

Reflexiones sobre “trauma” y “repetición” a partir de la clínica con pacientes con pánico y estrés postraumático¹ (caso Cromagnon)

*Clelia Manfredi de Poderoso,
M. Cristina Julian, Leonardo Linetzky*

INTRODUCCION

Intentaremos abordar el tema propuesto desde la clínica, a partir de la experiencia con pacientes que padecen de Trastorno por Pánico (TP) y de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

La idea de “trauma” y “repetición” es heredera de una línea que surge desde los inicios del psicoanálisis, donde el recuerdo del acontecimiento traumático vivido (la seducción sexual infantil) luego de ser reprimido, dejaba de aflorar como tal y hacía su reaparición en forma repetitiva, como síntoma (configurando así la primera teoría etiopatogénica de las neurosis). Más tarde, Freud renuncia a la “realidad” del trauma (como expresó en su carta a Fliess: “Ya no creo más en mi ‘neurótica’”) y abandona la teoría de la seducción, para dar paso a la importancia de la fantasía en la producción de la neurosis, la cual también insistía en la repetición de los síntomas, pero que no provenían ya de un acontecimiento a ser recordado.

¹ Estos últimos desarrollaron este cuadro psicopatológico, luego de la exposición a un incendio, en una discoteca (República Cromagnon) de la ciudad de Buenos Aires, de tal magnitud que causó la muerte de 198 personas.

Toma forma entonces, en la teoría, el concepto de “resignificación”, donde desde el presente se modifica el pasado transformándolo en traumático y repetitivo en el presente.

En 1914, en su trabajo sobre “Recuerdo, Repetición y Elaboración”, nos anticipa la noción de compulsión a la repetición, que luego conceptualizará con entera claridad en 1919-1920 como una forma de funcionamiento diferente del aparato psíquico, como un más allá del reino del principio del placer-displacer. En aquel momento descubre que hay un límite y obstáculo al recuerdo: lo que no puede recordarse hace su vuelta por medio de la repetición en la transferencia, de modo que no se trata sólo de explorar las formaciones del inconsciente, sino de tomar en cuenta también aquello que la repetición revela.

Freud ya se había ocupado, tanto desde la clínica como desde la teoría, de ambos cuadros psicopatológicos. En sus primeros trabajos sobre las neurosis de angustia (1894), describe el ataque de angustia en forma similar a la descripción que hace el DSM IV del ataque de pánico. Su hipótesis explicativa consistía en que la tensión sexual somática al no poder transformarse en libido y ser procesada psíquicamente, se descargaba en el cuerpo directamente en forma de síntomas somáticos de angustia. La angustia en este caso no remite a lo psíquico y la neurosis es actual, no histórica, no susceptible de psicoterapia y conceptualmente diferente de las psiconeurosis.

El concepto de TSPT² se basa en el de neurosis traumáticas (Oppenheim, 1889). Freud también consideró este tema (1920), retomando la primitiva concepción energética del trauma y enfatizando ahora el papel que juega el acontecimiento vivido y el enfoque económico (que había sido dejado de lado cuando abandona la teoría de la seducción en tanto trauma sexual infantil).

En 1939 “Moisés y la Religión Monoteísta”, vuelve sobre el problema de las experiencias traumáticas en la etiología de las neurosis. En algunos casos, dice, determinadas “vivencias e impresiones” “se han sustraído a una tramitación normal, de suerte que de no haber sobrevenido aquéllas, tampoco se habría producido la neurosis”. También expresa claramente la idea que, estos fenómenos sintomáticos tienen como característica común, la compulsión a repetir y plantea

² Se caracteriza por la exposición a un acontecimiento traumático que el sujeto reexperimenta persistentemente de variadas formas, la evitación de los estímulos asociados a dicho acontecimiento y el aumento de la activación.

que los efectos del trauma son tanto de índole positiva como negativa (retomaremos estos conceptos más adelante).

