

RECURSOS PSICOTERAPÉUTICOS N° 32. HACIA UNA CLÍNICA DEL TRAUMA: PSICOTERAPIA Y TRAUMA. (PARTE II).



Ps. Juan V. Gallardo C.

Continuando con algunas consideraciones relacionadas con una Clínica del Trauma, en este recurso queremos exponer algunos lineamientos generales para identificar, contener y elaborar la presencia de lo traumático en el proceso terapéutico. Trabajando sobre el modelo bioanalítico, elaboramos este encuadre preliminar que proponemos en tanto aproximación integradora y sintética del ejercicio de un modelo psicomédico en vías de sistematización, fundado en los desarrollos teóricos de Sandor Ferenczi.

La Psicoterapia Bioanalítica entiende el ejercicio clínico en dos fases: Diagnóstico y Tratamiento, y se organiza en torno a la noción del Continuo Normalidad-Anormalidad y del modelo de los Niveles Múltiples de Intervención. Ello implica la consideración de la presencia de trastornos tanto a nivel del desarrollo evolutivo, en tanto deficiencias maduracionales o patrones conductuales desadaptativos; de lo sintomático, en tanto disfuncionalidades sistémicas; de áreas de funcionamiento críticas, como consecuencia de problemas caracterológicos; y de déficits estructurales del aparato psíquico, referido a lesiones estructurales: Existenciaros básicos, Identidad, Realidad. Si bien todos los niveles se diagnostican a partir de los síntomas y signos manifiestos y en ese sentido se basa en categorías gnosisológicas -desde el uso del DSM o CIE, hasta criterios psicoanalíticos- cada nivel difiere por los elementos etiológicos que lo constituyen, y por los desplazamientos que una condición anómala realiza dentro del continuo, ya sea en vías a la cronificación bajo la forma de procesos de deterioro, o en vías a su sanación como procesos de retorno.

En lo que respecta al Trauma, queremos destacar qué dado que este es un factor etiológico transversal, ello puede subyacer a cualquier categoría; y, por eso, el tratamiento en primera instancia refiere a las categorías clínicas: trastorno del desarrollo o de aprendizaje, neurosis sintomáticas, neurosis de carácter simple y complejas, trastornos fronterizos y psicosis; y solo secundariamente al factor traumatógeno propiamente tal. En este sentido, la clínica psicológica bioanalítica sigue los propósitos propios de cada categoría del continuo: facilitación de procesos maduracionales, reaprendizajes efectivos, erradicación de síntomas, limpieza de áreas, alineamiento caracterológico, reorganización de función de identidad y función de realidad, abordándose cada categoría con los parámetros propios de cada uno de estos objetivos terapéuticos. Es de justeza, recordar, que para Ferenczi un tratamiento dependía de lo que acontecía en el paciente, y no del marco teórico del terapeuta; y -agregamos- que los parámetros técnicos varían según las características propias de cada categoría clínica y el nivel de criticidad de cada cuadro específico.

Por otro lado, debemos considerar que existen diferentes estados del Trauma: unos, como expresión directa tras una reacción traumática manifiesta (aguda, regresiva y/o de retorno); otros, como expresión indirecta subyacente a un conjunto de reacciones defensivas o de control, y finalmente -los menos- como manifestación de metabolizaciones y elaboraciones que los han convertido en aprendizajes, y, por esta vía en resiliencia.

En consecuencia, una Clínica Bioanalítica acerca del Trauma, refiere a aquellos casos en que siendo éste el factor etiológico de un trastorno psicobiológico, el proceso curativo demanda una metabolización del mismo: abreacción, catarsis, aprendizaje y resiliencia; y ella se desarrolla -excepto cuando el motivo de consulta, es la vivencia misma de una Situación Traumática- en un segundo momento del trabajo psicoterapéutico,

independiente del nivel sintomático en que este esté ocurriendo, y para ello debemos considerar que:

a) La Clínica del Trauma surge en base a un Diagnóstico Base de la patología manifiesta. A partir de un Motivo de Consulta, que ha dado origen a un Diagnóstico Semiológico -signos y síntomas- y Estructural, y en torno al cual se lleva a cabo un proceso psicoterapéutico, surge en un segundo momento el Diagnóstico del Trauma referido a determinadas condiciones etiológicas, que vienen a clarificar y complementar al Diagnóstico Base. Al señalar una segunda fase dentro del tratamiento, éste indica ciertos especificadores y determinantes necesarios de tener en cuenta para el tratamiento, toda vez que, en ese segundo momento, el foco del tratamiento será el trabajo de elaboración del trauma.

b) Existe una excepción que es cuando el Diagnóstico del Trauma se realiza como consecuencia de la manifestación sintomática explícita resultado de la vivencia directa de una Situación Traumática que ha generado un Trauma. Ya sea que se llame Trastornos por Estrés post-traumático (TEPT), trastorno por Estrés agudo, Crisis de pánico, Accidente vital, Duelo, Violación, Abuso o de otras diferentes nomenclaturas fenoménicas; estos términos aluden a casos en los que se aprecia una relación directa entre un evento crítico y un conjunto de indicadores de angustia, ansiedad, neurovegetativos y psicológicos organizados en torno a síntomas de rememoración, de evitación, de hiperalerta, y de disfunciones cognitivas y afectivas.

