacional, busca:

- a) Movilizar, a través de la palabra, los procesos de articulación en el nivel de contacto, en el espacio primario. Ej: Terapeuta: “Ese aturdimiento del que hablas lo percibo como un bebe que ha recibido un mazazo en la cabeza. Nos toca a nosotros hacer algo con esa sensación, con ese aturdimiento que vuelve y vuelve”.
- b) Hacernos presentes como otros empáticos a través de formulaciones del tipo: ¿será que estábamos entendiendo? o ¿será que nos pasa esto?...
- c) Proponernos en la función de otro co-metabolizador a través de expresiones como *veamos nosotros de posibilitar que esa sensación..., ahora que podemos transitar esto, veamos si...*

Este trabajo involucra particularmente la transferencia, que, por definición, ocurre a partir del armado relacional de la experiencia.

Puede pensarse que la relación transferencial se pone en juego en esta modalidad de trabajo. Nosotros entendemos que los fenómenos transferenciales se despliegan en diferentes momentos y a diferentes niveles, y que el proceso transferencial se despliega casi en forma permanente. Por eso queremos diferenciar la interpretación -interpretar la transferencia- e interpretar desde la transferencia.

Interpretar la **transferencia** es darle algún sentido a ese fenómeno que se da entre paciente y terapeuta. Es por ello que esa modalidad pertenecería solo a lo que llamamos interpretación de sentido. Mientras que en las tres modalidades de interpretación vivencial que proponemos, el terapeuta debe ser consciente que en muchos casos está interpretando desde la transferencia: toma en cuenta el fenómeno transferencial (en el caso que lo perciba), pero no siempre lo hace explícito sino que modula su intervención considerando el lugar transferencial que el paciente le ha adjudicado en ese momento.

Retomando la última parte del ejemplo antes expuesto: T- Le agradezco que me haga ver esa diferencia, puesto que realmente una montaña se la puede reducir solo a golpes o dinamitando, mientras que un témpano de hielo se derrite con el calor y el contacto, y pienso que posiblemente es esto lo que tratamos de abordar aquí los dos.

Vemos en este ejemplo que el terapeuta se ubica en el lugar que la paciente necesita, formula su postulación pero no explicita la dinámica de la relación, por lo menos no a esa altura del proceso analítico.

Diferente sería si el terapeuta dijese a su paciente: lo que Ud. necesita en este momento es una relación cálida que derrita su soledad. En este caso a pesar de mencionar una relación, ésta no pasa de ser una interpretación de sentido, puesto que no hay propuesta de objeto de relación por parte del analista, sino estimulación del sentido de las relaciones.

Por lo tanto la intervención relacional es una de las modalidades en las cuales se interpreta desde la transferencia y, justamente, no es la más adecuada para interpretar la transferencia, ya que en ese caso se pierde el efecto central de la dimensión relacional para reducirla a la de un sentido, cualquiera sea éste.

La interpretación -procesal- de sentido

Una experiencia cualquiera no está completamente elaborada sin que a estos elementos se le agreguen las cualidades propias de lo "no yo". Sin que se le sumen los elementos de tiempo y espacio, más no el espacio como un lugar no-yo (alteridad espacial), sino como conteniendo cualidades diferentes a mí (alteridad interna); se trata del espacio como ámbito en el que acontecen las cosas más allá de mí y de mi deseo, con su propio ritmo y allende mi control. En nuestro modelo, esto se procesa y representa en el espacio secundario.

De este modo, al abordar los fenómenos pertenecientes al espacio secundario, haremos uso de la modalidad de interpretación de sentido. Esta es la más cercana a la que se acostumbra a utilizar en la clínica clásica, apelando al uso de la palabra en búsqueda de relaciones y significaciones.

Por medio de esta modalidad de interpretación incluimos el universo del *discurso del conjunto*, es decir, de todo aquello que pertenece al sentido consensuado por el entorno, en búsqueda de que se produzca el entramado entre el sentido propio e idiosincrático que emerge del paciente, con el sentido del entorno.

Volvamos a Dalia. Cuando el terapeuta fue detectando, a lo largo de las sesiones, que la paciente comenzaba a elaborar lo propio y a poder transmitir tanto sus sensaciones como sus emociones en palabras, adoptó la modalidad de la interpretación de sentido, como dominante. Cuando la paciente traía lo elaborado por medio de la interpretación figurativa y la de relación -o sea, hacía referencia al témpano de hielo y a la relación de calor y de contacto para derretirla- el terapeuta, desde la modalidad del sentido, podía interpretar diciendo: ahora no es necesario seguir tironeando de la pollera de su madre, con la sensación que ella no la iba a alzar en brazos, puesto que ya está comenzando a caminar por sus propios medios, a decir y expresar lo que quiere y le place sin sentirse dolida y ofendida por ello.

Si antes, en la interpretación relacional, el terapeuta abordaba lo que emerge entre él y la paciente, enfatizando el contacto -como el calor que derrite el témpano- asumiendo el lugar concreto y material que la paciente le adjudicaba o necesitaba en ese momento, ahora el terapeuta se ubicaba ahí donde podía abordar el material que no lo incluye o en cual no se incluye, quedando a la vez exento pero sin perder contacto.

Así, él puede interpretar enfatizando que lo que emerge es algo que pasa con otras personas y por fuera de la relación entre ellos, y que se imbrica y adquiere su sentido singular en los sucesos de la historia personal de la paciente. Esto es adecuado en este momento, dado que el terapeuta puede ubicarse en un lugar de *relativa alteridad*, lugar desde el cual la palabra es utilizada como *palabra plena*, o sea con las dimensiones del tiempo y el espacio que permitirán elaborar el sentido que conllevan e incluye articuladamente los afectos y representaciones de los otros espacios.

Así, el terapeuta ya puede remitir lo que emerge a situaciones del entorno de la paciente y de su pasado, para poder observarlo junto a la paciente. Esto lo hace sin perder la cercanía que se fue gestando entre ellos, pero remitiéndose a fenómenos distantes y en los cuales el terapeuta no está involucrado. A su vez la paciente observa y significa lo que le aconteció y le acontece, con una distancia suficientemente adecuada como para que esa observación no quede ni poseída por lo que emerge, ni fuera de lo que la paciente vive como propio.

En el campo de los fenómenos psíquicos traumáticos, la interpretación de sentido es utilizada en aquellos momentos en los cuales, a pesar de que ya la presencia del otro se hace relevante, emergen en forma repetitiva materiales que manifiestan contacto sin que se logre elaborarlos. En nuestro ejemplo, la paciente ya podía percibir la presencia contenedora del terapeuta y del vínculo terapéutico, pero no la podía hacer extensiva a su entorno.

Quedarse repetitivamente afinado en la vivencia de contacto, posibilitada por el descubrimiento -en el vínculo con el terapeuta- puede ser expresión de que existen vivencias de la historia propia o la heredada que todavía no han sido abordadas y elaboradas.

Acerca de la interpretación vivencial o procesal como instrumento de tratamiento de lo traumático

Nuestro énfasis en la interpretación vivencial -en sus tres modalidades, figurativa, relacional y de sentido- como instrumento básico del abordaje de lo traumático no es meramente casual justamente en estos tiempos de técnicas de tratamiento como el EMDR (tratamiento del movimiento rápido de ojos), entre otros.

Hoy vemos en qué forma se desarrollan modelos y tratamientos focalizados en descargas emocionales. Tratamientos que han demostrado su efectividad. Pero junto a ello, la tendencia es escudarse bajo el "argumento" de que los abordajes verbales de los procesos traumáticos son ineficaces. Junto a ello surgen evidencias obtenidas a partir del diagnóstico por imágenes, de disfunciones cerebrales en el área de la palabra, que llevan a sostener en forma simplista que las terapias verbales no sería útil en tales casos.

Sostenemos, por el contrario, que el déficit en el procesamiento traumático está justamente en la función que articula afecto y representación, básica y necesaria para poder hacer uso de la palabra en forma plena. Rige para nosotros una postulación básica del psicoanálisis: es por medio de la palabra que se puede restituir el déficit de procesamiento causado por la falla de la función articuladora. Aquí enfatizamos el peligro de pensar que lo que se sustituye es la palabra, y no por medio de la palabra. No cualquier palabra sino palabras plenas, o sea aquellas que dicen las sensaciones, emociones o sentimientos. No es nombrar los afectos. Decir "estoy angustiada" es sólo nombrar los afectos; "estoy como una hoja al viento", o "soy un globo que explotó" es decir las sensaciones con palabras.

La propuesta de interpretación vivencial se basa en la necesidad de modular el lenguaje verbal según sean las capacidades elaborativas en cada paciente en cada momento.

Precisamente es en lo traumático, en sus primeros momentos de elaboración en que el paciente está inundado por sensaciones que no puede articular, toda interpretación de sentido o causal caería en saco roto, arrojando al paciente a la enajenación... Toda nominación de sensaciones como: "estoy ansioso", "deprimido" o "angustiado" parece más comunicativa, pero deja al paciente en una simple descripción.

Es quizás por el uso extensivo e indiscriminado de la interpretación causal, descriptiva o explicativa como única forma de interpretación verbal -no eficaz en estas etapas de un proceso traumático- que se tiende a desvalorizar toda intervención interpretativa a través de la palabra. Desvalorizando en forma global y absoluta los importantes aportes que el psicoanálisis puede contribuir en este campo.

Que cuesta soñar con que algún día ese diálogo de comprensión e intercambio entre los aportes de las diferentes corrientes se puedan dar. Por ello no debemos quedarnos solo en los sueños, sino que de un modo u otro, debemos

tratar de incentivarlos con una actitud abierta tanto a los aportes diferentes y específicos, como así también a las críticas y reflexiones de cambios que estos diálogos puedan promover.

Entendemos que poder graduar la modalidad interpretativa en base a la situación y los procesos dominantes en el paciente, puede ser mucho más productivo que una interpretación en busca de sentido o causal.

El quiebre entre mundo interno y mundo externo por eventos o entornos disruptivos traumatogénicos, puede llevar a un alejamiento o retraimiento del paciente, perdiendo contacto con el otro como objeto cometabolizador.

Al detectar ese tipo de fenómenos, y al percibir que el paciente ya no está inmerso solo en sensaciones aterradoras desarticuladas de toda representación, es que el terapeuta puede optar en hacer uso de interpretaciones de relación tratando de ofrecer su propia persona como representante de ese mundo externo en función de objeto de contacto y co-metabolizador.

En estos pacientes, sólo una vez que comienzan a funcionar adecuadamente las capacidades mencionadas -la de generar figuras articuladas y la de ponerlas en relación- podemos abordar los tratamientos desde interpretaciones de sentido.

Queremos enfatizar que en todo proceso de elaboración de un desorden traumático, lo importante es que el terapeuta cuente con estas tres dimensiones de la interpretación vivencial, para poder graduarlas según la evolución del proceso traumático que perciba. Quiere decir que no se interpreta de una de las formas -sea figurativa, relacional o de sentido-, sino que existe un permanente interjuego de entre estas tres modalidades.

El énfasis en la interpretación vivencial desvía el foco que pretendió dársele al hecho de descubrir en lo traumático el contenido causal patógeno, el descubrimiento del evento disruptivo o la relación de similitud entre lo vivido en el presente y lo vivido en el pasado. Estos serán secundarios en relación a la recuperación por parte del paciente de su capacidad articuladora y procesal.

El trabajo sobre los contenidos -sean estos concientes a no- adquiere relevancia recién a partir del momento en que la capacidad procesal de articular entre el afecto y la representación se encuentra suficientemente restaurada.

Como ya dijimos al comienzo del capítulo, por entender que la esencia de la labor terapéutica de lo traumático está en la articulación del afecto con la representación, base de la construcción de vivencias y de los posteriores procesos metabolizadores, es que llamamos vivencial o procesal a esta interpretación.

En el caso de Dalia antes relatado, podemos ver las tres variantes de la interpretación vivencial.

La primer variante es la interpretación figurativa en la que la sensación aparece como *montaña de piedra*, que ella – desde su libertad, creatividad y capacidad de rechazo, puestas en juego como búsqueda genuina en la relación analítica- puede afinar hablando del frío y del aislamiento que supone el témpano de hielo. Su modo de precisar la figura pone en evidencia la importancia de llegar al mundo de las sensaciones a través de la figurabilidad, además de la importancia de entretener una interpretación conjunta.

La segunda variante es la puesta en relación donde la propuesta es ir de la mano, es decir, un destino distinto para los brazos cuyas venas quiere cortar. En esta interpretación, el analista se ofrece como objeto relacional, como aquella persona del mundo que puede hacer tope a sus desbordes omnipotentes. Al relatar todo el proceso clínico de Dalia, hemos dicho que ella acude al tratamiento con un “no puedo más”, “sólo quiero cortarme las venas y terminar con todo esto”.

La tercera variante es la puesta en sentido. Al interpretar el analista que, a partir de sus actitudes e intervención, Dalia lo veía como figura maternante, lo acaecido en la transferencia se instala en el campo de las relaciones de parentesco, relaciones que permiten otorgar sentido a su existencia. Este proceso se despliega no porque el terapeuta lo describe, sino porque al ir el terapeuta en búsqueda de las sensaciones propias y genuinas de la paciente, y al poder ella expresar sus emociones ante él o hasta él por medio del llanto, es allí donde se instaura el terapeuta en una función maternante co-metabolizadora, que facilita la emergencia de situaciones disruptivas de su pasado que no han sido suficientemente elaboradas.

El marco de relación específico vinculado a la interpretación procesal-vivencial

Contención y sostén

La interpretación, con sus actividades -escuchar, comprender y decir- no es en sí y de por sí suficiente para el logro de nuestras metas terapéuticas.

Cuando utilizamos el concepto de decir, queremos enfatizar aquí que hay diferentes decires. Uno es **decirle** al paciente, y el otro es **decirlo**. Siguiendo lo postulado por Piera Aulagnier, una de las funciones anticipatorias del terapeuta

no es decirle sino decirlo, o sea poder hablarlo desde esas fibras íntimas. Esas fibras que el paciente no siempre puede transmitir. Al decirle estamos activando su razonamiento y como vimos se instalan en el espacio secundario. No quiere esto expresar que decirle no es adecuado y decirlo sí. Por el contrario debemos evaluar cuando decirlo y cuando decirle.

Como explicamos anteriormente decirlo es más del orden de lo originario que el decirle. Diferente es cuando el terapeuta trata de ver a su paciente, no nos referimos a la mirada ocular, sino a la mirada subjetiva. Es aquí donde también realizamos dos tipos de miradas. Está el mirarlo y **verlo** y el **mirarle** y **verle**.

Queda claro que él no siempre en el mirarlo se puede verlo. Mirarlo es la actitud del terapeuta y verlo es su consecuencia, del mismo modo que mirarle y verle. El mirarlo y verlo manifiesta una relación con el otro como una totalidad, sobre la cual no tenemos idea en determinados momentos terapéuticos. Es por ello que postulamos la importancia del mirarle para verle, como si nos abstuviéramos a partes o a cosas específicas, del propio ser del paciente. El verle a diferencia del verlo, habla de algo íntimo, propio y que no siempre está expuesto al conocimiento.

Es de aquí que postulamos que tanto el decirlo como el mirarle y verle son actitudes anticipatorias básicas que posibilitarán el desarrollo de un vínculo transformacional.

Para un despliegue adecuado de estas actividades, es necesaria una visión más integral de los diferentes componentes implicados en un **vínculo transformacional**, incluyendo aquellos que acompañan a la labor interpretativa. Esta afirmación, -para nosotros verdadera cualquiera sea el tipo de problemática que tratemos- es especialmente importante en el abordaje de las distintas manifestaciones del campo de lo traumático.

Atendiendo a esto desarrollaremos aquí dos conceptos que reflejan diferentes aspectos del vínculo terapéutico, aspectos que forman parte de toda relación de un sujeto con **un otro cometabolizador: contención y sostén (holding)**, términos complejos que, como veremos, refieren a distintos niveles de funciones y procesos que se producen dentro de un vínculo cometabolizador, los que, a nuestro entender, son los que en conjunto con la función interpretativa darán su eficacia al vínculo terapéutico.

Debemos ante todo esclarecer que utilizamos el término de metabolización postulado por Aulagnier en vez del tradicional de transformación. Ambos se remiten a los cambios producidos en el fenómeno. Pero el término de

metabolización enfatiza más lo propio y no propio de cada uno de los espacios psíquicos. O sea que la transformación o el pase del espacio originario al primario requiere un proceso de metabolización o sea que lo que fue homogéneo en el espacio originario, y heterogéneo al primario, al transformarse sea ahora parte inherente del espacio primario, y así sucesivamente con diferentes fenómenos psíquicos que van emergiendo. Esta es la diferencia entre el concepto de transformación y el de metabolización. Importante es esto en la relación terapéutica, ya que para que estos procesos de metabolización se desplieguen es necesario un objeto externo co-metabolizador, o sea que participe en ese proceso transformativo, para que el mismo pueda enfrentarse con lo diferente, o sea con lo heterogéneo de manera adecuada a su estado y sus capacidades o posibilidades. Ese enfrentamiento con lo diferente, que como ya lo hemos dicho es una manifestación de la violencia primaria, o sea parte de todo desarrollo normal. La carencia de un objeto cometabolizador deja al sujeto a merced de la violencia secundaria. Especialmente en épocas de desarrollo, o en el marco terapéutico, en el cual debe desarrollarse un verdadero **encuentro** co-metabolizador.

Estos fenómenos mencionados se dan dentro del despliegue de las funciones de contención y al sostén (holding). No siempre se diferencian estas funciones, pero nosotros proponemos diferenciarlas dado que son actividades psíquicas específicas cumplidas por el otro co-metabolizador. A su vez ambas funciones se vinculan al desencadenamiento de una serie de procesos intrapsíquicos e intersubjetivos que, si todo marcha bien, culminan en un mejoramiento de la capacidad procesal del sujeto en tratamiento.

La propuesta de la contención y el sostén como dos actividades esenciales que deben acompañar a la interpretación vivencial-procesal en el tratamiento de las diferentes manifestaciones de lo traumático, surge de la experiencia clínica y de la consideración de los distintos fenómenos involucrados en éste.

Para desarrollar esta temática, tomaremos como modelo su aplicación al tratamiento del complejo traumático, es decir de aquellos casos en que nos hallamos en presencia de un cuadro traumático subsiguiente a un evento disruptivo puntual, agudo y traumatogénico. Estas reflexiones en torno de la pertinencia y utilidad de la contención y el sostén serán útiles también en el tratamiento del vivenciar traumático, recordando las diferencias que debemos tener en cuenta respecto de la clínica de la vivencia traumática según fueron detalladas y planteadas en el modelo del aparato psíquico², especialmente en lo que respecta a consecuencias de la presencia del introducto.

No pretendemos aquí hacer un listado exhaustivo de todas las manifestaciones presentes en un cuadro traumático, sino apenas de aquellas que se relacionan con la necesidad de complementar la interpretación vivencial con la contención y el sostén.

Son habituales, en estos casos, expresiones como ‘es demasiado fuerte’, o ‘cada vez que me viene eso me siento mal’, ‘por más que le dé vueltas no lo puedo superar’, ‘está siempre ahí’, etc. Estas reflejan las consecuencias del proceso de internalización pasiva de lo fáctico externo disruptivo y la consecuente presencia del *introducido*.³

Estas manifestaciones se acompañan de una sensación permanente del entorno como lugar peligroso, hipersensibilidad e hiperatención al medio, que es -subrayémoslo nuevamente- que ese lugar, ese afuera es donde está ubicado el terapeuta. También se registran accesos de angustia (automática) acompañados por la vivencia de desamparo debido a la falla del ansiado vínculo de amparo, que debiera haber protegido del peligro de la imposibilidad de elaborar. Junto a estas está la vivencia de desvalimiento psíquico, de no poder hacer nada contra una experiencia que se aparece como inelaborable retornando continuamente.

El terapeuta intenta ayudar a un sujeto que, por momentos, se siente excluido de toda comprensión humana -sea porque nadie logra entenderlo, sea porque lo que le sucedió no es transmisible- sin muchas esperanzas en el éxito la intervención terapéutica, si ya su propia experiencia le demuestra el fracaso en dominar psíquicamente la experiencia, como puede esperar que otro lo pueda hacer. Esto lleva al paciente a una **desconfianza básica** (a la inversa de lo postulado por Ballint como confianza básica. Desconfianza del medio en general (lugar de donde provino el daño) y de quien se postule como cometabolizador - función ya fallida para él- en particular.

La vivencia es de indefensión psíquica frente a la necesidad de elaborar la experiencia para no quedar atrapado por ella, de inermidad psíquica que contradice la ilusión de poseer la capacidad necesaria para darle algún destino no dañino a la experiencia, a la que hemos llamado "*vivencia de desvalimiento*", se transforman, junto con el *introducido* en sí y los componentes no articulados de la vivencia traumática, en el núcleo de lo inelaborable. Abordar estas expresiones

³ Recordemos que el *introducido* se caracteriza por una persistencia de su cualidad de actual-perceptual, la cual lo vuelve no elaborable. El *introducido* es el principal responsable de la falla del proceso articulador, y el partícipe de la dinámica de presentificación permanente que sufre el paciente

del estado psíquico traumático en que se encuentra el paciente, nos exige tomar una actitud que excede no solo la simple función de calmar o apaciguar y a la de actuar con interpretación del orden cognitivo (explicaciones racionales), sino también la interpretación vivencial aislada. Para que la interpretación vivencial tenga el efecto procesal adecuado, debe desarrollarse dentro de un vínculo cometabolizador que incluya la presencia del otro con una actitud específica. Esta actitud es la que se manifiesta en los conceptos de contención y sostén propuestos respectivamente por W. Bion y D. Winnicott.

Contención y sostén, entonces, son dos dimensiones de una actitud compleja que habrá de asumir el terapeuta en el vínculo cometabolizador, si desea que este sea eficaz.

Sobre la contención y su importancia en los fenómenos traumáticos

Bion, figura señera de la elaboración psicoanalítica, ha contribuido al desarrollo de esta teoría con conceptos originales de los que aquí destacaremos sólo unos pocos.

En primer lugar su noción de un tipo de encuentro entre dos sujetos caracterizable como de **contenido-continente**. Para que este proceso sea entendido, debemos recordar la importancia que este autor otorgaba a las necesidades evacuativas de la mente del bebe, de todo aquello que este no puede transformar o metabolizar en forma adecuada.

De esto surge la importancia de la función de contención de los contenidos psíquicos del sujeto realizado por el otro cometabolizador, siendo esta una función básica del psiquismo materno para que el del bebe pueda desarrollarse en forma adecuada.

Esta evacuación o descarga en la mente del otro, es por la falta de capacidad de transformarlos o metabolizarlos. Es por medio de la contención de estos contenidos en la mente del analista que éste cumplirá la función cometabolizadora. Destacamos que lo que aporta lo disruptivo es que esa falta de capacidad de elaboración puede ser producto del funcionamiento psíquico del paciente, o del entorno que se lo imposibilita, o de las cualidades del impacto disruptivo. Cuando decimos ‘o’, este no es un ‘o’ excluyente, ya que todo esto

puede estar muy intrincado. Pero lo disruptivo realza la importancia de que se tome en cuenta las cualidades del evento fáctico, lo que no siempre se lo considera.

Si bien Bion utilizó estas nociones para describir en forma sumamente rigurosa y precisa, el modo en que funcionaba la díada madre - bebe en el proceso de desarrollo psíquico de este último, sus dichos tienen una aplicación directa a cualquier vínculo co-metabolizador y transformador, principalmente el vínculo terapéutico.

Basándose en la idea de la existencia de una capacidad de contención psíquica ejercida por el otro co-metabolizador, desarrolló la noción complementaria *de reverie*, función por medio de la cual la madre toma una actitud activa de transformación de los contenidos que el bebé deposita en ella, con el fin de que, posteriormente, éste pueda internalizarlos en forma adecuada y, de ese modo, procesarlos.