Nuestro interés en repensar este tema, se vincula a nuestra experiencia clínica con pacientes que desde una fenomenología descriptiva padecen TP y TEPT. Dos cuadros clínicos que son considerados dentro de los "Trastornos de Ansiedad", tema controversial por cuanto se pone el énfasis en el síntoma, la angustia, y no en la estructura psicopatológica, que pensamos diferente en ambos casos, pero articulados en torno a la noción de *trauma psíquico* y a los fenómenos del orden de la *compulsión repetitiva*.

ILUSTRACION CLINICA

A continuación presentamos dos casos clínicos como un medio de expresar las ideas propuestas y discutir esta temática: *trauma y repetición*.

1) Una paciente joven concurre a la consulta por padecer *ataques de pánico*, con ansiedad crónica y agorafobia que le implicaba severas limitaciones en su vida social y laboral. Las primeras crisis se manifestaron de forma habitual en estos casos, su corazón la desbordaba, no podía respirar, el suelo era inestable a sus pies, invadida por el pánico la sensación era de muerte inminente, sensación catastrófica y básicamente corporal que la paciente no podía describir en palabras, ya que estaba invadida por una profusa y abigarrada variedad de síntomas neurovegetativos, que no podía decodificar adecuadamente. Su conclusión era que su muerte estaba próxima.

A partir de ese momento comenzó con una serie de ataques, repitiendo y reiterando la misma secuencia, encontrándose cada vez más aterrorizada frente a "eso" (así llamaba a sus ataques de pánico), que le estaba sucediendo.

Al comienzo, entre los ataques se sentía relativamente bien, pero progresivamente se fue volviendo crónicamente ansiosa, reclamaba estar acompañada, se transformó en una agorafóbica que sufría dos tipos diferentes de angustia: el ataque de pánico y lo que se da en llamar ansiedad anticipatoria crónica (temor o expectativa ansiosa a padecer un nuevo ataque).

La recurrencia y reiteración de las crisis (recordemos aquí, que la

repetición es lo característico del TP y ésta es una diferencia diagnóstica y conceptual con otros tipos de ataque de pánico) indicaba que el fenómeno repetitivo tomaba la forma de síntomas somáticos ligados a la expresión biológica de la angustia, como una repetición del orden de lo corporal, en particular del sistema neurovegetativo (taquicardia, sofocos, mareos, sudoración, escalofríos, etc.).

Considerando la situación analítica, esta sintomatología resulta inabordable desde la metodología de la asociación libre-atención flotante-interpretación. Durante las sesiones se desplegaban dos modos de funcionamiento escindido: uno que llamaríamos neurótico en el sentido clásico, con asociaciones libres, sueños, material edípico, recuerdos encubridores, etc., a través de los cuales el analista iba recorriendo el intrincado laberinto de la organización libidinal y sus angustias concomitantes, pudiendo escuchar y atender a la dinámica de la transferencia-contratransferencia e interpretar; y otro modo era el que se daba, cuando el pánico emergía. En ese momento la eclosión somática neurovegetativa era masiva, angustia automática, sin significado ni posibilidad de ligadura a través de una cadena asociativa, una situación en la cual la vida psíquica parecía detenerse.

En el trabajo analítico, de pronto aparecían fenómenos del campo de lo no representable, no había significado, ni representación para “la cosa”, “eso”, “es muy urgente”, “me voy a morir”. Esta llamativa forma de no poder nominar sus ataques de pánico, reflejaba una vivencia que no podía ser cualificada a través de la palabra, configurando una falla en la capacidad de simbolización, significación y contención de la experiencia dentro de la vida mental.

El camino por el que se transitaba estaba en el límite entre lo biológico y lo psíquico, donde no era posible otorgar sentido a la experiencia. El efecto disruptivo y desorganizante llevaba a un “corte” en la vida psicológica, tanto fuera como dentro de la sesión.

