



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo final de grado:

La pérdida en cuerpo propio:

un posible tránsito

de la neurosis traumática

al duelo.

Estudiante: Virginia Inchausti Fleitas

Tutor: J. Guillermo Milán

Montevideo

Julio-Agosto de 2016

ÍNDICE

RESUMEN	3
CAPÍTULO 1 CUERPO	4
Imagen corporal y constitución del Yo	4
CAPÍTULO 2 NEUROSIS TRAUMÁTICA	8
2.1 Acerca de las neurosis	8
2.2 Neurosis y cuerpo	9
2.3 Una aproximación al concepto de trauma	10
2.4 Sobre la neurosis traumática	12
¿Por qué neurosis <i>traumática</i> ?	13
2.5 La vida onírica de la neurosis traumática	16
2.6 Compulsión de repetición	17
CAPÍTULO 3 DUELO	19
El duelo ayer y hoy...	19
3.1 El duelo según Freud	19
3.2 Los aportes de Melanie Klein	20
3.3 3 El duelo desde una visión más actual: los aportes de Jean Allouch -	21
CAPÍTULO 4	23
Pérdida corporal, neurosis traumática y duelo	23
REFLEXIÓN FINAL	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

RESUMEN

*“Oye, pintor, dime una cosa.
¿Tú sabes lo que es el dolor fantasma?...
Dicen que es el peor de los dolores.
Un dolor que llega a ser insoportable.
La memoria del dolor.”
El lápiz del carpintero. Manuel Rivas. 1998*

Suele asociarse el duelo a la muerte de un ser querido o de un objeto amado. En el presente Trabajo Final de Grado vincularemos este concepto a la vivencia traumática de la pérdida de una parte o habilidad corporal de forma inesperada, encontrándose en este enfoque particular la relevancia de esta presentación. Realizaremos un abordaje exploratorio de la articulación entre la imagen corporal, la neurosis traumática y el trabajo de duelo, a partir de autores freudianos y post freudianos. Este recorrido teórico inicial, nos orienta para realizar luego un enfoque en pacientes que han sufrido una pérdida corporal de manera traumática –ya sea de un miembro, parte de su cuerpo, o de una habilidad, súbita e inesperadamente –y el trabajo de duelo que se podría desplegar luego del suceso.

Estableceremos nuestro foco en la neurosis traumática, que podría establecerse en pacientes que se ven sometidos a estos sucesos extremos, con una consecuencia somática directa, en la que accidentalmente algún agente mecánico genera una acción vulnerante sobre tejidos y órganos, con un desplazamiento al plano psíquico. A esto le sumamos la idea de que el sujeto, debe afrontar la pérdida sobre el propio cuerpo y sobre la imagen corporal, y no solamente abocarse al tratamiento de los síntomas propios de esta neurosis.

Nos realizamos las siguientes preguntas: ¿Siempre se presenta el desarrollo de neurosis traumática en estos casos? De ser así, ¿Cómo se afrontan los aspectos traumáticos, las ansiedades, temores y fantasías de fragmentación del cuerpo y del yo en estas experiencias? ¿Es posible realizar un trabajo de duelo?

Palabras clave: cuerpo, neurosis traumática, duelo.

CAPÍTULO 1

Imagen corporal y constitución del yo.

*“Mi presente está constituido
por la conciencia de tener un cuerpo.
Acostado en el espacio,
mi cuerpo está invadido por sensaciones,
al mismo tiempo en que ejecuta movimiento”.*
Carlos Drummond de Andrade

Si bien Freud no trabajó específicamente el concepto de cuerpo en su obra (Assoun, 1994), en el texto “El yo y el ello” (1923) manifiesta que la conciencia, que es la superficie del aparato anímico, tiene su punto de partida en el mundo exterior y que la investigación psicoanalítica debe también partir de esta superficie percipiente. En esta misma obra sostiene:

El cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es visto como un objeto otro [...] y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio. El yo es sobre todo una esencia - cuerpo; no es sólo una esencia - superficie sino él mismo una proyección de una superficie. (p. 27)

En las notas al pie aportadas por J. Strachey en este mismo texto, se agrega:

O sea que el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente, las que parten de la superficie del cuerpo. Cabe considerarlo, entonces, como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, además de representar, como se ha visto antes, la superficie del aparato psíquico. (p. 28)

Desde el campo de la infancia, Doltó (1984) conceptualiza la diferencia entre *esquema corporal* e *imagen del cuerpo*. En esta diferenciación, el esquema corporal sería una realidad de hecho, “es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico” (p. 21). A su vez, la autora indica que éste “especifica al individuo en cuanto representante de la especie y [...] si, en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos [...] la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia” (p. 21), y agrega: “la imagen del cuerpo no es un dato anatómico natural como puede serlo el esquema corporal, sino que se elabora, por el contrario, en la historia misma del sujeto.” (p. 42)

En referencia a la *imagen del cuerpo*, Doltó (1984) plantea que la misma es “la síntesis viva, en constante devenir, de tres imágenes: *de base, funcional y erótica*, enlazadas entre sí por las pulsiones de vida, las cuales se actualizan para el sujeto en lo que yo denomino imagen dinámica” (p.49)

La *imagen de base* hace referencia a la continuidad narcisista del niño que experimenta en su totalidad una mismidad del ser y es la primera en constituir la imagen

corporal; la *imagen funcional* hace referencia a la dinámica del sujeto en búsqueda de sus deseos y tiene que ver con las pulsiones y con el relacionamiento con el medio; y por último, la *imagen erógena*, tiene que ver con el erotismo del cuerpo en relacionamiento con el otro, sus placeres y displaceres. Estas tres imágenes constituyen, según Doltó (1984), la imagen del cuerpo viviente, “ligadas entre sí, en todo momento, por algo que las mantiene cohesivas y que llamaremos imagen dinámica” (p 42)

R. Chemama (1998) refiriéndose a la obra de Doltó, resaltaré de la misma que el esquema corporal es el intérprete de la imagen del cuerpo. Ésta última, a su vez, se moldea con la contribución de las “castraciones simbólicas” (p. 115) proporcionadas por un buen maternaje y en las mismas se superarían estadios de desarrollo, favorecido esto justamente por un corte oportuno habilitado por la madre, siendo, por esta razón, simbólico. En esta “historia de elaboraciones sucesivas” (p. 117) se modelaría la *imagen corporal*.

En relación a la construcción del yo y la imagen, Lacan (1949) elaborará el concepto de *estadio del espejo*, indicando que la imagen que el sujeto forja de sí mismo, se formaría entre los seis meses y el año y medio de vida, por medio de la identificación, es decir, por “la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen [...] en la que el yo (je) se precipita en forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto.” (p. 101). Según Lacan (1949), “la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como Gestalt...” (p. 100). Carbajal, D'Angelo & Marchilli (1986), explican que en este proceso, el sujeto lograría ver una imagen unificada de sí mismo, en una dinámica dialéctica que va del exterior al interior, pasando de una imagen fragmentada a una totalidad. El *infans*, es decir, la “cría de hombre antes de la palabra” (p. 96), cuando es expuesto a su imagen en un espejo, experimenta una tensión entre la imagen unida del espejo y la impotencia motora debido a que siente su cuerpo fragmentado por oposición a la imagen.

