

EL CONCEPTO DE TRAUMA PSÍQUICO: UN PUENTE EN LA INTERDISCIPLINA

Juan Carlos Tutté*¹

RESUMEN

El concepto de trauma ocupa hoy día una posición central para el diálogo interdisciplinario. Tomando entonces como “puente” el concepto de trauma psíquico, el autor intenta un diálogo interdisciplinario con la psiquiatría, la biología y las neurociencias. Partiendo del concepto de trauma psíquico en Freud, se trata de hacer un recorrido por la evolución del pensamiento de este autor, articulándolo con las ideas de Ferenczi y los autores psicoanalíticos postfreudianos. Desde un marco referencial diferente, se considera el estado actual de los estudios sobre el trastorno por estrés post traumático de la nosografía psiquiátrica actual, intentando hacer entonces, una aproximación interdisciplinaria, con el concepto de trauma psíquico. Surgen así ideas como las de situación traumática, espectro de trauma y espectro psicopatológico, que nos permiten entender mejor el concepto de trauma psíquico en su articulación, a modo de puente con el amplio abanico psicopatológico, que se extiende desde la condición de normalidad hasta la psicosis, aún a riesgo de perder en prolijidad nosográfica, pero ganando en comprensión y posibilidades terapéuticas. En una segunda parte se intenta un diálogo con las Neurociencias, en el que se tomarán en cuenta los nuevos avances en lo concerniente a las investigaciones actuales sobre emoción y memoria, compatibilizándolos con el concepto psicoanalítico de trauma. A este respecto se destacan el funcionamiento de la emoción y fundamentalmente de la memoria que sobresale como un eje fundamental en esta problemática, donde resalta una sustancial diferenciación pertinente para el trabajo analítico, como es la de memorias declarativas versus memorias no declarativas o procedimentales. En una discusión final, se concluye que tomando en cuenta las implicaciones de estas nociones actuales sobre algunos de sus aspectos teóricos y técnicos, el psicoanálisis se ubica en un lugar privilegiado tanto en posibilidades de prevención como de tratamiento de los pacientes en la actualidad en la medida que a través del diálogo interdisciplinario le permitan recibir y enriquecerse con los aportes de otras disciplinas, a la vez que contribuir al enriquecimiento de éstas con sus propios aportes.

Palabras Clave: Trauma, Trauma psíquico, Neurosis traumática, Espectro psicopatológico, Desorden por stress postraumático, Neurociencia, Memoria, Técnica, Diálogo interdisciplinario

INTRODUCCIÓN

El mundo se está volviendo un lugar cada vez más traumático para la humanidad, realidad que volvió a hacerse evidente a raíz de los trágicos sucesos del 11 de septiembre y sus devastadoras repercusiones. El interés por los efectos de este tipo de acontecimientos no es algo nuevo para el psicoanálisis. Hace ya casi un siglo que la I Guerra Mundial y sus “neurosis de guerra” llevaron a los psicoanalistas a dirigir su atención hacia las vivencias traumáticas como desencadenantes de neurosis. Sin embargo, estas vivencias traumáticas plantean interrogantes que aún carecen de una respuesta satisfactoria: ¿Pueden los acontecimientos, por su sola magnitud, determinar una ruptura del equilibrio psíquico? ¿Es posible pensar una situación traumática desde un punto de vista puramente económico? Y si esto fuera así, ¿no cabría esperar que todos los sujetos reaccionaran en forma idéntica?

1.- * Médico Psiquiatra. Miembro asociado de APU. Colombres 1485 Montevideo Uruguay C.P. 11400. Tel. 613 76 98 maltut@adinet.com.uy.

El trauma psíquico implica siempre una interacción del “afuera” con lo interno de cada uno. No se puede concebir que el trauma psíquico se produzca exclusivamente sobre la base de un acontecimiento actual externo, por violento que éste pueda ser; eso equivaldría a desconocer lo personal, el “bagaje” con el que cada uno reacciona, y –en última instancia- a negar la participación del inconsciente. El concepto de trauma psíquico implica un oscilante y permanente interjuego entre mundo externo y mundo interno, realizando que lo traumático es consecuencia de una específica interacción entre lo fáctico y la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo. Los psicoanalistas deben hacer uso de conceptos que remitan a la idiosincrásica relación mundo interno-mundo externo de cada persona. Baste recordar la compleja intersección de estas dos realidades imponentes que desde “afuera” y desde “adentro” acechan al sujeto. Concebir, como lo hace Freud, una entidad psicopatológica -la neurosis traumática- con un funcionamiento enteramente independiente del sistema inconsciente y del conflicto psíquico, no deja de plantear serios problemas a la teoría analítica.

La propia preocupación de Freud, lo llevó a clasificar las neurosis traumáticas como “una excepción metapsicológica” ya que “sus nexos con la condición infantil se han sustraído a la indagación hasta hoy” (1938 p. 184). Pero estas palabras, al final de su obra, son testimonio de la ambigüedad de Freud con respecto a este tema. Recordemos que el trauma psíquico, que apareció en los albores del psicoanálisis como el factor desencadenante de los síntomas neuróticos, pronto se convirtió en puerta y camino para nuevos descubrimientos. Desde esta perspectiva, la teoría del trauma se convirtió para Freud en un trauma en su teoría que no pudo elaborar adecuadamente.

Tenemos hasta aquí la primera parte de una reflexión que podría proseguir con una discusión en el ámbito analítico. Esto nos expondría a un riesgo que no estamos en condiciones de correr: enclaustrarnos en nuestras instituciones y buscar la solipsista realización de un método analítico puro, aislado de todo otro aporte. Otra posibilidad es hacer un intento por acompañar los innegables progresos que nos muestra la realidad externa, puesto que como toda teoría, como disciplina, como Institución, se nos presenta el desafío de un permanente diálogo con los demás saberes: el progreso de la teoría y de la técnica analítica debe ubicarse en “las fronteras” del psicoanálisis. Es así que en momentos en que se aproxima el 43° Congreso de la IPA en Nueva Orleans, cuya consigna es “Trabajando en las fronteras”, me pareció oportuno pensar en un intento de aproximación interdisciplinaria, tratando de confrontar las teorizaciones psicoanalíticas sobre el trauma psíquico con un concepto de fundamental importancia desde el punto de vista psicopatológico: el “Trastorno por Estrés Postraumático”.

Me consta que el concepto de estrés no pertenece al universo conceptual básico del psicoanálisis, pero opto por utilizarlo a los efectos de establecer un intercambio más abierto con disciplinas afines, evitando caer en un diálogo endógamico. El objetivo de este trabajo será entonces, utilizando como “puente” el concepto de trauma psíquico, intentar un diálogo interdisciplinario. La primera parte estará dedicada a mostrar las vicisitudes del concepto de trauma psíquico en el pensamiento de Freud, para articularlas con las reflexiones que los autores post-freudianos también dedicaron al tema. De la contraposición y el diálogo entre estas ideas y la noción de trastorno por estrés postraumático tomada de la psiquiatría, surgen nociones interesantes acerca de los conceptos de trauma, situación traumática y espectro psicopatológico. En una segunda parte que constituye el núcleo de este artículo, se intentará un diálogo desde el psicoanálisis con la psiquiatría y las neurociencias, procurando hacer una serie de puntualizaciones acerca del estado actual de las consideraciones interdisciplinarias sobre trauma, emoción y memoria. Para terminar, en una discusión final, se abordarán las implicancias que todo lo anterior podría tener sobre la teoría y la práctica psicoanalítica.

Este enfoque no significa negar que cada concepto sea especialmente válido dentro de los límites de su disciplina de origen, sino aceptar la invitación que cada disciplina puede y debe formular a las demás para que busquen dentro de su campo todo aquello que pueda ayudarlas a seguir avanzando en el plano del conocimiento. No se trata de adoptar como propios los métodos de otras disciplinas, sino de invitar a que cada una de ellas considere diferentes conceptos con sus propios métodos, aún teniendo en cuenta que no todos los psicoanalistas pueden participar de estas ideas.

Es con la esperanza de fomentar esta comunicación con ciencias vecinas y afines que el International Journal of Psychoanalysis ha instituido desde hace algunos años un espacio para breves artículos destinados a

informar a los psicoanalistas de la acumulación de conocimientos científicos básicos de otras disciplinas que en algún momento aparecieron como ajenas a nuestros intereses. Olds y Cooper (1997, p. 219) utilizaron el término “fertilización cruzada” para describir lo que puede suceder en el campo interdisciplinario, aludiendo a las ideas creativas que provienen frecuentemente de esa encrucijada de mutuas interacciones en la que es inherente a cada disciplina el verse reforzada por descubrimientos y aportes desde campos vecinos. Ambos autores citan a un número creciente de psicoanalistas que han hecho fructíferos contactos con disciplinas vecinas, sea en el orden científico o humanístico, ya que “es nuestra tarea ayudar a construir tales puentes” (p. 220).

Volviendo al principio, entiendo que el concepto de trauma ocupa un lugar de privilegio para intentar un diálogo interdisciplinario. Las teorías no existen esperando a ser descubiertas; como investigadores debemos construir puentes de pensamiento acerca de los vínculos relevantes para el fenómeno por el que nos estamos preguntando, aún reconociendo que es difícil vivir con incertidumbres. Coincido con Eizirik (2000, p.52): cuando se pregunta: “¿sigue el psicoanálisis siendo relevante para nuestra cultura?” La respuesta, en buena medida, dependerá a mi juicio de su capacidad para recibir y enriquecerse con los aportes de otras disciplinas, a la vez que contribuir al enriquecimiento de estas con sus propios aportes.