La situación de vulnerabilidad, la sensación de riesgo somático y muerte inminente, la incapacidad para procesar y elaborar psíquicamente las señales corporales relacionadas con el Sistema Nervioso Autónomo, y el marcado déficit en las posibilidades de dar curso psicológico a la experiencia, enfrentaba al analista a un interrogante: *¿cómo significar el cuerpo sometido a la repetición?*

Todo parecía indicar que el ataque de pánico cursaba en paralelo con la vida libidinal al estilo de los fenómenos psicósomáticos, de modo que fuera del área de funcionamiento simbólico las funciones fisiológicas se tornaban sintomáticas.

El analista ocupaba al comienzo, un lugar de persona real, una suerte de objeto de apego, y era requerido como persona física acompañante. Si se apresuraba, en esos momentos disruptivos de la sesión, a interpretar la transferencia, resistencias, envidia o supuestos contenidos reprimidos, de la índole que fueran, desconociendo esa configuración como traumática, se reforzaba la angustia y el sentimiento por parte de la paciente era de ser absolutamente incomprendida. La tarea era en cambio ayudar a transformar ese estado de irrepresentabilidad, poder otorgar significado a la experiencia, más que develar significados y contenidos latentes (como en el caso de las psiconeurosis). Crear sentido allí donde sólo había desorganización y caos corporal. Conceptos como "holding", sostén, "capacidad de rêverie", daban mejor cuenta de la tarea del analista, que "interpretación". Diferentes referentes teóricos, pero que remiten a la función necesaria por parte del analista de operar con su propia trama simbólica (para que la interpretación pueda ser utilizada, debe ser enunciada dentro de un espacio simbólico compartido. Si esto no sucede, sólo produce confusión y mayor ansiedad).

Ahora bien, la paciente había comenzado con sus repetidos ataques de pánico luego de una grave enfermedad con riesgo de muerte de su esposo. Manifestó durante las entrevistas preliminares que tenía un hermano mayor muerto cuando ella tenía 4 años. Pero en las sesiones, esto había aparecido como un dato biográfico que no había podido ser procesado psíquicamente. No se trataba de un duelo mal elaborado, sino que no se había constituido un estado mental de duelo ante la pérdida de objeto y el analista se encontraba frente a un vacío de representaciones.

Ante la observación que este tipo de historia infantil se presentaba en forma regular en nuestros pacientes con trastorno por pánico, comenzamos a considerar un *tipo específico* de experiencia traumática infantil: la muerte o enfermedad con riesgo de muerte de uno o ambos padres, o de alguien familiar y significativo para el niño.

Nos interesó entonces utilizar un método que nos proporcionara datos generales que pudieran ser validados empíricamente. Realizamos una investigación estadística, que presentamos en el 40° congreso de la IPA en Barcelona, en la cual estudiamos 23 pacientes con TP y un grupo control. En este estudio, nuestro hallazgo fue que, efectivamente, en *la historia infantil de los pacientes con TP observamos una mayor frecuencia de experiencias traumáticas vincula-*

das a la muerte en el grupo familiar conviviente, en forma estadísticamente significativa ($p=0.007$) con respecto al grupo control.

En estos pacientes la historia traumática infantil, la experiencia de muerte de los padres o hermanos, se presentaba sin recuerdos, como un vacío no historizado, una suerte de agujero psíquico. Este déficit en el psiquismo no parece manifestarse a través de síntomas ricos en significados, sino en la aparición reiterada de síntomas somáticos cargados en intensidad (angustia masiva), sometidos a la compulsión repetitiva y desprovistos de otra significación que la sensación que en cada crisis la propia muerte es inminente, vinculándose esta vivencia a una falla en las funciones simbolizantes y en las posibilidades de procesamiento psíquico de la experiencia.

Nos interrogamos entonces acerca de la articulación posible entre estos resultados obtenidos y nuestro trabajo clínico, lo cual nos motivó a repensar el efecto de los acontecimientos traumáticos vinculados a la muerte, en la estructuración de la vida mental.

