



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**TÍTULO:** “Elaboración traumática e irrupción de lo real”

**AUTOR:** Fiocca, Micaela.

**LEGAJO:** F-5159/4.

**DOCENTE RESPONSABLE:** Del Ponte, Javier.

**MODALIDAD:** Ensayo.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia y amistades, por el cariño y apoyo incondicional.

A Javier, por haberme acompañado en la escritura de este trabajo. Por su comprensión, compromiso y paciencia.

A Ariel, por permitirme aprender durante mis prácticas el lugar del psicoanálisis en el hospital.

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Desarrollo.....	4
Lo indecible.....	4
Tiempo al tiempo.....	7
Superficie de inscripción.....	9
Elaboración subjetiva del trauma: Acerca de un tratamiento analítico.....	10
A modo de cierre.....	13
Referencias bibliográficas.....	15

## **RESUMEN**

El presente ensayo propone abordar el modo en como se lleva a cabo la elaboración subjetiva del trauma en donde lo real irrumpe en el cuerpo, en un contexto de instituciones hospitalarias públicas.

En un principio se trabajará acerca de la conceptualización de lo traumático y su relación con la irrupción de lo real. Siendo el trauma algo que hace agujero, se podrá ubicar allí una similitud con respecto al duelo, en torno a una pérdida.

Posteriormente, se situarán desarrollos en relación a la temporalidad y a la elaboración traumática, proponiendo abordarla en tiempos lógicos que contemplen el acontecimiento, la demanda de inscripción de aquello que no cesa de no inscribirse, y posteriormente la elaboración del trauma. Además, se señalarán cuestiones acerca del cuerpo, tomado a éste como una superficie de inscripción.

Para finalizar, se presentará un posible tratamiento analítico, estableciendo algunas consideraciones analíticas que permitan que la elaboración traumática, hacer hablar el trauma.

## **PALABRAS CLAVE**

Trauma - Irrupción de lo real - Psicoanálisis

## Introducción

El presente trabajo tiene el objetivo de pensar el modo en que se lleva a cabo la elaboración subjetiva del trauma en donde lo real irrumpe en el cuerpo, en un contexto de instituciones hospitalarias públicas, posicionado desde la perspectiva psicoanalítica. El interés por la temática fue impulsado por las Prácticas Profesionales Supervisadas realizadas en un hospital de la ciudad de Rosario.

El ensayo abordará temáticas relacionadas a: que se entiende por trauma, la irrupción de lo real, desarrollos acerca de la temporalidad, el cuerpo como superficie de inscripción y un posible tratamiento analítico. Conjuntamente con este recorrido, se articularán además fundamentos de la práctica profesional en dicho ámbito institucional a modo de una teorización acerca de sus efectos.

Considero que las prácticas realizadas en el hospital me han llevado a un punto de inflexión e interrogación continua acerca de las transmisiones que he recibido durante el cursado de la carrera, lo que me ha permitido reflexionar acerca de lo aprendido y el modo en como esto se presenta en escena. La elección de la temática surge en torno a diversas manifestaciones clínicas que pude escuchar a partir del acompañamiento de los profesionales a las salas y guardia del hospital.

Si bien me encuentro hablando en relación a una institución hospitalaria, el concepto de trauma para Freud, remite -luego de la Primera Guerra Mundial- a la masividad de las neurosis de guerra y sus secuelas, podría decir entonces, a la guerra como una forma de presentación de lo traumático. Tal como explica el autor en su texto "*Lecciones introductorias al psicoanálisis*":

"Las neurosis traumáticas, de las que tantos casos hemos observado durante la pasada guerra, presentan una cierta analogía con los casos de que aquí venimos ocupándonos: estas neurosis, que también se dan en tiempos de paz, como consecuencia de catástrofes ferroviarias u otros accidentes cualesquiera que hayan puesto en peligro la vida del sujeto, no pueden, en el fondo, asimilarse a las neurosis espontáneas, objeto habitual de la investigación y la terapia analítica. Pero existe, sin embargo, un extremo en el que coinciden ambos géneros de neurosis, pues en las traumáticas hallamos como base de la enfermedad una fijación del sujeto al accidente sufrido." (Freud, 1915, p. 2293-2294).