c) No obstante, en todos los casos debe diagnosticarse diferencialmente esta intrusión sintomática post-traumática ya sea como proceso de cronificación consecuencia del exceso de control de una vivencia traumática original; ya como una irrupción sintomática en tanto síntoma de retorno de un proceso autocurativo o curativo de vida; ya como una expresión sintomática que es consecuencia de cierta dinámica crítica entre el trauma como síntoma de retorno y las intervenciones terapéuticas de control sintomática -vías fármaco o conductas de control punitiva- que potencian e incrementan las expresiones sintomáticas (y son comúnmente definidas como efectos secundarios al fármaco, encubriendo la iatrogenia subyacente)

d) El Diagnóstico del Trauma surge durante el desarrollo de un tratamiento como consecuencia: ya de un incremento de las resistencias a la experiencia del trauma, ya como expresión transferencial, ya como regresión benigna, y finalmente como reedición traumática en tanto síntoma de retorno.

e) El tratamiento en esta segunda fase, se organiza en torno al Diagnóstico del Trauma, determinándose los parámetros clínicos propios del tipo de trauma, sus especificadores y determinantes, ya que distintos tipos de Trauma requieren diferentes abordajes clínicos debido a que presentan clínicas traumáticas particulares.

Aunque el diagnóstico distingue cuatro Tipos de Trauma, Trauma I, II, III y IV; cuatro especificadores: a) la naturaleza del mismo, b) nivel de criticidad, c) factor desencadenante, y d) su cualidad de Cronificación o Retorno; y cuatro determinantes: la magnitud del trauma, la ubicación en el Continuo Normalidad-Anormalidad, la organización Caracterológica continente y el Agente catalizador relacional, la Intervención clínica se organiza en torno los cuatro tipos de Trauma.

En este sentido delimitamos algunas características de la modalidad de tratamiento para cada uno de ellos, las que, si bien son generalidades, aspiran a demarcar los cuatros dominios distintos dentro de los cuales se desarrolla la terapéutica pertinente:

Trauma Tipo I. Espacial, entendido como la exposición a un evento situacional y puntual (violación, visión de un asesinato, accidente accidentes de tráfico con riesgo vital, asalto con amenazas de muerte, terrorismo, etc.).

En estos casos el motivo de consulta es haber vivido una situación traumática o la sintomatología posterior a dicho suceso; el objetivo terapéutico la tramitación y metabolización del Trauma mismo, y la dinámica terapéutica se orienta a tramitar la experiencia emocional correspondiente a la vivencia del Trauma: verbalización de la experiencia, expresión de los estados afectivos cumbres, contención de la intensidad emocional, procesamiento de los duelos asociados y acompañamiento de la progresiva decatectización de las memorias, para finalmente lograr los aprendizajes pertinentes, verbigracia, dar sentido a la experiencia.

Existe un amplio repertorio de técnicas específicas tanto para el manejo de los síntomas postraumáticos como las defensas, organizadas en torno a un marco que contempla 3 fases:

1. la Fase de Estabilización
2. la Fase de Elaboración y Síntesis
3. la Fase de Integración y Aprendizaje

1ª Fase de Estabilización: Se orienta a la contención de los síntomas traumáticos que afectan al paciente, evitando el control anormal de ellos: farmacológico, sugestivo o manipulativo; y poniendo énfasis en el reconocimiento e identificación de los registros sensoriales, mediante técnicas como la cura por la palabra, el “focusing” o enfoque corporal, aceptación progresiva, mentalización, imaginería positiva, trabajo corporal y gestáltico y otras; en general todo un amplio recurso de técnicas que sirven para reconocer las sensorialidades traumáticas, clarificarlas en tanto cualidad, intensidad y duración, regularlas y aceptarlas.

2ª Fase de Elaboración y Síntesis: A medida que las reacciones sintomáticas se estabilizan, se aborda el Trauma propiamente tal, vía aproximación progresiva, catarsis, abreacción, experiencia emocional correctiva, y elaboración de desagregaciones (disociaciones). De esta manera el evento Traumático se reconduce a una experiencia emocional crítica mediante la expresión de las reacciones adaptativas afectivas pertinentes.

3ª Fase de Integración y Aprendizaje: Se aborda el proceso de duelo con su consiguiente elaboración y resignificación y los sentimientos suscitados en razón de los traumas; se propende más a la elaboración de la experiencia asociada a aprendizajes y a integrarlas en el todo de la personalidad.

Si bien el trabajo se orienta a tramitar el evento traumático -la clínica del trauma propiamente tal- y convertirlo en experiencia, debe considerarse en cada caso, y de un modo especial la organización caracterológica del paciente, y como ella participa en cada una de las tres fases.