Bion parte de la idea de que, como consecuencia del impacto de lo fáctico externo e interno, se generan en el psiquismo del sujeto diferentes contenidos que no se lograrían procesar si no mediara la intervención del otro. El otro tendrá funciones co-metabolizadoras en la medida que posea la capacidad de dejarse impactar sin desestabilizarse por los elementos afectivos y representacionales del sujeto (contención), elaborarlos dentro de su psiquismo, y retransmitirlos al primero en forma que ahora los pueda procesar (función de reverie de Bion).

Hablamos de un estado psíquico del otro co-metabolizador-paradigmáticamente la madre- de receptividad calma y comprensiva, permeable a la internalización de los afectos y las representaciones no articuladas del otro, para dotarlos de las cualidades necesarias que los haga elaborables por el bebé.

En esta forma de combinar los dos conceptos básicos de Bion, contención y reverie, vemos el despliegue de una eficaz capacidad de ensoñación co-procesadora por parte de quien cumple las funciones cometabolizadoras maternantes.

Pero en el campo de lo traumático no se trata simplemente de contener una serie de recuerdos que atormentan al sujeto sufriente, sino -esencialmente- de que el otro co-metabolizador pueda contener o transformar una de las vivencias más dolorosas que le acontecen a un ser humano: contactarse con su propia indefensión que tome nota de que él, **sujeto** por definición, puede quedar atrapado en una experiencia que lo transforma en **objeto** de su impacto. Junto a

esto debemos co-procesar aquella angustia intensa que acompaña a esta experiencia, a la cual por sus características hemos denominado, siguiendo a Freud, **angustia automática**.

El terapeuta se enfrenta a la falla producida por el impacto disruptivo de lo **fáctico** en el proceso de internalización, que de normalmente activo se transforma en internalización pasiva, lo cual llevó a la emergencia al introducto. Lo que se realiza por medio de la función de contención y reverie, es un proceso de reinternalización en la cual se aspira a que el sujeto pueda lograr una internalización activa de esos mismos elementos que originariamente forzaron su inscripción psíquica generando el introducto.

Junto con esto, logrará alcanzar la transformación del **percepto** en representación, del introducto en introyecto, el cual, al no poseer ya la cualidad de actual-perceptual, se vuelve metabolizable. Hemos definido **introducto** como el producto del impacto de un evento disruptivo que por ser internalizado por el sujeto en forma pasiva y por las cualidades fácticas del evento, éste perdura en el psiquismo como precepto sin que pueda ser elaborado o metabolizado.

El Sostén (holding)

El segundo factor, vinculado a los aspectos más importantes que un terapeuta en su función de cometabolizador debe promover, ha sido traducido como "sostén (holding)" y se encuentra más vinculado a desarrollos winnicottianos.

Quien intente ahondar en las propuestas de W. Winnicott podrá detectar que tras de ellas se encuentra la personalidad de un profesional sumamente sensible, creativo, y con una peculiar calidez, condición imprescindible en todo buen pediatra como él lo era, y desde ya para todos aquellos que enfrentamos el área de la salud mental. Quizás es por estas condiciones personales que este autor enfatiza que el terapeuta debe desarrollar una actitud comprometida con el tratamiento, de calidez y presencia necesaria para que el paciente logre el estado de apertura confiada, necesario para que el proceso transformacional a través del vínculo cometabolizador, sea posible. Es de destacar que estos principios están implícitos a lo largo de los aportes de Sandor Ferenczi, antecesor de Winnicott, y más ligado a la elaboración de lo traumático.

Debido a que la contención y el reverie implican para el sujeto un proceso de reintroyección de lo que no podía metabolizar a causa del impacto de lo disruptivo, se comprende que el sujeto en cuestión se encuentre en un estado de hipersensibilidad respecto a su relación con el entorno. Esto es así, ya que el impacto de lo disruptivo, trae como consecuencia una importante alteración en la relación del sujeto con lo fáctico, y el terapeuta proviene del mismo medio que lo disruptivo.

Por eso, en este tipo especial de situaciones, se debe enfatizar la actitud de sostén que debe tener el otro cometabolizador cuando realiza las funciones de contención y el reverie.

El concepto de sostén remite a la parte activa del terapeuta transmitiendo contacto. Es diferente decirle a un paciente. 'Veo que lo que dice lo conmueve fuertemente' que puede ser está una expresión contendora, que 'Estamos juntos para iniciar este camino, juntos de la mano para transitar un bosque que ambos desconocemos'. Siendo esta una actitud de sostén.

El efecto de sostén se produce a través de palabras que transmiten compromiso y no sólo por su contenido manifiesto; también inciden el tono, la mirada, el gesto que las acompaña, etc.

A veces, para continuar procesando el vivir, un sujeto precisa del encuentro con el otro en su materialidad: sentirlo presente, comprometido con la tarea de ayudarlo a procesar lo que se le aparece como inelaborable, confiable y dispuesto a brindarse.

Algunos psicoanalistas nos han alertado sobre los peligros de que esta actitud, pueda en algunos casos movilizar aspectos de la propia personalidad del terapeuta, lo cual podría interferir con su habilidad para impulsar un proceso adecuado en su paciente. Es lo que se lo podría ver como una movilización indiscriminada por la contratransferencia.

Creemos que a veces, el temor de actuar la contratransferencia o las precauciones para no ser calificados como ineptos para manejar el vínculo terapéutico, llevan a algunos analistas a la ritualización, exagerando su frialdad y distancia, lo que -al menos en los aspectos traumáticos del funcionamiento psíquico- puede atentar contra la profundidad del vínculo terapéutico y el normal establecimiento de las funciones de contención y sostén. Por evitarse un mal se cae en otro.

Si bien a nuestro entender, en las posiciones de Winnicott están implícitas las funciones de contención y *reverie*, la actitud de sostén que este autor enfatiza es un agregado de suma importancia en el abordaje de lo traumático. Al resaltar el concepto de sostén, estamos destacando las vivencias de indefensión y desvalimiento del psiquismo por las que el sujeto ha atravesado y atraviesa, y la urgente necesidad que tiene de lograr un vínculo de amparo eficaz.

El amparo a su vez se vincula con la presencia en contacto del otro, y en el caso de un cuadro traumático, debe revertir la desconfianza residual dejada por la falla del vínculo de amparo en el momento en el cual el sujeto debió enfrentarse al desafío de elaborar el impacto de lo disruptivo.

En lo traumático lo más difícil de elaborar y en donde asienta el punto que puede estorbar todo el proceso de metabolización, es, precisamente, la aceptación de parte del individuo de su propia vulnerabilidad psíquica; de la inevitable existencia pasada y futura de momentos en que los procesos de apoderamiento psíquico de la experiencia, lo que lo hace sujeto frente a su experiencia, pueden fallar. Esos momentos en los que, por el contrario, la experiencia se apodera de él y lo obliga a repetir incesantemente, lo hace por así decirlo, objeto de su impacto. Es indudable que la aceptación de este hecho doloroso, se propicia por medio de la confianza de que en los casos en que el sujeto no logre elaborar una experiencia, se podrá apoyar en un vínculo de amparo, cometabolizador, eficaz. El terapeuta, al postularse como sostén confiable y ejercer una adecuada acción co-metabolizadora, ayudará a que esta confianza se reconstituya y la vivencia de desvalimiento sea elaborable.

Dado que, en la elaboración de lo traumático, nos toca la tarea de promover en el paciente el logro de la reinternalización de aquello del entorno que lo desestabilizó, la calidez o el contacto no están en función de alguna oscura y sospechosa "seducción" o aplacamiento superficial del dolor, sino que emergen como una condición necesaria para revertir su actitud de desconfianza hacia el entorno.

Pero agreguemos que esta actitud negativa hacia el entorno se ve agravada a partir de la constante hipersensibilidad del sujeto, hacia todo lo proveniente del medio, lo que genera que situaciones cotidianas actuales no, demasiado importantes, produzcan sensaciones muy intensas y, disparando un círculo vicioso, aumenten la desconfianza postraumática.

Resumamos entonces: es fundamental tener en cuenta que el medio ambiente -del que el terapeuta forma parte-, no es sólo el espacio desde donde partió el estímulo disruptivo, sino también el lugar desde donde se esperaba el auxilio co-metabolizador que nunca llegó, o, si lo hizo, no fue eficaz, además del espacio desde el cual -a consecuencia de su hipersensibilidad- todos los días surgen situaciones intensas que exigen un gran esfuerzo elaborador. Permanece, por tanto, un núcleo de desconfianza, que remite esta alteridad en tanto falla como cometabolizador. Revertir esta desconfianza y promover en el paciente un estado de apertura confiada, exige un trabajo sostenido para que, una vez logrado esto, nuestras intervenciones vivenciales y el posterior trabajo de elaboración, tengan efecto.

Aplicando nuestro modelo de psiquismo podemos decir que el trabajo de sostén terapéutico se realizará desde "lo primario" (intervenciones que apunten al procesamiento según el postulado de relación del espacio primario), con la propuesta implícita de "esta vez, con el otro, trataras de articular y procesar la experiencia", ya que es el otro que se postula como tal.

Es útil tener presente dos puntuaciones en el trabajo terapéutico.

Por un lado hay que trabajar la desconfianza en sí, con el fin que -en el psiquismo del paciente- el terapeuta se ubique en función co-metabolizadora. Utilizamos una formulación de autopostulación, por así llamarla: "... esto enfrentémoslo juntos, de modo de lograr lo que en soledad no ha podido", "me doy cuenta su desconfianza, pero verá que juntos lograremos que esta situación no lo agobie una y otra vez", etc. En éstas el terapeuta se propone como otro co-metabolizador confiable. Una vez establecido el vínculo debemos trabajar la vivencia traumática en sí.

Con estos objetivos en nuestro horizonte, se comprende por qué planteamos que es recomendable realizar las intervenciones que apuntan al **desvalimiento** y **desamparo**, teniendo en cuenta las características del espacio primario, sus procesos y el correspondiente trabajo en relación.

Insistimos en subrayar que, dado que en el abordaje del complejo traumático nos proponemos lograr una reinternalización adecuada de los elementos que conforman el introducto junto con la elaboración de la vivencia de desvalimiento psíquico que su presencia produjo. Es por ello que entendemos que la actitud de sostén presente en el vínculo terapéutico cometabolizador le tenderá a neutralizar la fuerte presencia del desamparo, al transmitirse en forma concreta a través de la actitud del terapeuta, permitirá que actúe en forma adecuada la interpretación vivencial en sus diferentes dimensiones, ya sea a nivel de lo figurativo, de lo relacional o del sentido.

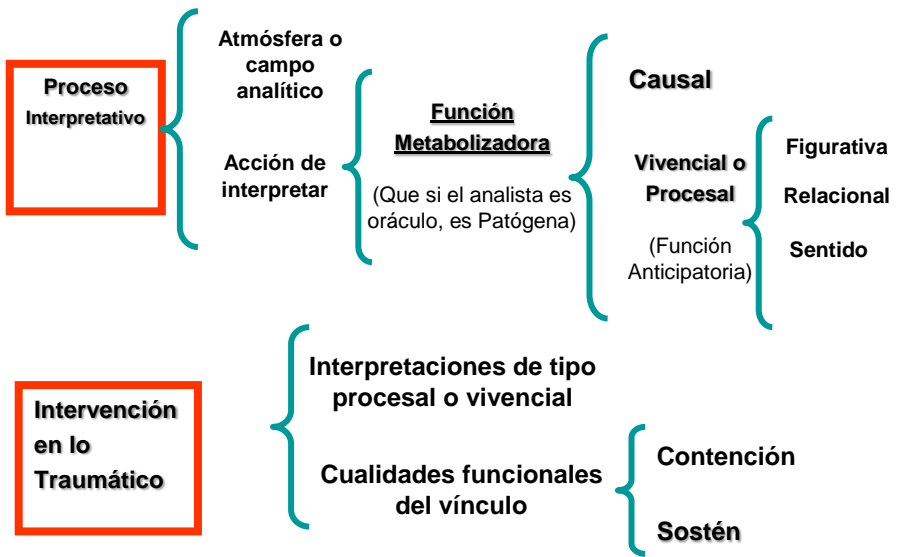
Si bien está demás pero nos parece importante manifestar que cuando hablamos de vivencia de desamparo, no nos referimos a personas desamparadas. Parece raro decir esto, pero la vivencia de desamparo puede estar presente en muchas personas con un funcionamiento exitoso. La vivencia de desamparo emergerá como un obstáculo psíquico para establecer contacto, y es a ello que la contención y el sostén apuntan.

Cuando tratamos a un sujeto que padece un **complejo traumático**, con sus **vivencias de desamparo, desvalimiento y vacío**, éstas señalan y eternizan no tanto el encuentro con lo traumatogénico, como el hecho doloroso, sino que enfatizan que una de las manifestaciones de lo traumático es que queda al descubierto del mismo sujeto que aparato psíquico no es omnipotente respecto de preservarse de toda situación disruptiva, de que siempre podrá evitar quedar afectado por cualquier experiencia. Esta es una evidencia de la **fragilidad** de algunos individuos. Cuanto más este denegado la vulnerabilidad del aparato psíquico mayor será la fragilidad del individuo.

Una de las metas terapéuticas ante esto es el posibilitar el desarrollo de **inmunidad psíquica**, en la medida que esto no haya sido desarrollado anteriormente.

Ahora, cuando se produzca el contacto psíquico con la vivencia traumática, no sólo se trata del encuentro (reencuentro) con lo disruptivo traumatogénico, sino con las vivencias que lo señalan como no procesable psíquicamente.

La elaboración de estos componentes de lo traumático, es decir de la falla del proceso de articulación, se logrará principalmente mediante la combinación de los tres elementos desarrollados, integrantes esenciales del vínculo cometabolizador: Las interpretaciones de tipo procesales o vivenciales, la contención y el sostén, dentro de un encuadre adecuado.



TERCERA PARTE
Una mirada sobre los historiales clínicos

Capítulo XV

CONSIDERACIONES TÉCNICAS ACERCA DEL ABORDAJE CLÍNICO DE LA VIVENCIA TRAUMÁTICA.

Moty Benyakar

Caso clínico Uri

Uri tenía siete años y medio, cuando comenzó su tratamiento conmigo. Había pasado un año y medio de la más sorpresiva y sangrienta guerra de las que participé, la de Yom Kippur.

En ella encontró la muerte su padre, comandando uno de los tanques que defendían la zona del Sinaí.

Su madre, de rostro pálido, voz frágil y tenue, me relató que este era el tercer tratamiento de Uri después de la muerte de su padre. Los terapeutas le informaron que el niño era cooperativo, participaba activamente en los juegos, y que sus dibujos expresaban que poco a poco se iba adaptando a la nueva situación. Sin embargo, ella se sentía muy preocupada, puesto que Uri se encerraba cada día más en sí mismo, se mantenía distante de los juegos espontáneos con los niños, y se vislumbraba una marcada tristeza en su rostro que nunca expresaba con palabras o quejas. En la escuela era muy aplicado, y con el tiempo asumía más responsabilidades sobre su hermanito, que había nacido siete meses después de la muerte de su padre, ya que se estaba gestando un embarazo de dos meses cuando su padre partió del kibutz para el campo de combate.

Si bien yo no conocía a Uri, sabía de su existencia, porque era el hijo de Meir uno de nuestros compañeros del kibutz vecino, que había caído en la guerra.

Cuando Uri entró a mi habitación, que funcionaba como consultorio para los kibutzim de la zona, advertí su palidez muy concordante con la de la madre, también pude advertir inmediatamente que era tan menudo como ella, y estaba vestido en forma muy ordenada, tres condiciones nada características de los niños del kibutz.

Con su mirada parecía decirme: "Otra vez tengo que contar todo de nuevo". Me saludó como pidiéndome algo que yo no comprendía. Recorrió la habitación, encontrando rincones y lugares con juegos, una mesa de arena con soldaditos,

tanques y camiones de plástico, ante los que se paró, esperando que, que al igual que en sus experiencias en tratamientos anteriores, yo también le proponga que jugara allí o que haga algo con ellos. Se acercó a la mesa donde estaban los crayones, pinturas y papeles, tomó el crayón rojo, amagó a que iba a sentarse a trabajar, pero inmediatamente lo dejó.

Nos sentamos los dos en el suelo, casi en el centro de la habitación, como si ambos ignorásemos todos los objetos que había en el lugar. En ese encuentro hablamos sólo de los inconvenientes técnicos con los que se había enfrentado. El vehículo que lo debía trasladar no llegó, me relató con detalle la manera en que superó ese obstáculo. Uri hablaba sobre estos temas con mucha soltura, y tratando de que todos los detalles me queden muy claros.

Cuando nos despedimos, advertí que se perfilaba una dudosa sonrisa que me insinuaba que yo era el que debía preguntar, proponerle o decirle algo sobre el motivo por el cual había venido. Pero como su madre explicitó claramente las causas por las cuales ella solicitó este encuentro, entendí que toda referencia al tema sería forzar a Uri a relatar por tercera vez que viene porque su madre lo envía a un tratamiento. Opté por privilegiar lo vivencial del encuentro, dejando todas las opciones abiertas. Posibilitándole a él abordar paulatinamente aquello que sentía podía compartir. Traté de preservar un diálogo fluido, entendiendo que mis silencios podrían ser sólo amenazantes. Sabía por su madre que era una de las tantas quejas respecto a sus tratamientos anteriores. Como es común en los niños ya se había formado una imagen estereotipada de los terapeutas.

Él decía: "Tengo que ir al psicólogo para jugar, él se queda mudo, y después siempre dice algo sobre lo que hago", o: "Para jugar a las damas no tengo que ir al psicólogo, lo puedo hacer con mis amigos", "todo el tiempo tengo que contar, contar y contar: donde estuve, que hice, si no estoy triste por lo que me paso...".

En nuestro segundo encuentro, apenas entró se sentó sobre los almohadones en el suelo, como si en esta ocasión me invitara a mí a hacer lo mismo. Con un gesto similar al que hacen los adultos cuando se sienten dueños de casa y pretenden hacer sentir cómodos a sus visitas. Me contó, con un tono bastante quejoso, que generalmente se sentía fastidiado por los juegos de sus amigos, puesto que no se tomaban nada en serio. Era un tono de fastidio, el cual esperaba que me refiera inmediatamente, pero opte por escuchar un poco más que es lo que Uri me trataba de transmitir, era más lo que decía con su rostro y sus gestos que por medio de las palabras, si bien estas eran bastante claras.

Mientras hablábamos comencé a amasar un trozo de plastilina blanda. Percibía que durante nuestra conversación, Uri estaba a la expectativa del formato que le daría a la plastilina, que en mis manos nunca dejó de ser más que un trozo amorfo. Al dejarla en el suelo, para expresar con gestos algo que pretendí responderle, (como si a mí también me faltasen las palabras para contactarme), él tomó la plastilina en sus manos y continuó amasándola, sin darle forma alguna. Pocos minutos antes de finalizar la sesión configuró un rectángulo. Me dijo asombrado, que la forma que había logrado era similar al cerco que rodeaba su kibbutz. Le pregunté si lo quería guardar, y sin responderme lo llevó a uno de los rincones en el cual había solo una pequeña mesita vacía.

Desde ese día, a lo largo de varios meses, construyó casitas, con trozos de plastilina, a las que juntos dábamos forma, como si de esta manera estuviésemos desarrollando una modalidad especial de ponernos en contacto. Mientras modelábamos las casas, Uri me relataba circunstancias, hechos que le sucedían y todo tipo de ideas que se le iban ocurriendo respecto a la construcción.

Estas puntualizaciones de Uri daban pie para que yo le encuentre diferentes sentidos o causalidades a lo que él me iba relatando, pero opte en que la conversación se centre en el placer y la posibilidad de participarme de lo que le iba sucediendo poco a poco. Nuestras conversaciones se entretajían en torno a las construcciones que se iban desarrollando, pero siempre agregaba algunos comentarios de cosas que le sucedían en su vida cotidiana. En una de ellas, comentó que tenía que encontrar la mejor forma de conducirse con su hermanito, puesto que sentía que debía ayudar a su mamá, especialmente cuando éste lloraba. Uri tenía claro que el único que podía llorar en su familia era su hermanito. Su rol era el de ayudar (tarea que en ese momento estaba desarrollando yo ayudándolo a construir). Fueron varios sus relatos relacionados con su integración al grupo de pares, su sensación de responsabilidad, su incomodidad al surgir algún problema que lo retrasaría, impidiéndole llegar a tiempo a la sesión. Todo esto con un tono aplomado, tratando de encontrar explicaciones para lo que sucedía a su alrededor.

Seguíamos construyendo casas. Con el correr de las sesiones, comenzó a señalarme las diferencias entre ellas, que desde ya no radicaban en sus formas. Lo que distinguía una casa de la otra, eran las características de las personas que las habitaban. En un principio otorgaba vida a esas construcciones por medio de sus relatos, hasta que en uno de nuestros encuentros después de algunos meses, me dijo: "el problema con estas casas es que en cada una se habla de lo que

sucede en las otras, pero realmente nadie sabe que es lo que le pasa verdaderamente a las personas que las habitan". Le manifesté que a lo mejor esto le pasaba a él en su kibutz y con sus amigos. Con rostro enfurecido, sin dejar parte de su cuerpo sin expresar enojo, manifestó que estaba harto de ser el hijo de Meir el héroe de la guerra. Sentía que cada vez que hacía o pedía algo todos lo complacían, para que no sufriera más de lo que había sufrido.

Uri quería saber, si el hecho que no le preguntara nada sobre su papá, y sobre lo que había pasado, era porque yo 'había estado allí', en el mismo lugar en que su padre encontró la muerte. Sin hacer alusión alguna al papel omnipotente que percibí me proponía, ni al lugar que quizás me adjudicaba, le manifesté que si bien había participado en la guerra, no lo había hecho en el mismo lugar que su padre. Realzando así lo común y lo diferente. Percibí que a partir de mi respuesta comenzó a expresar de una manera u otra, cuán importante era yo para él.

Contaba detalles fácticos de lo que había sucedido en esa batalla en la que su padre encontró la muerte. Durante varias sesiones lo acompañé en su relato, paulatinamente relacionaba eventos y escenas sobre las cuales tenía alguna información. Me preservaba de toda alusión emotiva a los mismos, respetando el peso afectivo que todos estos detalles podrían tener para él. Por lo general las presentaba en forma de actitudes heroicas, o de escenas invadidas por el horror. Sentí que en esos relatos, Uri esperaba que yo me acople a la magnitud de los mismos, y que exprese mi compasión, como por lo general lo hacían sus amigos, o los otros miembros de su kibutz. Me pareció en esos momentos que debía ser sumamente cuidadoso, puesto que Uri me necesitaba en otro lugar que no me quedaba todavía claro cuál era, y que el necesitaba entretejer un relato de lo sucedido que lo pueda liberar para la vida. Entendí que a Uri lo preocupaban varias cosas, y que el dolor de haber perdido a su padre se encontraba presente.

Pasaron varios meses hasta que sucedió, lo hasta entonces no acaecido, Uri no llegó a la sesión. Sin aviso previo, o insinuación alguna al respecto. Aguárdándolo, solo en mi habitación, me hizo vivenciar cuán fuerte era el impacto de la espera, de la ausencia y de lo no sabido. Al terminar el día, en la secretaría del kibutz me esperaba un mensaje, me informaban que Uri no pudo venir porque tuvo un inconveniente.

A la sesión siguiente acudió con su rigurosa puntualidad. Apenas entró, me contó que tuvo una especie de "dolor de panza", y que se quedó solo con su mamá. No vino ni a terapia, ni regresó esa noche a la casa de los niños donde dormía habitualmente. Me dijo que poco a poco el dolor fue pasando. Me

preguntó si llegó el mensaje y si lo estuve esperando. Le respondí que supuse que si no había llegado habría sido por algo importante para él. Agregué que parecería ser que quedarse al lado de mamá, para que ella lo cuidara, lo hacía sentir bien. Su pícara sonrisa adquirió un fuerte toque infantil.

Poco a poco me hizo participar de sus miedos a no poder asumir toda la responsabilidad que recaía sobre él. Era claro, para mí, que la fantasía de haber tomado el lugar de su padre, luego de su muerte, se agudizó más con el nacimiento de su hermano. Durante el año y medio en que continuó su tratamiento, poco a poco se fue permitiendo hablar del dolor, de la falta, de las ganas de llorar en su cumpleaños, de lo lindo que hubiese sido que yo hubiese podido estar presente en esos momentos, estar a su lado.