PARTE I. VICISITUDES DEL CONCEPTO DE TRAUMA PSÍQUICO EN EL PENSAMIENTO DE FREUD

Dada la cantidad de autores que han escrito sobre este tópico, intentaré hacer un breve recorrido, destacando los aspectos principales de las marchas y contramarchas de Freud, en relación al concepto de trauma psíquico. En un primer momento anterior a 1900, Freud (1893-95) establece una definición metapsicológica fundamentalmente económica: el trauma como un exceso de excitación, que no puede ser derivado por vía motriz, ni integrado asociativamente. El posterior “abandono” de la teoría de la seducción, da paso a una importancia creciente de la vida fantasmática y la realidad interna, en un paulatino intento de reacomodar realidad exterior y realidad interna. Así, si bien manteniendo una definición económica Freud comenzó a considerar la intersección de esas dos realidades, que desde adentro y desde afuera asedian al sujeto: “Si ha ocurrido en la realidad, tanto mejor, pero si no ha sucedido en la realidad son construidas a partir de indicios y complementadas por la fantasía” (Conferencia XVIII, pp. 370).

Más adelante, el trauma reclama su importante papel en el pensamiento de Freud (Freud, 1920). Hay sin duda un retorno del viejo trauma, pero éste va cobrando un nuevo estatuto a causa de las elaboraciones que se van gestando desde el vuelco que suponen la segunda tópica y la nueva teoría pulsional: la idea de “ligazón” y de “repetición”. El concepto de trauma psíquico como algo creado por una infracción parecería reclamar su lugar, aunque enriquecido por otro concepto de fundamental importancia en la teorización: la pulsión de muerte y la compulsión de repetición.

En *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926) nace la última reestructuración del concepto, relacionado ahora con la angustia y el conflicto psíquico, a la vez que a las alteraciones del yo y al carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas. En *Moisés y la religión monoteísta*, Freud va a reconocer que parece evidente que las neurosis son consecuencia de vivencias e impresiones a las que justamente reconocemos como traumas etiológicos y que estas vivencias serían “impresiones de naturaleza sexual y agresiva y por cierto también todas aquellas que hayan provocado daños tempranos al yo (mortificaciones narcisistas)” (1939, p. 74), conceptos que no excluyen para nada el factor económico.

Freud va oscilando entre la definición del trauma como algo meramente derivado de lo cuantitativo a una segunda definición en la que lo importante es el conflicto, que se va superponiendo y termina ocupando el primer plano, viéndose entonces cómo lo económico se integra a lo dinámico. Señalaremos algunas ideas fundamentales, como puntos nodales que vienen a matizar y limitar el aspecto económico del trauma en esta evolución del pensamiento de Freud, ideas que se mantendrán presentes a lo largo del trabajo.

A POSTERIORI

Tal concepto no sólo mantiene su vigencia sino que se ha visto actualmente enriquecido por lo que podemos mantener la propuesta freudiana acerca de la necesidad de dos escenas o dos tiempos para constituir

un trauma (así como para su elaboración).

Como sostienen Laplanche y Pontalis (1973, p. 111), quienes han recalcado su primordial importancia, no se trata aquí simplemente de una acción diferida, de una causa que permaneciera latente hasta la oportunidad de manifestarse, sino de una acción retroactiva, desde el presente hacia el pasado, ruptura del tiempo cronológico y la causalidad mecánica, en favor de un concepto dialéctico de la causalidad y de un modelo de la temporalidad en el que pasado y futuro se condicionan y significan recíprocamente en la estructuración del presente.

SERIES COMPLEMENTARIAS

Este esquema, sostenido por Freud en sus Conferencias (1917) mantiene también vigencia, aún cuando su empleo sea complejo, puesto que ubicar implícitamente el trauma en dos puntos distintos de la serie: tanto en el factor infantil (llámese constitución o experiencia) y en el nivel del acontecer adulto o posterior que produce el trauma por retroactividad, descentrando la acción desde lo puramente puntual, económico y mecanicista hacia una concepción de resignificación de la experiencia infantil.

PULSIÓN DE MUERTE

La necesidad de entender la relación entre los traumas psíquicos de la infancia y los traumas psíquicos capaces de desencadenar las neurosis de guerra, sumada a sus ideas en otras líneas de pensamiento, llevarán a Freud a introducir un concepto nuevo que será destinado a modificar el edificio teórico del psicoanálisis y en particular la teoría del trauma: el de pulsión de muerte y compulsión repetitiva.

Es muy difícil concebir la existencia de ninguna situación traumática, sin la participación de esta pulsión, aún teniendo en cuenta las discusiones que planteó entre los psicoanalistas esta idea. Lo cierto que estos aportes introducen nociones capitales para entender la situación traumática y su posibilidad de elaboración; tales son los conceptos freudianos de ligadura, (*Bindung*) y elaboración psíquica (*Verarbeitung*), jugando entrelazados.

LO ARCAICO

Lo que me interesa es considerar como arcaico aquello que hace referencia a lo que no pudo procesarse psíquicamente y que entonces, bajo la forma de quistes, marcas, cuerpos extraños, persisten como restos no elaborados en los estratos inconscientes más profundos del aparato psíquico. Marcas o quistes que han sido pensados en conceptos equivalentes como: un “hueco no historizado” (Baranger y col., 1987, p. 768), “una falta básica” (Balint, 1969) o relacionado con “lo negativo” (Green 1979) o “vestigios” como prefiere Bion (1962). Uriarte de Pantazoglu (1991) habla de “hilos rotos que no lograron un entretejido” y Schkolnik (1995) de “lo arcaico”. La cantidad de autores que se han ocupado del tema muestra la vigencia actual de este problema.

Lo que yo entiendo por arcaico, y así se refleja en mi forma de utilizar el término aquí, es lo referente a las impresiones tempranas que no pueden ser tramitadas mediante las funciones normales del yo, porque el yo inmaduro y desvalido, no puede integrar estas experiencias, no entiende de su significado, quedando así en el inconsciente como algo operativo no representable, con una elaboración imposible o limitada, en un equilibrio inestable, susceptible de una ulterior desorganización y que precisamente por estas razones, adquieren un carácter potencialmente traumático. Se trata de un concepto que remite estrictamente a un fenómeno a-verbal, aquello que ha irrumpido en el psiquismo marcando un profundo déficit en la capacidad de representación. La importancia adjudicada a ese arcaico, como aquello descontextualizado en el proceso de estructuración del aparato psíquico, me llevará más adelante a un intento de trabajar e integrar este concepto relacionado al desarrollo de algunas de las ideas a plantear.

FREUD-FERENCZI Y LOS AUTORES POSTFREUDIANOS

La teoría del trauma generalizado o “trauma ampliado” (Freud, 1926) se impone al pensamiento. El trauma, en términos psicoanalíticos, es siempre una situación traumática infantil, una situación siempre

compleja, en la que interviene tanto el mundo externo como el interno, que activa una fantasmática y fundamentalmente, que no pone en juego tan solo al sujeto y una efracción de su barrera antiestímulo, sino una situación vital: el desvalimiento**² (Hilflosigkeit).

Posiblemente sea esta característica esencial de desvalimiento y desamparo al nacer lo que en los últimos 50 años ha estimulado a muchos psicoanalistas a revisar los hechos clínicos, para reflexionar sobre la importancia de este trauma del desamparo de las primeras etapas de la vida del infante, donde la necesidad de dependencia de otra persona va a constituir entonces un elemento esencial en la estructuración del psiquismo. Sin embargo, la importancia que en casi todos los momentos Freud va a atribuir a la individualidad del sujeto y fundamentalmente a lo intrapsíquico va a ser quizás el punto fundamental de su desacuerdo con Ferenczi, que insistirá que en toda situación psicopatológica habrá siempre un factor traumático real como desencadenante. Así en 1933 Ferenczi le escribía a Freud que “ha subestimado las experiencias traumáticas reales de toda la primera infancia, privilegiando la organización fantasmática y el conflicto intrapsíquico” (citado en Muñoz, 1996, p.73).

La conocida polémica Freud-Ferenczi, por el terror de que éste retrocediera a la vieja teoría traumática de 1897, no solo era injustificada, sino que es más, Ferenczi planteaba una hipótesis que era consecuencia directa del pensamiento freudiano, a la vez que algunas de sus ideas han tenido enorme influencia en el psicoanálisis contemporáneo. En uno de sus trabajos más emblemáticos: Confusión de lenguas entre los adultos y el niño, Ferenczi (1949), atribuye a los objetos externos un papel determinante en la estructuración del aparato psíquico del niño, enfatizando lo traumatógena que puede resultar la realidad psíquica del otro, cuando ese otro sustenta el poder de dar (o imponer) sus propios significados, no sólo al evento traumático, sino a toda la existencia del sujeto. Para Ferenczi el trauma era la expresión de un trastorno en la comunicación entre el niño y el adulto, es decir una “confusión de lenguas” (1949, p229) en el sentido de un desencuentro y malentendido comunicacional entre ambos. Se pone de manifiesto, entonces, que sus ideas, lejos de retroceder a planteamientos superados, le sitúan en el mismo nivel que un psicoanalista contemporáneo. En definitiva, las ideas planteadas por Ferenczi están en muchas líneas de pensamiento psicoanalítico actuales: Mahler, Winnicott, Balint, Bowlby, Spitz, Kohut, Aulagnier y muchas de las concepciones que sustentan el psicoanálisis de pareja y familia. También tienen una importante presencia en Lacan, Laplanche y en autores postkleinianos como Bion, Meltzer, Bick, autores que reconocen la participación de la figura materna y nos dan elementos para pensar las situaciones traumáticas precoces. La integración de lo propuesto por Freud con los conceptos de éstos y otros autores abocados a diferentes aspectos de ésta problemática, permiten una reformulación metapsicológica y de la teoría de la clínica de lo traumático.