¿Cómo se transforma el sujeto en ese otro que es su imagen?

Freud señala, en “El yo y el ello” (1923), que el yo se forma por identificación y, para Lacan, la identificación constituye esta *Gestalt* en la que se produce una transformación, cuando se asume la imagen como propia. Respecto a esto, Carbajal et. al. (1986), explican que “la identificación formadora del yo se llamará identificación narcisista. Esta identificación supone negar a la propia imagen como ‘otro’ para pasar a ser uno esa imagen.” (p.98)

En esta misma línea, P.- L. Assoun (1994) indica que “el Yo es menos el producto de una experiencia corporal que el acontecimiento de la aparición del cuerpo como propio” (p.252). Para el autor, “el cuerpo interviene en la génesis del Yo y el yo está estructurado en el cuerpo, entendido aquí como *superficie*, es decir, a la vez como *límite* y *extensión*, y seguramente no como profundidad.” (p. 252) Debido a esto, el Yo-Cuerpo tiene un papel relacional

entre el afuera y el adentro y constituye el verdadero *modus cognoscendi* del sentimiento de cuerpo. No hay forma de pensar el yo sino como cuerpo. Más aún sostendrá, “el cuerpo, en efecto, es a la vez ‘ser de superficie’, la ‘osamenta’ (*Rumpf*) y la sustancia que da su profundidad a la ‘persona viva’.” (p.22) Assoun (1977) indica cómo es apreciable en Freud, la dualidad *Körper* y *Leib*. Explica del siguiente modo la diferencia entre ambos términos que remiten al seno de la corporeidad:

El cuerpo es esa arquitectura visible, un cuerpo en su realidad anatómica (*Körper*). Armazón corporal o anatomía (*Körper-bow*) que una herida o lesión pueden alcanzar en su integridad. Es el objeto de la mirada, adherencia somática del sujeto, en su arraigamiento sensible. El cuerpo también es *Leib*: cuerpo tomado a la vez sentido figurado –principio metafísico, en oposición con el alma (*Seele*) –y como designación de un ‘interior’ (*Inners*): es el regazo o ‘seno’ (materno). (p22.)

Y respecto a esta corporeidad, en su trabajo sobre “Cuerpo y síntoma”, Assoun (1977) plantea que la misma se compone de un registro somático, uno orgánico y uno físico, es decir que el cuerpo puede considerarse como *dato-principio (somático)*, como *disposición articulada de órganos (organismo)* y por último, como *principio de generación material (física)*. Según el autor, el término griego *soma*, en oposición a la *psique* (alma) es la materialidad, el objeto tangible, sólido y que se hace masa, muerta o viva. Lo orgánico, sería el registro del instrumento (*organon*) en el sentido maquinal, es decir, máquina y dispositivo instrumentado. La *Physis* (físico) finalmente, sería la naturaleza o manera de ser, su fisionomía, a saber, forma, rasgos, talla, actitud, lo natural de la individualidad, es lo que se activa, engendra y crece. Es lo viviente pero como lugar donde la materia se encuentra con el acto de generación.

Dada esta diferenciación, Assoun (1977) sostiene que el *cuerpo real*, es el cuerpo orgánico -el organismo- y es sobre éste que radica el efecto de la medicalización y biologización de las prácticas cuando su correlato patológico es la afección orgánica en el síntoma corporal. La enfermedad orgánica sería la verdadera enfermedad a primera vista. Sin embargo, sostiene el autor, hay una posición del cuerpo, que es recuperada por lo real inconsciente, irreductible a su captación en lo orgánico (posición médica del cuerpo) y a su reducción psicósomática.

Para el autor, la psicósomática moderna nació de la inquietud por el olvido del cuerpo en la dualidad psique y soma, que se propuso llenar un vacío y suplir una carencia de la teoría psicoanalítica del cuerpo. Dicho de otro modo, se trataba de reconciliar el psicoanálisis con la medicina y regularizar su estatus en el registro psíquico. Ejemplo de esto es la obra de Pierre Marty, quien se apoya en postulados freudianos para concebir la enfermedad psicósomática. Marty realizó sus estudios de psiquiatría con la docencia del psiquiatra

francés Henri Ey, quien desde una postura organodinámica, procuró acercar la psiquiatría al psicoanálisis en sus prácticas.

CAPÍTULO 2 NEUROSIS TRAUMÁTICA

2.1 Acerca de las neurosis

Si bien no es el objeto de este trabajo realizar un análisis exhaustivo acerca de las neurosis, consideramos pertinente para nuestro planteo realizar un breve abordaje a las mismas.

Partiremos haciendo referencia al punto de vista organodinámico al que hacemos mención en el capítulo anterior, citando al psiquiatra francés Henri Ey (1996), quien en su definición, sitúa a las neurosis dentro de las “enfermedades menores de la organización de la personalidad [...] caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales” (p. 374), reconociendo desde el inicio que en estas perturbaciones no se altera el sistema de percepción de realidad del sujeto, siendo ésta la mayor diferencia respecto a las psicosis.

Desde una postura psicoanalítica, J. Laplanche y J.B. Pontalis (1971) señalan que la neurosis puede “concebirse teóricamente, ya a nivel de la sintomatología, como la agrupación de cierto número de características que permitirían distinguir los síntomas neuróticos de los psicóticos o perversos, ya a nivel de la estructura”. (p. 249)

Considerando el aspecto ligado al origen, estos mismos autores definen la neurosis como “acción psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa” (p.247) y siguiendo este aspecto, Chemama (1998) se refiere al término como “modo de defensa contra la castración por fijación a un escenario edípico” (p. 279), reconociéndose el origen en la primera infancia, que, generalmente pasa inadvertido y luego resurge. “La neurosis del adulto o del adolescente es, por lo tanto, una revivencia de la neurosis infantil” (p. 280), siendo, según el análisis del autor, el conflicto psíquico el factor decisivo. Como nos recuerdan J. Laplanche y J. B. Pontalis (1971), la extensión del término se ha modificado a lo largo del tiempo y de acuerdo a diversos autores, pasando por diferentes clasificaciones y subdivisiones de acuerdo al avance respecto a la teorización de las mismas.

El propio Freud impuso diferentes designaciones, pasando de las *neurosis actuales* a las *psiconeurosis* en 1915, hasta un momento posterior en su obra, en que se reconocen “aquellas formas clínicas que pueden relacionarse con la neurosis obsesiva, la histeria y la neurosis fóbica. La nosología distingue neurosis, psicosis, perversiones y afecciones psicósomáticas, mientras que se discute la posición nosográfica de las denominadas ‘neurosis actuales’, ‘neurosis traumáticas’ y ‘neurosis de carácter’.” (J. Laplanche y J. B. Pontalis, 1971, p. 247).

Será competencia de este trabajo acercarnos al concepto de neurosis traumática antes mencionado.

2.2 Neurosis y cuerpo

P. L. Assoun (1977) indica que el cuerpo físico del síntoma, delata una “doble vida del cuerpo” (p.49), en la transformación recíproca de la existencia psíquica neurótica y la enfermedad orgánica. No se trata de psicologizar la enfermedad orgánica, sino partir de una doble consideración, es decir, cuando se presenta un síntoma somático, partir de un diagnóstico diferencial, ya que si el médico es el único que tiene competencia en las enfermedades orgánicas, el psicoanálisis introduce en ellas la neurosis, con la salvedad de poder reconocerla bajo el disfraz orgánico, pero también las vicisitudes orgánicas de la existencia neurótica.