Sus enojos ya no eran sólo referidos a su entorno. Ahora ya se permitía expresarlos hacia mí, entre otras cosas porque no lo ayudaba lo suficiente a asumir las responsabilidades que él sentía debía cumplir. Dejaba de fantasear sobre la importancia de mi presencia física y mis acciones, para quejarse de todo lo que yo no hacía por él.

Lentamente me daba un lugar dentro de él, pero con suma cautela, pensé que uno de los motivos de esto es como si tendría que enfrentarse constantemente con la amenaza de que yo también un buen día me despidiera y desapareciera para siempre.

Los recuerdos del padre, y su relación con lo que había vivido y lo que hubiese podido vivir si estuviese vivo, aparecían entremezclados en sus relatos, en los contenidos de esas casitas que íbamos construyendo, pero nunca abordado como un tema, sobre el cual se centraba el diálogo.

Hoy, luego de varios años de ese tratamiento entendí que si hubiésemos abordado la muerte de su padre como una temática en sí misma, hubiésemos magnificado el lugar del relato mítico, que actuaría como contenido de un vacío que Uri pretendía llenar con su acción con rasgos compulsivos, y de sobreadaptación. Si bien el relato de la pérdida de su padre se fue forjando, nunca adquirió el lugar explicativo de lo que había sucedido, sino que permitió que esa comunicación que íbamos creando, ese dolor que no podía transmitir, y esos miedos que ahora podían ser expresados, fuesen hilándose en sus relatos. ¿Cómo pretender darle explicaciones a lo inexplicable?

Varios años después de haber finalizado su tratamiento, me enteré que había abandonado el kibbutz, terminado su carrera Universitaria, y trabajaba en la Municipalidad, en Urbanismo.

Lo vi solo una vez más, casi 17 años después, cuando solicitó una entrevista para preguntar mi opinión acerca de la posibilidad de retomar el tratamiento antes de casarse.

Al encontrarme con él, le propuse un terapeuta para que con él pudiera elaborar lo que estaba vivenciando en ese momento tan especial de su vida. No solo iba a construir su propia casa, sino que iba a constituir un hogar, Me preguntaba, si ese hombre con quien jugábamos a construir casas de plastilina, llenas de contenidos humanos, hoy me decía una vez más que frente a su casamiento, ese lugar vacío que había dejado su padre en él desde muy temprano, nunca se llenará.

Me cuestioné si no sería que otra vez jugando a que lo ayudaba a encontrar una profundización más en su camino, me hacía participar de ese evento, en la misma forma en que lo hizo en sus dos cumpleaños que transcurrieron durante su tratamiento.

Al cerrar la puerta tras la partida de Uri, me sentí muy emocionado, y me seguí preguntando, si estuvimos jugando en la vida, si estuvimos jugando con la vida, o si estuvimos jugando por la vida.

Reelaborando este material ya varios años después de haber atendido a Uri, tratando de elaborar este caso con otros colegas entre ellos el Dr. Álvaro Lezica, a la luz de los nuevos aportes de 'Lo Disruptivo' y de 'Lo Traumático' puedo agregar en forma explícita algunos elementos que estaban implícitos en el desarrollo del tratamiento y que ahora puedo ponerlos en palabras:

- 1) Es obvio que en el caso Uri no solo el niño se encontraba tramitando el duelo en forma muy especial sino también su madre y todo su entorno en forma inconsciente participaban para acrecentar aún más la problemática ante la cual Uri se encontraba inmerso. La madre de Uri a pesar del dolor que manifestaba seguía funcionando en forma adecuada y con capacidad de contacto tanto con Uri como con su nuevo hijo. Algunos de los factores que son importantes realzar es que había pasado un año y medio de la muerte de su padre, y habían comenzado un proceso de duelo, con ayuda terapéutica desde los primeros días, y con buen informe de los terapeutas de la evolución. La mamá de Uri funcionalmente se había recuperado bien y se mostraba disponible de ocuparse de sus hijos. En Uri existía un disonancia entre su funcionamiento social, y el modo en que este lo vivía, él presentaba un agravamiento persistente con tendencia a la retracción y a la sobreadaptación, el hacer lo que se debe porque se debe. Por alguna razón parecía, en aquel entonces, que este proceso no podía ser adecuadamente tramitado.

- 2) Su reacción ante los soldaditos, esperando que yo al igual que sus terapeutas anteriores le propusiese jugar con ellos fue un indicio que los terapeutas anteriores habían utilizado la técnica de llevar al niño a jugar con un tipo de material que aludiera al evento disruptivo que supuestamente había causado la sintomatología. Esto lo corroboró a lo largo del tratamiento, cuando Uri relató lo fastidioso que le resultaba tener que estar jugando todo el tiempo con eso que le dolía tanto, como si se le insinuaran que tenía que repetir en vez de poder elaborar. Como si existiese la fantasía de que se puede elaborar por el encuentro reiterado con los contenidos y la reconstrucción fáctica de las situaciones de 'Lo Disruptivo'. Como erróneamente se piensa que se induce a la abreacción. Por su tendencia a la sobreadaptación, Uri podía haber jugado con los soldaditos puesto que fue inducido a que en este tipo de lugares es eso lo que se hace, pero al ver que yo no reaccioné en esa situación se dio el derecho de dejar eso de lado, como si en ese lugar se podían hacer otras cosas, que él no sabía cuales, y lo más importante es que yo tampoco (como si en ese tiempo ya hubiese leído los importantes aportes de Piera Aulagnier acerca del Pacto de Mutua Inocencia). De este modo, por medio del tratamiento se pudo descentralizar el evento que habían transformado en eje de su existencia para dar lugar a la manifestación de sus afectos en base a lo que su propia subjetividad le dictaminaba.
- 3) Uri desde un principio se presenta como un gran superador de obstáculos, me llamó la atención su tendencia a remarcar los detalles fácticos como el tiempo, el modo de viajar, todo aquello que el percibía debía dominar de su entorno fáctico, como si manifestará que sea como sea él iba a poder. (Era como una especie de miniatura de lo que hoy, (ya habiendo leído un poco más) podría llamar el carácter operatorio de Marti, o el sobreadaptado de Liberman)
- 4) Ya en ese entonces me quedaba claro que esos prolongados silencios, que a veces los terapeutas imponen como si invitaran a la reflexión advertía que en los niños es contraproducente. Temática que me llevó a reflexionar acerca de esos especiales silencios respecto al tratamiento de los adultos, y tener más presente la necesidad que el paciente sea, visto, y hablado por el terapeuta, para que este lo pueda realmente escuchar. El solicitarle que hable y que cuente, es otro de los factores que en estos casos retraen y llevan al encierro y alejamiento. Es más que claro que el paciente nunca puede contar aquello que no se puede decirse a él mismo. Por lo tanto a lo largo del tratamiento opté por el hecho que los contactos e interacciones se fueran sucediendo para que

la capacidad de relato articulado, por la palabra plena o fundamental, se fuese entretejiendo, siendo muy pero muy cuidadoso en atribuirle causalidad apresurada a sus actos, diciéndole que esto lo estaba haciendo por tal o por cual motivo.

- 5) Al construir ese perímetro vacío de plastilina, parecía elocuente, que era como si me anunciase que hay un perímetro de lo personal que divide el afuera del adentro. Cuando hablaba de sus responsabilidades en general, y en especial la de ayudar a la madre ‘a construir al hermanito’, con sus actos mostraba que conmigo él tenía que construir su propio interior dentro de ese perímetro que limitaba. Esto es tomado también de lo que él dice que todo el mundo hablaba de lo que sucede en las casas pero no de lo que habita a cada uno, eso daba indicios de su propio interior que no era hablado.
- 6) Parecía que lo que le irritaba a Uri no era que lo que los amigos no se tomaban nada en serio, sino que él no se podía tomar nada en broma. Uri participaba en juegos pautados, reglados, pero no desarrollaba su capacidad de jugar. Enfatizo la importancia de seguir lo propuesto por Winnicott cuando analiza la básica diferencia entre el juego y el jugar.
- 7) Quizás cansado de no ser él por él mismo, y que no se le pregunte por su dolor desde su mundo interno, su propia casa, y no como una identidad dada por lo fáctico (proveniente de los otros, de “las otras casitas”), ‘ser el hijo de Meir’, o ‘tener que sentir tal cosa porque le pasó tal otra’. De acá es que el comenzó a percibir como diferente, lo que sucedía entre nosotros, por el hecho que alguien, no lo ‘pre-suponga’ y no identifique como un todo con el hecho penoso, sino que lo reciba en su ser. Lo importante para mí en esos momentos era no identificarlo desde afuera como un objeto del evento disruptivo, sino dejarlo que se exprese como sujeto. Esta diferencia debe ser tomada en cuenta en el abordaje de la problemática de la victimización, tan característica en estas situaciones.
- 8) El hecho que él me pueda interrogar, acerca de mi lugar, y lo que lo preocupaba de mi persona, es allí cuando pudo comenzar a abrirse desde su adentro, desde lo propio, sin tener que hacer referencia desde lo impuesto, sentir y expresar el evento desde su forma idiosincrática y contarle desde su forma y en su tiempo.
- 9) Lo postulado por Bleger y lo remarcado por Etchegoyen que hechos aparentemente fortuitos que tienen que ver con el encuadre son aquellos que permiten emerger contenidos muy profundos de la relación terapéutica, en

este caso se hacen evidentes. Es ese dolor de panza por la cual no asistió a una sesión, que da lugar a la vivencia mía como terapeuta de la espera y la ausencia, como así también el poder comenzar a elaborar su especial relación y su lugar con respecto a su madre.

- 10) Ese dolor de panza dio lugar a que la sobreadaptación adquiriera su dimensión del dolor psíquico, y emergieran los elementos del desvalimiento y el desamparo, y las necesidades de ser él el cuidado.
- 11) El poder libidinizar el vínculo en el tratamiento, le permitió a Uri, en cierta medida, traer los componentes libidinales en su relación con la madre. Era claro para mí que el componente edípico de cristalizar una pareja fantaseada con su madre, para consumir de ese modo la procreación con ella, era evidente que podría ser hasta un ejemplo clásico para sostener la existencia de fantasías edípicas en la infancia. Junto a ello me pareció de fundamental importancia tomar esto en cuenta sin transformar este tipo de intervenciones en el eje de la elaboración. En este caso, me pareció mucho más adecuado abordar el desamparo. Uri trae la vivencia de desamparo aún no del todo elaborable psíquicamente uno de los núcleos de lo traumático, de lo no articulado. Cuando el psiquismo está invadido por el desamparo la elaboración de lo edípico se transforma en artificial, y nada efectiva terapéuticamente.

Con esto no deseo solo resaltar el habitual temor de un niño que ha sufrido una pérdida pudiera sobrellevar otra igual, esa angustia que la podríamos llamar angustia señal, sino el hecho que la angustia que parece ser inundaba a Uri era esa angustia automática que se manifestaba en el desvalimiento y que en la conducta aparecía como una sobreadaptación. 12) A lo largo del tratamiento pude rescatar que una de las manifestaciones del desvalimiento de Uri no era tanto referido al hecho de que no podía funcionar en su entorno, sino que él mismo no podía hacer que su dolor sea menor. Es decir que a pesar que el tiempo transcurría su desvalimiento psíquico, o sea su incapacidad de procesar el evento persistía.

La tendencia general de muchos terapeutas en estos casos es pensar que el desvalimiento persiste cuando emergen indicadores directos del evento, pero aquí vemos justamente que uno de los indicadores del modo de vivenciar traumático producto de una vivencia traumática infantil es la sobreadaptación y el querer complacer a quienes lo rodeaban, ya que Uri los percibía sufriendo. La sobreadaptación en Uri se manifestó como uno de los indicadores del desvalimiento de no poder acallar su propio dolor.

Es más, debía enfrentarse en forma paradójica frente al mensaje de su entorno, quienes en forma inconsciente tendían a victimizarlo, como el hijo de Meir el héroe que había muerto en la guerra, teniendo que luchar para poder rescatar su propia subjetividad. Su propio derecho a ser un niño y el hecho que se puede ver a sí mismo como niño, porque los demás no lo ven como tal, es lo que entendí que Uri debía rescatar.

Cuestionamientos acerca del Caso Uri desde el abordaje de ‘Lo Disruptivo

Aplicar algunos de los desarrollos de lo disruptivo en la actividad clínica nos puede llevar a esclarecer ciertos puntos tanto desde la comprensión psicodinámica como así también de la teoría de la técnica.

- 1) Por medio del caso de Uri pretendo demostrar el modo que una situación disruptiva como la muerte de su padre en la guerra, fue elaborada por el niño. Las dificultades para iniciar un procesamiento de tipo elaborativo, y el modo en que se puede desplegar el desarrollo de una construcción mítica transicional, para evitar que el niño quede inmerso en el mito de la víctima, perdurar de por vida como el hijo de Meir, el héroe que murió en la guerra
- 2) Pretendo también mostrar en qué modo un entorno, como es el del kibutz, el grupo de pertenencia de este niño, por las propias necesidad del medio, por estar también el entorno todo golpeado por el evento, puede transformarse, involuntariamente en entornos disruptivos por sus necesidades compensatorias no elaboradas. El niño por ser impactado por este ambiente tiene tendencias al desarrollo de un vivenciar traumático, en la medida que esto no sea elaborado adecuadamente.
- 3) Resaltar el modo en que dentro de lo que puede considerarse un complejo traumático, compuesto por la vivencia traumática, la vivencia de vacío, la vivencia de desvalimiento, y la vivencia de desamparo, en cada caso clínico se hace más central y candente una de las vivencias. Siendo en el caso de Uri la vivencia de desamparo la central. El desvalimiento emergía por su acción compensatoria de sobreadaptación permanente con algunos matices megalománacos, aquel que todo lo puede solucionar y que con todo puede cumplir. Si bien lo central que emergió en el tratamiento fueron la vivencia de desvalimiento y la vivencia de desamparo, estas pueden estar indicando la

posibilidad de que se conforme un complejo traumático. No hubo indicadores clínicos suficientes para señalar un desarrollo completo de este complejo, especialmente por el hecho que el introducto no se encontrase presente, ni hubiese ningún signo que lo perceptual permaneciese como tal. Si hubo indicadores clínicos sugestivos, que me podían haber llevado a pensar acerca del complejo traumático. En este caso podemos ver la especial combinación de que una vivencia traumática infantil que amenaza en convertirse en un vivenciar traumático no se constituyó como tal por haberse dado una intervención terapéutica que posibilitó una elaboración psíquica articuladora.

- 4) Por medio del caso de Uri pretendí también resaltar las técnicas y estrategias de abordaje del desamparo para poder de ese modo permitir una elaboración en cascada de las otras vivencias, y estimular el proceso elaborativo en el tratamiento. La contención y holding es lo que posibilitó el despliegue del 'Reverie', pudiendo acompañar al niño en sus propios tiempos y en su modo idiosincrático de expresar lo que le había acontecido, entendí que estos contenidos estaban transmitidos por medio de las casas que iba construyendo con su plastilina. Pudiendo hacer que en esas casas que construía se hablara de lo que allí pasaba, de este modo entendí que expresaba sus sensaciones de desamparo de desvalimiento, inmersas en el dolor que estaban a la espera de ser articuladas para poder ser procesadas luego.
- 5) Enfatizar la importancia de rescatar la especificidad de la patología de lo traumático producida por eventos o entornos disruptivos. Como ya lo he presentado a lo largo del presente trabajo, la patología de lo traumático lleva a una permanente repetición, o evocaciones repetitivas. Esta modalidad de traer una y otra vez los acontecimientos, lleva al terapeuta, generalmente en forma inconsciente, a acoplarse a actos o actitudes repetitivas, como por ejemplo volver una y otra vez a los eventos relatados por el paciente. Por lo general esto se hace bajo términos profesionales como 'abreacción', 'debriefing' u otros, términos, que pueden ser estrategias terapéuticas útiles, en la medida que no emerjan como consecuencia de las tendencias repetitivas del paciente. Estas actitudes repetitivas en el marco terapéutico, no resuelven ni promueven la elaboración de los núcleos que emergen como patógenos. A mi entender, en estas situaciones se necesita desplegar estrategias de abordaje que posibiliten el procesamiento psíquico y la creatividad, permaneciendo focalizados en el entendimiento de la problemática pero ayudando al paciente a poder abrirse de ella para abordarla cuando tenga suficiente flexibilidad y capacidad de enfrentarla. Esto será posible cuando el vínculo terapéutico co-

metabolizador se encuentre establecido. Sería como ir trabajando alrededor de los eventos fácticos teniéndolos en cuenta para que una vez que exista la capacidad y posibilidad del paciente los pueda afrontar en forma directa. Destaco que esto nada tiene que ver con actitudes evitativas, de denegación o desmentida, muy por el contrario, es el modo en que se puede abordar lo acaecido de la forma más plena posible. Con Uri advertí que se necesitó un tiempo prolongado hasta que él pudo expresar en la terapia sus vivencias de desvalimiento y desamparo.

- 6) Después de varios años pude rescatar de este caso que el hecho de poder adentrarnos en la profundidad de las pautas y los mecanismos de estas situaciones, permite mantenernos acotados y restringidos a la especificidad de nuestra labor terapéutica. Esta cautela nos debe preservar de todo tipo de actitudes heroicas a que nos puede llevar, en forma inconsciente, el tratamiento de estos casos.
- 7) Entender cómo impacta ‘Lo Disruptivo’ en el psiquismo, puede preservarnos de desarrollar el proceso de victimización.
- 8) El caso de Uri me permitió comenzar a pensar en los primeros estadios de mi carrera, que abordar clínicamente lo que hoy llamo el impacto psíquico de situaciones disruptivas, requiere de un proceso especial de discriminación entre las cualidades del evento, que en este caso estábamos todos inmersos, en el modo que el niño reacciona ante él.
- 9) Me permitió pensar también el modo en que los agentes co-metabolizadores directos, en este caso la madre, y los indirectos, el discurso del conjunto social, impactan en el psiquismo del niño
- 10) De esta manera pretendo demostrar como emerge de la clínica de un niño que sufre el impacto de la muerte de su padre en la guerra o sea el impacto de un ‘Evento Disruptivo’ la problemática del campo de lo traumático y el modo que entiendo se puede abordar lo disruptivo en la labor terapéutica.

Caso Clínico Celia

Celia es una paciente que durante sus vacaciones el vehículo en donde viajaba con sus amigos choca. El resultado del choque es la muerte de un amigo íntimo, una de las amigas queda con graves secuelas neurológicas, y Celia a consecuencia de sus heridas debe realizarse una cirugía restauradora.

Celia se presentó a la consulta a pedido de sus padres y no porque ella notara nada en particular, a veces se sentía triste o extrañaba a su amigo pero esto consideraba que era normal. En las primeras sesiones Celia traía material en forma compulsiva, sin ninguna repercusión afectiva. Relatos que describía como si fuesen bombardeos, incendios, cementerios y lápidas donde ella tenía que terminar una misión que nunca podía resolver, a veces tenía que caminar largos trechos por bosques infinitos cargando animales muertos. Quiero enfatizar que estos relatos venían a suplantar cualquier otro tipo de material del orden de lo subjetivo. Decía cuatro o cinco frases relacionados con lo operativo y de allí pasaba en forma casi automática a este tipo de relatos, fenómeno que llamó mi atención.

Sesiones más tarde me cuenta que se le presentan las facciones de su amigo muerto durante la vigilia mientras que ella está realizando distintas actividades, en la calle, en la facultad y que duda si esa imagen es de ahora o de unos años atrás.

Al poco tiempo se ve necesitada de llamarme por teléfono al caer en estados de angustia, sorpresivos y transitorios que no puede vincular a ningún hecho de su vida cotidiana

Celia tenía manifestaciones sintomáticas, que ya hemos descrito como ligadas al **Complejo Traumático**: manifestaciones recurrentes de sensaciones que la invadían, especialmente visuales, angustia automática, vivencias de vacío, desvalimiento y desamparo frente estas manifestaciones que no podía manejar.

Estos estados de angustia y emergencia de sensaciones como figuras podrían ser la manifestación sintomática del introductor, característico de lo traumático, es decir síntomas que son el producto de la activación del polo perceptual generada por un evento disruptivo y que el sujeto internaliza de manera pasiva, no pudiendo metabolizarlo y transformarlo en un producto psíquico procesable.

Es aquí donde introducimos el uso de la figurabilidad como técnica de intervención en lo que denominamos interpretación figurativa.

Postulamos a la **“Interpretación Vivencial”** como instrumento básico para el abordaje de la clínica de lo traumático. La interpretación vivencial es aquella que se centraliza en el restablecimiento o incentivo del desarrollo de procesos psíquicos.

La interpretación vivencial no pretende ni la búsqueda de causalidad ni establecer relaciones de contenido, sino que su meta esencial es el despliegue

adecuado del proceso psíquico del paciente, entendiendo que la causalidad solo podrá emerger en la medida en que este modo de procesamiento psíquico se haya instalado en forma adecuada.

La interpretación vivencial tiene tres dimensiones graduales, específicas, muchas veces imbricadas unas en las otras.

Para el mejor entendimiento y clasificación puntualizaremos las tres dimensiones de la interpretación vivencial:

1. La interpretación figurativa.
2. La interpretación relacional o de contacto.
3. La interpretación de sentido.

Si bien todas ellas en forma permanente se ponen en acción en el abordaje de lo traumático, lo esencial es la especificidad de cada una para el abordaje del fenómeno en cuestión. Podría ser interesante enfatizar la interpretación figurativa por ser esta novedosa, diferente, básica y sobre la cual se basan las otras dos. Este tipo de interpretación ya fue postulado por Sara y Cesar Botella en diferentes trabajos.

Es por ello que postulamos que en la elaboración de los fenómenos traumáticos, en el cual las sensaciones y procesos más originarios se activan, el uso de la interpretación figurativa como un modo de estimular al psiquismo del paciente a funcionar con procesos regresivos o sea procesos de funcionamiento psíquico básicos y más originarios posibles. Al adecuarnos al modo de procesar psíquico que el paciente necesita en el estado en que está, estaremos incentivando su máxima libertad e independencia psíquica.

Por ejemplo decirle al paciente *esto es un globo que explota, un témpano de hielo o una hoja al viento* es proponerle una figura que por medio de ella busquemos poner en palabras sus sensaciones, mientras que decirle que *la manzana no cae lejos del árbol* es una metáfora ya que estimulamos a que el paciente piense en la relación padre-hijo, incentivando el pensamiento abstracto. Lo especial de esto es que por medio de figuras busquemos esa sensación propia del paciente, sensación idiosincrática y que cuando las pueda expresar van a tener sentido para el terapeuta, a diferencia de lo que vimos antes de la metáfora o pensamiento abstracto, que lleva a generalizaciones y no a lo esencial de todo tratamiento que es lo propio, lo subjetivo, lo idiosincrático.

Para ejemplificar lo hasta aquí explicado a Celia y su proceso terapéutico. Le fui proponiendo diferentes figuras para poder articular la sensaciones

desarticuladas que le promovían angustia y desesperación “ ¿podríamos decir que lo que me transmitís es como un volcán a punto de explotar?” “Si”, agrega “que derrama lava que quema y arrasa con todo lo que tiene a su alcance, aunque corra me atrapa igual”. En otra oportunidad en que se encontraba muy desolada le propuse la figura de un bolso y ella agrego... “pero vacío, de afuera nadie imagina que no puede tener nada adentro de afuera parece lindo pero de adentro esta viejo roto, corroído y sin fondo” poniéndome de esta manera en contacto con su vacío y desamparo.

El hecho de proponer figuras, es proponer material hipotéticamente **neutro** que en su esencia tiene como propósito la búsqueda de esas sensaciones genuinas e idiosincráticas que invaden al paciente.

Entendemos que es importante que al hacer uso de la técnica de la figurabilidad el terapeuta le pueda proponer a su paciente una figura (por ejemplo témpano de hielo) con la suficiente flexibilidad, como para que el paciente pueda cambiar de figura o corregirla buscando que este pueda expresar sus sensaciones originarias pero en relación a la figura otorgada.