Freud afirma en “Sobre la guerra y la muerte” (1915) que “en realidad nadie cree en su propia muerte o, lo que es lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad”. Es sabido que la postura de Freud sobre la muerte es taxativa: la muerte no tiene representación en lo inconsciente. Sin embargo, la capacidad de aprehender la idea, el concepto de muerte de sí mismo es una característica peculiar del sujeto humano.

En este sentido, varios autores psicoanalíticos han sugerido la necesidad de reconsiderar las experiencias traumáticas infantiles, “sobre todo si se trata de la muerte de uno o ambos progenitores” (Gioia, 1993). Nos interesó particularmente lo que plantea Emilce D. Bleichmar (1991) en su trabajo sobre las “fobias traumáticas”, donde dice: “el acontecimiento traumático durante la infancia, fuerza una inscripción precoz de la muerte en el psiquismo. Sabemos que la propia muerte es inconcebible y cuando intentamos imaginarla seguimos actuando frente a ella como meros espectadores”....“cuando la muerte o el riesgo de muerte inminente hace su aparición no ya como suceso ajeno o imaginado sino rozando muy de cerca al niño, si existía alguna negación ésta se derrumba bruscamente y la singularidad de la experiencia tiende a transformar al espectador en protagonista principal.... La amenaza vital ya sea en lo privado (enfermedades, accidentes) o en la forma de la violencia social obliga al niño a tener que concebir la muerte, pero no se trataría de la angustia de muerte emanada del sentimiento de culpa sino de la apropiación psíquica de la idea de la

muerte, siendo ahora el niño, poseedor de una verdad para la que no está preparado, con el efecto más indeseable, el de la angustia automática ante el mínimo estímulo que la evoque de modo que si antes no creía en su propia muerte, ahora ésta pasa a estar omnipresente”.

Observamos que, es en esta situación en la cual se encuentran nuestros pacientes con pánico: en cada crisis la propia muerte es inminente.

Ahora bien, nos planteamos entonces si estas experiencias traumáticas vividas por nuestro pacientes, configuran una inscripción precoz (¿en este caso podría haber un procesamiento psíquico que permitiera el trabajo de duelo, aun patológico?)³ o se vinculan con un posible *déficit* en la posibilidad de desmentir, negar, o simbolizar y contener de alguna manera la idea de la propia muerte en el psiquismo, *falla* que lleva a la aparición de síntomas somáticos (angustia masiva), *sometidos a la repetición y desprovistos de significaciones*, indicando un defecto en las funciones simbolizantes y en las posibilidades de procesamiento y elaboración psíquica de la experiencia, dándole un nuevo sesgo de “actualidad” a esta patología.

2) Tomando ahora el caso de *pacientes afectados por el incendio de Cromagnon*,¹ que desarrollaron Trastorno por Estrés Posttraumático, nos enfrentamos a un orden diferente de fenómenos clínicos. Frente a la amenaza a la integridad física, el sujeto adulto que no puede reaccionar mediante una respuesta adecuada por medio de la elaboración psíquica, repetirá en forma compulsiva el acontecimiento traumático a través de sueños y *flashbacks* en un intento de ligadura de las excitaciones y de descarga por abreacción del trauma, alternando con momentos de negación y presentando característicos síntomas disociativos: amnesia, despersonalización, falta de respuesta emocional.

Presentamos el caso de una paciente tratada en psicoterapia.

Se trata de una joven de 25 años, quien llega a la consulta 15 días después del incendio vistiendo una remera que tiene impresa la foto de una amiga con la que fue a la discoteca y que falleció allí.

³ M. L. Pelento, en su trabajo sobre “el niño y la muerte”(2002), plantea que cuando el niño se enfrenta con una pérdida real, cobra prioridad el mecanismo de renegación, permitiendo una moratoria benéfica que da tiempo para metabolizar el hecho, luego surge la negación y ya se trata del orden del registro de la represión.