Justamente este recorrido -así también como el juego repetitivo del niño "Fort Da", la resistencia a la cura y la transferencia negativa- le permite a Freud poder arribar a una etiología de la neurosis, en donde la semejanza descubierta entre ambas dolencias neuróticas, induce a pensar que entonces la neurosis corresponde a una afección traumática en donde el sujeto se encuentra incapaz de poder reaccionar normalmente frente a un suceso psíquico de un carácter afectivo pronunciado. Me parece sumamente interesante los desarrollos de Pérez en relación a esto, en donde en su trabajo titulado "*Trauma, entre necesario y contingente: Heridas de guerra*" desarrolla:

"Las neurosis de guerra son secuelas del encuentro con el horror, heridas de guerra producidas entre lo necesario de un trauma fundamental y lo contingente del azar de la guerra. Por un lado, el trauma admite una dimensión fáctica, contingente, azarosa donde lo traumático no reside sólo en lo dramático de la escena bélica, sino en el efecto para un sujeto. Por otro lado, una concepción metapsicológica en lo necesario del trauma como estructural, primero y fundante de la entrada del sujeto en el lenguaje. Castración para el sujeto, la represión primaria como cicatriz de la entrada en el lenguaje. La neurosis deviene cicatriz del inconsciente, efecto de la herida que dejó el lenguaje." (Pérez, 2014)

Pero sugiero ir más allá de este planteo, y pensar que, frente a un suceso como podría ser un accidente automovilístico, por ejemplo, nos encontramos con un acontecimiento externo a la estructura que es capaz de suscitar afectos ominosos y angustiantes. Me permito señalar una semejanza a partir de este breve recorrido, entre la institución hospitalaria y la guerra: en ambas circunstancias, el sujeto vivencia un encuentro azaroso con la posibilidad de su propia muerte. Se presentifica allí lo

traumático como aquello inasimilable. Es así como retomo un escrito de Alberro (2005) titulado "*Las víctimas del traumatismo psíquico y el originario freudiano*" en donde explica que, ante el suceso traumático, el sujeto cree en esa fracción de segundo que su vida se detenía allí, "en un relámpago se vio muerto".

La noción de lo real y su irrupción en el cuerpo, se presenta como algo crucial en torno a la institución hospitalaria. Pacientes que ingresan a la guardia por desafortunados incidentes que dañan su cuerpo de manera accidental, presentifican lo traumático en su calidad de imprevisto. Allí aparece lo real como lo inasimilable al campo del principio de placer, como si el trauma fuera un cuerpo extraño que funciona fuera de la ley, en donde lo real irrumpe siendo aquello que no cesa de no inscribirse de la mano de un goce horroroso que se resiste a la simbolización, pero a su vez demanda esa inscripción.

Sostengo que el hospital corresponde a un marco en donde se presentifica el cuerpo como superficie y lugar de inscripción, implicando lo que Lacan ha desarrollado en sus escritos: proponer el lenguaje como cuerpo de lo simbólico. Entonces aquí lo que me atañe es el siguiente interrogante: siendo el lenguaje un cuerpo que da cuerpo, éste último se presta a recibir la marca significante, a ser un lugar de inscripción del goce (Lacan, 1998) ¿Cómo se las arregla el sujeto frente al trauma?

Con lo que respecta al contexto de la institución hospitalaria, considero de no menor importancia la noción de la temporalidad. Realicé mis prácticas en un hospital de tercera complejidad, lo cual alude que los casos tratados allí corresponden a situaciones orgánicas realmente complejas en la mayoría de los casos. Es por ello que, articulando con lo mencionado anteriormente, los efectos sobre los cuerpos de los sujetos, siendo la irrupción de lo real algo desmesurado, no evaden la notoria temporalidad necesaria para poder inscribirse en la estructura.

La escritura de este ensayo se me presenta como una instancia atravesada por una mirada crítica ante el trabajo clínico en instituciones hospitalarias y además como un momento bisagra, siendo el final de mi carrera y el comienzo de la práctica profesional como psicóloga. Es por ello que a lo largo del mismo se hará un recorrido acerca de distintos puntos nodales correspondientes al psicoanálisis y problematizaciones en torno de los mismos.

## Lo indecible

Lo real corresponde a uno de los tres registros desarrollados por Lacan en los primeros tiempos de su enseñanza, allí por el *Seminario II* (1954) y que posteriormente, en el *Seminario XXI* (1973), se ocupa de decirnos que sigue pensando lo mismo que en sus primeros escritos. Podría definir lo real como aquello acerca de lo cual nada puede decirse, lo que escapa a la significación, aquello que se encuentra siempre en el mismo lugar. Lo real es aquello imposible de ser dicho, lo que remite a lo indecible del trauma. Esto me lleva a pensar en los desarrollos de Miller (2005, p.15) en su obra *“El Otro que no existe y sus comités de ética”* en donde explicita que no es posible servirnos de lo real como lo hacemos con lo simbólico, ya que éste resiste a hacerse instrumento. Lo traumático, la muerte, la sexualidad, una pérdida, lo femenino, tenemos que encontrar como arreglámosla con lo real. Como señala Lacan (1974) en el *Seminario 21* titulado *“Los incautos no yerran”* durante la clase 8: “(...) Todos sabemos porque todos inventamos un truco para llenar el agujero (trou) en lo Real. (...) Uno inventa. Uno inventa lo que puede, por supuesto.”