Paradójicamente esta proposición que le hacemos al paciente, se realiza con la máxima intencionalidad, pero a su vez con la máxima ingenuidad o inocencia. Es decir que terapeuta y paciente descubran la peculiaridad de los procesos psíquicos del paciente basado en el *principio de mutua inocencia*, propuesto por Piera Aulagnier. Esta actitud no es nada sencilla de ser abordada, puesto que exige de cada uno de nosotros, en estos casos realizar la búsqueda renunciando a nuestras hipótesis previas. *Sería como ir* en búsqueda de algo que no sabemos, pretendiendo más que encontrarlo, desarrollar el proceso de la búsqueda. Queremos resaltar que este proceso no se realiza por medio de preguntas que estimulan procesos cognitivos, razonamiento, que en última instancia lleva a racionalizaciones. La propuesta es realizar este camino través de algo que se crea ahí entre paciente y terapeuta, por medio de una búsqueda conjunta.

De esta forma postulamos el uso de la figurabilidad como técnica, un modo de incentivar en el paciente mecanismo regresivos al servicio de un proceso progresivo donde la vivencia no articulada pueda ser metabolizada reanudando la cadena representacional interrumpida. La palabra anunciada a través de la figura por la vía regresiva estará al servicio de la búsqueda de sensaciones y no invitará al paciente al modo de la metáfora por la vía progresiva a la racionalización o a la lógica del pensamiento.

Paradójicamente en el abordaje de lo traumático muchas veces se tiende a estimular procesos progresivos sin tomar en cuenta que estos pueden abordarse adecuadamente en la medida que se infiera por medio de procesos regresivos.

Es importante enfatizar una cuestión central en el trabajo con la figurabilidad es que no se trata de una propuesta arbitraria, que responda a la motivación del terapeuta, sino a una búsqueda conjunta, donde el terapeuta a través del uso de figuras estimula mecanismos regresivos, al servicio del proceso progresivo.

A partir de este momento se utilizará la interpretación de contacto o relacional, ya no la figurativa. Por ejemplo: *“vemos que tenemos mucho que hacer con todo esto, esto es muy movilizante, casi nos deja con la boca abierta”* (es de este modo que el terapeuta se propone como objeto para el contacto)

Con el uso de la interpretación figurativa sensación y figura se ponen en relación a través del contacto. Este mecanismo hará posible que esas sensaciones, originarias, hasta este momento desarticuladas de la dimensión representacional, se incluyan en la escena relacional de contacto, escena que inscribe el campo terapéutico, movilizando la emoción correspondiente al espacio primario.

La sensación ha sido procesada normalmente, puesta en relación a partir del encuentro con el otro, entonces, esa sensación y figura, se transformaron en emoción y contacto o sea el advenimiento a un espacio más progresivo es decir al espacio primario. De esta manera es como vemos la articulación de contenidos elaborables con aquello que emerge en la relación terapéutica sin tratar, a este nivel de elaboración, a la relación terapéutica como un contenido más. Desde la relación terapéutica, desde el contacto, es que algo del orden de la sensación y la figura, que emergía en forma patógena, podrá retomar su cauce normal.

Tomemos nuevamente en el ejemplo de Celia y veamos algunas de las expresiones que puede tener el introductor, que es la manifestación de lo traumático producto del evento disruptivo:

1. Presentación de figuras desarticuladas en los sueños.
2. Asalto de las figuras durante la vigilia.
3. Emergencia de las vivencias de vacío, o de angustia desarticuladas de la actividad del individuo.

Como ya venimos diciendo la esencia de lo disruptivo es la irrupción en el psiquismo del afuera, de lo externo, de lo no propio, esto deviene en traumático

en la medida que ese psiquismo no tenga posibilidades de transformarlo en propio. Entonces el afecto desarticulado buscará incesantemente la representación en cada uno de los espacios psíquicos, especialmente el originario, o sea la articulación entre sensaciones y figuras. Es decir la transformación de lo experimentado, para que de esa forma no reine la sintomatología perteneciente al orden del complejo traumático, sueños hiperalerta, flashes, evocación repetitiva etc.

Como bien lo ha determinado Freud, en la medida que los procesos psíquicos puedan ir alejándose del polo perceptual, se los podrá elaborar, ellos podrán ser transformados y pensados. O sea que el polo perceptual de esa vivencia debe desactivarse paulatinamente y transformarse para poder ser pensada. Lo paradójico es que aquí hacer pensar al paciente en forma abstracta no es el camino terapéutico adecuado, sino lo que proponemos es estimular su capacidad de procesamiento psíquico articulado, interrumpido por la vivencia traumática. Esto es lo que se pretende por medio de la interpretación vivencial.

Enfatizamos que ésta no viene a suplir otros tipos de interpretación conocida dentro del universo psicoanalítico, sino que es una modalidad que proponemos para el abordaje de lo traumático, ya que es un modo de intervención específico destinado a la activación o reactivación de un procesamiento psíquico articulado.

Cuando Celia trae las figuras de sus propios sueños, es ella la que nos propone trabajar desde el peldaño de lo originario por medio de procesos regresivos. Comenzamos a trabajar con estas figuras, en primera instancia para poderlas articular con las sensaciones, desde ese espacio, desde el contacto con el terapeuta serán metabolizadas al espacio siguiente continuando nuestro trabajo pero en sentido progresivo.

A Cecilia se le presentaba la *cara de su amigo muerto* o era asaltada bruscamente por sensaciones de angustia o de crisis de llanto durante la vigilia, a manera de angustia automática, quedando ella en absoluta soledad y con características de ser poseída por lo que vivía (manifestaciones claras de desvalimiento y desamparo). Este tipo de manifestación clínica requiere de la articulación de la figura con la dimensión afectiva correspondiente, intentando restablecer la capacidad de procesamiento psíquico alterado por el efecto del introductor. Utilizaremos la interpretación figurativa para ligar esta angustia con la dimensión representacional desarticulada.

Es decir el abordaje de las manifestaciones sintomáticas se realizará de manera regresiva o progresiva en busca de lograr la rearticulación de la dimensión afectiva con su dimensión representativa, en cada uno de los espacios psíquicos correspondientes. Son estas dos formas de procesamiento que utilizamos, una regresiva desde la palabra que anuncia la figura, hacia la sensación originaria; y la otra, progresiva desde la figuración originaria de la presentación de lo traumático, hacia la puesta en relación y contacto en lo primario, y búsqueda de sentido en lo secundario.

Estas dos tendencias complementarias, una hacia la representación palabra y otra hacia la figuración originaria que se encuentran simultáneamente en actividad día y noche, será las que estimularemos técnicamente en donde consideremos que el proceso de representación se encuentre interrumpido.

Esta es una diferencia importante con incentivar a que el paciente relate una y otra vez el episodio disruptivo que puede funcionar erróneamente victimizando al paciente y anquilosando la expresión sintomática de lo traumático, donde el terapeuta engañosamente puede creer que el paciente está elaborando, dicho abordaje lejos de colaborar con la recuperación del paciente, provoca un estado de dependencia claramente regresiva.

Por las características que tienen los eventos disruptivos al producirse por el impacto del evento, estos fenómenos producen un especial interjuego entre mundo psíquico y realidad externo, desplegándose un fenómeno que pertenece al orden de lo mítico y que tiene 5 dimensiones, como ha sido postulado en trabajos anteriores (Benyakar, M. y Jallinsky, S. 2005). Estas cinco dimensiones son:

1. *Lo mítico* en el discurso social
2. *Lo disruptivo* en el discurso *mítico social*
3. El *mito social* como apaciguador ante el *agujero de lo disruptivo*
4. El *seudo-mito individual patológico*
5. El *relato mítico transicional*

Nosotros haremos hincapié en el relato mítico transicional que remite a las construcciones que se realizan en el curso de un análisis, las cuales se entretienen por medio de interpretaciones vivenciales.

Intentar que el paciente entienda y reflexione acerca de las motivaciones ligadas al episodio es un mecanismo progresivo que lleva a incentivar la racionalización, y que muchas veces puede ser un camino errado que no logrará

un mayor nivel de autonomía psíquica. Perder de vista el nivel en el cual el psiquismo del paciente se encuentra procesando nos puede llevar a errar en la forma de intervención impidiendo el progreso terapéutico.

Celia de los relatos compulsivos casi en forma automática, pasó a transmitir lo vivido por ella en forma subjetiva pudiendo elaborar de manera progresiva y progrediente el contacto con su medio y su propio desarrollo personal.

Después de casi un año de tratamiento dejó de tener asaltos de angustia y la evocación repetitiva de la imagen de su amigo muerto y pudo disfrutar de un viaje a Europa sin angustiarse. Aún hoy se encuentra en tratamiento pero abordando temáticas más ajustadas a la problemática de su edad.

Caso Clínico Jana

Un ejemplo que puede hacer resaltar la tendencia al corte entre pasado presente y futuro, frecuente en situaciones traumatogénicas, es el de Jana. Nacida en Polonia, sobreviviente del holocausto, donde encontró la muerte la mayor parte de su familia.

Los diferentes golpes sufridos por Jana a lo largo de su vida la indujeron a desarrollar una actitud de dureza, rigidez y pseudofirmeza en sus posturas, con una pulsión muy fuerte orientada hacia la vida y la supervivencia, el tan conocido 'Hardening', o endurecimiento de los sobrevivientes. (Benyakar, M. 1994a, Danieli, Y. 1988; Lifton, J.D. 1979; Kijak, M. et. al. 1985a, 1985b; Kogan, I. 1990, 1993).

Jana volvió a construir su casa en Israel.

Durante la primer guerra del Golfo su vivienda fue bombardeada, todo el contenido de la misma se destruyó. En ese momento era viuda y sus hijos ya no vivían con ella. Su vida social era muy rica. Después de buscar mucho entre los escombros Jana pudo rescatar dos cosas: una tarjeta de invitación a un encuentro en la sociedad de beneficencia a la cual pertenecía, y una cucharilla de plata de un juego de mesa que había traído de Polonia. Durante los primeros días de su estadía en el hotel que había servido de refugio para los damnificados por el bombardeo, llevaba estos dos elementos a todos lados.

Quiero destacar que me he quedado atónito al leer un artículo en el diario Clarín de la Argentina, aparecido en Mayo de 1999 en el cual un fotógrafo documentaba escenas de damnificados de Kosovo que mostraban uno o dos objetos que llevaban con ellos como nexos con su pasado, entre ellas estaba la foto de una mujer de la misma edad de Jana, y aparece con una cucharilla de

plata en la mano como único recuerdo que le había quedado de su casa en Kosovo. Esta foto enfatiza lo repetitivo de las reacciones ante estos desastres, tomando en cuenta también lo específico de cada uno.

En esa época Jana visitó varias veces el lugar donde estaba ubicada su casa y de la cual ya no quedaba nada.

Cada vez que volvía de estas visitas se refería a esta destrucción como algo pasajero, sin mayor significado. En nuestras conversaciones con ella, recalca el hecho de que había que ser fuerte, y no dejarse vencer por este tipo de problemas.

No nos quedaba claro si sus expresiones era una modalidad de denegar lo sucedido, o si el hecho de haber vivido en el holocausto situaciones disruptivas terribles, permitía enfrentar esta situación como era la destrucción total de su propia casa como un evento que no tenía comparación con lo vivenciado en ese entonces.

Tuvimos la cautela de no querer inducirla en forma artificial a que elaborase la pérdida, respetando sus tiempos y sus modalidades de elaborar lo sucedido.

Nos contaba que así se había comportado durante toda su vida, enfrentando la vida, con la tendencia a que las adversidades y las amenazas no la paralicen ni le impidan continuar con el fluir de la vida, como ella solía decir.

Nos llamaba mucho la atención que durante todos los encuentros la cucharilla y la invitación estaban en sus manos. Ellas representaban para nosotros los contenidos emocionales sobre los cuales todavía no se mostraba dispuesta a hablar, pero que nosotros desconocíamos en absoluto. Todo esto cambió un día que acompañó a una amiga a ver los escombros de su casa también destruida, al igual que la de Jana. Entonces irrumpió en llanto. Los sentimientos que hasta el momento estaban ocultos, encontraron el desahogo por medio de una identificación con su amiga. Sólo de esta manera pudo ponerse en contacto con sus propios sentimientos. En esos momentos durante el proceso terapéutico le manifesté que parece ser que esas lágrimas brotan como un mar muy profundo.

Ella respondió que era ese mar el que la unía a su pasado en tierras lejanas, tan doloroso y triste, y que hoy la une a su amiga, que sufre tanto, como ella había sufrido. Esto Jana lo manifestó sin referirse al sufrimiento que ella estaba padeciendo en esos momentos.

A partir de este hecho, pudimos ayudarla a elaborar el significado que tenían la cucharilla (que representaba su pasado), y la invitación a la actividad social

(que representaba su presente). Pasado y presente que aparentemente habían permanecido hasta ese momento bajo los escombros. Lo que en este caso pudimos hacer fue ayudar a Jana a elaborar su tendencia a vivir en función del futuro, soslayando las vivencias del pasado y del presente, actitud característica de muchos sobrevivientes del holocausto. Una vez más esa primer guerra del golfo tan atípica llevaba a la actitud de "aquí no pasó nada miremos hacia adelante".

Considero de suma importancia tener en cuenta que sea cual fuere la intensidad de la amenaza para cada individuo, ésta será siempre específica y él reaccionará ante ella de una manera que le es propia. Debemos tener en cuenta en todo momento que el enfrentamiento particular de cada individuo con situaciones disruptivas desgarradoras puede parecer muy extraño, pero cuidémonos de diagnosticar precipitadamente estos fenómenos como patológicos, por más terrible que ellos nos parezcan.

El techo que el refugio transitorio ofrecía despertó la sensación de amparo y protección que en ese momento requerían los evacuados y esto dio lugar a que pudiéramos seguir elaborando dicha necesidad.

La integración de tres elementos: el contacto con sus parientes, el encuentro con la realidad externa tal como aparecía ante sus ojos, y el enfrentarse a su nueva realidad interna en una especial situación de contención, fue lo que permitió que en el proceso asistencial tuviera lugar el enfrentamiento con la destrucción externa.

Una de nuestras metas asistenciales era lograr que los evacuados realizaran un proceso complementario: por un lado que salieran al mundo externo que los rodeaba; por el otro, que pudieran elaborar su mundo emocional.

Acompañamos a cada familia hasta el momento de abandonar el hotel y establecimos las necesidades específicas, que en el futuro, debían ser atendidas con criterio terapéutico. En los casos necesarios se las derivó a los servicios de tratamiento estables para continuar este proceso.

La realidad con que esta guerra nos enfrentó, nos enseñó que nuestra experiencia sólo valió en la medida en que tuviésemos la capacidad de aceptar que deberíamos enfrentar continuamente lo imprevisto, y que pudimos enfrentarlo como grupo de profesionales sin que esto nos paralizara.

Reconocer la ignorancia y el dolor de no saber, producto paradójico de la experiencia, posibilita, insólitamente, enfrentarnos con el imprevisto. Junto a ello sería una negligencia no aprovechar el saber acumulado. A mi entender esta es la actitud básica que debemos adoptar diariamente como psicoanalistas. Tanto Bion en Inglaterra como Kaës en Francia y Etchegoyen en la Argentina entiendo que en sus desarrollos afirman esta posición terapéutica básica. (Bion, W. 1965; Kaës, R. 1979; Etchegoyen, R. 1986).

He traído el caso de Jana, especialmente para resaltar el modo que ante lo disruptivo, la acción de un equipo terapéutico contenedor, en este tipo de casos puedo funcionar como factor contenedor importante posibilitando la metabolización adecuada para que el componente disruptivo desestabilizante aminore en la medida de las posibilidades sus factores traumatogénicos. Esto bajo la égida y la comprensión de los profundos y complicados procesos psíquicos que se despliegan, y el abordaje clínico adecuado.

Pudiendo detectar la modalidad y la capacidad de procesamiento del paciente, y desplegando en base a ella interpretaciones vivenciales, que permiten la elaboración del impacto de lo disruptivo cuando deviene en traumático, ya sea un complejo traumático como el caso de Jana o un vivenciar traumático.

Caso clínico Tzvi

En la guerra de Yom Kippur, Tzvi, padre de familia, reservista del ejército de Israel fue llamado al frente de batalla, en forma sorpresiva, como ocurriera con todos los reservistas en esa guerra,

En pocas horas pasó del sillón de su casa al tanque de batalla. Durante años comandó el equipo de ese tanque, dentro del cual se entrenaban dos veces por año. Se establecieron relaciones muy cercanas, entre los miembros de ese equipo, con los matices propios de aquellos que desde muy jóvenes, no solo se vieron obligados a compartir un pequeño espacio físico sino, a transitar juntos por los corredores de la muerte.

En la Guerra de Yom Kippur salimos a combatir sorpresivamente sin que se logre poner en funcionamiento los equipos orgánicos, cohesionados y entrenados para la acción conjunta. Por lo tanto Tzvi salió a combatir en ese tanque, con compañeros que eran desconocidos el uno para el otro. Ese mismo día al llegar a la zona de combate, un "misil de hombro", (arma hasta ese momento desconocida por el ejército de Israel), impactó repentina y sorpresivamente en su vehículo e hizo volar del tanque a algunos de los hombres que comandaba.

Relató en su tratamiento: "cuando escuché los gritos de mis compañeros pidiendo ayuda en medio del bombardeo, en vez de salir a ayudarlos, como siempre lo hacíamos, sentí una fuerza que me impulsó a agacharme y esconderme".

Tzvi fue rescatado de su tanque, con una parálisis conversiva de medio cuerpo, inferior, en estado de obnubilación y perplejo. En otra de las sesiones agregó: "antes nos conocíamos, sabía de sus vidas, vi nacer a sus hijos, esta vez eran solo gritos de voces desconocidas".

En este tipo de situaciones, el impacto del arma no solo aniquila a personas, sino que puede provocar que el *afecto* quede a merced del misil. Transformando a un hombre deseante en un objeto de lo fáctico.

Lo desconocido y lo amenazante no fueron sólo las armas del enemigo, sino sus propios compañeros de batalla, con los cuales debía interaccionar durante horas o días, dentro de un tanque blindado. Ese grupo no llegó a establecer ni los más rudimentarios lazos fraternales, que por su polivalencia sirven de apoyatura para enfrentar lo amenazante de las situaciones disruptivas.

Relataba en el tratamiento que no podía dormir sin que de repente aparezcan esas escenas del tanque explotando, con sus compañeros volando por el aire. Las escenas, los olores, los ruidos volvían y volvían, esos eran las evocaciones repetitivas que lo dominaban, esas eran las vívidas manifestaciones de lo que luego he denominado *introducido*. Ese *introducido* reaparecía en todo momento, no permitiendo a Tvi poder elaborar los contenidos de lo acaecido, y el modo en que se podía reintegrar en forma adecuada a su vida cotidiana.

Durante el tratamiento detecté que el cuadro clínico que presentaba me remitía a lo que en un principio había llamado una *vivencia traumática*, y que luego he podido desarrollarlo en el cuadro clínico que hemos denominado del *complejo traumático*, puesto que estaba muy presente el *introducido*, la angustia automática, la vivencia traumática, la vivencia de vacío, la vivencia de desvalimiento, y la vivencia de desamparo. Ellas se fueron manifestando de diferentes maneras a lo largo del tratamiento. La presencia de la vivencia traumática se fue clarificando cada vez más al comprobar que su afecto quedó supeditado a la irrupción directa de lo fáctico. Relataba sucesos, describía escenas, pero esas vivencias en las cuales el afecto no estaba articulado con la representación irrumpían en las sesiones, en aquellos momentos que enmudecía, como si se cosificase, quedando psíquicamente paralizado de la misma manera que reaccionó su cuerpo en el evento. Describía su vivencia de vacío, como si hubiese algo que había antes en su cuerpo y en su ser y que ahora no estaba, se tocaba el pecho como si quisiese mostrar que allí había un agujero que nunca lo iba a poder llenar.

Decía que hacía todo lo posible por superar lo que había vivido y lo que le sucedía, si bien pudo sobreponerse a lo que fue su parálisis reactiva, él no podía superar la parálisis que le aparecía en su propio pensamiento, como si el desvalimiento aparecía y no podía hacer por sus propios medios. En los relatos de no encontrarse sostenido por su grupo de pertenencia, emergía una y otra vez la vivencia de desamparo, que tuvo una manifestación clara a lo largo de la relación terapéutica.

Ese modo de elaborar las vivencias en Tzvi emergían como en un eterno presente, buscando la reparación de lo irremediable por medio del *acting in*: pesadillas, manifestaciones somáticas, etc., y del *acting out*: la puesta en acción, o el actuar. Ese Yo, circunscritamente desestructurado, perdió su función integrativa e integradora. La desarticulación entre el afecto y la representación era una de las manifestaciones más características, quedando claro que el complejo traumático se desplegaba en su máxima expresión.

En la labor interpretativa en una de las interpretaciones figurativas le dije ante esas manifestaciones de no puedo, de tocarse el pecho diciendo no hay nada, solo un agujero, le dije que a lo mejor en vez de un agujero era un pozo muy profundo, y que posiblemente juntos podríamos entrar en él. Entonces él me manifestó que esto le daba mucho miedo puesto que sentía que en ese pozo había mucho pero mucho dolor. Es de este modo que traté de acompañar a Tzvi a traducir su dolor en sufrimiento. Entiendo que el dolor es ese profundo displacer que informa del mismo pero que no comunica, mientras que el sufrimiento es ese mismo dolor puesto en contacto o en relación.

Por medio del caso de Tzvi pretendí demostrar como el impacto de una situación disruptiva como fue el ataque de un arma desconocida que produjo la muerte de los combatientes que estaban con él llevó como resultado a un complejo traumático, con todas sus expresiones clínicas.

En este caso vemos una vez más que lo paradójico del proceso del complejo traumático es que el impacto es por lo que le sucedió a otros, o por lo que no sucedió en su expresión final, o sea la muerte.

Capítulo XVI

PRECISIONES TÉCNICAS EN EL ABORDAJE DEL VIVENCIAR TRAUMÁTICO

.Moty Benyakar

Caso Dalia

Más de dieciséis años pasaron desde el día en que Dalia, acudió a mi consultorio solicitándome tratamiento. Quien en esos días era estudiante en los inicios de su carrera, hoy es una profesional de la Salud Mental con importantes logros académicos.

Dalia, es una paciente a lo largo de cuyo tratamiento analítico se detectó un proceso traumático, del orden del vivenciar traumático. Ella manifiesta, en sesiones reiteradas, una angustia indescriptible, remitiéndose una y otra vez a su soledad e incapacidad de ponerse en contacto.

Tras varios intentos infructuosos de abordaje, yo percibo que no hay modo de transmitir con palabras esa profunda sensación de dureza y soledad que vivía. Todo intento de poner eso en palabras, remitía a su aislamiento y soledad que así se incrementaba. De este modo, volvía sobre esas frases que poblaban su análisis: *nadie, nunca puede entender nada*.

En la primera sesión dice que sería ese su último intento, puesto que ya no podía más, solo quería cortarse las venas para así poder sentir algo, sentir que es lo que pasaba afuera, sentir a los demás, sentirse a ella.

Después de proponerle utilizar los brazos para ir de la mano juntos por caminos que tanto ella como yo desconocíamos, comenzamos una prolongada relación terapéutica.

Durante el tratamiento manifestaba que muchas veces sentía que no podía más, y que esa soledad y vacío la volvían a habitar. Dijo que en los momentos que sentía la necesidad imperiosa de cortarse las venas se podía detener por aquello que habíamos pactado el primer día de nuestro encuentro, decía: ‘es como si viera la escena de los dos caminando de la mano’, a pesar que siempre recalca que le quedaba claro que el camino era sumamente difícil y árido. Después de varios años he llamado a este tipo de interpretación, interpretación de contacto, como una de las interpretaciones vivenciales.