Assoun (1977), tomará de la obra de Freud la idea de que en algunas personas que tienen predisposición para la neurosis, sin sufrir precisamente de una neurosis declarada, se suele encontrar el trabajo del síntoma, de tal modo que ese síntoma representa a los fantasmas inconscientes en busca de un medio de expresión. En esta idea, entiende Assoun (1977), se sugiere la “causalidad ocasional” (p. 50), tratándose de potenciales neuróticos que han pasado al acto y donde interviene una transformación corporal propiamente orgánica.

Es decir, si algo llega a fallar en el cuerpo real, ya sea por inflamación, herida u otro factor, se desplegarían entonces los factores que desencadenan la neurosis. En otras palabras, el acontecimiento del cuerpo orgánico produce por lo tanto el despertar del síntoma que estaba dormido, dejando paso libre para el pasaje a la acción de los fantasmas inconscientes que estaban al acecho: “el episodio de la enfermedad orgánica puede ser la realización, directamente sobre el dispositivo orgánico, de una formación fantasmática, que abre camino a la neurosis” (p.53).

Se entiende entonces que el cuerpo orgánico lesionado o inflamado, se vuelve propicio al accionar de los fantasmas; sólo hace falta un “desgarramiento -captación en el cuerpo de un *efecto de castración real*- para que se desencadene esa puesta en acto.” (P. L. Assoun, 1977, p. 53)

2.3 Una aproximación al concepto de Trauma

Vivir es exponerse al riesgo del encuentro y, por lo tanto, caer en la esfera de influencia de lo "traumático".

P. L. Assoun, 1999

En Psicoanálisis, la noción de trauma tendrá un lugar privilegiado en el proyecto de metapsicología freudiana, diagramando la técnica y la teoría psicoanalítica desde los inicios. En sus "Estudios sobre la histeria" (1895), Freud conceptualiza al *trauma* como el resultado de un evento objetivo en la vida del sujeto que, al no tramitarse normalmente, produce trastornos en la vida cotidiana de este sujeto. Este evento concreto vuelve una y otra vez en forma de síntoma.

Freud deduce que los enfermos padecen de reminiscencias de escenas traumáticas primarias (esencialmente de origen sexual, como lo explica la teoría de la seducción, luego dejada de lado) y que estas reminiscencias son desplegadas luego de la pubertad, evocadas por algún hecho asociativo a la primera, es decir, mediante una asociación simbólica. Estos sucesos pasados, desencadenan una intensa carga emotiva en la evocación, ya que el sujeto debe reprimir una fuerte excitación.

En la primera de sus "Cinco conferencias sobre psicoanálisis" (1910) Freud ofrece su teoría general del síntoma a partir de un trauma psíquico, diciendo que "casi todos los síntomas habían nacido como unos restos, [...] de vivencias plenas de afecto a las que por eso hemos llamado después 'traumas psíquicos'; y su particularidad se esclarecería por la referencia a la escena traumática que los causó." (p.11)

J. Laplanche y J. B. Pontalis (1971) definen el trauma como "acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica" (p. 467) y en relación a la presentación de Freud en la conferencia antes mencionada, indican que habrían dos escenas, en las que se explican cómo se modifica la apreciación del papel que desempeña el acontecimiento externo, dejando de ser aquí el traumatismo psíquico una copia del traumatismo físico "por cuanto la segunda escena no actúa por su propia energía, sino solamente en la medida en que despierta una excitación de origen endógeno" (ibídem p. 470)

Por lo tanto, se atribuye la etiología de la neurosis a las experiencias traumáticas pasadas, es decir, a un acontecimiento o suceso personal en la historia del sujeto que resulta subjetivamente importante por los afectos penosos que puede desencadenar.

¿Cuán atrás se remonta esta o estas experiencias pasadas?

En el año 1923, en su obra “El yo y el ello” Freud sostiene que el nacimiento significa el “primer gran estado de angustia” (p.19), idea que comparte con el trabajo de Otto Rank de 1924, “El trauma del nacimiento”. Nos resulta interesante que, como indica J. Strachey, en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), al principio Freud encontró favorables los argumentos de Rank, pero luego “se puso de manifiesto un cambio radical y definitivo en esas opiniones” (p. 82), lo que dio lugar a la última obra mencionada en este párrafo. Según Strachey (1926), Rank (1924) en su obra “argumentaba que todos los posteriores ataques de angustia son intentos de <descargar por abreacción> el trauma del nacimiento [...] y proponía una nueva técnica terapéutica basada en la superación de ese trauma.” (p.82) Esto modificaría el lugar de las neurosis freudianas, lo cual desencadena la desaprobación de Freud: “En su libro sobre el trauma del nacimiento, Rank (1924) ha hecho un intento muy enérgico por demostrar los vínculos de las fobias más tempranas del niño con la impresión del suceso del nacimiento. Pero yo no puedo considerar logrado ese intento.” (Freud, 1926, p.128)

Según Freud (1926), sería improbable e increíble que el niño guarde del proceso de nacimiento otras sensaciones que no fueran táctiles o de carácter general, y concluye –para responder a la pregunta que nos formuláramos unos párrafos atrás- que la angustia más temprana no admite reconducción directa al acto del nacimiento, sino que ésta surge más tarde, con el progreso del desarrollo anímico, manteniéndose durante cierto tiempo en la infancia. “Cuando esas fobias tempranas se extienden más allá de esa época, despiertan la sospecha de perturbación neurótica.” (p.129)

Sin embargo, sostiene Assoun (1999), a pesar de que existe una causalidad interna que el trauma actualiza, “sería como mínimo imprudente convertir al trauma-acontecimiento en la causa de la patología” (p. 46), radicando allí la ingenuidad a la que remiten las concepciones traumatológicas postfreudianas, a pesar de la elaboración decisiva de la cuestión de la “escena originaria.” (Ibídem p. 46)

Por último, nos resulta fundamental la aclaración que realiza Assoun (2001) al referirse al trauma, cuando afirma:

Ser sujeto con un trauma es estar expuesto al ‘mal encuentro’... encuentro ciego y mudo con un cierto ‘otro’ que no se inscribe necesariamente por medio de una herida visible. El mismo Freud, hay que señalar, pone el trauma en contradicción con su etimología al localizar el colmo del trauma en la efracción... sin herida. (p.45)

Este punto en particular nos interesa ya que, es precisamente ahí donde se encontrará la mayor diferencia entre el trauma como elemento fundacional del psiquismo y el concepto de neurosis traumática.

2.4 Sobre la neurosis traumática

El traumatizado es el que, en el sentido literal está trastornado.
P. L. Assoun. 1999

Como señala Brown (2012), el término *neurosis de guerra* fue por primera vez utilizado por Charles Meyers en 1915, para describir a los soldados que sufrían, entre otras cosas, de insomnio, reducción del campo visual y amnesia. En este momento, sostiene Brown (2012), se discutía la legitimidad sintomática de este trastorno emocional encontrado durante la Primera Guerra Mundial, en muchas ocasiones catalogado como *histeria* y simulación.