Relata lo sucedido con gran angustia y llanto que la obliga a largas pausas: “...estaba en el primer piso y en medio de la confusión me separé de mis amigas. Empecé a caminar en la oscuridad, me empujaba la gente que corría en todas las direcciones. Yo pensaba que tenía que buscar una puerta siguiendo la pared hacia un lugar. Toda la gente corría en sentido contrario y yo no sé porqué sabía que tenía que ir para allá...”

En un momento quedé aprisionada por toda la gente contra una columna; cuando pude liberarme, seguí caminando y tanteando la pared, buscando una puerta, hasta que se juntó la pared con la baranda y me convencí que allí no había ninguna salida; entonces salté a la planta baja. Ahí nomás había una puerta y salí. Me quedé un largo rato mirando todo, buscando a mis amigas y ayudando a algunas personas y después me fui caminando hasta el hospital”.

La primer semana, luego de Cromagnon, operaron fuertes mecanismos de disociación que la llevaron a reiniciar su trabajo y el cuidado de su hijo, pero como ajena a lo vivido.

Clásicamente se ha relacionado el trauma con la disociación. A los pacientes con TSPT les resulta imposible integrar las experiencias traumáticas a su vida actual y considerarlo un hecho histórico. El paciente se mantiene apartado de sus recuerdos traumáticos de modo que éstos, en lugar de mantener su lugar en la cadena asociativa, se encuentran fragmentados y no se integran al resto, volviéndose intrusivos cuando determinados estímulos, vinculados de alguna manera al evento, los desencadenan.

Así sucedió con la paciente: comenzó a sufrir insomnio, *flashbacks* y pesadillas que se reiteraban: “sueño que todavía estoy caminando en la oscuridad sin poder salir y me despierto asustada. Vuelvo a sentir el olor a humo en cualquier lugar y me angustio. En todas partes lo primero que busco es la puerta de salida”. Estos sueños recurrentes en los cuales ella experimentaba y repetía nuevamente el acontecimiento traumático, tal como lo había vivido, presentaban un componente sensorial intenso, sobre todo en lo relativo a la percepción de los olores.

Una noche su marido la encontró muy asustada deambulando por el jardín. Se sentía nuevamente escapando de Cromagnon en uno de esos episodios de escenas retrospectivas que constituyen los *flashbacks*, en las que el sujeto experimenta la sensación de volver en el tiempo y revivir el hecho con imágenes, emociones, sensaciones o conductas. Estos síntomas primarios no aparecían como simbólicos, ni defensivos. Lo que la paciente reexperimentaba eran fragmen-

tos del acontecimiento vivido, que no podía ser integrado, ni reprimido, sino que requería ser simbolizado. El retorno incesante bajo la forma de imágenes, sueños, puesta en acto, tenía esa función: integración a la organización simbólica.

En las primeras sesiones, se imponían estos fenómenos repetitivos, relatava una y otra vez lo sucedido y se interrumpía con un llanto muy conmovedor, y desconsolado. Las sensaciones contratransferenciales que surgían en el terapeuta eran la necesidad de contenerla y acompañarla frente a tanto desamparo.

En otros momentos relatava los episodios vividos, con terror, dando largos rodeos evitativos, dado que le resultaba imposible pensar en la idea de su propia muerte y el hecho de haber estado gravemente expuesta a la posibilidad de morir. Sólo mencionar la palabra era como si en ese momento se pudiera concretar el hecho.

Poner palabras a su llanto y a su terror le llevó cierto tiempo, pero poco a poco y a medida que lo lograba, fue cediendo la angustia. *“Algunos días digo ya pasó, otros reaparecen imágenes y recuerdos. A veces me pregunto si será cierto que estoy viva”*.