En ese momento emergió en forma espontánea ante mi permanente búsqueda del modo de poder llegar de alguna manera a superar ese abismo que ella creaba entre nosotros, y que anquilosaba toda labor terapéutica

Al entrar a sesión, acostumbraba a pararse frente a mí como si debiera esforzarse para hacer reales los momentos del encuentro. Al sentarse, en la primer etapa del tratamiento, me observaba detenidamente, y sostenía largos silencios, que si bien yo no comprendía, dejaban perfilar que nada tenían que ver con la resistencia. Parecía como si esas miradas o esos silencios me invitaran a algo absolutamente desconocido por mí, paulatinamente advertí que también por ella. Pensé que esas miradas intensas eran como si cada vez tenía que volver a confirmar que yo estaba allí, como si cada vez tenía que comprobar que yo era el mismo, y que me encontraba allí esperándola.

Solía decir: ‘no tengo palabras para expresarlo, no sé cómo podría decir esto, sé que nunca nadie me podrá entender pero estoy cansada de destruir todo y a todos, de quedarme sola en mi mundo’.

En una de las sesiones de la primera época percibí que me describía una sensación de dureza y desvitalización que me hizo recordar la descripción de Francis Tustin acerca de la piedra negra, sensación autista del psiquismo. Como un núcleo duro que nunca podría acceder (Tustin 1981). Entonces le dije que: ‘percibía que se sentía como una montaña de piedra en el desierto’, abrió sus ojos como si estuviera mirando lo que le describía y me respondió: ‘no, un témpano de hielo’. Le dije que entendía que me marcaba una diferencia muy importante, puesto que la montaña de piedra se destruye a golpes, mientras que el témpano de hielo se derrite con calor, y posiblemente se está remitiendo al contacto en la sesión’.

Pasaron diez años de tratamiento cuando me recordó este episodio, como si me estuviese ayudando a conceptualizar el papel de la interpretación figurativa.

Junto a ello el modo que una interpretación figurativa se puede luego combinar con una interpretación de relación, de este modo es que fui desarrollando poco a poco el concepto de interpretación vivencial.

En ese momento Dalia rompe en llanto –cosa que no se permitía en otros momentos del análisis – y comienza un relato de sus experiencias infantiles junto a su madre a quien le tironeaba de la pollera para que la alce en sus brazos. La madre le respondía que una niña de su edad ya tenía que caminar sola. Era perceptible en sus palabras el odio que le causaba que su madre no hubiera percibido que la paciente buscaba -una y otra vez- acercarse a ella. El abordaje

de la interpretación figurativa combinada con la de contacto, es lo que a mi entender, muy a posteriori, posibilitó, poder remitirse a esas relaciones en la infancia que la seguían torturando en el presente.

De niña nunca le pegaron, ni la reprendieron, siempre fue considerada eso que suelen llamar una niña buena y aplicada.

Entre los diferentes recuerdos infantiles, aparece el padre a quien todos temían. Su padre le hacía declamar ante él párrafos enteros de Mitología Griega, explicándole que hacía esto para que adquiriera cultura. Relataba esto, dejando percibir la indignación y denigración que ella sentía en esos momentos. Dentro del contexto familiar, la madre adoptaba la posición de una mujer frágil, que se escondía de la figura paterna, y lo único que hacía en esos momentos era decirle a Dalia que acceda a las imposiciones del padre, puesto que él la quería educar. Este era un caso más que Alice Miller podría incluir en su libro: “Por tu propio bien”. (Miller 1980)

Manifestaba: ‘Mi madre nunca me levantó en brazos cuando yo le tironeaba de la pollera diciéndole que tenía miedo, hoy no le tengo miedo a nada ni a nadie, solo me tengo miedo a mí misma’. Agregaba: ‘yo ahora sé que Ud. no se va a asustar, y que a pesar de todo lo que le hice igual sigue a mi lado’.

Decía: ‘Durante muchos años lo estuve probando, solo esperaba el día en que me eche y me diga que ya no puede más, que soy realmente insoportable’, “¿podré afrontar todo esto? hoy sé que sola no puedo’.

En una sesión relata que después de levantar una beba de dos años en sus brazos sintió en su cuerpo una sensación de ternura especial, recordó que de niña cuando se sentía muy sola llamaba a un hada que acudía a ella con una varita mágica la tocaba y le permitía relajarse. “Hoy sé que Ud. no tiene la varita mágica, pero me siento muy acompañada en este terrible desierto de la vida”.

A lo largo del tratamiento no me quedaba claro si era su propia agresión no mediatizada por su madre, en un entorno en el que reinaba la violencia, lo que llevó a Dalia a vivir el dolor de tal forma que no podía transformarse en sufrimiento. Destaco aquí la diferencia que realizó entre dolor y sufrimiento, siendo el primero una manifestación de displacer física no comunicada, mientras que el segundo es un displacer puesto en relación.

Cuando fui detectando, a lo largo de las sesiones, que la paciente comenzaba a elaborar lo propio y a poder transmitir tanto sus sensaciones como sus emociones en palabras, adopté la modalidad de la interpretación de sentido, como dominante. Cuando la paciente traía lo elaborado por medio de la interpretación figurativa y la de relación -o sea, hacía referencia al témpano de hielo y a la relación de calor y de contacto para derretirla- desde la modalidad

del sentido, podía interpretar diciendo: ahora no es necesario seguir tironeando de la pollera de su madre, con la sensación que ella no la iba a alzar en brazos, puesto que ya está comenzando a caminar por sus propios medios, a decir y expresar lo que quiere y le place sin sentirse dolida y ofendida por ello.

Si antes, en la interpretación relacional, abordaba lo emergente en el vínculo con la paciente, enfatizando el contacto -como el calor que derrite el témpano- asumiendo el lugar concreto y material que la paciente me adjudicaba o necesitaba en ese momento, ahora me ubicaba ahí donde podía abordar el material que no me incluye o en cual no me incluye, quedando a la vez exento pero sin perder contacto. Así, pude interpretar enfatizando que lo que emerge es algo que pasa con otras personas y por fuera de la relación entre ellos, y que se imbrica y adquiere su sentido singular en los sucesos de la historia personal de la paciente. Esto es adecuado en este momento, dado que pude ubicarme en un lugar de relativa alteridad, lugar desde el cual la palabra es utilizada como palabra plena, o sea con las dimensiones del tiempo y el espacio que permitirán elaborar el sentido que conlleva.

Así, pude remitir lo que emerge a situaciones del entorno de la paciente y de su pasado, para poder observarlo junto a ella, sin perder la cercanía que se fue gestando entre nosotros, pero remitiéndome a fenómenos distantes y en los cuales no estaba involucrado. A su vez Dalia observa y significa lo que le aconteció y le acontece, con una distancia suficientemente adecuada como para que esa observación no quede ni poseída por lo que emerge ni fuera de lo que ella vive como propio.

En el campo de los fenómenos psíquicos traumáticos, la interpretación de sentido es utilizada en aquellos momentos en los cuales, a pesar de que ya la presencia del otro se hace relevante, emergen en forma repetitiva materiales que manifiestan contacto sin que se logre elaborarlos. En este caso, la paciente ya podía percibir la presencia contenedora del terapeuta y del vínculo terapéutico, pero no la podía hacer extensiva a su entorno.

Por medio de la interpretación que remite a la montaña en el desierto y que ella corrige al témpano de hielo, fui descubriendo la importancia de poder llegar al mundo de las sensaciones por medio de la figurabilidad, y junto a ello la forma en que se entreteje una interpretación conjunta.

El hecho que ella haya dicho 'no es una montaña en el desierto sino un témpano de hielo', enfatiza su libertad, creatividad y capacidad de rechazo, que siempre estuvo presente en ella, pero que ahora la puede poner en juego puesto que se encuentra ante una actitud genuina de búsqueda como eje central de la relación.

A mi entender una de las formas que nos podemos preservar de la ‘violencia secundaria’ que puede ejercer la interpretación, será posibilitando y transmitiendo como central, la importancia de la búsqueda del sentido que el paciente da a sus propias sensaciones. Esto posiblemente lo podremos lograr en la medida que sostengamos nuestra capacidad de equivocarnos.

La sensación de Dalia de destruir todo y destruirse a ella misma posiblemente es porque no pudo usar nada ni a nadie, al decir de Winnicott, me pareció de suma importancia que pueda comenzar a ‘usar’ el marco terapéutico y a usarme como persona.

Su confianza-desconfianza fluctuó durante muchos años como si me estuviese pidiendo que deje recrear el interjuego entre ilusión-desilusión coartado desde su más temprana infancia. Por medio de la alucinación del hada con la varita mágica, en su infancia desarrollaba un mundo interno producto de sus fantasmas, el marco analítico le permitió constatar su fantasía por medio de la desilusión y recrear soluciones de relación y no sólo producto de sus sensaciones.

Pretendo enfatizar la diferencia en el abordaje de un vivenciar traumático como el de Dalia, en el cual no eran eventos determinados y específicos los que distorsionaron su vivenciar y que llevaron a esa desarticulación entre el afecto y la representación. En el caso de Dalia la permanente distorsión del contacto con las figura maternante y paternante eran las que provocaban esa distorsión, llevando a un modo de vivenciar que es al que llamé vivenciar traumático. La importancia de esta diferenciación no es solo metapsicológica, sino que como toda conclusión metapsicológica conlleva un abordaje técnico específico.

En el vivenciar traumático sería irrelevante remitirse a los efectos o impactos disruptivos de eventos determinados, como muchas veces se hace buscando causalidad a tal o cual situación, en estos casos el modo en que se va vivenciando y elaborando en forma continua es lo relevante. A diferencia del abordaje del complejo traumático en la cual el evento es el desencadenante del introducto y de ese modo la elaboración y el abordaje del introducto se torna central y relevante en el proceso del tratamiento.

Para poder acompañar a Dalia de la mano por esos tortuosos caminos del desamparo, agresión no confrontada y violencia, debí acompañarme de la mano de mi propio análisis, supervisiones y enseñanzas de aquellos que deambularon antes que yo por esos dificultosos y desconocidos senderos que nos propone todo paciente al comenzar su análisis, ya sean estos frondosos bosques intransitables, llenos de obstáculos que no nos permiten vislumbrar el camino, o desiertos en los cuales sobreviven solo aquellos que pueden soportar las inclemencias de la soledad y falta de contacto con lo que tiene vida y permite la vida.

A lo largo de los 16 años que duró este tratamiento me cuestionaba si la actitud de infligirse daño y atacar el vínculo, al decir de Bion, podía ser explicado solo desde un odio primario, o si el componente agresivo estaba presente todo el tiempo.

Entendí que la agresión no contenida de Dalia por una madre 'ausente' y un padre que imponía normas de conducta y relación, estrictas e inflexibles, como la de declamar párrafos de la Mitología Griega por su propio bien, ponía en interjuego una 'agresión primaria' no desarrollada ni contenida, con un entorno en el que reinaba la 'violencia secundaria'.

Estos factores, supuestamente no llevaron a actitudes antisociales, sino por el contrario a la figura de la niña buena y aplicada, una niña sobreadaptada, al decir de Liberman producto del acatamiento de las reglas impuestas por el medio ambiente, que coartaba toda posibilidad de transformar sus necesidades en deseos. (Liberman, D. 1982)

Entendí en la relación clínica que era sumamente importante respetar los silencios y esos momentos en los cuales se paraba a mirarme como si quisiese de esta forma afirmar mi existencia fuera de su propia persona, como si con sus ojos me pidiera que deje de ser producto de su propia fantasía para intensificar mi otredad, y darle de esta forma posibilidad a que su agresión sea contenida y sostenida.

Entendí que la propuesta de acompañarla de la mano como una forma que se cristalizaba en mí la actitud de sostén en el proceso analítico.

Era para mí evidente la necesidad de recrear su odio, pero esta vez con una figura que lo pueda sostener, sin correrse a un costado o denegándolo como lo hizo su madre. Transmitiendo que la centralidad de nuestra búsqueda no está en recitar párrafos de la mitología griega, (aunque estos se relacionen con Edipo), sino en la búsqueda de su propio sentido, que desde ya en algún momento convergerá con las enseñanzas de los griegos.

La propuesta de poder derretir el témpano de hielo e ir de la mano con Dalia, como forma de enfrentar su agresividad destructiva, permitió el desarrollo de una relación en la que paulatinamente se fue enfrentando con la vivencia de su propia existencia, descubriendo en su camino lo propio y lo ajeno, lo rescatable y desechable, lo cambiante y lo irremediable. Winnicott dice: 'se crea un mundo de realidad compartida, que el sujeto puede usar y que puede devolverle una sustancia que no-es-yo'. Agrega, que los pacientes privados de esta decisiva experiencia temprana necesitarán que el análisis les

permita desarrollar la capacidad de usar los objetos, para ello 'lo fundamental es que analista sobreviva y que la técnica analítica se mantenga intacta'.
(Winnicott 1972)

En el caso de Dalia podemos ver las tres variantes de la interpretación vivencial.

La primer variante es la interpretación figurativa en la que la sensación aparece como *montaña de piedra*, que ella – desde su libertad, creatividad y capacidad de rechazo, puestas en juego como búsqueda genuina en la relación analítica- puede afinar hablando del frío y del aislamiento que supone el témpano de hielo. Su modo de precisar la figura pone en evidencia la importancia de llegar al mundo de las sensaciones a través de la figurabilidad, además de la importancia de entretener una interpretación conjunta. Lo importante en estos casos no es acertar con la figura propuesta, sino el hecho de que Dalia pudo percibir una genuina búsqueda de las cualidades de sus sensaciones, y ella pudo guiarme para que pueda acercarme a las mismas. Esto es lo que me permitió llevar esa sensación de frialdad autoengendada a un plano de relación por medio del calor del contacto.

Esta variante de la puesta en relación, ya había sido manifestada en la propuesta es ir de la mano, es decir, un destino distinto para los brazos cuyas venas quiere cortar. En esta interpretación, me permito ofrecerme como objeto relacional, como aquella persona del mundo que puede hacer tope a sus desbordes omnipotentes, movidos por una sensación profunda de absoluta soledad.

La tercera variante es la puesta en sentido. Al interpretar que Dalia me veía como figura maternante –tratando de detectar componentes contratransferenciales– lo acaecido en la transferencia se instala en el campo de las relaciones de parentesco, relaciones que permiten otorgar sentido a su existencia. El poder poner en palabras el modo que va reconstruyendo esas tendencias a destruir las relaciones y posibilitando la existencia de ese objeto externo, que en este caso era yo y que podía enfrentarse con el vacío, el desvalimiento y el desamparo que la inundaban, de ese modo poco a poco podía ir reconstruyendo su propia historia familiar.

La mencionada viñeta nos permite ubicar, en forma condensada, las tres modalidades de interpretación vivencial: figurativa, relacional y de sentido. Pretendo aclarar que, a lo largo de la labor analítica, no siempre éstas se manifiestan de modo tan condensado. Al contrario, lo más frecuente es enfatizar

uno u otro de los tipos de interpretación vivenciales según sea el material y el estilo procesal dominante que emerge en los distintos momentos del proceso terapéutico.

El caso de Dalia nos posibilita no solo transmitir la modalidad del abordaje de un vivenciar traumático por medio de la interpretación vivencial, en sus tres dimensiones la de figurabilidad, la de relación y la de sentido. También por medio de este caso clínico pretendo presentar el modo en que un entorno familiar disruptivo impacta en el psiquismo de una niña, perdurando un modo de procesar traumático que no contaba con un componente del inducto, por ello no se constituye en complejo traumático, pero a pesar de ello se ve el modo en que emergen diferentes las vivencias de vacío, de desvalimiento y de desamparo.

De este modo postulo como impacta lo disruptivo de un entorno en el psiquismo.

Caso María

Presentaremos una viñeta del tratamiento de una paciente a la que llamaremos María. María tiene 17 años. Ante el fracaso en un examen de matemáticas, durante su último año de secundaria, decide quitarse la vida ingiriendo psicofármacos que sustrae del botiquín de la madre, encontrándome yo de vacaciones.

El motivo de la primera consulta, un año y medio antes del evento señalado, fue un estado depresivo y desánimo general que preocupaba a su madre, quién la trae al tratamiento. Esta se encontraba muy ansiosa y extremadamente preocupada. Su madre señalaba que María se encontraba inmersa en un estado de desconexión absoluto con su entorno. No estudiaba, se aburría en las clases, y no presentaba interés por ninguna cuestión que atrajera a su grupo de pares. Desde hacía muchos años María no podía dormir de noche, dormitaba durante el día, o durante el horario de clases, pasando largas horas de insomnio frente a su computadora.

Al comienzo de su tratamiento, fue necesario que su madre o su hermana la acompañaran hasta el consultorio, ya que María no mostraba ninguna voluntad de ser tratada o asistida, al menos durante los primeros meses.

En María se destacaba la palidez de su rostro, y a pesar de su belleza natural, era totalmente inexpresiva. Su modo de vestir era excesivamente contrastante respecto de su grupo de pares, generando un sentimiento de rechazo y desagrado

en su entorno. Mi primera impresión fue que de esa manera, por medio de su vestimenta, pretendía hacer sentir a los otros el displacer que supuse ella sentía en su propio cuerpo.

Presentaré dos momentos del tratamiento. Un primer período, que ubico como una etapa previa al intento de suicidio y un segundo período posterior en el cual hago uso de la interpretación figurativa como técnica y el abordaje de las interpretaciones vivenciales.

Durante el primer período era muy difícil acercarme a María a través de la historización y el relato de sus vivencias. Busqué otras modalidades de abordaje para lograr hacer consciente lo inconsciente.

Comencé a trabajar sobre pequeños detalles de su vida personal, deteniéndome en la manera en que ella sentía, vivenciaba las distintas dimensiones o expresiones de su vida, buscando el modo de acercarme a ella y a su mundo, haciendo grandes esfuerzos por escucharla y comprenderla para poder, luego, transmitirle en palabras la relación entre aquello que ella decía o hacía y sus motivaciones inconscientes. Rastreaba paso a paso cada uno de los eventos que ella iba relatando en su vida, buscando significados en mi mente.

Con palabras sencillas trataba de explicarle, tanto sus distintas reacciones, como las causas de las mismas. Comenzamos a trabajar con su música, con las letras de las canciones de su grupo preferido y con su forma de vestir y arreglarse.

Muchas veces la veía muy sorprendida frente a todo esto. Estas intervenciones la impactaban mucho, y yo sentía como si me pidiera que continuase con esa actitud.

De este modo, me parecía que entendía cada vez mejor las motivaciones inconscientes que la llevaba a actuar de esa manera, y que podía transmitírselo a ella. Luego, en el segundo período del tratamiento, con una mirada retrospectiva, advertí que posiblemente el hecho de sumergirme en una búsqueda sincera e inocente permitía de alguna manera establecer el contacto, y no tanto los contenidos que a mí me parecían muy relevantes hasta ese momento.

Paradójicamente a medida que se iba afianzando la relación terapéutica con María también se iba desarrollando un estado de dependencia a mi persona que yo no lograba percibir con claridad.

Durante éste primer momento del tratamiento, mis intervenciones parecían guiarse por la idea de que apuntando a la comprensión y a la contención, ayudaría a María a sentirse aceptada por alguien, creyendo ver en esto uno de los principales objetivos o metas del tratamiento, sin poder detectar como generaba

la estimulación de mecanismos regresivos de funcionamiento psíquico que estaban lejos de colaborar con la recuperación de María como intento de apuntar a un mayor nivel de autonomía psíquica. Pretender que entendiera y reflexionara acerca de sus motivaciones era un camino errado, especialmente con una paciente con las características de María.

Retrospectivamente, puedo decir que estaba trabajando exclusivamente en función de la relación y del sentido, sin que eso me permitiera estar en contacto con lo más primitivo de ésta paciente, sus propias sensaciones.

Al intensificarse nuestra relación, María entraba en un estado de funcionamiento regresivo. Yo entendí que en ese momento no estaba proponiendo mecanismos suficientemente regresivos, o sea mecanismos que apunten a la búsqueda de modos de procesamiento muy primarios, que le permitieran salir de ésta vivencia de desvalimiento o desamparo ante la falta del otro.

El segundo tiempo, como señalaré a continuación, estará marcado por el comienzo del uso de la figurabilidad como técnica, y por un notable cambio de posición de la paciente que me interesa destacar.

Para referirme a él, debemos retomar el episodio del intento de suicidio.

Interpreté a la conducta suicida y destructiva de María de ingerir los psicofármacos, como un modo de decir: “esto que yo siento dentro mío es intolerable, y no hay nadie que lo pueda contener”. De este modo, recurre a mecanismos evacuativos muy primarios como modo de desprenderse de esta vivencia.

Consideré que la distancia física producto de que me encontrara de vacaciones albergaba un mensaje muy importante, y se correspondía con el modo en que hasta ese momento veníamos trabajando.

Según sus familiares, antes de dar el examen, previo al intento de suicidio, María sentía sus venas hinchadas y se las había tapado con vendas. La noche anterior al examen había encendido velas, realizando una especie de ritual que pudiera calmarla. Durante su internación María me cuenta que la noche anterior al examen se sentía débil y que no se podía ver las muñecas. Al escuchar los latidos de su corazón, sentía una gran impresión, y no podía conciliar el sueño.

Realizada la externación, acompañada por un intenso trabajo familiar, María retoma su tratamiento.

Acude a su primera sesión, después de lo ocurrido, con las muñecas vendadas. Le pido que me las muestre, ella se saca las vendas, y retira su mirada, como evitando verlas (con un gesto de horror o espanto).

Me siento a su lado y comienzo a hablar de mis venas, se las muestro y comienzo a tocármelas. Me mira impresionada, se tapa la cara y me dice: “no, no...Me da impresión”.

La invito a hablar y, mostrándole sus venas, le pregunto si ahí es lo mismo. No sabe: “No puedo mirarlas, por si se hinchan”.

Ante esta imposibilidad de María de hablar acerca de lo que desconoce, o de lo que para ella no tiene palabras, le ofrezco una figura, que nos permita entrar en contacto con lo más primitivo y originario: sus sensaciones.

Elijo la figura de un globo a la que le doy características, con la suficiente flexibilidad, como para que María pueda corregirlas y cambiarlas, para expresar sus sensaciones que hasta este momento no podía poner en palabras. Entonces le dije: “Sentir como el globo se llena y se llena, que puede explotar y si se pincha, por ese agujerito se puede vaciar”.

María asiente con la descripción que yo voy haciendo del globo, con una expresión constante de espanto.

En este punto, comienzo a intentar incluir sensaciones que impliquen un poco más a María, y que nos permitan comenzar a establecer un diálogo. Continúo:

“Puede ser que sea como aquí (señalando mis venas) que por allí, en las tuyas pueda correr vida, esa vida que nos hace sonreír, vida que nos hace latir, que hace pum – pum, pum – pum que empuja a la vida, que corre por todo el cuerpo y lo calienta. Claro que si pienso que soy fría y oscura...”. María agrega: “...negra”, como si ella ya hubiese entrado en el juego de contactarse por medio de la figura, y vuelve a permanecer en silencio, pero atenta.

Aquí vuelvo a elegir otra figura, para estimular el proceso regresivo, en busca de sensaciones. Continúo diciéndole: “...puede ser que sea como una caja...”, y ella responde: “Sí, como una caja, pero negra”. “Una caja negra y oscura, que puede vaciarse o que está vacía, como muerta, ¿será eso? ¿Que las venas llevan lo negro?”. Me mira sorprendida y aliviada. Dice: “Sí”.

Las figuras utilizadas, a las que les vamos dando cualidades que remitan a sus sensaciones, nos permiten alejarnos de aquello que esta puesto en su cuerpo y poder permanecer las dos como observadoras de un fenómeno, en forma conjunta. Paradójicamente, se trata de expresar su subjetividad pero desde una observadora.

Me interesa enfatizar, en este punto, una cuestión central en el trabajo con la figurabilidad. No se trata de una propuesta arbitraria, que responda a una motivación del terapeuta, sino de una búsqueda conjunta, donde el terapeuta a través del uso de figuras estimula mecanismos regresivos, al servicio de un proceso progresivo. Desde la relación terapéutica, desde el contacto, algo del orden de la sensación y la figura, que emergía en forma patógena, podrá retomar su cauce normal.