El neurólogo francés J. M. Charcot (1889), citado por Brown (2012), concluye que “aquellos estados tan graves y tenaces, que se presentan como secuelas de ‘colisiones’... son frecuentemente apenas histeria, nada más que histeria” (p.99)

Sin embargo, asegura Brown (2012), poder distinguir la simulación de los trastornos nerviosos genuinos, era de suma importancia durante la guerra ya que las autoridades militares temían que esta *neurosis de guerra* pudiera esparcirse por las filas como una infección, provocando bajas. Resultó necesaria una explicación psicológica en lugar de las tradicionales explicaciones morales y, como sostiene el autor, con los escritos de Freud, se brindó la interpretación psicológica que fue tomada ampliamente por sus seguidores, divulgándose tanto que sus ejemplos han servido aún para explicar la neurosis en general.

Es así que en 1920, Freud publica su obra “Más allá del principio de placer”. En la misma, tomará el concepto de *neurosis traumática* (acuñado ya en 1884 por Oppenheim) y el de *neurosis de guerra* antes mencionado, para desarrollar lo que fue descrito por J. Strachey en su introducción, como el trabajo que da inicio a la fase final en las concepciones metapsicológicas freudianas. En esta obra se retoman los supuestos de *principio de placer* y *principio de realidad*, que se explicarían desde un punto de vista económico.

En el primer supuesto, “que es propio de un modo de trabajo *primario* del aparato anímico” (p.9), el curso de los procesos anímicos estaría afectado por cierta cantidad de excitación displacentera, que vería su curso modificado hacia una disminución de la misma, evitando el displacer y hacia la producción de placer; supuesto que también justifica la hipótesis de que el aparato anímico procura mantener constante la excitación presente en él y por tanto, que el *principio de placer* deriva del principio de constancia.

En el segundo supuesto, el principio de placer es relevado por el *principio de realidad*, donde las pulsiones de autoconservación del yo logran posponer la satisfacción y tolerar el displacer, por el proceso de represión, en conciliación con la norma social.

Sin embargo, resulta de particular interés este escrito, ya que en el mismo estos supuestos, así como la tesis de que el sueño es cumplimiento de deseo, son puestos en cuestionamiento por Freud, al conceptualizar la *compulsión de repetición* e introducir la idea de *pulsión de muerte*.

R. Chemama (1998), en su conceptualización del trauma, puntualiza el cambio en la explicación del mismo en la obra freudiana, pasando de ser un episodio sexual precoz, a otra forma muy distinta en la década de 1920. La Primera Guerra Mundial, señala Chemama (1998), “efectivamente multiplica los casos en los que el sujeto parece afectado por una ‘neurosis traumática’, es decir, ligada esencialmente a un acontecimiento violento.” (p. 444)

Es en “Más allá del principio de placer” (1920), donde Freud describe a la neurosis traumática –que le da insumo a los cuestionamientos antes referidos –como “un estado que sobreviene tras conmociones mecánicas, choques ferroviarios y otros accidentes que aparejaron riesgo de muerte...” (p.12)

Sin embargo, destaca ya desde el inicio que hasta ese momento no se había alcanzado un conocimiento pleno de estas neurosis (que por otro lado ya habían sido abordadas anteriormente en su obra), afirmación que ya al final de su obra, en “Esquemas del psicoanálisis” (1940), sigue de alguna forma manteniendo al sostener que la neurosis llamada *traumática* constituye una excepción en su formación etiológica, respecto al origen infantil característico en las demás neurosis: “sus nexos con la condición infantil se han sustraído a la indagación hasta hoy.” (p. 184)

¿Por qué neurosis *traumática*?

J. Laplanche & J. B. Pontalis (1971) sostienen que el concepto de traumatismo es esencialmente somático, designando a “las lesiones producidas accidentalmente, de forma instantánea, por agentes mecánicos cuya acción vulnerante es superior a la resistencia de los tejidos y órganos sobre los que actúan.” (p. 265) Existiría en psicoanálisis un traslado metafórico al plano psíquico, cuando el acontecimiento irrumpe bruscamente en la organización psíquica del sujeto. De este modo, estos autores definen a la neurosis traumática como: “tipo de neurosis en la que los síntomas aparecen consecutivamente a un choque emotivo, generalmente ligado a una situación en la que el sujeto ha sentido amenazada su vida.” (p. 264)

Según Freud (1920), y para reivindicar a los pacientes a los que se acusaba de simuladores en aquella época, en la neurosis traumática se presentarían síntomas motores similares a los de la histeria, pero sobrepasándolos en su padecimiento subjetivo y

encontrándose el centro de gravedad de su origen en el factor sorpresa. Respecto a esto último, resulta de importancia señalar que el factor de la sorpresa es fundamental y la misma se relaciona directamente al concepto de *terror* asociado a este tipo de neurosis.

Freud (1920) explica: “se llama terror al estado en que se cae cuando se corre un peligro sin estar preparado.” (p. 13) Esto es lo que hace característica a esta neurosis, ya que en la angustia, existe cierta protección contra el terror, dado que en la misma se activaría un “dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar el ser desbordado por el aflujo de excitaciones” (J. Laplanche y J. B. Pontalis, 1971, p. 419), permitiendo poner en marcha operaciones defensivas.

En su obra “Inhibición, síntoma y angustia” (1926) Freud sostiene: “la angustia se genera como reacción frente a un estado de *peligro*; en lo sucesivo se reproducirá regularmente cuando un estado semejante vuelva a presentarse.” (p. 127) Pero, se la puede ahorrar si el yo hace algo para evitar la situación o sustraerse de ella, por lo tanto, se justifica la insistencia en la importancia del factor sorpresa que radica en el terror que se presenta en las neurosis traumáticas.

En la obra anteriormente mencionada, Freud (1926) hace una lectura crítica al trabajo que se ha hecho por los observadores de la época en relación a estas neurosis, consecuencia de la Primera Guerra Mundial. Estos observadores, como señala Freud, proclamaron que se podía producir una neurosis sin participación de la sexualidad ni de los supuestos psicoanalíticos, sin embargo, sostiene: “es harto improbable que una neurosis sobrevenga sólo por el hecho objetivo de un peligro mortal, sin que participen los estratos inconcientes más profundos del aparato anímico.” (p. 123) Es decir, no hay representación de la muerte en el inconsciente, por tanto, la angustia de muerte debe concebirse como análoga de la angustia de castración.

Anteriormente en este trabajo nos referimos al trauma como efracción sin herida. En estas neurosis de enfermedad, sostiene Assoun (1977), “la efracción en el cuerpo [...] hace mella en algo del cuerpo narcísico, se inflige una herida al yo o, mejor, revela la fragilidad narcísica hasta entonces latente, por la que se precipita la desinvestidura objetal.” (p. 54)

Assoun (1977) toma el concepto de *patoneurosis*, elaborado por Ferenczi (1917) – que sería cuasi homologable en ciertos puntos al de neurosis traumática freudiana– y lo explica de la siguiente manera:

Llamaremos ‘patoneurosis’ a las neurosis consecutivas a una enfermedad orgánica o una herida. Lo que ocurre en ellas es que la libido retirada al mundo exterior recae sobre el *órgano* enfermo o herido, y provoca en el nivel del punto enfermo o herido síntomas que debemos atribuir a un incremento local de la libido. (Assoun, 1977, p.55).