Me gustaría describir ahora las secuencias de traumas que sufre el niño a lo largo de sus primeros años y su relación, no sólo con la madre, sino también con los padres y el entorno. En otras palabras, todas aquellas líneas de pensamiento analítico que jerarquizan el rol de lo externo, el otro, el discurso, el medio. Muchas son las vicisitudes generadoras de traumas en la infancia: malos tratos, incompreensión, violencia de los padres, hermanos o cuidadores, falta de conexión con las necesidades del niño, estimulaciones sexuales excesivas, extrema pobreza, miseria, hambre, etc., etc. Todas estas y muchas otras similares constituyen situaciones traumáticas presentes, cotidianas las más de las veces, que repetidas durante años en la etapa de la vida más temprana dejan una marca indeleble. Entonces, cuando hablamos de trauma, ¿pensamos en uno o en muchos?

En la concepción psicoanalítica, el modelo de un evento predominante puede preparar el camino para la intervención de eventos sucesivos, sobre todo en la historia de los primeros años de vida, por ser momentos de mayor vulnerabilidad psíquica. En esta línea cabe destacar la concepción de Khan sobre el “trauma acumulativo” resultado “de las fisuras en el rol de la madre como protección contra las excitaciones a lo largo del curso total del desarrollo del niño, desde la infancia a la adolescencia, fisuras que al pasar el tiempo y a través del proceso de desarrollo se acumulan silenciosa e inevitablemente y no adquieren valor de traumatismo sino por acumulación y en forma retrospectiva” (1963, pp. 290-91).

2.- ** Todos los destacados del trabajo pertenecen al autor, a menos que se indique lo contrario.

Pero hemos hablado exclusivamente de la madre. ¿Qué pasa con el padre? ¿Y con el medio? Acevedo de Mendilaharsu destaca el papel del padre en este proceso: “el niño no debe colmar la organización libidinal de la madre ni ser su objeto libidinal exclusivo, sino que detrás del niño y más allá debe estar el padre como elemento pívot y tercero en la economía libidinal de la madre” (1988 p. 318).

Balint (1969) con su hipótesis de falta básica, remite un déficit empático entre la madre y el niño; el origen de la falta básica es el deficitario ajuste del niño y las personas que lo rodean. Para Balint, el trauma involucra a las figuras próximas al niño, este medio se incorpora a la estructura misma de su Yo. García Reynoso se pregunta qué sucede cuándo, en situaciones de extremo desamparo social, los padres no pueden ser soporte de vida para los hijos. Afirma que “una situación traumática externa al no poder ser simbolizada se transforma en trauma interno por interiorización, cobrará valor de trauma si no es posible metabolizarlo, simbolizarlo y transformarlo en pensamiento y acción” (1992 p. 6). Bernardi haciendo alusión, entre otras cosas, al “soporte social”, definido “como una función del grado de apoyo emocional, material e informacional que el sujeto encuentra en función de su inserción en la red social” (1988, pp.19-38), ha mostrado los efectos en el desarrollo del niño de los efectos de las privaciones impuestas por las situaciones de pobreza.

ESPECTRO PSICOPATOLÓGICO I

Todas las formaciones psicopatológicas, así como las técnicas de control normales, tienen como finalidad común prevenir formas extremas de angustia, angustia tan primitiva que sólo se puede describir en términos económicos. “A esta forma de angustia automática podríamos caracterizarla como el trauma inicial, el trauma puro, sin sentido, totalmente disruptivo” (Baranger y col., 1987 p. 766). Esta “experiencia traumática” al decir de Benyakar “inundada por la angustia automática, carente de representación, es la brecha psíquica que imposibilita al sujeto pensar o significar un suceso acaecido” (1998 p.22). Pero, de acuerdo a lo que vimos, el trauma involucra siempre a las personas más cercanas. Es este medio, desde los inicios, que se incorpora a la estructura misma del yo y será fundamental en ese proceso de desarrollo y de estructuración psíquica.

Litchman (2000) menciona las “carencias estructurales primarias” en ese proceso de elaboración y Stern (citado por Altmann de Litvan, 1995) habla de traumas primarios que son normales en el desarrollo y distingue entre “traumas primarios normales” y “traumas patógenos secundarios”; los primeros pueden transformarse en los segundos como resultado de la interacción de influencias ambientales negativas y de los factores constitucionales. Estas cicatrices narcisistas han sido calificadas por Green como adherencias, es decir zonas sensibles, vulnerables, que “crean esa caparazón narcisista protectora y preventiva frente a los traumas, al precio de una esclerosis mortificante que socava el placer de vivir” (1979 p. 127-164). Al considerar estas alteraciones del yo, pensamos que todos estamos expuestos a “ese trauma temprano constituyente” (Aduriz Ugarte, 1996), lo que nos conduce a rescatar, desde los distintos esquemas referenciales, la idea de “situación traumática”, diferenciándola de la de “trauma” como situación patógena. Entiendo que su clarificación nos permitirá abordar en forma más precisa lo esencialmente traumático en la clínica psicoanalítica.

En la situación traumática un trauma podrá ser entendido como necesario ya que, al separar al niño de la fusión materna, le permitirá una organización adecuada del psiquismo y una inscripción en un ordenamiento simbólico. En el caso del trauma, todo hace pensar que en tales situaciones, el mencionado proceso estructurante y organizador de la fantasmática infantil hubiera fracasado, dando lugar a espacios mas o menos amplios del psiquismo donde no se puede encontrar un sentido, que remitirían a aquellas formas de lo arcaico, mencionadas anteriormente. Esa vivencia será traumática porque quedará inundada de afecto y carente de escena, desarrollando un marcado déficit en la capacidad de representación.

Considero útil introducir aquí la noción de espectro psicopatológico, para dar cuenta de una situación en la que en un extremo tendremos los traumas desorganizantes, invasores y paralizantes, y en el otro, traumas construidos en una historización temporal abierta. Entre un extremo y otro, existen como se podrá comprender todo tipo de situaciones intermedias, ubicándose aquello que produce efectos de mayor o menor daño psíquico y que transcurre entonces desde “estados más o menos leves formando síntomas en la organización de la neurosis, a lo que se constituye como verdaderos agujeros de simbolización que pueden

llegar al silencio psíquico de las psicosis”. (Casas de Pereda, 1996, p.40). Con esta elocuente descripción, entiendo que Casas de Pereda alude a un fenómeno que nos da cuenta del despliegue de un amplio abanico extendido entre las situaciones psicopatológicas más benignas hasta aquellas que testimonian un verdadero colapso psíquico, como fracaso global del aparato mental para tramitar el hecho traumático. Muñoz (1996 p. 74) ha denominado acertadamente a esta situación como “las mil caras del trauma temprano” en alusión a las diferentes formas en que se despliega la psicopatología en relación a la multiplicidad de los acaeceres individuales.

PARTE II: EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Consideraré ahora el trastorno por estrés postraumático que el DSM IV identifica, en su intento de estandarización en un lenguaje compartible, como un trastorno de ansiedad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Siguiendo al DSM IV (p. 424) al que remito, intentaré una breve síntesis, destacando que lo que importa para el diagnóstico es:

-El antecedente claro de exposición a un acontecimiento traumático intenso, caracterizados por muerte o amenazas para su integridad física o las de los demás. Frente a esto la persona responde con manifestaciones de temor intenso, desesperanza u horror.

-Los síntomas característicos incluyen la reexperimentación del acontecimiento traumático, ya sea a través de recuerdos dolorosos, invasivos y recurrentes; durante episodios de ensoñación diurna o en forma de pesadillas. También pueden producirse estados disociativos que duran desde pocos minutos a días. La sintomatología suele acompañarse de embotamiento psíquico o anestesia afectiva y activación del sistema nervioso autónomo (hiperactividad, irritabilidad, alteraciones del sueño).

-Las situaciones que recuerdan al trauma original se evitan de forma sistemática.

-Pueden darse otros síntomas como sentimientos de culpa, depresión, ansiedad, crisis de angustia, vergüenza e ira, abuso de sustancias, conductas autolesivas o intentos de suicidio.

ETIOLOGÍA

Junto a los aspectos clínicos, resulta interesante tomar en cuenta algunas consideraciones etiológicas. En este tópico nos encontramos de entrada en el American Psychiatric Press textbook of psychiatry donde se afirma: “No siempre puede predecirse la relación entre la gravedad del factor estresante y el tipo de sintomatología subsiguiente” (Hales y col., 1999, p.546), que lleva inexorablemente a tomar en cuenta la noción de reactividad, es decir la interrelación entre un factor desencadenante con uno predisponente; la persona reacciona siempre con aspectos individuales, idea totalmente opuesta a aquello de que idénticas causas producirán idénticos efectos.