Creí descubrir entonces la diferencia que había entre la relación de dependencia anterior, que no estaba motivada por un afecto procesado, como en este caso. De esta manera, una relación que aparentaba ser mucho más distante, me permitía entrar en contacto con lo más primitivo de María, sus sensaciones.

El trabajo con María siguió girando en torno a estas figuras, y poco a poco, ella fue señalando nuevas sensaciones, a las que íbamos poniéndole palabras, que la rescataban de esa vivencia de desamparo, que se reactivaba permanentemente.

La relación terapéutica, el vínculo, puntualmente mi mirada, la rescataban del vacío, de lo negro, de la muerte, de un medio circundante que se presentaba como altamente hostil y amenazante. Yo, a través de este trabajo, entraba en contacto con lo más desolador de su sensación, ocupando una función cometabolizante transicional, aquello que llamamos lo paradójico de la función utópica del terapeuta: un lugar sin lugar.

Algo del orden de la dimensión temporal perdida, propia y característica en fenómenos que pertenecen al orden de lo traumático, comienzan a reelaborarse. Poco a poco, María comienza a proyectar en función de su futuro, con planes presentes, haciendo referencia y aceptando su pasado, sin perder de vista ninguna de estas tres dimensiones temporales, a diferencia de lo que hacía anteriormente que daba cuenta de una proyección evacuativa, no elaborativa. Entiendo que la reelaboración en el campo de lo traumático no es repensar o reconceptualizar contenidos, sino poder desarrollar al máximo la capacidad funcional del psiquismo. Es decir, poder ir articulando afectos y representaciones en cada uno de los niveles en los que el paciente se encuentre. En este caso, trabajando lo originario por medio de sensaciones y las respectivas representaciones que emergen en las figuras que María va trayendo durante el proceso psicoanalítico.

María comenzó a modificar esa relación violenta y agresiva que establecía con su grupo de pares, logrando delimitar primeros grupos vividos como de pertenencia, sonriendo y gratificando de esta manera a su medio familiar. Se produce un acercamiento con su madre, y esta descubre una nueva María, la ayuda a aprobar los exámenes, y a preparar su ingreso a una universidad en el extranjero. En la actualidad, María vive en pareja y se encuentra finalizando los estudios en esa ciudad. Continuamos nuestra relación vía e-mail.

CAPÍTULO XVII

LO DISRUPTIVO QUE NO DEVIENE TRAUMÁTICO

Moty Benyakar

Caso Clínico Rodolfo

Rodolfo es un profesional de alrededor de cincuenta años, casado padre de familia, y exitoso empresario.

En una noche que podía haber sido habitual, delincuentes lo raptaron y lo tuvieron secuestrado por el período de un mes encadenado a una cama y con sus ojos vendados.

Rodolfo es uno de esos pacientes que, si no hubiese sido por este evento y las insistentes recomendaciones familiares, nunca hubiese ido a tratamiento psicológico, a pesar de haber tenido en su pasado un episodio cardiovascular en el cual su vida estuvo en peligro. Manifestó que siempre le pareció que este tema de los tratamientos psicológicos no era para él.

Acude a tratamiento, habiendo sido medicado con considerables dosis de psicofármacos por indicación psiquiátrica, para poder llevar adelante el fuerte impacto de lo que había vivido. Muy pronto advertí que en este caso fueron indicados más para calmar las ansiedades de los que lo rodeaban, incluyendo los profesionales de la salud mental, que para abordar lo que había vivido. No es sencillo en las etapas agudas, poder hacer frente a este tipo de situaciones, sin pretender acallar en forma inmediata el tremendo dolor que por lo general emerge en forma sintomatológica, ni encontrar siempre la dosis y fármacos adecuados en la medida en que estos sean necesarios.

Rodolfo venía convencido de que debía pasar el infierno que estaba viviendo. Ya en el primer encuentro se presenta como una **víctima** del estado de las cosas en el país. No tenía seguridad sobre su vida ni sobre la de su familia, diciendo “yo soy la víctima de los secuestros. El famoso profesional sobre el cual la radio y la televisión habló este último mes”. Eran muchos los miedos que presentaba, a pesar que trataba de no aislarse ni quedar pasivo. Los primeros días de tratamiento no podía disfrutar de su entorno, ni del hecho que se encontraba en libertad.

En forma inmediata le transmití que a diferencia de lo que él manifestaba, y su entorno podría fortificar, no lo veía a él como una víctima sino como un damnificado. Por lo general, no abordé este tipo de temas tan de frente y con una definición cognitiva tan clara, pero en el caso de Rodolfo entendí que era una buena estrategia. Enfatiqué el profundo dolor que él tenía por lo sucedido dándoles sentido a la palabra damnificado con un valor de subjetividad mucho más profundo que el de víctima. Me era muy importante no detenerme en la diferencia semántica sino en preservarlo de la actitud circundante que por su popularidad se transformaba en patógeno.

Su inteligencia y sensibilidad captaron de inmediato el mensaje, y fue temática de varias sesiones elaborar el sentido de la misma.

Desde esta perspectiva pudimos descentrar los adjetivos que provenían del entorno social (periódicos, noticieros, etc.) y poner como centro del trabajo terapéutico sus sensaciones, tanto aquellas que emergían de su propio cuerpo, de su ser más íntimo, como las que se gestaban a partir de las relaciones interpersonales.

Durante el tratamiento me pareció de fundamental importancia, elaborar lo que le había acaecido en el secuestro, pero junto a ello que Rodolfo se pudiera vivir y presentar como persona, que pudiese rescatar lo que le era propio, y que posiblemente antes del secuestro no estaba tan en contacto.

A lo largo del tratamiento, el hecho es él que podía verse comprendido por mí, no solo en lo terrible y desconcertante que el impacto de ‘Lo Disruptivo’ había provocado, sino también y especialmente en relación al modo que él fue enfrentando lo sucedido durante todo ese mes, y sus propias estrategias de supervivencia física y psíquica en esos terribles días. Él mismo había relatado que si bien durante el secuestro fue muy difícil afrontar el maltrato físico, lo que sentía que debía preservar era su capacidad psíquica para no enloquecer en esa situación: encontrarse atado a una cama durante un mes, los ojos vendados, teniendo que hacer sus necesidades ante los ojos de los otros, pero no de sus propios ojos, era un hecho más que humillante.

En uno de los relatos Rodolfo me decía que una de sus tías acostumbraba a llevarlos a él y a sus primos a ver el amanecer en el río para que tengan noción de la infinitud. De ese modo continuaba relatando que esa sensación del tiempo infinito sentía muchas veces cuando se sentaba en la cama a la cual estaba atado y sentía que esa situación nunca iba terminar, que el tiempo del martirio no pasaba nunca, hablaba de una sensación muy fuerte de angustia, esa angustia

muchas veces lo dominaba, pero el trataba por todos los medios de superar eso con todo tipo de mecanismos que entendía que era la manera de no dejarse vencer.

Relataba con lujo de detalles el modo que organizaba su vida durante el secuestro. Tan pronto como pudo rescatar la importancia de preservar su estabilidad mental, estableció una rutina diaria que seguía consistentemente. Relataba el modo en que había transformado la pasividad física que le imponía al estar encadenado a la cama, en una plena actividad mental. Imaginaba que tenía horas en las que realizaba actividades físicas como gimnasia, en la cual movía las articulaciones que tenía libres. Pero esta gimnasia no era solo física, sino que mentalmente mantenía conversaciones con cada uno de los miembros de la familia, sobre diferentes temas, y a horarios que él se había estipulado. Era como si invitara a cada uno de los miembros de su familia a sostener un diálogo sobre diferentes temas.

Decía que en esas conversaciones imaginarias pudo tomar lo más importante de sus familiares que él llevaba dentro de su propia persona. De esa manera, Rodolfo fue relatando con una ternura muy especial las conversaciones con su esposa, sus hijos y otros miembros de la familia, como si de ese modo los fuera descubriendo. Era como si en cada descubrimiento sintiera que cada uno de ellos le brindaba algo especial

Escucharlo a Rodolfo en este punto, era como si estuviese volviendo a tomar contacto con los relatos de los sobrevivientes de los campos de concentración que había tratado en el pasado.

Parece ser que ante este tipo de situaciones disruptivas, existe en algunas personas una fuerte tendencia a poner en marcha, desde lo más íntimo de su psiquismo, aquellos mecanismos que le serán útiles para mantener el funcionamiento procesal y soportar de la mejor manera posible la experiencia por la que atraviesan. Si bien el fenómeno al que por lo general me enfrentaba con los sobrevivientes era el conocido fenómeno del “hardening”, de endurecimiento haciendo frente a los acontecimientos que les tocaba vivir con una dureza especial que permitía poder sobrellevar los terribles impactos disruptivos de los campos de concentración.

Con Rodolfo fui descubriendo otra modalidad de enfrentarse a los sucesos disruptivos. Rodolfo acostumbraba a decir que ante el miedo la mejor solución es la ternura, esto lo decía acompañado por el movimiento de sus brazos, como si se abrasase a sí mismo. Me explicaba que durante los momentos que se encontraba

amarrado con cadenas, el empezaba a visualizar su corazón, lo miraba, lo acariciaba como si lo estuviese acunando, y de esa manera se preservaba de que el impacto de lo disruptivo que lo rodeaba impactase en forma destructiva en su psiquismo. Pensé mientras me relataba estos hechos que era la manera que Rodolfo tenía de poder evocar momentos muy primarios de su vida, en los cuales pudo haber incorporado dentro de su pictograma esas sensaciones de ternura que en esos momentos lo pudieron preservar. Si bien él decía que al relatar esto a uno de sus amigos le dijo que existía una técnica terapéutica de visualización, y que era eso lo que él ponía en práctica, yo entiendo que eso no hubiera podido emerger si sin que haya vivenciado esas sensaciones de ternura protectoras, factor que pude constatar cuando relataba que su madre al regresar de su trabajo lo acunaba, lo acariciaba y juntos tenían todo tipo de juegos en donde reinaban actitudes tiernas.

La emergencia de este tipo de actitudes pueden comenzar como neocreaciones en una relación terapéutica, pero es muy difícil que puedan ser evocadas en forma espontánea si no se las ha vivenciado en un pasado y si no se las ha incluido dentro del repertorio de su propio pictograma.

Este es uno de los ejemplos de los mecanismos elaboradores que tiene el psiquismo para no permitir que una situación disruptiva se convierta en una vivencia traumática, pero a pesar de ello no quiere decir que no sea dolorosa o que no deje sus huellas en el psiquismo.

Por medio de este caso, del cual aprendí y sigo aprendiendo de qué modo emerge ese concepto tan mentado hoy en día, el de Resiliencia, que propone que muchas personas después de haber pasado por situaciones disruptivas pueden salir fortificadas de las mismas.

Esto demuestra que no toda situación disruptiva debe ser vivida como traumática, y por lo tanto la importancia de tener conceptos claros para abordar estas situaciones.

Paradójicamente, Rodolfo manifiesta que a veces no se siente cómodo en tener que manifestarle a sus seres queridos o amigos que él siente que hoy vive mejor la vida que antes del secuestro, que aprendió mucho no solo de la vida y el entorno sino de su propia persona y de sus capacidades.

Rodolfo continúa su tratamiento en busca permanente de su persona, y tratando de poder seguir disfrutando del mundo que lo rodea, que en forma repentina se le ha transformado en tan disruptivo y que en cierta medida tuvo las capacidades y la contención necesaria para que éste no se transforme en traumático.

Comentarios al Caso Rodolfo

1) Se trata entonces de un evento disruptivo en un psiquismo previo suficientemente estructurado. Rodolfo poseía una capacidad de amar, trabajar y disfrutar con un proceso evolutivo adecuado, sin desarrollar sintomatología o al menos no más de lo esperable en un sujeto al que calificaríamos como sano. Dentro de su esquema pictográfico se encuentra como bastante dominante la ternura. Este es uno de los ejemplos que dejan en claro que no siempre una experiencia disruptiva, por más tremenda que sea, trae aparejada una secuela de un funcionamiento traumático.

2) Uno de los motivos por los cuales no nos encontramos frente a un complejo traumático es por el hecho, que emergía solo angustia, sin que esté presente la vivencia traumática de desarticulación entre afecto y representación, o la vivencia de vacío de desvalimiento o de desamparo. Sumado a ello la angustia automática fue procesada durante el tratamiento de tal modo que la revivía como angustia señal. Como él decía no era que fuese menos doloroso, sino que era algo que se me aparecía y me decía que yo también estuve allí que yo viví esos momentos.

3) El tema de la emergencia de la memoria, es otro de los indicadores que no nos enfrentamos con un complejo traumático, puesto que manifestaba su capacidad de recordar, y no de evocaciones repetitivas.

4) El concepto de víctima implica una dinámica sujeto - entorno particular. El sujeto es designado desde el entorno social como “el que sufrió eso” (excombatiente, hijo de desaparecido, etc.) y a su vez queda atrapado en este otorgamiento de identidad y sentido de existencia. De este lugar no es sencillo correrse. Es imprescindible que el terapeuta tome en cuenta este mecanismo para no acoplarse él también a ese proceso patogeneizante que puede ser muy torturante.

5) En este caso, la estrategia elegida implicó privilegiar, en primer lugar, que el sujeto se encuentre con su estilo vivencial en sus cualidades más idiosincrásicas, específicas y vívidas. Como fue dicho, es complementariamente al abordaje vía la interpretación genética – causal, aunque en los casos en que se sospecha un proceso traumático posible o ya instalado, es una estrategia que facilita el normal desarrollo de la función y el proceso articulador, por lo que alivia o previene la vivencia traumática. Para que esto se pueda dar de esa manera es necesario que se pueda abordar lo sucedido desde las sensaciones y los sentimientos del paciente, para luego poco a poco poder ir abordando el lugar y el sentido que este le da. Este tipo de estrategia:

a) Evita el encierro en el discurso repetitivo pro-articulador, con su incansable retorno a los hechos fácticos o elementos que juntos conforman la respuesta subjetiva, reiteración que en general, de no ser acompañada por otros recursos terapéuticos, puede no liberar al sujeto de su encierro en lo vivido, más allá de algún alivio puntual o provisorio.

b) Restituye al sujeto en su dimensión humana más plena, en vez de reducirlo a ser “el que padeció eso, lo único que importa de él”.

6) La dotación y la fuerza de las distintas “modalidades psíquicas estabilizadoras” o “mecanismos psíquicos estabilizadores” varían de sujeto a sujeto.

Se los podría englobar dentro de los recursos psíquicos defensivos (mecanismos de defensa) si recordamos que las estrategias estabilizadoras no siempre persiguen el fin de inconscientizar dinámicamente algún aspecto de la experiencia, ya sea vivencial/pulsional, o algo de la realidad externa, sea algún aspecto de la estructura intrapsíquica superyoica que esté provocando conflicto. Es cierto, por otro lado, que los dinamismos estabilizadores pueden beneficiarse del uso de ciertos mecanismos de defensa, los cuales les facilitan su trabajo, por así decirlo.

7) Reacción positiva, en la cual el evento disruptivo se elabora exitosamente e incluso se lo utiliza para recobrar y volver a valorar diferentes aspectos de la vida, que pudieran haber quedado obviados o no valorados a causa de la ajetreada rutina vital que existía previa al evento.

En síntesis, la experiencia en el tratamiento de Rodolfo pone una vez más de manifiesto lo importante de relacionarse a los tratamientos no en base a nuestra propia impresión subjetiva acerca del impacto de los acontecimientos, como puede ser lo horrendo e terrible de estar secuestrado y atado de pies y manos durante un mes en el cual la vida está en permanente peligro, sino relacionarse a los mismos desde la propia vivencia del paciente, no solo en su relato inicial sino en el modo que esta se expresa en su proceso elaborativo. Esta conclusión que aparenta ser trivial, debo destacar que es una de las actitudes que me resultan más difíciles de transmitir en todo proceso de supervisión o seminario teórico acerca de la elaboración de los impactos disruptivos. Llevarla a la práctica requiere una capacidad introspectiva del terapeuta y poder superar de una u otra manera, tanto sea a través de una supervisión o el intercambio con colegas, los propios efectos contratransferenciales a los que este tipo de situaciones nos llevan.

1. Postulamos a lo traumático producto de un impacto de un evento o entorno disruptivo como la falla en la articulación entre afecto y representación
2. Entendemos que la elaboración de lo traumático se realiza por medio de la estimulación de procesos psíquicos regresivos
3. Proponemos diferenciar lo progresivo y regresivo como modos de procesamiento psíquico, de lo progresivo y lo regresivo como procesos relacionales objetales, ambas dimensiones específicas y diferentes pero absolutamente interrelacionadas.
4. Proponemos ser cautos con la estimulación de procesos regresivos en el tratamiento que llevan al incremento o desarrollo de la dependencia del paciente. Situación que se crea, por lo general, exigiendo un nivel elaborativo que está por sobre las capacidades actuales del paciente.
5. Postulamos dos dimensiones de la figurabilidad: Una, emergente en los primeros estadios de los procesos evolutivos, perteneciente al orden de lo originario, y en las distintas situaciones de la vida como el sueño y la ensoñación. Es decir, propia de un funcionamiento psíquico normal. La otra dimensión de la figurabilidad es el uso de la figurabilidad como una técnica de intervención, a la que llamamos interpretación figurativa, uno de los componentes de la interpretación vivencial, a saber, interpretación figurativa, interpretación relacional e interpretación de sentido.
6. Proponemos a la interpretación figurativa como una técnica que estimule la búsqueda de sensaciones que el aparato psíquico no puede metabolizar
7. Postulamos a la interpretación figurativa como técnica que estimula procesos regresivos que simultáneamente trata de

evitar procesos regresivos de dependencia con el terapeuta, y que aborda la articulación de las sensaciones con las respectivas figuras cometabolizadas.

8. Destacamos la importancia de entender la dinámica de procesamiento psíquico de cada una de las expresiones sintomáticas de lo traumático, ya que esto nos permitirá distinguir con mayor claridad el abordaje adecuado tanto progrediente como regresivo y de esta manera acercarnos a la modalidad en que ese psiquismo está procesando.

BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN, G. (2001), *Infancia e historia*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo.
- ALLEN, J.R. (1999), “After the Bombing: Public scenarios and the Construction of Meaning”, en *J. Okl. State Med. Assoc.*, 93, 4, pp. 187-192.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*, Washington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)*, Washington.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*, Washington.
- ANDERSON, J.W. (1968), “Cultural Adaptation to Threatened Disaster”, en *Human Organizations*, 27, pp. 298-307.
- ANDREOLI, A. (2000), “De la maladie traumatique aux interfaces du traumatisme. Esquisse d’un modèle de politique de traitement et de soins”, en *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1, pp. 34-34.
- ARBOLEDA-FLOREZ, J. et al. (2002), “IBIS: International Bioethical Information System”, en *Revista Argentina de Psicología*, año XXXIV, N° 45.
- ARBOLEDA-FLOREZ, J. (2008). The Rights of a Powerless Legion. In J. Arboleda-Florez and N. Sartorius (eds.), *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions* (pp. 1-18). West Sussex, England: John Wiley and Sons, Ltd.
- ARBOLEDA – FLOREZ, J. (2011) Psychiatry and the Law: Do the Fields Agree in Their View of Coercive Treatment? In T. W. Kallert, J. Mezzich, and J. Monahan (eds.), *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Aspects* (pp. 81-96). Chichester, England: John Wiley and Sons, Ltd.
- ARENDT, H. (1999), *Eichmann en Jerusalén*, Barcelona, Lumen.

- AULAGNIER, P. (1977), *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu.
- (1979), *Los destinos del placer. Alineación, amor, pasión*, Buenos Aires, Paidós.
- (1981), “Las finalidades económicas del sufrimiento”, conferencia N° 2, Asociación Psicológica Argentina (publicación interna).
- (1994), *Un intérprete en busca de sentido*, México, Siglo Veintiuno.
- AUSTIN, J.L. (1971), *Cómo hacer cosas con palabras*, Buenos Aires, Paidós.
- BARANGER, M., W. BARANGER (1993), *Problemas del campo psicoanalítico*, Buenos Aires, Kargieman.
- BARANGER, M., W. BARANGER y J.M. MOM (1988), “The Infantile Psychic Trauma from us to Freud: Pure Trauma, Retroactivity and Reconstruction”, en *International Journal Psychoanalysis*, 69, pp. 113-128.
- BARTON, A.H. (1969), *Communities in Disasters: A Sociological Analysis of Collective Stress Situation*, Nueva York, Doubleday & Co.
- BAU, T. (01/12/2014). *Interview with Yunkap Kwankam: world renowned ehealth and mhealth consultant*. Retrieved from <http://www.mobilehealthglobal.com/in-the-news/interviews/42/interview-with-yunkap-kwankam>
- BAU, T. (27/11/2014). *Epatients: Changing healthcare with technology*. Retrieved from <http://www.mobilehealthglobal.com/in-the-news/news/107/epatients-changing-healthcare-with-technology>
- BAUDRILLARD, J. (1991a), *La transparencia del mal*, Barcelona, Anagrama.
- (1991b), *La guerra del Golfo no ha tenido lugar*, Barcelona, Anagrama.

BAUM, A. *et al.* (1993), "Emergency/Disaster Studies. Practical, Conceptual, and Methodological Issues", en J.P. Wilson y B. Raphael, ob. cit.

BENYAKAR, M. (1973), *Reevaluation of the Theory and Therapy of Acute Post-Traumatic War Neurosis*, Tel-Aviv, Israel Defense Forces Publication.

- (1978), *Clinical Indications for Treatment of Cases of Combat Reactions*, Tel-Aviv, Israel Defense Forces Publications.

- (1991), "Trauma and the Specificity of the Gulf War", First Symposium Psychological Aspects of the Gulf War, Tel-Aviv University.

- (1994a), "Trauma y neurosis postraumática: de la vivencia a la reflexión teórica", en *Actualidad Psicológica*, 211, pp. 26-32.

- (1994b), "El programa de asistencia a personas afectadas por situaciones de desastre, catástrofe y situaciones bélicas", Primeras Jornadas de Salud Mental en Situaciones de Catástrofe, Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

- (1994c), "Trauma: del damnificado a la víctima, de lo personal a lo social, de la tragedia al mito", en *Actas del XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de Grupo*, Epistémica Multimedia, pp. 377-393.

- (1994d), "Group supervision, supervision of psychotherapy", en T. Kron y H. Yerushalmi, *Supervision of Psychotherapy*, Jerusalén, The Magnes Press-The Hebrew University.

- (1995), "Disasters Conditions, Catastrophes, and Warlike Attempts: The Specificity of the Therapeutic Focus in Mental Health", Simposio Internacional, XI Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, III Congreso de Mass Media y Salud Mental, San Carlos de Bariloche, marzo.

- (1996a), "Human Resources in Catastrophes. The Psychiatrist's Role", Xth. World Congress of Psychiatry, International Symposium, Madrid.

- (1996b), “Juego, palabra y sublimación”, mesa redonda “Trauma, duelo y juego”, Asociación Psicoanalítica Argentina, XIV Jornadas Anuales del Departamento de Niños y Adolescentes, Buenos Aires, agosto.
- (1996c), “Trauma. La construcción mítica del campo psicoanalítico”, Asociación Psicoanalítica Argentina, IV Simposio Internacional “Mitos y sus ámbitos de expresión e interpretación psicoanalítica e interdisciplinaria”, Buenos Aires.
- (1996d), “La vivencia traumática. Vicisitudes en la clínica psicoanalítica”, conferencia presentada para la categoría de miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.
- (1997a), “Principios clínicos para la formación de equipos profesionales de salud mental en desastres”, conferencia magistral en el Coloquio sobre Intervención Psiquiátrica en Catástrofes, Madrid, Hospital Militar Central “Gómez Ulloa”.
- (1997b), “Trauma y estrés, perspectivas clínicas”, en H.R. Fischer (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. II, Buenos Aires, Centro Editor Argentino.
- (1997c), “Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma”, en *Psiquiatría.com*, diciembre de 1997, 1 (4). Disponible en URL <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol1num4/art-5.htm>.
- (1997d), “Vivencia y representación en la clínica de las patologías del vacío. Un reto para la teoría de la técnica”, XXV Congreso Interno y XXXV Symposium de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Buenos Aires, noviembre.
- (1998a), “Salud mental de los evacuados de la guerra del Golfo: los espacios terapéuticos de una guerra peculiar”, en *Monografías de Psiquiatría*, año X, N° 1, enero-febrero, pp. 14-17.
- (1998b), “Agresión y violencia en el milenio. La cadena del mal”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. LV, N° 4, octubre-diciembre, Asociación Psicoanalítica Argentina, pp. 875-892.
- (1998c), “Neurosis traumática o vivencia y vivenciar traumático. Reflexiones teórico-clínicas”, en *Publicación Psicoanalítica La Peste de Tebas*, Buenos Aires.

