

Lo traumático del psicoanálisis

La psiquiatría de nuestra época ha clasificado bajo el término de trastornos diferentes síndromes que asociados a la eficacia medicamentosa vienen a constituir la nueva nosología psiquiátrica, caracterizada por la verificación experimental y por su referencia a las ciencias básicas en lo que hace tanto a la etiología como a los tratamientos que se implementan.

Entre ellos, voy a mencionar uno que nos interesa en función del tema de nuestro encuentro. Me refiero al Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT).

Este nombre ha quedado oficializado a partir de la década del 80, pero los estudios sistemáticos de los efectos psicológicos del trauma emocional comenzaron en la segunda mitad del Siglo XIX, con las observaciones derivadas de la guerra de Secesión de los EEUU, de los conflictos bélicos en Europa y posteriormente en las dos guerras mundiales.

Tuvo diferentes nombres, tales como corazón irritable, shock de bombardeo, ansiedad de las trincheras, fatiga de combate, neurosis de guerra y astenia neurocirculatoria. En los años 70, se describió el “síndrome de Vietnam”.

Las mayores observaciones del TEPT fueron recogidas por la psiquiatría militar, pero el concepto de trauma ha sido recientemente generalizado a una variedad de situaciones psicológicamente perturbadoras, que se destacan por el exceder un rango aceptable de intensidad.. En los últimos años, se ha estudiado la psicofisiología y otros factores neurobiológicos y variedades de intervenciones terapéuticas.

El TEP ocurre a cualquier edad y afecta al 4% de la población en general. Se calcula que más de la mitad de la población puede sufrir algún acontecimiento traumático a lo largo de la vida. Se incluyen muertes violentas de familiares y allegados, grandes catástrofes, agresión sexual, rapto, desastres naturales o tecnológicos, diagnóstico inesperado de enfermedad incurable, persecución política, etc. Se sabe que sólo entre el 15 y el 20% de estas personas desarrollarán un trastorno por estrés. Lo que viene a confirmar para los investigadores la existencia de un factor individual de predisposición. Entre

estos factores individuales se encuentran: la personalidad previa y los factores biológicos.

La sintomatología que viene a definir el trastorno se enumera considerando que el evento traumático ha evidenciado una verdadera amenaza de muerte o peligro para la integridad física y psicológica del paciente. Se describen entonces las reacciones de miedo, desamparo, horror, como reacciones inmediatas. Un grupo importante de síntomas se resume a partir de la llamada re-experiencia del evento en forma de recuerdos o imágenes intrusas, pesadillas, flashbaks, pseudopercepciones. Se agregan conductas evitativas, entumecimiento emocional, problemas de memoria, pesimismo, sueño irregular, irritabilidad, etc.

Los tratamientos que se indican son farmacológicos y psicológicos de forma combinada. Los fármacos más eficaces que se describen son los antidepresivos, en combinación con ansiolíticos. Recientemente se han introducido también los anticonvulsionantes como la carbamacepina y el ácido valproico.

Dentro de los tratamientos psicológicos, se destacan aquellos que consideran como principio terapéutico la facilitación de la abreacción. Se emplean para esto técnicas conductuales llamadas de desensibilización sistemática, a través de métodos de exposición como por ejemplo la llamada “inoculación de estrés”, la exposición visual, la realidad virtual, la implosión y otras. Se emplean también con mucha frecuencia la creación de grupos de afectados en los que se facilita la expresión emocional y la reestructuración emocional de manera compartida y especular.

Se puede notar entonces una “verdadera asociación” entre la referencia biológica y aquellas técnicas que vienen a restaurar la integridad de una relación del sujeto con su entorno que ha sido rota a partir del acontecimiento. Hay que decir que esta asociación no se funda finalmente en otra cosa que aquello que podemos llamar “sentido común”, en la medida que no existe un criterio científico que asegure el salto epistemológico que va de lo biológico a las técnicas de abreacción emocional”. Se trata finalmente, de los medios de restauración del sujeto a lo común del sentido. En cierto modo, está implícito en esta concepción que es justamente la discontinuidad angustiante en la relación

del sujeto con el sentido, aquello que viene a constituir lo traumático como tal. Sin embargo, lo traumático es tratado desde una perspectiva que efectivamente desconoce la dimensión de lo real en la clínica. Dicho de otro modo, desconoce la dimensión del síntoma en tanto es el signo de una ruptura de estructura, de la no relación entre el Otro del sentido y la singularidad de goce del sujeto. Es decir que el síntoma es la respuesta del sujeto a lo traumático de lo real.