Para Kaplan y Sadock (1998) aunque la presencia de un factor estresante es necesaria, no es suficiente para provocar el trastorno, considerando que los clínicos también deben considerar los factores biológicos y psicológicos preexistentes. Estos autores consideran también que las investigaciones recientes han puesto más énfasis en la respuesta subjetiva de cada persona en alusión a los factores predisponentes de vulnerabilidad. También tienen en cuenta el interjuego permanente entre mundo interno y mundo externo, realizando que lo traumático es consecuencia de una específica interacción entre lo fáctico y la forma en que esto es vivenciado por el psiquismo. Por lo tanto, una guerra, un accidente, la muerte de un ser querido serán traumáticas para algunos y para otros no. Es por todo esto la insistencia de Benyakar (1998) en que, al remitirnos a los eventos fácticos utilicemos el concepto de situaciones disruptivas, para determinar que éstas, por sus características, actúan como amenazas para el psiquismo, haciendo uso de este concepto para establecer un paradigma operativo.

Para Gabbard (2000), la investigación reciente está de acuerdo con el consenso creciente de que el trastorno por estrés postraumático es probablemente más dependiente de factores subjetivos que de la gravedad del estresor y, pese a que el DSM IV no parece enfatizar, a primera vista, la respuesta subjetiva

del individuo al evento, una cuidadosa lectura de los dos criterios diagnósticos de estresor, parece reflejar la importancia de la cuidadosa investigación psicodinámica de los significados que el paciente le asigna al evento y de las vulnerabilidades específicas del mismo, cuando se evalúan varios desencadenantes ambientales. Así podría concluirse que “una predisposición personal a desarrollar este trastorno era necesaria para que los síntomas emergieran” (Gabbard, 2000, p.253). Es más, es conocido que la mayoría de las personas no desarrollan trastorno por estrés postraumático aún al enfrentar un trauma terrible e incluso eventos que pueden parecer relativamente bajos en gravedad pueden desencadenar el trastorno en ciertos individuos debido al significado subjetivo asignado al evento. Según Gabbard, la visión psicodinámica moderna del trastorno ha sido ampliamente influida por el trabajo de Krystal, para quien el trauma psíquico en la infancia determina una detención del desarrollo afectivo, mientras que el trauma en la adultez conduce a una regresión del desarrollo afectivo (p. 254). Incluso, según el DSM IV es importante diferenciar cada diagnóstico porque todos juntos despliegan la gama de trastornos mentales, desde el extremo de los trastornos mayores hasta el trastorno adaptativo, evidenciando la relación stress-vulnerabilidad individual. A este respecto cabe destacar que Hollander y col., señalan que cada vez se presta más atención a “un concepto de trastornos del ‘espectro de trauma’, los que se producen principalmente a partir de abusos intrafamiliares crónicos durante la infancia y que se acompañan de variadas manifestaciones como el trastorno límite de personalidad y el trastorno de personalidad múltiple” (1999, p. 610).

ESPECTRO PSICOPATOLÓGICO II

Considero importante, al final de esta primera parte, intentar establecer puntos de contacto de éstos conceptos actuales de la psiquiatría con las ideas psicoanalíticas desarrolladas al principio, para lo cual tomaré un punto en el diálogo que seguramente va a servir de puente: intentaré relacionar la idea de espectro de trauma que aparece en el Tratado de Psiquiatría (Hales y col., 1999) con lo que he llamado espectro psicopatológico.

¿Qué podemos entender por espectro de trauma? Hales y col. (1999) mencionan los abusos intrafamiliares crónicos desde la infancia y que se acompañan de variadas manifestaciones como el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de identidad múltiple. Si nos extendemos a los diagnósticos diferenciales con los que se puede confundir el trastorno por estrés postraumático, se amplía aún más el panorama, ocupando un extremo la Psicosis Reactiva breve, pasando por el Trastorno por Estrés Agudo, el duelo no elaborado, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, hasta el otro extremo de la serie, que serían los trastornos adaptativos, definidos como reacciones desadaptativas ante un estrés social identificable, en última instancia diferenciándose en que “el acontecimiento estresante suele ser menos grave y está situado dentro de las experiencias humanas comunes” (Hollander y col., 1999, p. 617). Kaplan y Sadock (1998) citan la CIE 10 que sitúa los trastornos adaptativos en la misma categoría que las reacciones a estrés grave, definiendo además el trastorno por estrés postraumático en esta categoría, lo que apuntaría a que las variaciones individuales desempeñan un papel en la aparición y gravedad de estos trastornos, así como a la variabilidad extrema de los factores estresantes.

El trastorno adaptativo, por otra parte, es un diagnóstico limítrofe que presenta grandes problemas taxonómicos y de diagnóstico, lo que muestra la indefinición de estos trastornos que se ubican en la difusa área diagnóstica existente entre la conducta normal y los trastornos mayores, suelen estar mal definidos, se solapan con otros grupos diagnósticos y presentan síntomas imprecisos y problemas de fiabilidad y validez. Las características etiológicas y dinámicas del trastorno adaptativo lo convierten en una categoría diagnóstica fascinante que constituye una pieza clave entre la normalidad y la enfermedad, donde hay que tener también en cuenta el “significado” que tienen los acontecimientos para un individuo, lo que lleva a la pregunta ¿cuándo se traspasa el umbral para ser considerado paciente? En otros aspectos, el DSM IV no ofrece criterios o las pautas son muy laxas para cuantificar los agentes estresantes en un trastorno adaptativo ni para evaluar su efecto o el significado que tienen para un individuo en un momento determinado. Si bien el estrés se ha descrito como el agente etiológico de este trastorno, diversos modificadores y variables están implicados. Para Kaplan y Sadock, entre los factores psicodinámicos a considerar, está la naturaleza del factor estresante, “los significados concientes o inconcientes del mismo y la vulnerabilidad previa del

paciente” (1998, p. 770).

Se han descrito así las limitaciones que presenta el constructo actual del stress para la investigación, porque la idea de “factores estresantes” constituye una variable compleja en la que se combinan: su intensidad, cantidad, duración, reversibilidad, ambiente y contexto personal. Aunque el límite superior se establece con los criterios de los síndromes mayores, el límite inferior entre el Trastorno Adaptativo y el problema o la “normalidad” no está asignado con criterios operativos e ilustra la dificultad del tema “de los límites”, suponiendo un reto para las futuras ediciones del DSM IV.

CASOS CLÍNICOS

Estos últimos trastornos, que al decir de Kaplan y Sadock “una persona profana llamaría desgracias personales” (p. 770) se ubicarían a mi entender en el rango de lo clásicamente conocido como personalidades neuróticas, en los que se articula una historia de conflictos que se mantendrán más o menos compensados en relación a los acontecimientos vitales que podrían actuar como desencadenantes de sufrimientos o patologías según las circunstancias. Al respecto quisiera ilustrar estas ideas con una serie de viñetas clínicas en lo que atañe al aspecto nosográfico desde un punto de vista estrictamente psiquiátrico.

CASO 1

Se trata de un paciente de 31 años, internado en el Hospital Vilardebó en la sala de presos, en el año 1980, durante la dictadura militar en momentos en que la población vivía atemorizada.

Fue tomado por la policía cuando lo encontraron robando en un depósito de neumáticos, llevado a la Seccional y allí amenazado con ser torturado o muerto. Horas más tarde presentó un cuadro diagnosticado como psicótico, por lo que fue internado en el Hospital Psiquiátrico. Al llegar encuentro un hombre joven totalmente desorientado, con cara de terror mirando con desconfianza hacia todos lados, con ideas delirantes de persecución, no sabiendo bien por quienes ni las razones, pero sí, que iba a ser ejecutado. No reconocía el lugar donde estaba y no recordaba absolutamente nada de porqué estaba allí. Hacía dos días que recibía tratamiento con neurolépticos y tenía planteada una serie de micronarcosis.

Comencé a hablar con él tratando de calmarlo y le fui explicando con mucha dificultad las circunstancias que rodearon su detención.

Procuré ayudarlo a reorganizar sus vivencias, a la vez que lograr disminuir aquella intensa sensación de terror. Progresivamente el paciente se fue tranquilizando, recordando los pormenores de cómo y cuando fue detenido, organizando su pensamiento y sus recuerdos, hasta recuperar en forma total la claridad de su conciencia y la reconstitución de los hechos.

Quedó planteado el diagnóstico de episodio psicótico agudo, motivado por un claro antecedente de exposición a una situación de terror.

CASO 2

Gabriela, de 56 años, casada, con 3 hijos y una nieta, inicia su trastorno luego de ser asaltada junto con su esposo al que hieren de dos balazos y dan por muerto. Los asaltantes la golpearon brutalmente, la dejaron semiinconsciente, pretendiendo luego arrollarla con el auto “para terminarla de matar” según creyó oír. Fueron internados, tratados y ambos se recuperaron físicamente. El episodio ocurre 3 meses antes de la consulta a la que es obligada por sus hijos, que ven el profundo cambio en las conductas de su madre. Gabriela era una ama de casa felizmente casada, conforme con su vida previa, pero que siente que a partir de ese episodio hay un antes y un después y le es totalmente imposible regresar a su modo de vida anterior; vive el día encerrada. Desde el asalto, en un lugar relativamente cercano a su casa, vive trancada, se niega a salir aún al jardín, el que cuidaba anteriormente con gran esmero y le ha hecho poner rejas a toda la vivienda. Pasa generalmente ensimismada, tirada en un sillón, a veces realiza alguna pequeña tarea doméstica, no hace ni contesta llamadas y si le hacen ver televisión no tolera ningún programa que implique la más mínima violencia y la mayoría de las veces mira sin ver. En la entrevista me encuentro con una mujer deprimida, angustiada, que no quiere hablar, que por momentos llora y dice que deberían haberla

matado porque de hecho su vida se ha transformado en un infierno que no vale la pena vivir. Sin embargo a medida que transcurre la entrevista va liberándose y contándose en qué consiste ese infierno en el que se siente. Vive sobresaltada, con terror a volver a encontrarse a las personas que tanto daño le hicieron; como la robaron y tienen todos sus datos, piensa que podrían fácilmente ubicarla. La atormenta el que en forma de flashbacks se le representa el episodio del asalto; a veces logra distraerse por un rato realizando alguna actividad manual y de golpe la asalta la imagen; ha llegado a gritar aún estando sola, como si estuviera nuevamente inmersa en el episodio inicial. Cuando logra conciliar el sueño tiene pesadillas en las cuales, se repite el episodio o parte del mismo, o vive situaciones de amenaza física o psíquica y se despierta de golpe sudorosa y gritando. Ha pensado en matarse, aunque no de una forma muy precisa y en la entrevista repite varias veces en voz baja “sería mejor que estuviera muerta”.