- (1999a), “La vivencia: articulación entre el afecto y la representación”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. LVI, N° 3, julio-septiembre, pp. 591-603.
- (1999b), “Disasters and Catastrophes: A Challenge for the Assistance on Civilian in Peace Time”, XI Congreso Mundial de Psiquiatría, Asociación Mundial de Psiquiatría, 6-11 de agosto.
- (2000a), “Reacción de combate: enfrentando vivencias traumáticas y estrés”, disponible en URL: <http://psychoway.com>.
- (2000b), “Agresión de vida y violencia de muerte. El *infans* y su medio”, disponible en URL: http://winnicott.net/patron_esp.htm.
- (2000c), “Lo traumático y lo ominoso. Cuestionamientos teórico-clínicos acerca del procesamiento de las amenazas”, en *Revista del Departamento de Psicósomática*, 1, Buenos Aires.
- (2000d), “Combatant and Civilian PTSD, Stress and Traumatic Experiences”, International Jubilee Congresss, París.
- (2000e), “Red internacional de telemedicina, salud mental en desastres y catástrofes individuales y colectivos”, proyecto presentado a la Fundación Telefónica de España.
- (2001a), “Programas de salud mental para abordar la violencia y agresión en la clínica cotidiana y en situaciones de desastres y catástrofes”, Lima, conferencia internacional “Al fin de la batalla”.
- (2001b), “Acerca de las certidumbres e incertidumbres actuales”, Encuentro Preparatorio para el Congreso de la Federación Española de Profesores de Audición y Lenguaje, Montevideo.
- (2001c), “Interpretación vivencial y figurativa”, XVII Congreso Argentino de Psiquiatría, 26-29 de abril.
- (2002a), “Salud mental y desastres: nuevos desafíos”, en *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, vol. XXXV, N° 1, México, enero-marzo.
- (2002b), “The Frame and Psychoanalytic Space in the Face of War and Terror”, en AA.VV., *Terrorism and the Psychoanalytic Space. International Perspectives from Grounf Zero*, Nueva York.

- (2002c), “Frame in Social Disasters, War and Terrorism”, en J. Raphael-Left, *Between Session & Beyond the Couch*, University of Essex.
- (2002d), “Ansiedad por disrupción, una realidad clínica”, simposio clínico, IX Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras, Buenos Aires.
- (2002e), “Human Factors in Mental Health in Disasters”, XII Congreso Mundial de Psiquiatría, Yokohama.

BENYAKAR, M. y Sh. NOY (1975), “The Theory and Therapy of Acute Traumatic War Neuroses”, First International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace, Jerusalén.

BENYAKAR, M. y H. DASBERG (1978), “Various Therapeutic Milieus on the Course of Group Treatment”, Second International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace, Tel-Aviv.

BENYAKAR, M., H. DASBERG e I. PLOTKIN (1978), “Group Therapy in two different approaches to War Neuroses”, en *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 16, pp. 183-195.

BENYAKAR, M., H. DASBERG e I. PLOTKIN (1982), “The Influence of Various Therapeutic Milieus on the Course of Group Treatments in Two Groups of Soldiers with Combat Reaction”, en N.A. Milgram, D.D. Spielgerberg e I.G. Sarason, *Stress and Anxiety*, vol. 8, Nueva York, McGraw-Hill.

BENYAKAR, M., N. YADLIN y N. ZIFMAN (1983), “On-going Individual and Group Psychotherapy of Civilians in War Time”, Third International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace, Tel-Aviv.

BENYAKAR, M. y Z. RUBINSTEIN (1984a), *The Military Therapeutic Milieu in War Time*, Tel-Aviv, Israel Defense Forces Publications.

BENYAKAR, M. y Z. RUBINSTEIN (1984b), *Group Psychotherapy in a Military Unit in War Time*, Tel-Aviv, Israel Defense Forces Publications.

- BENYAKAR, M. e I. FRIEDER (1988), *Conceptos básicos en la investigación de la rehabilitación cardíaca*, Tel-Aviv, The International Cardiac Rehabilitation Research Foundation.
- BENYAKAR, M. y Z. RUBINSTEIN (1990), *The Train Group: Treating Soldiers in War Time*, Tel-Aviv, Israel Defense Forces Publications.
- BENYAKAR, M., R. KRETSCH y E. BARUCH (1994), *Mental Health Work with Gulf War Evacuees*, Jerusalén, The Magnes Press-The Hebrew University.
- BENYAKAR, M. e I. ONIK DE BENYAKAR (1997), “Del consultorio y el diván a la cama del enfermo”, en H.R. Fischer (ed.), *Conceptos fundamentales de psicopatología*, vol. III, Buenos Aires, Centro Editor Argentino.
- BENYAKAR, M. y C. SCHEJTMAN (1998), “Salud mental de los niños en guerras, atentados y desastres naturales”, en *Postdata. Revista de Psicoanálisis*, año II, N° 3, Homo Sapiens-Fundación Estudios Clínicos en Psicoanálisis, noviembre.
- BENYAKAR, M., G. DEL BOSCO y C. BIANCOLINI (1998), “Las catástrofes, el equipo médico y la salud mental”, seminario dictado en la Asociación de Psiquiatras Argentinos.
- BENYAKAR, M. y LEZICA, A. (2001), “La vivencia traumática en la clínica psicoanalítica. Psicoanálisis en la clínica y prácticas actuales”, XXIII Simposio de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires, t. I, noviembre.
- BENYAKAR, M., C. COLLAZO Y E. DE ROSA (2002), “Ansiedad por disrupción”, en *Interpsiquis*, disponible en URL: <http://psiquiatria.com>.
- BENYAKAR, M. *et al.* (1989), “The Collapse of a Structure: A Structural Approach to Traume”, en *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4), pp. 431-449.
- BENYAKAR, M., Collazo, C.R., de Rosa E. (2002) *Anxiety by disruption*. <http://www.psiquiatria.com>

BENYAKAR, M. & Knafo, D. *Disruptive: Individual and collective threats*. In D. Knafo, *Living with terror, working with trauma: A Clinician's Handbook*. New York: Jason Aronson, 2004, p. 605.

BENYAKAR, M. KUTZ, I, DASBERG, H. STERN, M. J. *The Collapse of a Structure: A Structural Approach to Trauma*, Journal of Traumatic Stress, Vol. 2, N° 4, Plenum Publishing Corporation 1989

BENYAKAR, M. *Five Wars, Five Traumas: Experience and Insight from Clinical Work in Israel's Trenches*. In D. Knafo, *Living with terror, working with trauma: A Clinician's Handbook*. New York: Jason Aronson, 2004 p. 605

BENYAKAR, M., COLLAZO, C.R., COHEN R. (2005). *Disasters: A new mental health challenge*. Proceedings of the WPA Regional Congress, March 12-15; Athens, Greece: WPA Athens Regional and Intersectional Congress.

BENYAKAR, M., COLLAZO C., FARIÑA JJM. 'Prevention, intervention and reconstruction' in Niaz U. (eds) *The day the mountains moved*, Sama Editorial and Publishing Services, Karachi, 2009, pp 151-157

BENYAKAR M. (2003) *Disruption: Collective and Individual Threats*. Buenos Aires, Biblos.

BENYAKAR M, COLLAZO CR, DE ROSA E. (2002) *Anxiety by disruption*. <http://www.psiquiatria.com>

BENYAKAR M. (2002) *Aggression of Life and Violence of Death. The Infant and His Environment*. http://w.w.w.winnicott.net/patron_esp.htm

- BENYAKAR, M. (2006), *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. -2da. Ed. – Buenos Aires: Biblios, 2006.
- BENYAKAR, M. Y LEZICA, A. (2005) *Lo traumático. Clínica y paradojas. Tomo 1: El proceso traumático*. 1ª ed. Bs. As. Ed Biblios
- BENYAKAR, M. Y LEZICA, A. (2005) *Lo traumático. Clínica y paradojas Tomo 2: Abordaje clínico*. (Addenda Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld).
- BEREZIN, A. (1998), *La oscuridad de los ojos. Ensayo psicoanalítico sobre la crueldad*, Rosario, Homo Sapiens.
- BERGERET, J. (1984), *La violence fondamentale*, París, Dunod.
- BETTELHEIM, B. (1973), *El corazón bien informado*, México, Fondo de Cultura Económica.
- BION, W. (1965), *Transformations*, Nueva York, Basic Books.
- (1975), *A Memoir of the Future*, Río de Janeiro, Imago.
- (1980), *Experiencias en grupos*, Buenos Aires, Paidós.
- BLEGER, J. (comp.) (1967), “Psychoanalysis of the Psychoanalytic Frame”, en *International Journal Psychoanalysis*, 48, pp. 511-519.
- BLEICHMAR, S. (1994), *Temporalidad, determinación, azar: lo reversible y lo irreversible*, Buenos Aires, Paidós.
- BOTELLA, C. y S. BOTELLA (1997), *Más allá de la representación*, Valencia, Promolibro.
- (2001), *La figurabilité psychique*, París, Delachaux et Niestlé.
- BOURNE, P.G. (1970a), *Man, stress and Vietnam*, Boston, Little, Brown & Co.
- (1970b), “Military Psychiatry and the Vietnam Experience”, en *American Journal of Psychiatry*, 127, pp. 481-488.

- BREMMER, J.D. (1999), "Does stress damage the brain", en *Biological Psychiatry*, 45, 7, pp. 797-805.
- *et al.* (1995), "Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory", en *Journal on Trauma and Stress*, 8, 4, pp. 527-553.
- BRETT, E.A y R. OSTROFF (1985), "Imagery and Post-traumatic Stress Disorders: An Overview", en *American Journal of Psychiatry*, 142, pp. 417-424.
- BRÜLL, F. (1969), "The Trauma. Theoretical Considerations", en *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 7, pp. 96-108.
- BRYANT, R. A., BROOKS, R., SILOVE, D., CREAMER, M., O'DONNELL, M. Y MCFARLANE, A. C. (2011). *Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy*, 49 (5), 346-351.
- CAHILL, L. y J.L. MCGAUCH (1998), "Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory", en *Trends in Neuroscience*, 21, 7, pp. 294-249.
- CALLAHAN, R. (1996), *Thought Field Therapy. Trauma and Treatment*, University of California Press.
- CAZABAT, E.H. (2001a), "Abordajes innovadores en el tratamiento del trauma psicológico", II Congreso Virtual de Psiquiatría.
- (2001b), "Desastre por empatía. Las consecuencias de ayudar", I Congreso Internacional sobre Trauma Psíquico, Buenos Aires.
- (2014). *Diseño a doble ciego y el uso de placebos psicológicos en investigación de resultados en psicoterapia: Es posible? Un estudio piloto de viabilidad Interdisciplinaria*, 31(1), 73-91. Recuperado en 02 de mayo de 2016, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272014000100005&lng=es&tlng=es.
- CHRISTODOULOU, G.N., PAPARRIGOPOULOS, T.J., SOLDATOS, C.R. *The Experience of the Athens Earthquake*. In Lopez-Ibor, J.J.,

Christodoulou, G., Maj, M., Sartorius, N. and Okasha, A. *Disasters and Mental Health*, Wiley, World Psychiatric Association, 2004, pp 145-150

CHRISTODOULOU, G.N., ANAGNOSTOPOULOS, D.C., CHRISTODOULOU, N.G., TSIPAS, V. *The economic disaster in Europe: Psychological and Psychopathological consequences*. *European Psychiatry* 28, suppl. 1, 1, 2013

CHRISTODOULOU, N.G., CHRISTODOULOU, G.N. *Financial crises: impact on mental health and suggested responses*. *Psychother. Psychosom* 82, 279-284, 2013

CHRISTODOULOU, G.N., CHRISTODOULOU, N.G. *The financial crisis and its impact on mental health*. *Psychiatriki* 24, 95-98, 2013c

COHEN, R. (1999), *Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.

- (2002), "Mental Health Services for Victims of Disasters", en *Official Journal of the World Psychiatric Association*, vol. I, N° 3, pp. 149-152, octubre.

- y F.L. AHEARN (1989), *Manual de la atención de la salud mental para víctimas de desastres*, México, Harla.

COHEN R. *Mental Health for Victims of Disasters*. Instructors Guide. Pan-American Health Organization, Washington, DC, 1999

COLLAZO C. *Psychiatric casualties in Malvinas war: a provisional report*. In Pichot P., Berner P., Wolf R., Thau K. (Eds.), *Psychiatry: The State of the Art*, Vol. 6, pp. 499–503. Plenum Press, New York, 1985

COLLAZO, C. (1985a), "Psychiatric casualties in Malvinas War: A Provisional Report", en P. Pichot *et al.* (eds.), *Psychiatry: The State of the Art*, vol. VI, Nueva York, Plenum Press, pp. 499-503.

- (1985b), "Training of Military Psychiatrists. An Overview", en P. Pichot *et al.* (eds.), *Psychiatry: The State of the Art*, vol. VI, Nueva York, Plenum Press, pp. 560-571.
 - (1995), "Psiquiatría militar", en G. Vidal, R. Alarcón y F. Lolas (eds.), *Enciclopedia iberoamericana de psiquiatría*, vol. III, Buenos Aires, Médica Panamericana, pp. 1518-1523.
- COOPER, A.M. (1992), "Psychic Change: Development in the Theory of Psychoanalytic Technique", en *International Journal Psychoanalysis*, 73, pp. 244-250.
- CORNET PRAT, J. (06/10/2014). *Healthy ageing. A utopia or an opportunity for new technologies?* Retrieved from <http://www.mobilehealthglobal.com/in-the-news/articles/31/healthy-ageing-a-utopia-or-an-opportunity-for-new-technologies>
- CORRADI, J.E. (2002), "On Violence and Terror", en *Telos*, vol. XXXII, N° 2, pp. 147-153.
- COSTA, M.P. (1998), "La elaboración: una tarea posible", en *Frente al espejo vacío. Un acercamiento psicoterapéutico a la violencia política*, Lima, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos.
- COTTA, S. (1970), "La inocencia y el derecho", en E. Castelli *et al.*, *El mito de la pena*, Caracas, Monte Ávila.
- CREMNITER, D. (2000), "La catastrophe du Concorde: intervention médico-psychologique", en *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1, pp. 55-59.
- CRITCHLET, S. (1995), "A Theory of Ethical Experience. An Entailment of a Notion of the subject and Possible Implications for Politics", en J. Raphael-Leff (ed.), *Ethics of Psychoanalysis*, Londres, Psychoanalytic Publication Series.
- (1999), *Ethics, Politics, Subjectivity: Essays on Derrida, Levinas and contemporary French thought*, Londres, Verso.
- CROCQ, L. (1992), "Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autres séquelles", en *Psychologie Medicale*, 24, 5, pp. 427-432.

- (1993), “Le trauma et ses mythes”, en *Psychologie Medicale*, 25, 10, pp. 992-999.
 - (1996), “Critique du concept d’état de stress post-traumatique”, en *Perspectives Psychologiques*, vol. XXXV, N° 5, diciembre.
 - (1997a), “The Emotional Consequences of War 50 years old. A Psychiatric Perspective”, en L. Hunt, M. Marshall y Ch. Rowlings, *In Past Trauma, in Late Life*, Londres, J. Kingsley, pp. 39-48.
 - (1997b), “Incidences psychologiques de la prise d’otage”, en *Psychologie Française*, N° 42-43, pp. 243-254.
 - (2000), “Le retour des enfers et son message”, en *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1, pp. 5-19.
- CROCQ, L., C. DOUTHEAU y M. SALHAM (1987), *Les reactions emotionnelles dans les catastrophes*, París, Éditions Techniques.
- CROCQ, L. *et al.* (1998), “Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective”, en *Encyclopedie Medical-Chirurgicale Psychiatrie*, 37-113-D-10, París, Elsevier.
- CROCQ L. (1996). *Critique du concept d’etat de stress post-traumatique*. Perspectives Psychologiques.vol. XXXV, N° 5.
- CROCQ L., DOUTHEAU C., LOUVILLE P., CREMNITER D. (1998). *Psychiatrie de catastrophe. Reactions immediates et differees, troubles sequellaires. Paniques et psychopathologie collective*. In *Encyclopedie Medical-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37-113-D-10, Elsevier, París.
- CUKOR, P. y L. BAER (1994), Human Factors in Telemedicine: A Practical Guide with Particular Attention to Psychiatry”, en *Telemedicine Today*, 2, 2, pp. 9, 16-18.
- CURRAN, P.S. (1988), “Psychiatric Aspects of Terrorist Violence: Northern Ireland (1969-1987)”, en *British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 470-475.

- DANIELI, Y. (1988), "Treating Survivors and Children of Survivors of the Nazi Holocaust. Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence", en F.M. Ochberg (ed.), *Post-traumatic and Victims of Violence*, Nueva York, Brunner-Mazel, pp. 278-294.
- DAVIDSON, J. y E.B. FOA (1993), *Post-traumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*, Washington, American Psychiatric Press.
- DAVIDSON, J. *et al.* (1990), "Treatment of Post-traumatic Stress Disorder with Amitriptyline and Placebo", en *Archives of General Psychiatry*, 47, pp. 259-266.
- DE CLERCQ, M. y DUBOIS, V. (2001), "Le traumatisme psychique", en M. De Clercq, M. Lebigot y F. Masson (eds.), *Les traumatismes psychiques*, París, Masson.
- DENNY, N. (1995), "An-orienting Reflex/Eternal Inhibition. Model of EMDR and Thought Field Therapy", en *Traumatologie*, I, 1.
- DURKIN, H. (1973), *The Group in Depth*, Nueva York, International University Press.
- DWYER, T. (1973), "Telepsychiatry: Psychiatric Consultation by Interactive Television", en *American Journal of Psychiatric*, 130, pp. 865-869.
- ELIACHEFF, C. (1997), *Del niño rey al niño víctima. Violencia familiar e institucional*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- ERIKSON, P. *et al.* (1976), "Families in Disaster", en *Mass. Emergencies*, 1, pp. 206-213.
- FAHRER, R. *et al.* (1995), *Programa de salud mental para la asistencia de poblaciones afectadas por situaciones de desastres, catástrofes y atentados bélicos: una propuesta*, Bariloche, WPA-Regional Symposium.
- FARIÑA, J. (1996), *Ética profesional. Dossier bibliográfico en salud mental y derechos humanos*, Buenos Aires, Publicaciones de la Facultad de Psicología, 2ª ed. corregida y aumentada.
- (1998), *Ética: un horizonte en quiebra*, Buenos Aires, Eudeba.

- (2002), "IBIS. International bioethical Information System. Multimedia sobre ética profesional", en *Revista Argentina de Psicología*, año XXIV, N° 45, pp. 119-128.
- FENICHEL, O. (1966), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós.
- FENNIG, S. *et al.* (2000), "Comparison of the attitudes of Israeli Therapists and Lay Persons to Ethical Dilemmas in Psychotherapy", en *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 11, pp. 777-785.
- FERENCZI, S. (1933), *Confusion of Tongues between Adults and the Child. In Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis* (ed. M. Balint), Londres, Karnac.
- FIGLEY, C.R. (1988), "Post-traumatic Family Therapy. Post-traumatic Therapy and Victims of Violence", en F.M. Ochberg (ed.), *Post-traumatic and Victims of Violence*, Nueva York, Brunner-Mazel, pp. 89-109.
- (1995), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those Who Treat the Traumatized*, s/l, Routledge.
- FOULKES, S.H. (1964), "Group Analysis in Military Neurosis Centre", en S.H. Foulkes (ed.), *Therapeutic Group Analysis*, Londres, Maresfield.
- FRANKL, V. (1962), *El hombre en busca de sentido*, Boston, Beacon Press.
- FREDERICK, C.G (1977), "Current Thinking about Crises or Psychological Intervention in United States Disasters", en *Mass. Emergencies*, 2, pp. 43-50.
- FRENCH, G. y F. GERBODE (1996), *The Traumatic Incident Reduction Workshop Manual*, California, Menlo Park-IRM Press.
- FREUD, S. (1978-1985), *Obras completas*, Buenos Aires, Amorrortu.
- FRIEDMAN, M.J. (1981), "Post-Vietnam Syndrome: Recognition and Management", en *Psychosomatics*, 22, pp. 931-943.
- (1988), "Toward Rational Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder", en *American Journal of Psychiatry*, 145, pp. 281-285.

- (1993), "Psychobiological and Pharmacological Approaches to Treatment", en J.P. Wilson y B. Raphael, ob. cit.

FULLERTON, C. S. y URSANO, R. J. (Eds.). (2009). *Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster* (Progress in Psychiatry series). American Psychiatric Press.[Paperback]

FURST, S.S. *et al.* (1971), *El trauma psíquico*, Buenos Aires, Troquel.

GALLO, F. (1996), "Reflections on Active Ingredients in Efficient Treatments of PTSD (part 2)", en *Traumatologie*, II, 2.

GARZARELLI, J. (1995), "Violencia y temor social", I Jornadas Multidisciplinarias sobre Miedo y Violencia, Buenos Aires, Fundación Banco Mayo.

- (2002), "El síndrome del acorralado argentino y su relación con el SAD", Congreso Nacional de la Sociedad Interamericana de Psicotraumatología, Buenos Aires.

GIBEAUT, A. (2001), "Violence, représentation et élaboration. Une introduction", en *Violence et destructivité. Psychoanalyse et Psychose*, París.

GIRARD, R. (1995), *La violencia y lo sagrado*, Barcelona, Anagrama.

GOULD, E. y P. TANAPAT (1999), "Stress and hippocampal neurogenesis", en *Biol. Psychiatry*, 46, 11, pp. 1472-1479.

GRANEL, J. *et al.* (1982), "La vigencia del concepto de trauma en Freud", en *Revista de Psicoanálisis*, t. XXXIX, 5, pp. 783-825.

GREEN, A. (1990), *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud*, Buenos Aires, Amorrortu.

GREENACRE, Ph. (1952), *Trauma, Growth and Personality*, Nueva York, Norton.

GRINKER, R.R. y J.P. SPIEGEL (1943), *War Neurosis in North Africa*, Nueva York, Josiah Macy Jr. Foundation.

- (1963), *Men under Stress*, Nueva York, McGraw-Hill.

- Hall, R. CW; Hall R. CW. (2012). *Compensation Neurosis. A Too Quickly Forgotten Concept?* J Am Acad Psychiatry Law 40:3:390-398.
- HARSHBARGER, D. (1973), “An Ecological Perspective on Disastrous and Facilitative Disaster Intervention based on the Buffalo Creek Disaster”, trabajo presentado en el seminario de Educación Continua en Servicios de Salud para Emergencias del National Institut of Mental Health, Washington.
- HERCOVICH, I. (1997), *El enigma sexual de la violación*, Buenos Aires, Biblos.
- (2000), “La violación sexual: un negocio siniestro”, en H. Birgin (ed.), *Las trampas del poder punitivo*, Buenos Aires, Biblos.
 - (2002), “La oprimidas sospechadas. La desconfianza hacia las mujeres sin conciencia de género: un recaudo feminista contra los estragos del control patriarcal”, en *Debate Feminista*, año XII, vol. 24, México, diciembre.
- HERMAN, D., C. FELTON Y E. SUSSER (2002), “Mental Health Needs in New York State Following the September 11th.”, en *Journal on Urban Healt*, 79, 3, septiembre, pp. 322-331.
- HERMAN, J. (1997), *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence. From Domestic abuse to Political Terror*, Nueva York, Basic Books.
- HERNÁNDEZ COCHÓN, J. (1999), “La telemedicina en Galicia”, III Simposio de la Asociación Hispanoamericana de Centros de Investigación y Empresas de Telecomunicaciones, Santiago de Compostela.
- HOROWITZ, M.J. (1970), *Image Formation and Cognition*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
- (1993), “Stress-Response Syndromes: A Review of post-traumatic Stress and Adjustment Disorders”, en J.P. Wilson y B. Raphael, ob. cit.
- HORSTEIN, L. (1994), “Determinismo, temporalidad y devenir”, en *Temporalidad, determinación, azar. Lo reversible y lo irreversible*, Buenos Aires, Paidós.