El pronóstico hasta el momento era favorable, E lo sabía. De repente, mientras se encontraba desayunando, aparece de forma imprevista una irrupción: no toques la comida, que ahora te cortamos la pierna. Así, sin más. Acontecimiento inesperado. Desde ese momento, E no quiso hablar más. La disrupción inesperada, aquello que destroza y establece una discontinuidad, irrumpe el psiquismo, alterando su elaboración y capacidad de integración. Allí no hubo sujeto que responda, los recursos habituales de respuesta fueron suspendidos, es un “hecho sin dicho”. Podría decir que es en ese momento en donde cae la escena fantasmática que le otorgaba al sujeto un sentido, se rompe el escudo homeostático del fantasma. Por lo tanto, me sumo a lo expresado por Mitre (2018): “Podemos plantear el trauma como aquello que rompe las formas. Que rompe las formas de una vida.”

Históricamente el trauma remite en los inicios del psicoanálisis con Freud a la etiología de la neurosis, ligado a un episodio fáctico acontecido en la infancia del tipo sexual, una vivencia de seducción por parte de un adulto. Posteriormente esta teoría del trauma es interrogada y reformulada por Freud, explicando que en realidad corresponde ya no a lo que sostenía como un hecho concreto de seducción hacia el infante, sino a una fantasía primordial (Freud, 1916), estableciendo el carácter inexorablemente traumático de la sexualidad. Tal como explica el autor:

“(…) El término «traumático» no posee sino un tal sentido económico, pues lo utilizamos para designar aquellos sucesos que, aportando a la vida psíquica, en brevísimos instantes, un enorme incremento de energía, hacen imposible la supresión o asimilación de la misma por los medios normales y provocan de este modo duraderas perturbaciones del aprovechamiento de la energía.” (Freud, 1915, p. 2294).

Ante el azar desgraciado que muchos de los pacientes del hospital han sufrido, se hace muchas veces imposible la asimilación del suceso ocurrido a partir de la normal tramitación por parte del sujeto. Esto me remite a un desarrollo de Freud realizado unos años después:

“Aquellas excitaciones procedentes del exterior que poseen suficiente energía para atravesar la protección son las que denominamos traumáticas. (...) Un suceso como el trauma exterior producirá seguramente una gran perturbación en el intercambio de energía del organismo y pondrá en movimiento todos los medios de defensa. Mas el principio de placer queda aquí fuera de juego.” (Freud, 1920, p. 2520-2521).

El sujeto, frente a una situación traumática encuentra un agujero en su malla fantasmática tal como plantea Howlin (2000) en su texto titulado *“Lo traumático”*, en donde explica que allí no hay una respuesta simbólica posible. Se rompe entonces, en

palabras de Pommier (2004), la actividad que funciona como pantalla respecto de lo real, con mayor o menor éxito, conformada por actos que buscan realizar el fantasma.

Si bien el trauma implica una interacción entre lo fáctico y la forma en como esto es vivenciado por el psiquismo, es un acontecimiento singular para cada sujeto, en donde la condición para que lo sea es que demande su simbolización. Justamente, se encuentra el sujeto frente a la presentificación terrorífica de lo ominoso: un agujero. Por lo tanto, puedo conjeturar lo siguiente: el trauma es algo que hace agujero, “troumatsme” diría Lacan (1974). Pero adentrándome aún más, aquello que también hace agujero y que remite a un encuentro con lo real al igual que lo traumático, es lo que Freud refirió como duelo. Él describió el trabajo que lleva a cabo el duelo y refiere a:

“El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no exista ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esta demanda surge una oposición naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución. Esta oposición puede ser tan intensa que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis alucinatoria. Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga victoria. Pero su mandate no puede ser llevado a cabo inmediatamente, y solo es realizado de un modo paulatino, con gran gasto de tiempo y energía de carga, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto perdido.” (Freud, 1915, p. 2092).