CASO 3

Mujer de 41 años, quien al descender de su auto para abrir el portón de su casa, fue abordada por un desconocido que le colocó un revólver en la cabeza, amenazándola de muerte y manifestándole su intención de violarla.

Luego de un breve forcejeo entre ambos, la mujer logró escapar y refugiarse en su casa, presa de un sentimiento de terror y algunas lesiones físicas de menor entidad. En los días siguientes, se sucedieron crisis de angustia, acompañada de flashbacks en los que se repetía la escena traumática. Presentó malestares físicos, mareos, náuseas y sensación de desmayo. Eran notorios y persistieron durante un tiempo, olvidos para hechos significativos ocurridos durante el día, despertares nocturnos en medio de pesadillas, ya sea con el hecho ocurrido o con situaciones amenazantes. No se produjeron perturbaciones ni en la esfera laboral ni intelectual.

Tal sintomatología persistió en los siguientes tres meses acompañada de manifestaciones fóbicas, sobre todo agorafobia y evitación de escenas violentas por televisión.

La paciente fue inicialmente medicada pero en vista de la persistencia del cuadro comenzó un tratamiento psicoanalítico. Los síntomas más ostensibles desaparecieron al poco tiempo, persistiendo por un lapso mayor, la sintomatología fóbica.

En el proceso de análisis, se desplegó una conflictiva fundamentalmente neurótica. Cabe destacar el recuerdo de dos situaciones traumáticas de abuso físico en la infancia a la vez que fue necesaria la elaboración del sentimiento de vulnerabilidad y angustia frente a la muerte y al paso del tiempo.

Con estas tres viñetas clínicas intento ilustrar lo que vengo diciendo: en la primera, un paciente reacciona ante una situación de estrés profundo con una desorganización psicótica aguda; en la siguiente, ante una situación traumática la presentación clínica corresponde el rango de lo depresivo, y en la tercera las manifestaciones de la paciente se adscriben al rango de lo neurótico.

Se abre ante nosotros un abanico que va desde la psicosis a la Neurosis, aquello mencionado como espectro de trauma en el Tratado de Psiquiatría (Hales y col., 1999) ¿no sería superponible a lo que llamé espectro psicopatológico?

Retomo ahora lo planteado en relación a lo arcaico. A partir de aquellos defectos primarios en la estructuración psíquica, aquellos restos no elaborados ni historizados, que como marcas iniciales, serían factor predisponente para la acción de desencadenantes futuros de enfermedad a lo largo de las peripecias vitales; se abre un rango que iría desde la supuesta normalidad a las formas más graves de la enfermedad mental Si lo miramos desde esta perspectiva, podríamos perder en prolijidad nosográfica, pero ganaríamos en posibilidades de comprensión y por ende de poder actuar con nuestros pacientes.

No se trata del intento de diferenciar entidades, sino de enfatizar este amplio rango de un despliegue donde no se puede desdeñar la individualidad y la historia personal de cada uno.

PARTE III: INTENTO DE DIÁLOGO INTERDISCIPLINARIO

“La sistematización del conocimiento no puede llevarse a cabo en compartimientos herméticos” (Whitehead, citado por Biebel, 1999).

Comenzaré recordando un artículo de Biebel sobre psicoanálisis y ciencia:

“la interacción entre el psicoanálisis y otras disciplinas y profesiones, como la biología, la etología, la lingüística, la semiótica, la sociología, la ética, la psicología cognitiva, la poética, la retórica y las neurociencias se encuentra en un momento de fértil posibilidad comunicativa, pero para que esto sea realidad tenemos que trabajar sobre aquellos factores que aproximan los conceptos, las estrategias cognoscitivas, las modalidades de pensamiento y limar los problemas de intercomunicación, problemas que no son sólo de orden teórico sino también de orden biológico, psicosocial y sociológico”. (1999).

Un enfoque posible sería decir: “yo creo que el psicoanálisis es esto y no es esto otro, es algo que los psicoanalistas solemos hacer, ocurre a menudo en las discusiones y lleva a posiciones inconciliables y no entendimientos. Se cierra según una cierta definición hecha a partir de determinado criterio lo que es y lo que no es, aún entre los que dicen que practican el psicoanálisis (Biebel, 1999). Para poner a prueba si la explosión de conocimientos en Neurociencias, Psiquiatría y Ciencias Cognitivas es significativa para el psicoanálisis, antes que nada es necesario que tengamos conocimiento acerca del trabajo que está siendo hecho y estar capacitados a trasladar el lenguaje de estas disciplinas dentro de los dominios que nos conciernen, aún teniendo en cuenta y respetando que no todos los psicoanalistas puedan estar interesados en tales aproximaciones.

Kandel afirma que, como resultado de no haber desarrollado métodos objetivos para testear las importantes ideas que había formulado previamente, el psicoanálisis entró en el siglo XXI con una declinación de su influencia, que es lamentable “desde que el psicoanálisis representa aún la más coherente e intelectualmente satisfactoria perspectiva de la mente humana” (1999, p.505). Por su parte, Panksepp sostiene que: “debería buscarse una nueva conciliación entre todas las disciplinas que buscan sinceramente revelar los estratos más profundos de la naturaleza humana, tarea en la que el psicoanálisis debe ocupar un lugar destacado por su experiencia acumulada, dada la complejidad del funcionamiento de la mente” (1999, p. 35).

Teniendo entonces en cuenta lo que acabamos de escribir, intentaré una aproximación al diálogo entre el psicoanálisis, la Psiquiatría, la Biología y las Neurociencias, tomando como puente la noción de trauma psíquico, estableciendo una articulación con el Trastorno por estrés postraumático. Desde el punto de vista de los criterios clínicos y diagnósticos, creo que considerando el problema en un sentido amplio, se vinculan aún sin entrar en la sistematización de una sintomatología tan florida, las ideas de Trastorno por estrés postraumático con el concepto de Neurosis de Guerra o Neurosis traumáticas, a las que Freud aludía en Más allá del principio del placer (1920). A principios del siglo XX, la importante influencia del psicoanálisis, de manera especial en Estados Unidos, llevó a que los clínicos denominaran neurosis traumática a dicho trastorno.

AVANCES SOBRE MEMORIA, EMOCIÓN Y EL CONCEPTO PSICOANALÍTICO DE TRAUMA.

El punto más fuerte y que tomaré para la discusión, está constituido por las enriquecedoras consideraciones sobre el estrés y los hallazgos actuales en relación a las conexiones encefálicas relacionadas con la emoción y la memoria. A este respecto no dejan de sorprendernos los aportes hechos en el campo de la neurofisiología, de la psiconeuroendocrinología (Dantzer y Mormede, 1995), la psiconeuroinmunología (Yehuda, 1998), la neuroanatomía y la neuropsicología. Pero los que a mi entender resultan más destacables para ser tomados en cuenta en este diálogo, son los descubrimientos actuales de las Neurociencias, en relación a las estructuras encefálicas que vinculan trauma y estrés con la emoción y la memoria. La interrelación de factores tales como el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, las regulaciones cerebrales y extracerebrales de las secreciones internas, su acción en áreas específicas del cerebro que involucran fundamentalmente los circuitos límbicos (amígdala e hipocampo), el sistema de corteza órbito-frontal, el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, así como los hallazgos neuro- anatómicos y neuropsicológicos, nos imponen los avances realizados en este campo.

Con relación a estos descubrimientos, donde se destacan en forma relevante el funcionamiento y procesamiento de la memoria y la emoción, me fijó en algunos trabajos de la literatura psicoanalítica en relación a los avances actuales. Parto de los conceptos de R. Pally (1998) sobre “Procesamiento emocional: la conexión mente-cuerpo” y el libro “Recuerdos recuperados de abuso”, editado por Sandler y Fonagy (1997) donde se mencionan datos fundamentales en relación al conocimiento científico actual acerca de los mecanismos de la memoria, tanto en los trabajos hechos por los editores, como en la conferencia realizada

en junio de 1994 en el University College de Londres, acerca de la validez de los recuerdos recuperados del abuso. En esta conferencia, con participación de psicoanalistas, psiquiatras de niños y adolescentes, psicólogos cognitivos especializados en el campo de la memoria, psiquiatras forenses, estudiosos de las relaciones tempranas padres- hijos e investigadores en Neuropsicología, se tocan aspectos importantes en relación a conceptos psicoanalíticos claves como son la represión, el trauma psíquico temprano, la amnesia infantil, la noción de inconsciente, la verdad histórica y la fantasía inconsciente, escisión y dementida, etc.