En las mismas, el trauma es experimentado como amenaza para la vida y la lesión de una parte del cuerpo se verá fuertemente investida por la libido. El sujeto es capaz de apartar todo su interés del mundo exterior para volcarlo en el punto doloroso y utiliza al mismo tiempo ese punto para procurarse satisfacciones particulares que no pueden sino calificarse de libidinales. Esto se traduciría en placeres particulares desprendidos del cuidado, la atención, limpieza y demás puestos en este punto en particular.

En “Más allá del principio de placer”, Freud (1920) desarrolla la idea de Ferenczi esbozada en los párrafos anteriores, explicando que el displacer específico del dolor corporal frente a una intrusión externa, genera un movimiento de la energía de investidura, produciéndose una conrainvestidura importante, por la que se empobrecen todos los demás sistemas psíquicos.

Desde este punto, Freud (1920) sostiene:

Podemos atrevernos a concebir la neurosis traumática común como el resultado de una vasta ruptura de la protección antiestímulo. Así volvería por sus fueros la vieja e ingenua doctrina del choque {*shock*}, opuesta, en apariencia, a una más tardía y de mayor refinamiento psicológico que no atribuye valor etiológico a la acción de la violencia mecánica, sino al terror y al peligro de muerte. (p. 31)

Este “estado de excepción” (Assoun, 2001, p. 53), situación límite que implica la neurosis traumática, podría por otro lado servir de compensación, es decir: “en esta situación en la que el sujeto se expone al ‘mal encuentro’ con el doble, la herida, lejos de agregarse como factor agravante del trauma, puede ser una ‘compensación’ para el trauma bruto.” (Ibídem p. 53) Los dolores corporales más intensos no permanecen inconscientes, sino que generan una concentración sobre el sitio corporal doloroso: “milagro –precario– de ese antídoto: ‘¡piensa en otra cosa!’” (Ibídem p. 180)

Esta explicación tan ilustrativa que ofrece Assoun (2001), nos permite comprender la afirmación hecha en su momento por Freud (1920): “un simultáneo daño físico o herida contrarresta en la mayoría de los casos la producción de la neurosis” (p.12), ya que en estos casos, el órgano lastimado proporciona recursos de reinvestidura terapéutica. Esto permitiría comprender por qué el trauma sin herida, sin efracción, llega a ser especialmente patógeno, constituyéndose una implosión sin desgarro.

2.5 La vida onírica de la neurosis traumática

El “sueño traumático” es, en efecto, el encuentro, dentro del mismo sueño, de lo que, sobre todo, no había que encontrar.
P. L. Assoun. 1999

Según Freud (1920), el sueño es considerado como la vía más confiable para explorar los procesos anímicos profundos y su tesis fundamental propone que los sueños son cumplimientos de deseo. Dentro de estos sueños, se encontrarían los sueños de deseo y los sueños de angustia. También, de algún modo, se encontrarían amparados en esta tesis los sueños de punición, al cumplir el deseo proveniente de la instancia crítica del ideal del yo, la censura y la conciencia moral, donde se reemplaza el cumplimiento de deseo prohibido por el castigo permanente, cumpliéndose el deseo de la conciencia de culpa.

Sin embargo, sostiene Freud (1926), existe otra clase de sueños que plantean “una excepción más seria a la regla de que los sueños son cumplimiento de deseo; son ellos los llamados ‘sueños traumáticos’, como los que tiene lugar en personas que han sufrido un accidente...” (p.5)

En estos sueños, Freud (1926) observa que el paciente se ve reconducido una y otra vez a la situación de su accidente, despertándose luego con un renovado terror, sintiendo que la vivencia traumática “lo asedia de continuo mientras duerme y ello prueba la fuerza de la impresión que lo provocó.” (p. 13) De esta forma se demuestra que el paciente se encuentra psíquicamente fijado al trauma. En ellos, no se elimina la moción perturbadora mediante el cumplimiento de deseo –función originaria del sueño, que responde al principio de placer –proporcionándose elementos capaces de interrumpir el dormir de manera precipitada y además, de forma reiterada, evidenciando que existe un *más allá del principio de placer*.

Esta clase de sueños, los de los neuróticos traumáticos, que no cumplen la regla del cumplimiento de deseo, obedecen a la *compulsión de repetición*, según entiende Freud (1926).

Como se explicó en el punto anterior, la característica fundamental de la neurosis traumática se encuentra en las figuras del terror y la sorpresa que se presentan en estas situaciones, a diferencia de la angustia (que prepara al sujeto ante la situación de peligro). Podría entenderse entonces, que los sueños propios de la neurosis traumática, que escapan al dominio del principio de placer, podrían ser aquellos que permitan tramitar el exceso de estímulo y el desarrollo de angustia que faltó en el momento del trauma.

2.6 La compulsión de repetición

Según indica J. Strachey en su nota introductoria a la obra freudiana “Recordar, repetir y reelaborar”, es en este trabajo donde aparece por primera vez el concepto de *compulsión de repetición*. Freud (1914) sostiene: “el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción; lo *repite*, sin saber desde luego, que lo hace”. (p. 152) Es decir, sería un proceso inconsciente en el que el analizado se sitúa activamente y de manera compulsiva, en una situación penosa antigua con impresión de vivencia actual.

A su vez, el analista debe estar preparado para que el paciente se entregue a la *compulsión de repetición* dentro del análisis, para que se haga manifiesto todo aquello que en su momento hubiera reprimido. Esto constituye una etapa fundamental del proceso terapéutico ya que “en la cura, los fenómenos de transferencia atestiguan esta necesidad del conflicto reprimido de actualizarse en la relación con el analista.” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 72)

Ahora bien, si bien el término *compulsión de repetición* como tal se introduce en 1914 en la obra freudiana como se mencionó, el concepto de *repetición* ya se había establecido en sus investigaciones y elaboraciones teóricas. Ejemplo de ello es la característica de símbolo mnémico que el síntoma histérico descrito en el principio de su obra representa, donde el hecho que se manifiesta reproduciría, de alguna forma disfrazado, algún elemento de un conflicto pasado.

El destino, sostiene Assoun (1999), “se inscribe en el sujeto y el sujeto suscribe el destino por compulsión que en este caso, recupera su sentido literal de obligación (repetición); [...] se presenta como la recurrencia de lo mismo - ‘eterno retorno de lo mismo’-, en tanto ésta tiene que pasar por la ilusión de lo nuevo.” (p. 71)

Sin embargo, en 1920 el concepto toma un nuevo giro a partir de la neurosis traumática ya que, hasta el momento, se entendía que la repetición y la compulsión de repetición se encontraban al servicio del principio del placer y el principio de realidad, pero, en “Más allá del principio de placer”, se presenta lo que significaría un dato incontestable de la experiencia analítica. El cuadro presentado en la neurosis traumática muestra que:

lo que se repite son experiencias manifiestamente displacenteras, y resulta difícil comprender, en un primer análisis, qué instancia del sujeto podría hallar satisfacción en ellas; aunque se trate de comportamientos en apariencia incoercibles, caracterizados por esta compulsión que es propia de todo lo que emana del inconsciente, resulta difícil poner de manifiesto en ellos, ni siquiera en la forma de una transacción o compromiso, la realización de un deseo reprimido. (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 72)

Si la repetición es “la transferencia del pasado olvidado”, como sostiene Freud (1914, p. 152), en la neurosis traumática, ¿al servicio de qué actúa por ejemplo, la vivencia reiterativa que se produce en los sueños traumáticos en los que el terror del episodio se reviven una y otra vez?