Los síntomas repetitivos de re-experimentación se atenuaron hasta desaparecer pero episodios circunstanciales, la hicieron recaer. En una ocasión estuvo próxima a una manifestación gremial, en la cual se quemaban neumáticos. La paciente se paralizó; mientras todos corrían, se quedó perpleja mirando el fuego, percibiendo los olores y escuchando las sirenas, este acontecimiento la llevó a reexperimentar los momentos vividos en Cromagnon. No recuerda nada más de ese suceso, ni sabe cómo se alejó de allí. Nuevamente pasó varios días con pesadillas e intensa angustia y reaparecieron los *flashbacks*. Se observa en general que los pacientes con TSPT, reviven lo acontecido, a partir de estímulos sensoriales externos relacionados: el fuego, los olores, las sirenas. Según C. y S. Botella (1997), cuando el contenido perceptivo vuelve a imponerse al Yo, sin que éste pueda desencadenar la señal de angustia, se reúnen las condiciones para el estallido de la neurosis traumática, y para que el fenómeno de repetición alucinatoria de contenido perceptivo se instaure nuevamente, si bien la repetición alucinatoria de la percepción constituye una primera ligadura antitraumática, una explicación, un comienzo de elaboración. Es interesante destacar, en este sentido, que los profesionales que trabajan en emergencias en catástrofes, recomiendan retirar lo más pronto posible a las víctimas, para evitar la impronta sensorial, y su

sometimiento a la compulsión repetitiva, como una forma de prevenir el TSPT.

En ese momento resultaba imposible, para la paciente, cualquier intento de trabajo de elaboración y el terapeuta sólo podía sostener la repetición como un intento de ligadura.

Al cabo de un tiempo pudo decir *“Ayer pasé por Cromagnon, por la puerta por la que salí. Pensar que yo estaba allí... me puse triste... Esa noche ayudé a reanimar a muchos chicos y ahora me doy cuenta que estaban muertos. Lo que pasó lo llevo adentro, conmigo para siempre, pero trato de seguir adelante”*. Aparece aquí, por primera vez la posibilidad de hablar de la muerte y del sentimiento de tristeza, en lugar del terror, abriendo la posibilidad de un cambio, que le permitiera abordar el necesario trabajo de duelo por sus amigos muertos.

Y relata el siguiente sueño:

“Estaba en un lugar oscuro y me perseguían, no podía ver quién. Me desperté muy angustiada, transpirando, con palpitaciones...”

A diferencia de los primeros sueños (traumáticos típicos), la paciente asocia ahora un supuesto recuerdo, que no había mencionado antes: dice *“la noche del incendio vi sobre el escenario, justo antes de detonar la bengala, la figura de una mujer vestida de negro. La busqué en los videos pero no aparece”*. *“Ahora tengo miedo de verla en la oscuridad o cuando escucho ruidos, a veces me parece que me está buscando a mí, y si me encuentra...”* *“porque esa noche yo me escapé...”* *“me parece que ya me tiene vista, que estoy como marcada”* y agrega *“a lo mejor todo esto está en mi cabeza pero no lo puedo controlar, el miedo es más fuerte”*.

Siente la amenaza de muerte que la acecha en la oscuridad y la persigue, pero muestra ahora una capacidad de simbolización a través de la representación de la muerte en esa figura vestida de negro. De modo que, del funcionamiento bajo el régimen de la compulsión repetitiva intenta un procesamiento diferente de la experiencia traumática (que la expuso a morir), a través de la construcción simbólica de la imagen de la muerte y su expresión en la producción onírica, que ya no tiene las características de sueño repetitivo típico, como presentaba al comienzo de la psicoterapia. En este punto, comienza a vislumbrarse el interjuego dialéctico entre la realidad fáctica material del acontecimiento disruptivo y lo pulsional intrapsíquico. La actividad elaborativa del sueño permite ahora entrever la articulación con el mundo interno de la paciente, escenificándose en las fantasías edípicas persecutorias y el sentimiento de culpa.