- HOUST, P. *et al.* (1998), *Three Mile Island Crisis: Psychological, Social and Economic Impacts on the Surrounding Population*, Pennsylvania State University.
- JALLINSKY, S. (1991), “Lo originario y lo original de los procesos del pensar identificador”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. XLVIII.
- (1997), “Acerca de las memorias inmemoriales”, en *Revista de Psicoanálisis*, t. LIV, Nº 2.
- (2001), “Al final del comienzo”, Jornadas en CepPP, Porto Alegre.
- KÄES, R. (1979), *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*, Buenos Aires, Ediciones Cinco.
- KAHN, M. (1963), “The Concept of Cumulative Trauma”, en *Psychoanalytic Study Child*, 18, pp. 286-298.
- KANCYPER, L. (1992), *Resentimiento y remordimiento. Estudio psicoanalítico*, Buenos Aires, Paidós.
- KANDEL, E.R. (1999), “Biology and the Future of Psychoanalysis: A New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited (see comments)”, en *American Journal of Psychiatry*, 156, 4, pp. 505-524.
- KAPLAN, H.I. y B.J. SADOCK (1985), *Comprehensive Text Book of Psychiatry-B*, Baltimore, Williams & Wilkins.
- KARDINER, A. y J.P. SPIEGEL (1947), *War Stress and Neurotic Illness*, Nueva York, Paul B. Hoeber.
- (1959), “Traumatic Neurosis of War”, en L. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, Nueva York, Basic Books.
- KASTENBAUM, R. (1974), “Disaster, Death, and Human Ecology”, en *Omega*, 4, pp. 65-72.
- KIJAK, M. y S. FUNTOWICZ (1980), “The Syndrome of the Survivor in Extreme Situations”, en *International Review of Psychoanalysis*, 9, 1, pp. 25-33.

- KIJAK, M. y M.L. PELENTO (1985), "El duelo en determinadas situaciones de catástrofe social", en *Revista de Psicoanálisis*, vol. XLII, N° 4, pp. 798-809.
- KINZIE, J.D. (1989), "Post-traumatic Stress Disorder", en H.I. Kaplan y B.J. Sadock, *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, vol. V, Nueva York, Williams & Wilkins.
- KINZIE, J.D. *et al.* (1984), "Post-traumatic Stress Disorder among Survivors of Cambodian Concentration Camps", en *American Journal of Psychiatry*, 141.
- KOGAN, I. (1990), "A Journey to Pain", en *International Journal of Psychoanalysis*, 71, pp. 620-640.
- (1993), "Curative Factors in the Psychoanalyses of Holocaust Survivors' Offspring Before and During the Gulf War", en *International Journal of Psychoanalysis*, 74, pp. 803-814.
- KOLB, L.C. (1988), "A Critical Survey of Hypotheses Regarding Post-traumatic Stress Disorders in Light of Recent Findings", en *Journal of Traumatic Stress*, 1, pp. 291-304.
- KOVADLOFF, S. (1993), *El silencio primordial*, Buenos Aires, Emecé.
- (1996), *Lo irremediable*, Buenos Aires, Emecé.
- KRUG, E.G. *et al.* (1998), "Suicide after Natural Disasters", en *New England Journal of Medicine*, 338, 6, pp. 373-373-378.
- KRYSTAL, H. (1993), "Beyond the DSM III-R", en J. Wilson y B. Raphael, *ob. cit.*, pp. 841-854.
- KRYSTAL, H. Y KRYSTAL, J. H. (1988), *Integration of Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*, Nueva Jersey, The Analytic Press.
- KULKA, R.A. *et al.* (1990), *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*, Nueva York, Brunner-Mazel.
- LAQUEUR, W. (1987), *The Age of Terrorism*, Boston, Little, Brown and Co.

- LEBIGOT, F. (1995), "El psiquiatra military y su enfermo", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*.
- (1998), "Oportunidades y formas de intervención terapéutica en el traumatismo psíquico", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, vol. IX, pp. 62-66.
 - (1999), "The Advantages of Immediate and Postimmediate Care following Psychic Trauma", en M. de Clercq, *Emergency Psychiatry in a Changing World*.
 - (2000), "La clinique de la névrose traumatique dans son rapport à l'événement", en *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 1, 1, pp. 27-31.
- LE BON, G. (1993), *Psicología de las masas* (1895), Madrid, Morata.
- LEFF, J.P. (1973), "Culture and the Differentiation of Emotional States", en *The British Journal of Psychiatry*, vol. CXXIII, N° 574, septiembre.
- LEMLI, M. (1994), *Reflexiones sobre la violencia*, Lima, Sidea.
- LESCANO, R. (2002), "Emociones en EMDR", en *EMDRIA Latinoamérica*.
- LEVINE, P.A. (1997), "How Biology becomes Pathology: Freezing", en *In Waking the Tiger. Healing Trauma*, Berkeley, North Atlantic Books.
- LIBERMAN, D. *et al.* (1982), "Sobreadaptación. Trastornos psicósomáticos y estados tempranos del desarrollo", en *Revista de Psicoanálisis*, 5, p. 845.
- LIEBERMAN, M.A. *et al.* (1979), *Self-Help Groups for Coping with Crisis. Origins, Members, Proceses, and Impact*, San Francisco, Jossey Bass.
- LIFTON, R. J. (1979), *The Broken Connection*, Nueva York, Simon & Schuster.
- LINDY, J.D. (1993), "Focal Psychoanalytic Psychotherapy of Post-traumatic Stress Disorder", en J. Wilson y B. Raphael, *ob. cit.*
- LITTLE, M. (1995), *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires, Lugar.
- LOLAS, F. (1991), *Agresividad y violencia*, Buenos Aires, Losada.

- LÓPEZ IBOR, J.J. (1950), “La angustia vital”, en *Revista del Pensamiento Actual*, III, 14, marzo-abril.
- LÓPEZ IBOR, A.J. (1984), “Papel del psiquiatra en las catástrofes colectivas”, en *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, XII, segunda etapa, N° 5.
- (1987), “Social Reinsertation after Catastrophes. The Toxic oil Syndrome Experience”, en *European Journal of Psychiatry*, vol. I, N° 1, febrero-marzo, pp. 12-19.
 - (2002), “The Psycho(patho)logy of Disasters”, en *Plenary Lectures, XII World Congreso of Psychiatry*, Yokohama, 24-29 de agosto.
 - *et al.* (1985), “Psychopathological Aspects of the Toxic Oil Syndrome Catastrophe”, en *British Journal of Psychiatry*, 147, pp. 352-365.
- LOPEZ IBOR, J.J. (2002). *The psycho(patho)logy of disasters*. Proceedings of the 12th. World Congress of Psychiatry, 24-29; Yokohama, Japan.
- LÓPEZ IBOR J.J. (1987), *Social reinsertion after catastrophes. The toxic oil syndrome experience*. *Eur J Psychiatry*, 1: 12–19.
- LUBORSKY, L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- MALAN, D.H. (1976), *Toward a Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication*, Nueva York, Plenum Press.
- MANGELSDORFF, A.D. (1985), “Lessons Learned and Forgotten: The Need for Prevention and Mental Health Interventions in Disaster Preparedness”, en *Journal of Community Psychology*, 13, 3, pp. 239-257.
- MARK, B.S., A. LAYTON y M. CHESWORTH (1997), *I'll know what to do: A Kid's Guide to Natural Disasters*, Washington, American Psychological Association.
- MCCAUGHEY, B., K. HOFFMAN y C. LLEWELLYN (1994), “The human experience of earthquakes”, en R. URSANO, B. MCCAUGHEY y C.

- FULLERTON, *Individual and community responses to trauma and disasters*, Nueva York, Cambridge University Press.
- MCEWEN, B.S. (1999), "Stress and Hippocampal Plasticity", en *Annual Review on Neurosciences*, 22, pp. 105-122.
- MCFARLANE, A.C. (2000), "Ethnocultural Issues", en D. Nutt, J. Davidson y J. Zohar, *Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis. Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz.
- MCFARLANE, A. C. (1989) *The treatment of post-traumatic stress disorder*. Br J Med Psychol, 18: 354-358.
- MELLMAN, T.A. y G.C. DAVIS (1985), "Combat-Related Flashbacks in Post-traumatic Stress Disorder: Phenomenology and Similarity to Panic Attacks", en *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, pp. 379-382.
- MERWIN, M. y B. SMITH-KURTZ (1988), "Healing of the Whole Person, Post-traumatic Therapy and Victims of Violence", en F.M. Ochberg (ed.), *Post-traumatic and Victims of Violence*, Nueva York, Bunner-Mazel, pp. 57-82.
- MILGRAM, N. (1993), "War related trauma and victimization", en J. Wilson y B. Raphael, ob. cit., pp. 811-820.
- MILLER, T.W. y R.F. KRAUS (1994), "Natural and environmental disasters: Psychological Issues and Clinical Responses", en *Integrative Psychiatry*, vol. X, 3, pp. 128-132.
- MOSCA, D.L. y BANCHERO, M. (2002), "Trastorno por estrés postraumático, alergia y dolor crónico. ¿Patologías comórbidas o intercambiables?", en *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, vol. I, N° 1, pp. 20-25.
- MOSES, R. (1978), "Adult Psychic Trauma: The Question of early Predisposition and some detailed mechanisms", en *International Journal Psychoanalysis*, 59, pp. 353-363.
- MURTHY, S. (2002), *Riots. Psychosocial Care by Community Level Helpers for Survivors*, Bangalore, Books for Change.

- NEUMANN, M. y A. A. LEVY (1984), "Specific military installation in Lebanon", en *Military Medicine*, pp. 196-199
- NICHOLAS, L. y L. COLERIDGE (2002), "Cuestiones éticas relativas al uso del PTSD en la exención de responsabilidades criminales: la experiencia de la TRC en Sudáfrica", en *Revista Argentina de Psicología*, año XXXIV, N° 45, pp. 75-90.
- NINO, C. (1992), *Un país al margen de la ley*, Buenos Aires, Emecé.
- NORTH, C.S. y HONG, B. A. (2000), "Project CREST: A New Model for Mental Health Intervention after a Community Disaster", en *American Journal of Public Health*, vol. XC, N° 7, pp. 1057.
- NORTH, C.S., HONG, B. A. Y KERR, T. (2012). Hepatitis C and substance use: New treatments and novel approaches. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 206-212.
- NORTH, C.S., HONG, B. A. Y AEWUYI, S. A. (2013). Hepatitis C treatment and SVR: The gap between clinical trials and real world treatments aspirations. *General Hospital Psychiatry*, 35, 122-128.
- NORTH, C.S. *et al.* (1999), "Psychiatric Disorders among Survivors of the Oklahoma City bombing", en *JAMA*, 282, pp. 755, 762.
- NORTH, C.S. y SURIS, A.M. (2011). Psychiatric and Psychological issues in survivors of major disasters. In I. Marini y Stebnicki, M. (eds.) *The Psychological and social impact of Illness and disability*. New York: Springer.
- NUTT, D.J., J. DAVIDSON y J. ZOHAR (2000), "Post-traumatic stress disorder. Future Prospects and Needs", en *Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and treatment*, Londres, Martin Dunitz.
- OCHBERG, F.M. (1993), "Post-traumatic Therapy", en J. Wilson y B. Raphael, ob. cit.
- OKASHA, A., ARBOLEDA-FLOREZ, J. y SARTORIUS, N. (2000), *Ethics, Culture and Psychiatry: International Perspectives*, American Psychiatric Press, Washington.

- PEIRCE, Ch.S. (1974), *La ciencia de la semiótica*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- (1987), *Obra lógico-semiótica*, Madrid, Taurus.
- PEREDNIA, D.A. (1994), "Evaluating the Use of Telemedicine for Mental Health Applications", en *Telemedicine Today*, 2, 2, pp. 10-11.
- PERRY, S.W. *et al.* (1987), "Pain Perception in Burn Patients with Stress Disorders", en *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, pp. 29-33.
- PFEFFER, C.R. (1996), "Severe Stress and Mental Disturbance in Children", en *American Psychiatric Press*, XXIV, Washington.
- PFEFFERBAUM, B. (1997), "Post-traumatic Stress Disorder in Children: A Review of the Past 10 Years", en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. XXXIV, N° 11, pp. 1503-1511.
- POST, R.M. *et al.* (1998), "Neural Plasticity and Emotional Memory", en *Dev. Psychopathol.*, 10, 4, pp. 829-855.
- PRIGOGINE, I. (1982), *¿Tan sólo una ilusión? Una exploración del caos al orden*, Barcelona, Tusquets.
- PUGET, J. y L. WENDER (1982), "Analista y paciente en mundos superpuestos", en *Psicoanálisis*, vol. IV, N° 3, pp. 503-536.
- PYNOOS, R.S. y K. NADER (1993), "Issues in the Treatment of Post-traumatic Stress in Children and Adolescents", en J. Wilson y B. Raphael, *ob. cit.*
- PYNOOS, R.S., A. GOENJIAN y A.M. STEINBERG (1998), "A Public Mental Health approach to the Post-disaster Treatment of Children and Adolescents", en *Child and Adolescent Psychiatric Clinical of North America*, vol. VII, N° 1, pp. 194-210.
- RADCLIFFE-BROWN, A.R. (1965), *Structure and Function in Primitive Society*, Londres, Cohen & West.
- REINARES, F. (1998), *Terrorismo y antiterrorismo*, Barcelona, Paidós.

- ROOZENDAAL, B. J.M. KOOLHAAS y B. BOHUS (1997), "The Role of the Central Amygdala in Stress and Adaption", en *Acta Psychol. Scand. Suppl.*, 6409, pp. 51-54.
- RUBINSTEIN, Z., M. BENYAKAR y M. GUREVITCH (1994), "The Train group in the Psychiatric Hospitals and in the IDF's Combat Stress Reaction Treatment Units", The Israel Congress of Group Therapy.
- SAINZ, S. (2002), "El estrés y el trauma ante amenazas individuales y colectivas", seminario doctoral, Rosario.
- SALGADO, E. (1969), *Radiografía del odio*, Madrid, Guadarrama.
- SALMON, T.W. (1919), "The War Neuroses and their Lessons", en *New York Journal Medicine*, 59, pp. 993-994.
- SANDLER, J. (1976), "Counter transference and Role of Responsiveness", en *International Review Psychoanalysis*, pp. 43-47.
- SANTINI, O. y LÓPEZ, D. (1997), *Desastres. Impacto psicosocial*, Córdoba, Alción.
- SCHLOSBERG, A. y BENJAMIN, M. (1978), "Sep Patterns in Three Acute Combat Fatigue Cases", en *Journal of Clinical Psychiatry*, 39, pp. 546-549.
- SCHEJTMAN, C. (2008) *Primera infancia: psicoanálisis e investigación* Bs. As. Ed: Akadia.
- SCHULBERG, H.C. (1974), *Disaster. Crisis Theory and Intervention Strategies*, Madrid, Omega.
- SELYE, H. (1950), *Stress Acta*, Montreal.
- (1956), *The Stress of Life*, Nueva York, McGraw-Hill.
- (1980), "The Stress Concept Today", en I. Kutash y L.B. Schlesinger, *Handbook of Stress and Anxiety*, San Francisco, Jossey-Bass.
- SERCOVICH, A. (1977), *El discurso, el psiquismo y el registro imaginario. Ensayos semióticos*, Buenos Aires, Nueva Visión.

- SHALEV, A.Y. (2000), "Post-traumatic Stress Disorder: Diagnosis, History and Life Course", en D. Nutt, J. Davison y J. Zohar, *Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz.
- SHALEV, A.Y (2000), *Post-traumatic stress disorder: diagnosis, history and life course*. In: Nutt D, Davidson J, Zohar J. Editors. Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment. Dunitz, London. p. 1-12
- SHAPIRO, E. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Nueva York, The Guilford Press.
- SIFNEOS, P.E. *et al.* (1977), "The Phenomenon of Alexitimia. Observations in Neurotic and Psychosomatic Patients", en W. Brautigam y M. von Rad (eds.), *Toward a Theory of Psychosomatic Disorders*, La Haya, Basel.
- SIMON, J.D. (1997), "Biological Terrorism: Preparing to Meet the Threat", en *Journal of American Medical Association*, 278, pp. 428-430.
- SIVAK, R. y WIATER, A. (1997), *Alexitimia. La dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*, Buenos Aires, Paidós.
- SMITH, D.W. *et al.* (1999), "Population Effects of the Bombing of Oklahoma City", en *Journal Okl. State Med. Assoc.*, 92, 4, pp. 193-198.
- SOLOMON, Z. (1989), "A Three Year perspective study of PTSD in Israel combat veterans", en *Journal Traumatic Stress*, 2, pp. 59-73.
- (1993), "Immediate and Long-Term Effects of Traumatic Combat Stress among Israeli Veterans of the Lebanon War", en J. Wilson y B. Raphael, *ob. cit.*
- SOLOMON Z., LAOR N., WEILER D., MULLER U., HADAR O., WAYSMAN M., KOSLOWSKY M., BENYAKAR M., BLEICH A. (1991) *The psychological impact of the Gulf War: a study of acute stress in Israeli evacuees*. Arch. Gen. Psychiatry, 50: 320–321.

- SOLOMON, Z. *et al.* (1991), “The Psychological Impact of the Gulf War: A Study of Acute Stress in Israel’s Evacuees”, en *Arch. Gen. Psychiatry*, 50, pp. 320-321.
- STEIN, D.J. *et al.* (2000), “Pharmacotherapy of Post-traumatic Stress Disorder”, en D. Nutt, D. Davidson y J. Zohar, *Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis, Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz.
- STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of the Infant*, Nueva York, Basic Books.
- STERN, J. (2001), *El terrorismo definitivo. Cuando lo impensable sucede*, Buenos Aires, Granica.
- STRANGE, R.W. y BROWN, D.E. (1970), “Home from the War: A Study of Psychiatric Problems in Vietnam Returnees”, en *American Journal of Psychiatry*, 127, pp. 130-134.
- SUSSER, E.S. y SUSSER, M. (2002), “The Aftermath of September 11: What’s and epidemiologist to do?”, en *International Journal on Epidemiology*, 31, 4, agosto, pp. 719-721.
- SUSSER, E.S., HERMAN, D.B. y AARON, B. (2002), “Combating the Terror of Terrorism”, en *Scientific American*, 287, 2, agosto, pp. 70-77.
- SUSSER E.S., SUSSER M. (2002), *The aftermath of September 11: what’s an epidemiologist to do?* Int J Epidemiol, 31: 719–721.
- SZCKACS, J. (1985), “Impaired Spatial Structures”, en *International Journal Psychoanalysis*, 66, pp. 193-199.
- THOME, J. (2014), *Modelo de Intervención en crisis y desastres, basado en la Experiencia Relacional Reconstructiva (ERR). – Intervention Model in crisis and disasters, based on the Relational Reconstructive Experience (RRE)*. University of Salvador, Psychology Department. Ph.D. dissertation.
- ULLMAN, R. y D. BROTHERS (1988), *The Shattered Self*, Nueva Jersey, Analytic Press.

- URSANO, R.J., C. FULLERTON y B.G. MCCAUGHEY (2000), *Trauma and Disaster*, Cambridge University Press.
- VAN DER KOLK, B. A. Y MCFARLANE, A. C. (2007). "Conclusions and Future Directions." In B. A. Van Der Kolk, A. C. McFarlane and L. Weisaeth (eds.) *Traumatic stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B. A. Y MCFARLANE, A. C. (2007). "The Black Hole of Trauma." In B. A. Van Der Kolk, A. C. McFarlane and L. Weisaeth (eds.) *Traumatic stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B.A. (2011) *Trauma und Gehirn: Der Beitrag der Neurowissenschaft zur Traumatherapie* (DVD 1 and 2, English/German). Weggis, Schweiz: 5 Schweizer Bildungsfestival, August 23, 2011. Mühlheim: Auditorium Netzwerk.
- VAN DER KOLK, B.A. (1987), "The Drug Treatment of Post-traumatic Stress Disorder", en *Journal of Affective Disorders*, 13, pp. 203-213.
- (1988), "The Trauma Spectrum: The Interaction of Biological and Social Events in the Genesis of the Trauma Response", en *Journal of Traumatic Stress*, 1, pp. 273-290.
- (2002), "Trastorno por estrés postraumático y la naturaleza del trauma", en *Revista de Psicotrauma*, vol. I, N° 1, pp. 4-19.
- VIINAMAKI, H. *et al.* (1995), "The Chernobyl Accident and Mental Well being: A Population study", en *Acta Psych. Scand.*, 91, 6, pp. 396-401.
- VIÑAR, M. (2001), *Memoria social. Fragmentaciones y responsabilidades*, Montevideo, Trilce.
- VIÑAR, M. (1993), *Fracturas de memoria. Crónicas para una memoria por venir*, Montevideo, Trilce.

- WAGNER P.; PERALES A., ARMAS R., CODAS O., CALVO R., MENDOZA-VEGA D., ARCE M., CALDERÓN, J., LLOSA L., SAAVEDRA J., UGARTE O., VILDÓZOLA H., MEZZICH J. (2014). *Latin American Bases and Perspectives on Person Centered Medicine and Health*. Vol 4, No 4 (2014) disponible <http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/494/0>
- WEAVER, J.D. *et al.* (2000). “The American Red Cross Disaster Mental Health Services: Development of a Cooperative, Single Function, Multidisciplinary Service Model”, en *Journal of Behavioral Healthy Services & Research*, vol. XXVII, N° 3, pp. 314-321.
- WEISS, J. y H. SAMPSON (1986), *The Psychoanalytic Process*, Nueva York, Guilford Press.
- WEISS, F.I. y GARRETÓN, M.A. (1992), *Fear at the Edge. State Terror and Resistance en Latin America*, University of California Press.
- WILSON, J.P. (1989), *Trauma, Transformations, and Healing: An Integrative Approach to Theory, Research, and Post-traumatic Therapy*, Nueva York, Brunner-Mazel.
- WILSON, J.P. Y RAPHAEL, B. (1993), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Nueva York, Plenum Press.
- WINNICOTT, D. (1958), “La capacidad de estar solo”, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós.
- (1971), *The Place were We Live. Playing and Reality*, Nueva York, Basic Books.
 - (1972), “Objetos transicionales y fenómenos transicionales”, en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.
 - (1974), “Fear of Breakdown”, en *International Journal Psychoanalysis*, 1, pp. 103-107.
 - (1974b), *Exploraciones psicoanalíticas I*, Buenos Aires, Paidós.

- (1989), "The Importance of the Setting in Meeting Regression", en *Psychoanalytic Exploration*, Cambridge, Harvard University Press, pp. 96-102.
- WINNIK, H.Z. (1969), "Second Thoughts about Psychic Trauma", en *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, vol. VII, N° 1, pp. 82-95.
- YALOM, I. D. (1975), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York, Basic Books.
- YEHUDA, R. (2000a), "Biology of Post-traumatic Stress Disorder", en *Journal on Clinical Psychiatry*, 61, suppl. 7, pp. 14-21.- (2000b), "Neuroendocrinology", en D. Nutt, J. Davidson y J. Zohar, *Post-traumatic Stress Disorder. Diagnosis. Management and Treatment*, Londres, Martin Dunitz.
- YOUNG, M.A. (1988), "Support Services for Victims", en F.M. Ochberg (ed.), *Post-traumatic and Victims of Violence*, Nueva York, Brunner-Mazel, pp. 330-351.
- ZETZEL, E. (1956), "Current Concepts of Transference", en *International Journal Psychoanalysis*, 37, pp. 369-376.