Esta pregunta lleva a pensar en el concepto de *pulsión de muerte* elaborado por Freud (1920) en “Más allá del principio de placer”. Esta categoría fundamental de pulsiones “tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, a devolver al ser vivo al estado inorgánico.” (Laplanche & Pontalis, 1971, p. 349) En estas pulsiones, que en principio tienden a la autodestrucción, se encuentra el carácter eminentemente repetitivo, independiente del principio de placer y hasta capaz de oponerse a éste.

Freud (1932), citado por Assoun (1977) al referirse a este tipo de pulsión exclama con asombro: “¡Una extraña pulsión, que se encarga de la destrucción de su propia morada orgánica!” (p. 137)

CAPÍTULO 3

El duelo ayer y hoy...

3.1 El duelo según Freud

El tema del duelo ha sido históricamente trabajado de manera amplia y la teorización de Freud ha sido un pilar fundamental en su desarrollo.

En 1917, en su obra “Duelo y Melancolía”, Freud define al duelo como “... la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p. 241) y aclara que esta reacción nunca debe ser vista como un estado patológico y que, pasado cierto tiempo, será superado siendo incluso hasta inoportuno y dañino perturbarlo.

Sostiene a su vez que el duelo presenta múltiples analogías con la melancolía y comparte con ella algunas características, a saber, un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso y la inhibición de todas las funciones productivas, es decir, se pierde el interés por todo aquello que no tenga que ver con el objeto perdido. Según Freud (1917), “esta inhibición y este angostamiento del yo, expresan una entrega incondicional al duelo.” (p. 242)

¿Qué sería aquello que diferencia al duelo de la melancolía entonces?

La melancolía presenta un rasgo distintivo, que es la perturbación del amor propio, donde el paciente se hace objeto a sí mismo de acusaciones y reproches y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo, dándole así una connotación patológica a diferencia del duelo. Pero además, el duelo se explica desde un punto de vista económico, donde se realiza un verdadero gasto de tiempo y energía.

Freud (1917) introduce de esta forma el concepto de *trabajo del duelo* que explica del siguiente modo:

El examen de realidad ha demostrado que el objeto amado no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia [...] (la cual) puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo. Lo normal es que prevalezca el acatamiento de la realidad [...], pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y energía de investidura. [...] Pero, una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido. (p.243)

En su obra “Inhibición, síntoma y angustia” (1925), Freud relaciona al duelo con la *angustia*, ya abordada en puntos anteriores de este trabajo, mencionando que ésta última nace “como reacción frente al peligro de la pérdida del objeto” (p. 158), aunque ya había escrito sobre una reacción de este tipo frente a la pérdida de objeto: el duelo. Lo primero

que la angustia introduce, asevera Freud (1925), es “la pérdida de percepción, que se equipara a la pérdida del objeto”, ante la cual se reacciona con *dolor*.

La noción de dolor, si bien el autor sostiene que se sabe poco de ella, parte de un componente orgánico, pero que no deja de tener sentido anímico, “equiparando enteramente las sensaciones de la pérdida del objeto al dolor corporal.” (p.159)

Más a partir de la relación entre el duelo con el dolor y la angustia, el autor afirma que éste, como reacción frente a la pérdida de objeto, “se genera bajo el influjo del examen de realidad, que exige categóricamente separarse del objeto porque él ya no existe más.” (p. 160) De esta relación conceptual, se esclarecerá el rasgo que no se había comprendido anteriormente acerca del duelo, a saber el carácter particularmente doloroso del mismo, como es indicado en su trabajo sobre duelo en 1917, encontrándose una explicación que ya no depara dificultades.

Assoun (1977), tomando este concepto freudiano del dolor sostiene: “el dolor, ese contrario del ‘placer’, se refiere efectivamente al efecto –de displacer– antónimo de placer de órgano, y toca de ese modo la pulsión, pero también la vivencia de la enfermedad orgánica.” (p. 147) Este *cogito corporal doloroso* es, en última instancia, un componente esencial para la formación de la representación del cuerpo propio, como se sostuvo en el primer capítulo de este trabajo.

3.2 Los aportes de Melanie Klein

Melanie Klein (1940) presenta su trabajo “El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos”, partiendo de las elaboraciones freudianas acerca del duelo. En su obra, tomará las puntualizaciones acerca del mandato de realidad y del juicio de realidad, que paulatinamente devuelve al yo la libertad de su libido, desligándola del objeto perdido. La autora dirá:

Hay una conexión entre el juicio de realidad en el duelo normal y los procesos mentales tempranos. Creo que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida cuando se experimenta algo penoso. (p.346)

Según la autora, la mejor manera de vencer estos duelos, cuyo objeto original sería el pecho de la madre, es el juicio de realidad. De este primer duelo, que parte del objeto original mencionado, se sentarán las bases del temor posterior a perder los

objetos buenos internalizados. Estos objetos son la madre, el padre y otras personas, que ayudan a edificar un mundo interno en el inconsciente del niño. En este proceso, se parte desde una experiencia real y exterior, hacia el interior, lo que a su vez se ve alterado por sus fantasías e impulsos, constituyéndose como *dobles* de las situaciones reales.

Es necesaria una serie de acontecimientos displacenteros para poner a prueba el juicio de realidad, pero a su vez, que en este proceso –en el que se aprecia una verdadera capacitación– será necesario también que se presente un aumento de la creencia y confianza de parte del niño a través de la integración seguridad que le brinden sus objetos buenos integrados.

Según la hipótesis kleiniana “en el duelo de un sujeto, la pena por la pérdida real de la persona amada está en gran parte aumentada, por las fantasías inconscientes de haber perdido también los objetos ‘buenos’ internos.” (p. 10) En caso de experimentarse la pérdida, se reactivaría la posición *depresiva temprana*.

Podría compararse al duelo normal por un lado y el duelo patológico por otro, con los estados maníaco-depresivos, según la autora. Más concretamente, que el sujeto adulto en duelo atraviesa por un estado maníaco-depresivo modificado y transitorio, que es superado al repetirse los procesos por lo que había atravesado cuando era un niño en su desarrollo temprano. Si el mismo no se supera, se instalaría un duelo patológico.

3.3 El duelo desde una visión más actual: los aportes de Jean Allouch

*Que el duelo sea llevado
a su estatuto de acto.
J. Allouch, 1996*

Jean Allouch, psicoanalista francés lacaniano, comienza en el año 1992 una relectura del concepto freudiano de duelo, que lleva a su reconocido trabajo “Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca”, presentado unos años más tarde. En esta obra, el autor critica al modelo freudiano presentado en 1917, donde se tiende, según su análisis, a reducir al duelo a un *trabajo*, no teniéndose en cuenta la diferencia que implica la realización de un trabajo y la subjetivación real de la pérdida. *Pérdida a secas*, sostiene el autor, donde el verdadero suceso es que la muerte lleva al duelo al *acto*, para dejar al muerto en la muerte. El objeto arrancado se convierte en objeto deseable y sólo la muerte le concede el estatuto de objeto perdido.