Cuando Freud teoriza sobre las neurosis de guerra y traumáticas, aplica nuevamente el modelo económico, acontecimientos traumáticos provenientes de la realidad exterior fáctica, actúan dejando una impronta que debe ser repetida, frente a la afluencia de excitación desbordante para las posibilidades de procesamiento psíquico del sujeto, el funcionamiento se troca en más allá del principio del placer, dominando los fenómenos repetitivos como una forma de ligadura y elaboración. La neurosis traumática se desarrolla allí donde la barrera antiestímulos ha sido sobrepasada, donde la capacidad de ligadura fracasa, donde el trabajo de figurabilidad y de dotación de sentido no es posible. Se trata de un modelo diferente al de las neurosis de transferencia y de la neurosis narcisistas; una excepción metapsicológica, diría Freud.

Efectivamente, observamos que en una situación catastrófica de intensidad tal como Cromagnon, en un primer momento prima el punto de vista económico: *en todos los pacientes se manifiesta en forma similar, la repetición estereotipada de la escena vivida.*

Luego, en un segundo momento, los pacientes desarrollan sus propios mecanismos de enlace que podemos entender como elaboración, simbolización o historización, permitiendo el abordaje de los elementos de la estructura previa, la realidad interna, el conflicto psíquico, y la expresión de las series complementarias, ya que como sucede en este caso, aun cuando la realidad material se constituye en un fuerte factor determinante del trauma, la manera como el individuo responde implica siempre un compromiso pulsional.

REFLEXIONES SOBRE "TRAUMA" Y "REPETICION"

El estudio de los acontecimientos traumáticos y sus efectos sobre el sujeto han adquirido últimamente una fuerza creciente (por diversas razones que no vamos a analizar en este momento).

Hemos presentado dos casos, a partir de los cuales podemos reflexionar de qué manera los conceptos de trauma y repetición se relacionan y articulan, implicando diferentes efectos tanto a nivel de la expresión sintomática, como en cuanto a la organización psíquica del sujeto.

En ambos pacientes, se trata de las vicisitudes relacionadas con la capacidad o no de procesamiento psíquico, vinculado a la exposición a eventos relacionados con la posibilidad de la muerte propia. Estas

situaciones, que se nos presentaron en la clínica, nos llevaron a repensar esta problemática, tomando las ideas propuestas por Freud en “Moisés y la Religión Monoteísta”(1939).

Nos planteamos que la complejidad de la noción de trauma, sus efectos sobre el psiquismo y su relación con los fenómenos repetitivos nos llevarían a pensar en una doble relación y doble efecto del trauma, que se evidenciaría en forma bien diferente en la clínica, vinculándose con *dos modalidades de la repetición*.

a) Los efectos positivos del trauma: “*tornar real la vivencia traumática olvidada, vivenciar nuevamente una réplica de la misma*”. (Freud, 1939)

Dominan aquí la fijación al trauma y la compulsión a la repetición, determinando los fenómenos repetitivos: *flashbacks*, sueños, etc., como observamos en el segundo caso clínico (Cromagnon). El acontecimiento disruptivo no puede ser asimilado a la cadena de representaciones, ni reprimido, sino que requiere ser simbolizado. El retorno incesante bajo la forma de imágenes, sueños, puesta en acto, tiene la función de dominarlo e integrarlo a la organización simbólica del sujeto.

Estos fenómenos de re-experimentación están ligados a la exposición a un acontecimiento con riesgo de muerte acaecido en un sujeto con el aparato psíquico ya constituido, permitiendo la modificación a través del trabajo de elaboración.