Respecto a la memoria, un eje fundamental en esta problemática, cabe destacar que hay varios sistemas de memoria diferentes como señala la excelente revisión hecha por Davies (2001). Davis destaca trabajos recientes que describen la organización de la memoria en términos de sistemas separados y múltiples, destacando una diferencia pertinente para el trabajo analítico, como es la diferencia entre memoria declarativa y memoria no declarativa o procedimental. Estos sistemas se diferencian entre sí por las estructuras neurológicas que los subyacen, sus principios operativos y el tipo de información que procesan. La memoria llamada declarativa es representada por un sistema que primero las procesa o codifica, luego las archiva de forma accesible para un uso posterior y en última instancia las recupera a demanda mediante el procesamiento verbal en formas más o menos detalladas. En contraposición, Davies emplea la denominación de memoria procedimental para hacer alusión a las formas de memoria no declarativa. Si bien es cierto que ambos conceptos no son superponibles en sentido estricto, hoy está aceptado sin discusión que resulta muy diferente aquello que puede ser pensado, representado en imágenes o puesto en palabras, de lo que está inscrito en términos de procedimientos afectivamente cargados, o sea esquemas afectivo-motrices.

De las consideraciones anteriores, lo interesante para los psicoanalistas serían las formas de inscripción de vínculos, en particular las reacciones afectivas automáticas que un bebé puede tener ante la modalidad de contacto con el otro significativo, ligadas a experiencias emocionales “aprendidas” a partir de experiencias tempranas y que estas experiencias no serían únicas, sino que se irían repitiendo y acumulando a lo largo del tiempo y de la vida. Sería en este sentido que Davies (2001, p.455) alude a los conceptos introducidos por Stern y col. (1988, p.903) vinculados al “conocimiento relacional implícito”, en los que se refiere específicamente a la influencia de las memorias implícitas o no declarativas sobre las características que cada uno de nosotros tiene como “modalidades de ser con los otros” y aún de relacionarse con uno mismo, que comenzarían en la temprana infancia, ganando en madurez y complejidad a medida que el cerebro madura y el dominio de la inter-subjetividad se expande.

Estas formas de existir lo psíquico son también inconscientes y, como dice Davies (2001), “operan por fuera de la percepción del individuo, pero no están reprimidas, o de otra manera, no son dinámicamente inconscientes” (p.449). En otras palabras, no pueden ser explícitamente declaradas.

Por el contrario, las llamadas memorias procedimentales, consideradas en la actualidad un área madura para la exploración por su relevancia en relación a que podrían quedar guardadas allí formas de traumas precoces no sensibles a los recuerdos verbales. La memoria no declarativa o procedimental tiene la particularidad de no poder ser recordada, ninguna experiencia consciente de recuerdo es posible, aunque es demostrable que allí se retienen experiencias pasadas. Puede existir un inconsciente que no es el resultado de la represión por razones afectivas sino que, como plantean numerosos autores (ver Westen 1999), se organizó en forma de procedimientos automatizados de cómo relacionarse con el otro y con el mundo y esto es lo que queda inscripto como memoria procedimental. Los recuerdos aparecen como descontextualizados, disociados o escindidos en el sentido que permanecen intactos pero sin elaborar, pero influyendo tanto en la conducta como en la disposición emocional. La evidencia sugiere, así, que las memorias procedimentales de una edad muy temprana tienden a persistir en forma de patrones de conducta destinados a repetirse más tarde en la vida y que se vuelven manifiestos en la relación del paciente con el analista en la transferencia.

Por eso, durante el tratamiento analítico dichos recuerdos no se recuperan como memoria declarativa ni pueden decodificarse a partir de la narrativa del paciente, sino que aparecen en forma de actuación en la relación o “enactment”. No se trata de un recuerdo reprimido por la censura, sino de algo que existe en forma de procedimientos de cómo estar y reaccionar ante el otro. Se infiere en consecuencia, como altamente posible que los niños puedan almacenar mucha experiencia que luego no son capaces de evocar. A este respecto cabe señalar que el trauma temprano puede alterar el normal funcionamiento del sistema de memoria.

Fonagy (1997 p.187) cita a Allen, quien opina que la memoria procedimental puede jugar un rol clave para mediar los síntomas del estrés postraumático, aportando evidencia psicológica que respalda este argumento y sugiriendo que partes relativamente primitivas del sistema nervioso central como la amígdala y el hipocampo podrían estar vinculadas en la mediación de los recuerdos de estas experiencias. En este modelo, los recuerdos traumáticos regresarían principalmente a través del sistema sensorial, en forma de sensaciones cinestésicas, olores, sabores o imágenes visuales, descontextualizadas y sin significado aparente. Las propiedades relativamente simples de este sistema de memoria sugieren que las inscripciones (lo que queda almacenado) retorna en la misma modalidad en la que fue codificado (lo que se olió vuelve como un olor, etc.). Esto me hace recordar las palabras de Botella y Botella:

“Si en las neurosis traumáticas hay memoria, ello sólo es concebible como ‘memoria sensorial o huellas perceptivas’ que no han adquirido la cualidad de representación de la huella mnémica. Lo mismo ocurre con los traumatismos infantiles no integrables en la red de representaciones de la neurosis infantil”. (1997 p. 26).

Según Allen (1995), el regreso del recuerdo se ve marcado por intensas reacciones emocionales (temor y rabia) tanto como imágenes (flashbacks y pesadillas) en aquellos individuos que han sufrido experiencias de trauma intenso.

Pally (1998) concuerda con algunos de estos conceptos, fundamentalmente en lo atinente a las reacciones emocionales. En su artículo “El procesamiento emocional: la interconexión mente-cuerpo”, intenta arrojar luz sobre los circuitos de la emoción en la mente y mostrar cómo estos circuitos se aplican a una gran variedad de cuestiones clínicas relevantes: angustia, condiciones psicósomáticas, y aún el apego y la comunicación no verbal. En lo que respecta a las estructuras cerebrales involucradas, la autora destaca que además de su papel en la memoria, el hipocampo regula también el despertar emocional y dice: “parece más probable que lo considerado por los analistas como ‘afecto’ no es sólo un estado mental sino un complejo estado psicobiológico” (p. 352). También juegan papeles importantes la amígdala y la corteza prefrontal. Para ella, la amígdala es muy probablemente también el centro de la angustia humana y destaca que durante el estrés, el hipocampo puede alterarse o hasta dañarse, mientras que la actividad de la amígdala puede aumentar. Las células del hipocampo pueden mostrar una actividad disminuida y hasta atrofia durante el estrés, llevando a perturbaciones de la atención y la memoria.

A este respecto, Olds y Cooper (1997) revisan brevemente la investigación sobre la función del hipocampo y los efectos del estrés sobre esta zona del cerebro y su valor para los analistas para una mejor comprensión del rol de las “construcciones” en relación a aquellos procesos que nunca pudieron ser representados con precisión por operar la memoria bajo situaciones de trauma y estrés. El hipocampo humano es inmaduro en los dos primeros años de vida, mientras que la amígdala está completamente desarrollada. Algunos investigadores sugieren que en virtud de este hecho, durante el estrés severo que resulta en el daño del hipocampo en la vida adulta, pueden surgir miedos infantiles muy tempranos, los cuales han sido retenidos en la memoria emocional de los circuitos de la amígdala.

Retomando el trabajo de Fonagy (1997 p. 183-89), encontramos que “los conceptos de Bowlby (1973) acerca de modelos de funcionamiento interno del apego, que se construyen en base a las expectativas de la conducta del cuidador y que se cree que organizan la conducta del individuo en todas las relaciones significativas, podrían ser vistos como un ejemplo de memoria implícita” (1987, p. 187-9).

Para Kandel, (1999) el trabajo de A. Freud y Harlow fue ampliado por Bowlby, quien empezó a pensar acerca de la interacción del infante y sus cuidadores en términos biológicos.

Es interesante, para finalizar la discusión sobre este aspecto de la memoria, destacar su relación con el concepto de “escisión” puesto que encontramos coincidencias con algunos conceptos expuestos en la primera parte del trabajo sobre la considerable evidencia de la relación entre escisión y trauma. Judith Trowell, psicoanalista de

niños y adolescentes, en la discusión del trabajo de L. Weiskrantz “Recuerdos del abuso o abuso de los recuerdos” presentado en la conferencia de Londres de 1994 antes mencionada, comenta que por la intervención de mecanismos tempranos tales como escisión, proyección, identificación proyectiva y renegación, lo sucedido ha quedado profundamente inconsciente, como experiencia impensable, como si lo escindido quedara encapsulado “como una burbuja denegada de experiencia” que no es integrada (1997, p.24). Los recuerdos escindidos son descontextualizados en el sentido de permanecer intactos pero sin elaborar, influyendo tanto en la conducta como en la disposición emocional. La descontextualización puede ser fundamental para impedir la adecuada codificación simbólica de eventos traumáticos. Pero los recuerdos disociados no están perdidos para la conciencia; Christopher Bollas (citado por Fonagy, 1997) lo describió como “no pensamiento desconocido sino conocimiento no pensado”), básicamente lo que sabemos pero permanece fuera del pensamiento.

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES FINALES

Tras este intento de “forjar ligazones” como lo llama Solms (1998), y aún sin saber hasta qué punto pude dar cuenta de las interrogantes planteadas en la introducción, me fijaré ahora en otra cuestión: ¿es relevante el psicoanálisis hoy en día?

Considero que el psicoanálisis es relevante en un doble sentido: como prevención y como terapia. Como prevención porque a través del tratamiento de nuestros pacientes, cualquiera sea el lugar que opera en el espectro psicopatológico y aceptando las limitaciones inherentes a toda intervención, podemos intentar prevenir o atenuar la aparición de nuevas desorganizaciones, frente a los avatares que la vida misma nos impone.