Allouch (1995), se propone demostrar que se ha vuelto caduca e insatisfactoria la versión del duelo propuesta por Freud en su momento. Según el autor, la reducción del

duelo a un trabajo, tal como se presenta en “Duelo y melancolía” (1917), sólo sirvió de vehículo para explicar la *melancolía* y no fue tomado en su real estatuto en esta obra.

A partir de una relectura de la obra freudiana –así como de autores del círculo interno de Freud como Abraham y Ferenczi y luego, de autores postfreudianos como M. Klein y Lacan entre otros– emprende un recorrido para lograrlo, ya que según Allouch (1995), el alcance del término se ha vuelto el objeto de una prescripción cuasi normativa. Parece sorprenderse al evidenciar cuántos de los seguidores de Freud muestran un aspecto casi contradictorio en sus teorizaciones sobre el duelo respecto a la propuesta freudiana, y aún así, no lo cuestionan.

Para el autor, el artículo paradójico presentado en su momento por Freud, se acerca más a una clínica psiquiátrica que psicoanalítica, donde se utilizan entidades clínicas abstractas (como la *psicosis alucinatoria de deseo*), así como términos tales como *prueba de realidad*, *trabajo del duelo* y *objeto sustitutivo*, como si fueran un antidepresivo cualquiera, objeto de prescripción, dejándose de lado la relación con la muerte, con el muerto, con el tiempo del duelo, con el lado social del mismo y su transmisión.

Allouch (1995) sostiene:

En ‘Duelo y melancolía’ hay un esquema narrativo bastante simple. Había una vez un objeto investido libidinalmente. Alcanzado por la muerte, ese objeto adquiere estatuto de objeto perdido en la realidad. Le corresponde por lo tanto al yo liberar su libido de ese objeto perdido. ¡Y bien eso es posible! En efecto, la nueva situación donde el yo, como el maníaco se vuelve ‘voraz, a la búsqueda de nuevas investiduras de objeto’, al no poder ser mantenida indefinidamente, encuentra la solución gracias a la colocación de esta libido sobre un nuevo objeto (el objeto sustitutivo), el cual se beneficiaría así exactamente con las investiduras que estaban, hasta la fecha de su muerte, colocadas en el objeto en adelante inaccesible. (p. 70)

Pero justamente el concepto de *objeto sustitutivo* constituye para el autor una línea directa con la perversión, ya que, el objeto perdido que desencadena el duelo, no puede hallar nunca ningún sustituto posible y en todo caso, lo que llegue a tomar ese lugar, aunque lo ocupara enteramente, siempre será algo distinto. Allouch (1995) se pregunta: “si pierdo a un padre, a una madre, a una mujer, a un hombre, a un hijo, a un amigo, ¿voy a poder reemplazar ese objeto? ¿No tiene que ver mi duelo precisamente con él en cuanto irremplazable?” (p. 52)

CAPÍTULO 4

Pérdida corporal, neurosis traumática y duelo

*Me miro en el espejo y veo
una imagen equívoca que no soy.
Necesito por lo menos tres espejos enfrentados
para verme y reconocer allí... que ese ser sea yo,
que el tiempo haya transcurrido a través mío
sin haberme dado cuenta.
Pero mi cuerpo también es biografía
y puedo leer en cada rictus, en cada arruga,
en cada cicatriz, en cada cana
algún detalle que quise olvidar...
Anónimo*

Retomaremos las afirmaciones de Freud en relación al cuerpo y su representación consciente. En un primer momento sostiene: “es a raíz de enfermedades dolorosas que uno adquiere nueva noticia de sus órganos [...] quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio” (1923, p.28), y “a raíz del dolor corporal se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo [...], que no suele estar subrogado en el representar consciente”. (1925, p. 160) Es decir, que el cuerpo sólo aparece a la conciencia cuando enferma y que el cuerpo sano no se experimenta en su realidad, al mismo tiempo que, según se ha observado, existe una sobreinvestidura narcisista sobre el lugar doliente.

Es aquí, en la enfermedad o en el acontecimiento traumático sobre el cuerpo a su vez, que el paciente siente que el valor adaptativo gradual que supone prever la disminución de alguna función con el paso normal del tiempo (como el envejecimiento por ejemplo), se comprime a un momento precipitado. Parafraseando a Assoun (2001), el trauma en este caso se daría como una *anti-necesidad* inesperada y sucede contra toda expectativa y fuera de contexto.

Ya hemos señalado que en ocasión de que un evento traumático implique una conmoción mecánica en la que se genere una herida física o una consecuencia de esta naturaleza en el cuerpo, la probabilidad de contraer neurosis traumática se ve reducida, ya que la sobreinvestidura narcisista del órgano doliente que se despliega en el estado patológico producido por el trauma mecánico violento, proporciona la efracción necesaria, ausente en el trauma normal.

Sin embargo, la falta de apronte angustiado característica de estos acontecimientos puede generar el hecho de que el dolor corporal permanezca inconsciente, transfiriéndose la sensación dolorosa al ámbito anímico y ejerciéndose sobre el yo un efecto de vaciamiento. En estos casos, es frecuente que el paciente experimente

la vivencia reiterativa de sueños traumáticos que renuevan el terror de la escena originaria como una constante, como una compulsión.

Assoun (1977) se plantea la siguiente pregunta: “¿Qué es lo que le pasa finalmente al ‘yo’ cuando sufre esa ‘pasión’ que proviene del cuerpo?” (p. 127) Según el autor, se produce una *alteración del yo* en la que existe una doble presión, una interna y pulsional y una externa que es traumática, donde el yo se deforma, abriéndose paso a las *defensas del yo*, donde el síntoma se instala.

Es fundamental para los casos de neurosis traumática la afirmación cuasi epifánica que Freud (1925) presenta:

¡La intensiva investidura de añoranza, en continuo crecimiento a consecuencia de su carácter irrestañable, del objeto ausente (perdido) crea las mismas condiciones económicas que la investidura de dolor del lugar lastimado del cuerpo y hace posible prescindir del condicionamiento periférico del dolor corporal! (p. 160)

Según se comprende, se estaría sugiriendo una homología entre el dolor físico y el sufrimiento psíquico, donde la investidura narcisista pasaría a investidura de objeto representado, produciéndose un estado de desvalimiento psíquico.

En estos casos, en los que el yo se ve inhibido, parece necesario el trabajo del duelo, tal como lo hemos conceptualizado en el capítulo anterior, donde el examen de realidad exige la separación del objeto perdido, ya que este no existe más. Es decir, cuando el dolor físico se transfiere al ámbito anímico, el efecto traumático no estaría poniendo en evidencia la efracción que ha sucedido en estos casos, volviéndose un trauma psíquico.

Se vuelve necesario, dentro de la clínica psicoanalítica, poner el acento en la *psicogénesis* del síntoma, en el acontecimiento físico, no sólo en el registro psíquico que históricamente se atribuye como foco en psicoanálisis.