Trauma Tipo II. Temporal, entendido como una exposición secuencial y repetida a eventos degradantes y flagelantes inevitables (violencia política, extrema pobreza, orfandad, pedagogía negra, segregación racial, violencia de género y familiar, etc...). En estos casos el motivo de consulta suele oscilar en torno a la condición de neurosis traumáticas, que son estados patológicos que aparecen en forma diferida como consecuencia de una sobreexposición a experiencias sostenidas de abusos y, en consecuencia, traumáticas; y que irrumpen en tanto “reacción de eclosión” ya como reacción de cronificación -debido a fallas del sistema defensivo o protector- ya como “reacción de retorno”, mediante el retorno de lo reprimido y la compulsión a la repetición.

En estos cuadros la sintomatología es más compleja, siendo ella reactiva a las situaciones contingentes (apareciendo como sobrerreacciones acompañadas de sobreadaptaciones) con un componente transferencial (relacionadas al trauma original); e instrumental (asociadas a mecanismos de control del impacto traumático). El objetivo terapéutico, es inicialmente la tramitación y metabolización de la condición presente -diagnosticada al uso de las gnoseologías actuales-, para posteriormente cuando corresponda desarrollar la clínica del trauma propiamente tal. En estos debe tenerse presente que, dado que media un tiempo considerable entre la Situación Traumática original y el contexto de consulta, la experiencia de vida transcurrida puede mostrar procesos de metabolizaciones graduados, y/o resistencias específicas.

Trauma Tipo III. Témporo-espacial, entendido como la exposición a una situación extrema, repetida y crónica, que además que se produce desde temprana edad y con niveles extremos de violencia explícita o implícita.

En estos casos el motivo de consulta suele encontrarse en torno a la condición de neurosis crónicas de carácter, personalidades fronterizas y psicosis; siendo el Trauma uno de los factores etiológicos subyacentes. El tratamiento se sigue según los parámetros terapéuticos clásicos existentes a la fecha, en particular

psicoterapia dinámicas de orientación psicoanalítica, y si bien, la dinámica terapéutica se orienta a la organización de aspectos estructurales, rasgos de carácter, función de identidad, función de realidad, superyó patológico, ello ocurre hasta que la irrupción de lo Traumático surge como consecuencia de la disolución de los mecanismos de defensa primitivos, las represiones y por medio de la elaboración de lo fronterizo hasta alcanzar en una regresión benigna, el marco de relacionalidad reestructurante.

Trauma Tipo IV. Relacional, entendido como la exposición a conflictos relacionales marcados por el abandono, la desatención, el abuso y/o el maltrato, de parte de quienes mantienen relaciones hegemónicas significativas, y que se manifiestan en conductas de Abuso y de Desmentida.

En estos casos el propósito psicoterapéutico consiste en la reestructuración del aparato psíquico y las consecuencias que la Condición Traumática generó. Si bien, en el presente existen varias proposiciones de tratamiento, la psicoterapia bioanalítica es la que más se aproxima a un trabajo definitivo que permita la tramitación y metabolización del Trauma mismo, cuya dinámica terapéutica se encuentra delineada en el marco teórico bioanalítico y los parámetros técnicos desarrollados por Sandor Ferenczi. Un modelo bioanalítico caracterizado por una concepción monista témporo-espacial, enriquecida con una vox temporare, más la utilización de un pensamiento tetralógico, y rizomático, el utraquismo y la anfirmixia, que ha permitido conjeturar mecanismos tales como la identificación con el agresor, la desmentida, el lenguaje de la ternura y la pasión, y funciones tales como la empatía, y la relacionalidad, la apertura o “disclosure” del terapeuta, el manejo de la contratransferencia, el modelo de abuso y de la desmentida, la regresión benigna, y muchas otras nuevas aportaciones a una clínica psicoterapéutica -noción incorporadas en algunas modalidades de intervención contingentes- y en la cual la noción de continuo dinámico, de síntomas de retorno, y particularmente del cerebro órfico, -propuesta en el modelo Triuno- emanan como los pilares idiosincráticos fundamentales que ningún otro modelo considera a la hora de lidiar con los efectos de un Trauma.

SÍNTESIS

La Clínica del Trauma avanza entre esfuerzos generalizadores que intentan dar cuenta de lo propio y característico de todo Trauma, y empeños restrictivos que aspiran a reducirla a determinada sintomatología y a su forma de erradicación. Sin duda, que ambos esfuerzos han dado sus frutos, pero solo parcialmente, y enmascarando las más de las veces la parcialidad del conocimiento alcanzado sobre el tema. Los aportes de Sandor Ferenczi, inauguran una nueva metodología para construir una clínica más eficaz. Su ejercicio clínico, los conceptos derivados de ellos, y el marco epistemológico implícito, aun siendo parcialmente conocidos sugieren una metodología que promete una nueva concepción clínica. Un nuevo modo de pensamiento tetralógico, nuevos recursos paramétricos fundan las bases de una comprensión diferente de las cuales emanan nuevos conocimientos y parámetros técnicos para hacer del Trauma, lo que es: experiencias críticas que demandan aprendizajes cruciales.

Volver a Recursos Terapéuticos

Volver a Newsletter 4