Kaplan y Sadock sugieren que la psicoterapia individual ofrece la oportunidad de explorar el significado que el factor estresante tiene para el paciente individual y de esta manera afrontar hechos traumáticos antiguos. Comentan a continuación que “al finalizar una terapia eficaz, los pacientes salen a veces más fortalecidos tras la experiencia traumática si se compara con su estado premórbido, aunque durante este período no se evidenciase patología alguna” (1998, pp. 773-4). El psicoanálisis puede ser también psicoprofiláctico mediante la educación y difusión de un mejor conocimiento y un mejor manejo de las relaciones tempranas originadoras de traumas infantiles, abriendo la posibilidad de tomar medidas con las figuras parentales o con el entorno en general.

Dejamos para el final el valor terapéutico del psicoanálisis, porque, más allá del alivio sintomático que pueden ofrecer los fármacos (a los que no negamos su valor en algunas oportunidades y racionalmente usados) creo que el principal modo de disolver la ansiedad sigue siendo la palabra, siempre y cuando ésta sea usada en un marco terapéutico adecuado y no arbitrario; no se trata de decir, dejar decir o hacer cualquier cosa. El psicoanálisis es un proceso en el que los hechos emergen en una situación dinámica, en un interjuego continuo y oscilante entre la realidad y la fantasía, entre lo subjetivo y lo objetivo, y a veces parece imposible distinguir cuál es cuál.

Maturana se refiere al proceso analítico como enmarcado en la dialéctica entre fantasía y realidad, haciendo alusión a “aquellos momentos en que la identidad psicoanalítica es puesta a prueba, sobre todo de un modo harto sutil, desde la incuestionabilidad de lo evidente” (1996, p. 169). Prosigue luego:

“Trauma para un psicoanalista debe ser aquello que, siguiendo la definición clásica, se constituye como un plus económico sobre la capacidad del yo, pero teniendo lugar en el mundo interno y no exclusivamente en el mundo real. En una especie de retroactividad las cosas no tienen sentido en sí, sino incluidas en el escenario interno” (p. 169).

De sus palabras se desprende que esta actitud de una escucha diferente de lo relatado, es mucho más difícil de sostener cuando los síntomas que presenta el sujeto son el resultado de un acontecimiento indiscutible y objetivamente traumático y será entonces cuando el punto de vista psicoanalítico deberá ser sostenido, de modo que seamos capaces de escuchar aquello que es significativo para un paciente, sin dejarnos llevar sólo por valoraciones externas.

Cuando los hechos objetivos son de tal contundencia que nos tientan a salir de lo que debería ser nuestra posición de analistas, se pone a prueba nuestra capacidad de resistir la tentación. Si lo logramos, será posible dotar al paciente de subjetividad, de modo que posea un punto de vista absolutamente personal sobre su vida, por

encima y/ o además de lo que realmente tuvo lugar. Sin embargo, paciente y analista no deben retirarse a una “isla” en que sólo cuenten sus propias realidades subjetivas. Mi afirmación anterior será válida, en la medida en que se mantenga un equilibrio que no vaya en desmedro de una actitud analítica que signifique soslayar por completo la realidad externa. De esta forma se podrá producir el encuentro analítico, dando lugar en definitiva a elaborar y establecer una historia. Como ya se ha dicho, el proceso analítico intenta que la persona pueda inscribirse en una historia individual. El análisis hará posible “la mudanza de impresiones precoces en testimonios sobre los que se pueda fantasear y transformados así en historia” (Uriarte de Pantazoglu, 1995 p. 271). El objetivo a lograr será entonces el cambio psíquico, por el cual “el enriquecimiento en el ámbito del sentido se suma al que se da también en el ámbito de los afectos, en el reordenamientos de los procesos defensivos, así como en las consecuencias en los nuevos procesos de identificación y desidentificación” (Schkolnik, 2001 p. 50), en última instancia en una reestructuración del aparato psíquico.

Estas formulaciones concernientes a una aspiración de reestructuración mental para lograr el cambio psíquico intentaremos verlas en su aplicación a la clínica porque ¿Qué implican estos conceptos nuevos aquí expuestos cuando se orientan al tratamiento? En base al conocimiento actualmente disponible sobre los diferentes tipos de memoria, implican una conceptualización de los procesos inconscientes más allá de su reducción al inconsciente reprimido, requiriendo también el uso de intervenciones que exceden a la interpretación clásica. Desde el punto de vista de la praxis, la cuestión de cómo se cambian las memorias no declarativas constituye un problema importante para la técnica. Implica un profundo compromiso de ambos participantes en el escenario analítico, que conlleva a su vez a una actitud de honda implicación emocional por parte del analista, para poder modificar aquello que, como memoria procedimental, se manifiesta sólo mediante formas de actuar y de sentir que no estaban reprimidas.

El énfasis en este aspecto de hondo compromiso emocional del analista no pretende soslayar conceptos tan fundamentales como los de neutralidad y abstinencia, sino intentar repensarlos y resituarlos en un nuevo contexto de la técnica, actualmente tan necesario. De otro modo, el analista podría quedarse “actuando” con su paciente procesos no declarativos, pero viéndose severamente limitado para reconocerlos y por tanto analizarlos, es decir, traer a la conciencia del paciente todas las implicaciones de esas influencias no conscientes sobre la experiencia y la conducta del paciente.

Tal reformulación del proyecto freudiano de hacer consciente lo inconsciente no se trata de hacer decir a Freud lo que él nunca dijo ni atribuírselo para crear una confusión conceptual (en esto coincido con Bleichmar, 2001); sino de intentar incluir su pensamiento en un proyecto más amplio que contemple los desarrollos que se han producido a partir de su obra y sobre todo, las consecuencias que se derivan de los conocimientos actuales sobre los distintos tipos de memorias, para el desarrollo de formas de intervención terapéuticas que sean más específicas. De aquí el cuestionamiento (Bleichmar, 2001) de las falsas dicotomías entre quienes sostienen que es la interpretación la que produce cambios versus los que afirman que es la relación terapéutica lo que constituye el factor transformador. De hecho todas estas intervenciones serán necesarias dependiendo del tipo de proceso inconsciente o inscripción al cual nos dirigimos: memoria declarativa o memoria procedimental. Sería un progreso el tener un modelo que abarcara una técnica coherente con el mismo y reemplazase a una técnica desarticulada que preconizase cualquiera de las numerosas “fórmulas universales”, tales como revivir la experiencia, o recordar, o poner en palabras.

Respecto a este proyecto de cambio físico y reestructuración psíquica, agregaré otro punto relacionado con los hallazgos recientes sobre la estructura de la memoria. La teoría de la memoria conocida hoy por los investigadores como “teoría de la reconsolidación”, basada en conceptos fundamentales como los de “memoria en estado lábil” y “memoria afectivamente dependiente” (Bleichmar, 2001) resulta concordante con el concepto freudiano de *après coup*: ambos describen que la experiencia actual reestructura a la anterior y le da un significado que antes no tenía, que no es un simple elemento agregado. Es así que articulando los diferentes conceptos provenientes actualmente desde campos vecinos, aparecen consecuencias fundamentales para la técnica. Se obtiene una conceptualización más detallada de la estructura del psiquismo, de los distintos tipos de memoria, de la relación entre pensamiento, afectividad y acto, de cómo es posible plantear formas de intervención que tengan coherencia con el modelo de funcionamiento mental y de cómo se genera la psicopatología. Aun cuando la aspiración sea el cambio y reestructuración psíquica sea una

aspiración, no quiere decir que se pueda lograr en su totalidad. Los límites existen, siempre aparecerá un “pero”, un “sin embargo”, pero esto no sucede sólo en el psicoanálisis sino en todas las actividades de la vida y debemos aprender a aceptarlo y convivir con ello.

En el caso del psicoanálisis, los límites están fijados por “muro infranqueable” en el sujeto que se esfuerza por narrar la historia de algunos aspectos de su existencia, “ se trataría de lo que en él pudo quedar presente e inasimilable del trauma puro” (Baranger y col., 1987 p.768). Pero también las distancias pueden acortarse. Por ejemplo, la noción psicoanalítica clásica de resistencia, como aquella fuerza contraria que representa un impedimento al acceso a recordar, no tiene en cuenta un tipo distinto de resistencia, relacionada con aquello que no puede ponerse en palabras porque no se refiere a un conocimiento simbólico, sino a una información que, codificada procedimentalmente, no existe en forma de representación de otra cosa. El paciente no puede narrar, ni por alusión ni por ningún tipo de simbolización, lo que es una operatoria, una memoria procedimental de su forma de relacionarse que durante el análisis no puede recuperarse como memoria declarativa ni por decodificación de la narrativa, sino sólo siendo actuada en la relación analítica. Resistencia por tanto, no sólo ante un contenido temático que se rechaza, sino ante la modalidad de vínculo que se establece con el otro, que rompe con el mito del analista neutro como simple lector del inconsciente del paciente, sino en una relación terapéutica entendida como un encuentro de dos subjetividades, con un movimiento muy significativo que implica transferencia y contratransferencia.

Todo esto no significa que la traducción del saber actuado a palabras no sea una herramienta de peso o no constituya una etapa importante del proceso terapéutico, aunque es necesario tomar en cuenta que la retranscripción del saber relacional no declarativo al conocimiento simbólico es laboriosa y no se alcanza nunca en forma plena (H. Bleichmar) porque si bien los diferentes sistemas de memoria se influyen entre sí mediante múltiples conexiones transistémicas, hoy por hoy sabemos que esas influencias son necesariamente incompletas.