Como sostiene Assoun (1977): “Aún si la lesión no es visible y ni siquiera comprobada en el espacio corporal, donde hay dolor hay que *buscar la herida* singular disimulada por el ‘macizo de sufrimiento’.” (p. 155)

REFLEXIÓN

*En toda una serie de traumas,
el factor decisivo para el desenlace
quizá sea la diferencia
entre los sistemas no preparados
y los preparados por sobreinvertidura.
S. Freud. 1920*

Si bien indicó Freud (1926) que las posibilidades de contraer neurosis traumática se reducen cuando el trauma es acompañado por una herida física, es sabido que se presentan frecuentemente estos casos.

Tanto la inhibición como la limitación del yo que caracteriza a estos casos, demandan una reorganización de la libido así como de las modalidades de autoinvertidura de su imagen –reorganización que debería poner foco en la efracción producida por el traumatismo– para contrarrestar la aparición justamente de un trauma. “El aporte más distintivo de la clínica analítica a la ‘traumatología’ podría consistir en la referencia a la dimensión de ‘encuentro’ fallido”, sostiene Assoun (1999 p. 54), en el entendido de que la escucha de este *mal encuentro* que significa esta causalidad ocasional, podría ser revelador del momento en el que el trauma se enquistó: “el trauma proporciona una oportunidad –al mismo tiempo reveladora y mortífera –de desenmascaramiento”. (Ibídem, p.55)

Frente a un cambio en la forma o función del cuerpo, es posible (y necesario) un trabajo de duelo, ya que la respuesta ante la pérdida de un miembro o función motora son análogas a las que se experimentan ante la muerte de un ser querido, en caso de presentarse una vivencia de estas características.

Existe el duelo por la función y por la imagen corporal como la hemos conceptualizado en este trabajo; así como por las satisfacciones que proporcionaba dicha función y que ahora son negadas. Aunque este trabajo de duelo no se establece de manera sencilla en el paciente. Lillo Espinosa (2000) sostiene:

El individuo gradualmente y poco a poco tiene que ir comprobando que esa parte de su cuerpo ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional causado por el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe. No sólo tiene que aceptar la pérdida, hecho de por sí laborioso, sino también que es una parte de sí mismo la que se ha perdido, como un anticipo de la muerte como pérdida de la totalidad. El significado de la pérdida de una parte de uno mismo como una pequeña o parcial muerte anticipada es lo que caracteriza la dificultad del duelo en estas circunstancias. Si a esto le añadimos que la pérdida se ha producido de un modo súbito, inopinado e imprevisto en un contexto accidental con un verdadero peligro de muerte global, de peligro para la propia integridad total y absoluta, podemos entender los escollos que tiene que enfrentar el sujeto en su labor de duelo.

Creemos que es fundamental propiciar que el paciente que sufre a causa de neurosis traumática pueda encontrar el espacio junto al analista, donde pueda repetir (“llevar al acto”) aquello que lo ha aterrorizado del suceso traumático, para que se instale la angustia que –gracias al proceso analítico– le permita superar el suceso. Esto a su vez, permitirá que el principio de realidad tome su lugar, favoreciéndose el trabajo de duelo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberti, S., Carneiro Ribeiro, M. A. (2004): *Retorno do exílio. O corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro. Contra Capa.
- Allouch, J. (1995/1996): *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Bs. As.: Ed. Edelp S. A.
- Assoun, P. -L. (1977): *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Bs. As.: Nueva Visión.
- Assoun, P. - L. (1995): *Metapsicología freudiana. Uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Assoun, P.- L. (1999): *El perjuicio y el ideal. Hacia una clínica social del trauma*. Bs. As. : Nueva Visión.
- Assoun, P.-L. (2003): *Lecciones psicoanalíticas sobre la angustia*. Bs. As.: Nueva Visión
- Assoun, P.-L. (2006): *Lógicas del síntoma lógica pluridisciplinar*. Bs. As.: Nueva Visión
- Berrios, G y Porter, R. (2012): *Uma historia da psiquiatria clínica III. As neuroses e os transtornos de personalidade. Vol. 3. Cap. 19, p. 799*. São Paulo: Escuta
- Carbajal, E., D'Angelo, A. y Marchilli, A. (1986): *Una introducción a Lacan*. Bs. As.: Lugar Editorial.
- Chemama, R. (1998): *Diccionario de Psicoanálisis*. Bs. As.: Amorrortu
- Doltó, F. (1984): *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Ey, H., Bernard, P. & Brissit, Ch. (1996): *Tratado de Psiquiatria*. Barcelona: Masson SA.
- Ferenczi, S., Freud, S. (1992): *Correspondencia (1908-1914)*. París. Calmann-Lévy.
- Ferenczi, S., (1916): *Dos tipos de neuroses de guerra. (Histeria)*. Recuperado de: Bibliotecas de Psicoanálisis. Nro. 86 <http://www.psicoanalisis.org/ferenczi/51-100.htm>

- Ferenczi, S. (1917): *Las patoneurosis*. Recuperado de: Bibliotecas de Psicoanálisis. Nro. 92 <http://www.psicoanalisis.org/ferenczi/51-100.htm>
- Ferenczi, S. (1919): *Psicoanálisis de las neurosis de guerra*. Recuperado de: Bibliotecas de Psicoanálisis. Nro. 111 <http://www.psicoanalisis.org/ferenczi/101-150.htm>
- Freud, S., Breuer, J. (1986): *Estudios sobre la histeria*. En Obras completas, tomo II. Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S (1900): *La interpretación de los sueños*. En Obras completas, tomo IV-V. Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S. (1910): *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. En Obras completas, tomo XI. Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S. (1914): *Recordar, repetir y reelaborar*. En *Sobre técnica psicoanalítica y otras obras*. En Obras completas, tomo XII, Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S (1917): *Duelo y melancolía*. En Obras completas, tomo XIV. Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S. (1920): *Más allá del principio de placer*. En Obras completas, tomo XVIII. Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S. (1923): *El yo y el ello*. En Obras completas, tomo XIX. Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*. tomo XX Bs. As.: Amorrortu
- Freud, S (1937-1939): *Esquema del psicoanálisis y otras obras*. En Obras completas, tomo XXIII. Bs As.: Amorrortu
- Klein, M. (1940/1990): *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos*. Bs. As.: Paidós.
- Lacan, J. (1949/2013): *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos 1. Barcelona: Siglo XXI.
- Lacan, J (1962/2006): *La angustia*. Seminario 10. Bs. As. Paidós.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1979): *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lillo Espinosa, J. (2000): *Duelo y pérdida corporal*. Revista Informaciones Psiquiátricas nro. 163. Barcelona.
- Martínez, A., Pérez, L. (2005): *Sobre la neurosis traumática de Oppenheim. El trauma y sus secuelas. Cap. II. Abordaje freudiano y postfreudiano del Trauma y la Neurosis de Guerra*. Recuperado de: <http://psicopsi.com/Trauma-Abordaje-Freudiano-Postfreudiano-Trauma-Neurosis-Guerra-I>
- Rank, O. (1924/1991): *El trauma del nacimiento*. Barcelona: Paidós.