La repetición, puede ser entendida no sólo como automática sino como intentos de curación a través de la inclusión en el psiquismo de aquello que no pudo ser procesado.

b) Las reacciones negativas frente al trauma: “*que nada se recuerde ni se repita de los traumas olvidados. Su expresión principal la constituyen las evitaciones, hasta las inhibiciones y fobias*”. (Freud, 1939) (recordemos acá la agorafobia, característica del TP)

A partir de nuestra experiencia clínica con pacientes con TP pensamos que en estos casos, la situación de exposición a la experiencia traumática relacionada con la muerte durante la infancia, se transforma en un *trauma precoz* que genera una suerte de agujero psíquico, sin posibilidad de ligadura mediante la cadena de representaciones, configurándose una falla en la constitución del psiquismo, con inhibición de las funciones simbolizantes, dejando inerte al sujeto e indefenso frente a la situación traumática. El carácter

traumático de la experiencia infantil, vinculada a eventos relacionados con la muerte, no responde al modelo de la neurosis traumática, ni al concepto de "après-coup",⁴ sino que se basa en la incapacidad de transformar, de convertir en psíquico un estado que por el hecho mismo de esta incapacidad deviene en exceso de cantidad, que encuentra facilitada la repetición a través de la expresión somática. Esta fractura, este hueco en la trama de las representaciones remite a pérdidas de objetos no representables, no elaborables por medio del trabajo de duelo.

Como vimos en la primer paciente, no sólo hay desinvestidura del objeto, sino que se compromete la constitución de un espacio psíquico dentro del cual la propia experiencia pueda ser pensada y representada.

Sin embargo este déficit, no es mudo, sino que aparece como fenómeno clínico del orden de la compulsión repetitiva, a través de la repetición en lo corporal, en forma de irrupción masiva y reiterada de síntomas neurovegetativos, ligados a la expresión somática de la angustia. Cabe interrogarnos también, acerca de la naturaleza y el mecanismo de lo repetitivo, en estos casos en los cuales la vivencia va más allá de toda palabra, manifestando algo que nunca puede ser recordado, ni representado: la reiterativa sensación, la vivencia somática que la propia muerte es inminente.

BIBLIOGRAFIA

- BARANGER, M. Y OTROS (1987) "El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción". *Revista de Psicoanálisis*, Tomo XLIV, N 4:745-774.
- BENYAKAR, M. (2003) *Lo Disruptivo*. Editorial Biblos, Buenos Aires.
- BOTELLA, C. Y S. (1997) *Más allá de la representación*. Editorial Promolibro, Valencia.
- DÍO BLEICHMAR, E. (1991) *Temores y Fobias. Condiciones de Génesis en la Infancia*. Ed. Gedisa, Barcelona.

⁴ Lo inherente al complejo de Edipo, castración, seducción y escena primaria, por angustiantes que sean tienen un rol organizador y estructurante, indispensables para la constitución del sujeto.

FERENCZI, S. (1934) Réflexions sur le traumatisme. *Œuvres complètes IV*, Payot, Paris, 1982.

FREUD S. (1894) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un

di

A

— (1

— (1

— (1

— (1

— (1

GABB

P

GIOIA

ni

JANIN

M

P

MANF

re

pi

MANF

m

te

B

— (2

re

V

— (2

pi

cl

— (2

C

MANF

A

R

In

PELEI

d'

POTA

P.....

Soñar con el número y deseo de vivir Mayo-Noviembre 2000

D

La noche del 5 de mayo, Azul se conectó con el número soñado con algún sentido. Sus años de psicología no se sueña con un número por juego algún sentido oculto, sobre todo. Sí, no había duda, había soñado alta para ver si la palabra *doscientos*

REFLEXIONES SOBRE "TRAUMA" Y "REPETICION" A PARTIR ... (CASO CROMAGNON)

MANFREDI, C.; MEDINA, J.; SOLIMANO, A. (2007) Mesa Redonda sobre "Trauma. Repetición, Recuerdo". II Congreso Argentino de Salud Mental de la Asociación Argentina de Salud Mental. Buenos Aires

número 230

vir

2003

Diana Silvia Cantis-Carlino

El soñó con el número 230. Trató de
en otros números, trató de encontrarle
psicoanálisis la habían convencido que
por mera casualidad. Siempre hay en
sobre todo en un número tan preciso.
ñado con el 230. Lo pronunció en voz
cientostreinta se podía descomponer en