Para finalizar, soy consciente de que las ideas aquí presentadas no son originales; mi intención era demostrar como se comprende mejor el amplio rango de situaciones interhumanas traumáticas, articulando conceptos psicoanalíticos con los de otros campos interdisciplinarios. El concepto de trauma ocupa hoy día una posición central para el diálogo interdisciplinario, a la vez que su vinculación con la noción de estrés, muestran las dificultades existentes en éste campo y los desafíos a sobrevenir. No se trata de una defensa fanática de la teoría freudiana tratando de argüir que todo ha sido ya predicho por Freud, sino un esfuerzo para revitalizar el interés por los conceptos freudianos que realmente permanecen actuales. Este diálogo interdisciplinario enriquece y sirve para que el psicoanálisis avance, los conceptos actuales sobre los factores traumáticos y los aportes de diferentes disciplinas se pueden compatibilizar y permiten entender mejor lo que Freud en su momento llamó series complementarias. A este respecto, podría considerarse este trabajo como una comunicación preliminar sobre aspectos de interés de la investigación actual, presentando una serie de ideas que podrían ser más tarde replicadas y testadas por diferentes disciplinas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo de Mendilaharsu S (1988). La identidad [The identity]. Rev Psicoter Psicoanal Asoc Uruguay Psicoter Psicoanal 2:317–25.
- Aduriz Ugarte S (1996). Vigencia del trauma [The prevalence of trauma]. Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. N° Extra:107–22.
- Allen JG (1995). The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma. Harvard Rev Psychiatry 3:84–95.
- Altmann de Litvan M (1995). Traumatismos y vulnerabilidad psíquica [Trauma and psychic vulnerability]. In: Lo Arcaico, temporalidad e historización [The archaic, temporality and historicity], p. 275–85. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Balint M (1969). Trauma and object relationship. Int J Psychoanal 50:429–35.
- Baranger M, Baranger W, Mom JM (1987). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción [Infantile psychic trauma, from us to Freud. Pure trauma, retroactivity and reconstruction]. Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina 44:745–74.
- Benyakar M (1998). Neurosis traumática o vivencia y vivencia y vivencia traumática. Reflexiones teórico-clínicas [Traumatic neuroses or experience, and experience and traumatic experience. Theoretical-

clinical reflections]. *La peste de Tebas* 2:21–3.

- Bernardi R (1988). Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta [Vulnerability, psychosocial abandonment and psychic defencelessness in adulthood]. *Revista Uruguaya de psicoanálisis* 67:19–31.
- Biebel D (1999). psicoanálisis y ciencia [Psychoanalysis and science]. *Aperturas Psicoanalíticas Hacia Modelos Integradores Revista Internacional de psicoanálisis* (2). Available from: <http://www.aperturas.org/>
- Bion WR (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. México DF: Paidós, 1987. (English original: *Learning from experience*. London: Heinemann Medical, 111p.).
- Bleichmar H (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes [Therapeutic change in the light of the current knowledge on memory and multiple unconscious processes]. *Apertura Psicoanalítica Hacia Modelos integradores Revista Internacional de psicoanálisis* (9). Available from: <http://www.aperturas.org/>
- Botella C, Botella S (1977). Neurosis traumática y coherencia psíquica [Traumatic neurosis and psychic coherence]. *Zona erógena Revista Abierta de psicoanálisis y Pensamiento Contemporáneo* 34:26–9.
- Casas de Pereda M (1996). El trauma y el inconsciente [Trauma and the unconscious]. Rosario: Asociación de psicoanálisis de Rosario.
- Dantzer R, Mormede P (1995). Psychoneuroimmunology of stress. In: Leonard B, Miller K, editors. *Stress, the immune system and psychiatry*, p. 47–67. London: John Wiley and Sons.
- Davis JT (2001). Revising psychoanalytic interpretations of the past: An examination of declarative and non-declarative memory process. *Int J Psychoanal* 82:449–62.
- DSM IV (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995. (English original: *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994. 886p.).
- Eizirik CL (2000). Realidad y fantasía en el psicoanálisis contemporáneo [Reality and fantasy in contemporary psychoanalysis]. *Rev Psicoanal Asoc Psicoanal Argent* 52:51–6.
- Ferenczi S (1949). Confusion of the tongues between the adults and the child—(The language of tenderness and passion). *Int J Psychoanal* 30:225–30.
- Fonagy P (1997). Perspectives on the recovered memories debate. In: Sandler J, Fonagy P, Baddeley A, editors. *Recovered memories of abuse*. Monograph series of the Psychoanalysis Unit, UCL & Anna Freud Centre, p. 183–216. London: Karnac Books.
- Freud S (1893–5). *Studies on hysteria*. SE 1?
- Freud S (1917). *Introductory lectures (Part III)*. SE 16, p. 243–463. Freud S (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18.
- Freud S (1926 [1925]). *Inhibition, symptoms and anxiety*. SE 20. Freud S (1938). *An outline of psychoanalysis*. SE 23, p. 141–207. Freud S (1939). *Moses and monotheism*. SE 23.
- Gabbard GO (2000). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Médica Panamericana, 2002. (English original: *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 2000. 505p.)
- García Reynoso G (1992). El trauma psíquico de las transformaciones sociales; algunas consecuencias psíquicas [Psychic trauma from social transformations; some psychical consequences] *Zona Erógena Revista Abierta de psicoanálisis y Pensamiento Contemporáneo* 11:4–6.
- Green A (1979). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999. (French original: *Narcisisme de vie, narcisisme de mort*. Paris: Minuit.) (English original: *Life narcissism, death narcissism*. London: Free Association Press, 2001. 262p.).
- Hollander E, Simeon D, Gorman J (1999). *Anxiety disorders*. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors. *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington D.C.: The American Psychiatric Press, 1999, 1762p.
- Kandel ER (1999). *Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited*. *Am J Psychiatry* 156:505–24.
- Kaplan H, Sadock B (1998). *Sinopsis de psiquiatría, ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. Madrid: Médica panamericana, 2000. (English original: *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry*:

- behavioural sciences, clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins. 1401p.).
- Khan MMR (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanal Study Child* 18:286–306.
- Laplanche J, Pontalis JB (1973). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1971. (English version: *The language of psychoanalysis*. Lagache D, translator. London: The Hogarth Press. 510 p.).
- Lichtmann A (2000). Trauma, compulsión a repetir y signi. cación [Trauma, repetition compulsión and meaning]. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina* 57:187–201.
- Maturana JM (1996). Trauma real y trauma psicoanalítico [Actual trauma and psychoanalytic trauma]. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*. N° Extra:169– 74.
- Muñoz ML (1996). Entre el trauma y los síntomas, la realidad psíquica [Trauma, symptoms and psychic reality in between]. *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*. N° Extra:61–92.
- Olds D, Cooper AM (1997). Dialogue with other sciences: Opportunities for mutual gain [Guest editorial]. *Int J Psychoanal* 78:219–25.
- Pally R (1998). Emotional processing: The mind–body connection. *Int J Psychoanal* 79:349– 62.
- Panksepp J (1999). Emotions as viewed by psychoanalysis and neuroscience: An exercise in consilience. *Neuro-Psychoanalysis: An interdisciplinary journal for psychoanalysis and the neurosciences* 1:15–37.
- Sandler J, Fonagy P, Baddeley A, editors (1997). *Recovered memories of abuse: True or false*. Monograph series of the Psychoanalysis Unit, UCL & Anna Freud Centre. London: Karnac Books. 250p.
- Schklonik F (1995). Lo arcaico en la neurosis [The archaic in neuroses]. In: *Lo arcaico, temporalidad e historización [The archaic, temporality and historicity]*, p. 309–14. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- Schkolnik F (2001). Los fenómenos residuales y la represión originaria [Residual phenomena and original repression]. *Revista Uruguaya de psicoanálisis* 94:48–58.
- Solms M (1998). Preliminaries for an integration of psychoanalysis and neuroscience. *Br Psychoanal Soc Bull* 34:23–39.
- Stern DN, Sander L, Nahum J, Harrison A, Lyons-Ruth K, Morgan A, et al. (1998). Non- interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The ‘something more’ than interpretation. *Int J Psychoanal* 79:903–21.
- Trowell J (1997). Discussion on the paper of Weiskrantz L ‘Memories of abuse or abuse of memories’. In: Sandler J, Fonagy P, Baddeley A, editors. *Recovered memories of abuse: True or false?*, p. 22–5. London: Karnac Books.
- Uriarte de Pantazoglu C (1991). Traumatismos precoces; cicatrices y lagunas dentro de lo psíquico. [Precocious trauma; scars and lagoons within the psychic]. *Revista Uruguaya de psicoanálisis* 74:147–60.
- Uriarte de Pantazoglu C (1995). Las impresiones de infancia y su historización [Infancy impressions and their historicity]. In: *Lo arcaico, temporalidad e historización [The archaic, temporality and historicity]*, p. 267–73. Montevideo: Asociación Psicoanalítica Uruguaya.
- Westen D (1999). The scienti. c status of unconscious processes: Is Freud really dead?. *J Am Psychoanal Assoc* 47:1061–106.
- Yehuda R (1998). Psychoneuroendocrinology of post traumatic stress disorder. *Psychiatric Clin of North Am* 21:359–79.

Revista de Psicoanálisis Agosto 2006 - No. 23
<http://www.aperturas.org/23tutte.html>