Se trata de diferenciar una concepción en la que lo traumático es un acontecimiento inesperado, que va a producirse probablemente y que puede ser estimado estadísticamente, de una concepción del trauma entendido como el acontecimiento contingente que va a producirse necesariamente, dejando huellas que no se dejan reabsorber. (De acuerdo a una expresión de JAM en "Bilología Lacaniana y Acontecimiento de Cuerpo) Se trata finalmente de la incidencia del lenguaje sobre el cuerpo. Esta incidencia es traumática porque efectivamente comporta en su origen una No relación.

Vemos entonces dos concepciones del trauma que tienen su consecuencia en dos concepciones diferentes del síntoma.

La primera, hará del síntoma el correlato de una posición del sujeto en tanto víctima. La victimización del sujeto, se va a volver solidaria de una exclusión de la implicación subjetiva en el síntoma, más precisamente de la inclusión de una causalidad subjetiva en el síntoma. La misma se reabsorbe entre la etiología biológica y la remisión al Otro social de la responsabilidad por los efectos sintomáticos.

Como señala J.A. Miller (Lugar y el Lazo, 29-11-00) el psicoterapeuta es aquél que acredita que el síntoma es precisamente lo que no marcha. Aquél que ratifica la separación entre el síntoma y la realidad de todo el mundo. Se vuelve el guardián de la realidad colectiva. Se va a esperar que la palabra otorgue sentido, funcionando como una asimilación de lo real, que asegure la homeostasis. Desde esta perspectiva para el terapeuta la angustia no es de ninguna manera el índice de lo real.

Si nosotros consideramos siguiendo a Lacan que de su posición el sujeto es siempre responsable, no debe a que desconocemos los efectos terribles de las catástrofes sociales que nos acechan permanentemente. Sino por

considerar que lo real está en el traumatismo, que es siempre traumatismo de goce.

El desciframiento del sentido de los síntomas desemboca finalmente en un agujero S(A/) mostrando que es el goce el que introduce esa falta, el que vuelve al A inconsistente. La relación del goce del sujeto con el A, debe inventarse, y es aquí donde el síntoma viene a cumplir su función de lazo entre esa singularidad de goce y lo colectivo de una época determinada.

El lugar lógico del trauma que describe a partir Eric Laurent en “El revés del trauma” a partir de dos modelos posibles nos dan una orientación precisa: En el primero el trauma es considerado como agujero en el interior de lo simbólico, lo real como exclusión interna a lo simbólico (S.R). En el segundo el trauma se inscribe a partir de considerar que hay simbólico en lo real, que el lenguaje es real, como parásito fuera de sentido del viviente. (R.S)

La acción analítica no se limita entonces a apoyarse en el inconsciente como dispositivo que genera sentido libidinal. La referencia al síntoma como núcleo de goce separado del sentido, lo aleja de la producción de efectos terapéuticos sostenidos en la sugestión. El analista encarna al partenaire que viene a ocupar el lugar mismo de lo traumático, en tanto su posición no se refiere al Otro, en términos de identificación con un modelo de adaptación.

La cuestión es cómo en los términos que se plantean para nosotros las diferentes formas de demanda de tratamiento de lo traumático, poder dar una respuesta operativa, en la que los efectos terapéuticos puedan ser verificados como efectos analíticos. Como señala Eric Laurent, el analista puede calificarse como un trauma “suficientemente bueno” y deberá medir para cada sujeto hasta donde él puede presentar los dos polos de su acción.

Se trata de no perder la referencia al síntoma en tanto nombra la modalidad de goce del sujeto, imposible de reabsorberse en lo simbólico. Es un modo de considerar la manera singular en cada sujeto construye su relación con el Otro, oponiéndose a lo real de la segregación que por estructura retorna cuando se intenta subsumirlo en lo Universal de la ciencia.

Daniel Millas

Junio 2002.