Y se me hace ineludible la correspondencia entre este desarrollo de Freud con lo que respecta a lo traumático, principalmente por el carácter de “pérdida”. Frente a una situación traumática, el sujeto también “pierde” algo. Pero ¿Sabe acaso qué es lo que pierde? En cuanto al entorno hospitalario, podría -de manera simplista- aproximarme a decir: una parte de su cuerpo, por ejemplo. Ante la irrupción de lo real en el cuerpo, se produce un agujero en él, pero ¿Sólo se produce un agujero en la periferia del cuerpo? Sabemos que el sufrimiento y dolor producido en el sujeto por el infortunio recaen -en parte- en el cuerpo y es consecuente su tratamiento urgente en el hospital, lo que se relaciona con lo anteriormente mencionado: el sujeto se encuentra, en la mayoría de estos casos, de frente a su propia mortalidad.

Hay algo que, ante la colisión con lo real se perdió y que -valga la redundancia- se presenta como irremplazable<sup>1</sup> y ¿No sucede esto también en un duelo? Por lo tanto, en un suceso traumático ¿Podría decir que aquello que se pierde corresponde a la reciprocidad imaginaria del objeto? Tal como Lacan (1994, p.16) señala en el *Seminario 4* titulado “*La relación de objeto*”, toda relación que el sujeto establece con el objeto, tiene como fondo su identificación con él. O como Landriel (2016) señala retomando desarrollos freudianos: “(...) Para perder el objeto me tengo que identificar con él”. Y agrego, el sujeto ante la lesión corporal atroz se encuentra con su imagen especular estremecida, la consistencia yoica que tenía hasta el suceso ominoso se haya perdida.

Lo traumático molesta, duele, demanda al aparato psíquico. No logra inscribirse en él, ni tampoco encuentra un modo de ligarse a la palabra. Lo real no simbolizado, empuja a lo ominoso. Pretendo ir más allá de este desarrollo y adentrarme en lo siguiente: sin caer en un reduccionismo y lejos de generalizar acontecimientos como traumáticos per sé, me surge el siguiente interrogante ¿De qué depende que un suceso sea traumático para un sujeto? Es aquí donde recorro a los desarrollos de Lacan y creo encontrar una posible respuesta: debido a la ausencia de un saber para metabolizarlo.

---

<sup>1</sup> Los desarrollos de Jean Allouch en torno a la sustituibilidad del objeto perdido en relación al duelo, conforman una crítica al argumento freudiano. Aquello que se pone en cuestión es la consideración del duelo como si este fuera una “operación cristalina y romántica” en donde habría un reemplazo del objeto perdido por uno nuevo, eliminando la probabilidad de encontrarnos con un trabajo elaborativo ante el vacío.

Tal como el “ombligo del sueño” de Freud, es algo que no puede ser puesto en palabras, en este caso debido a lo enigmático y conmocionante del trauma. Sin caer en una afirmación taxativa, más allá de la consideración personal que pueda tener un espectador de una situación que calificaría como “traumática”, creo que la desorganización que ocurre a partir de un sujeto que vivencia una situación así, depende no del evento en sí mismo, sino del sujeto que lo vive.

## Tiempo al tiempo

Para profundizar en desarrollos acerca de la noción de temporalidad y su relación con el trauma, comenzaré por definir la primer categoría. Adentrarme en torno a la elaboración subjetiva del trauma, me remite a la consideración del tiempo en un sentido lógico. Esto sin desconocer lo desarrollado por Freud acerca de la no temporalidad de lo inconciente:

“Los procesos del sistema inconciente son atemporales, es decir, no están ordenados con arreglo al tiempo, no se modifican por el trascurso de este ni, en general, tienen relación alguna con él. También la relación con el tiempo se sigue del trabajo del sistema conciente.” (Freud, 1914, p. 183).

Precisamente no me encuentro hablando acerca de un tiempo en un sentido cronológico, sino en términos lógicos, lo que conlleva tácitamente una determinada sucesión de operaciones. Esto puede verse ejemplificado en el complejo de Edipo desarrollado por Freud, en donde primero sucede éste y no antes el complejo de castración, u otro ejemplo podrían ser los tres tiempos de Edipo propuestos por Lacan.

Es por ello que sostengo que, el sujeto que se encuentra ante un incidente que lo enfrenta súbitamente con lo real y lo vivencia como traumático, se topa precisamente con algo que evade a toda significación, no habiendo palabras para ello, teniendo en cuenta que el trauma corresponde con aquello que no cesa de no inscribirse en las tramas representacionales. Es a partir de esto que me permito situar tiempos de elaboración del con respecto a lo traumático. Propongo ubicar lo mencionado como un primer momento, en donde sucede el acontecimiento. Luego de éste, sobrevendría una demanda de inscripción en la estructura, que no concluye en hacerse. Aquí es donde podría situar la compulsión a la repetición como una forma de responder a aquello que insiste su inscripción en el aparato, en relación a la falla en la articulación entre afecto y representación. Como ejemplo aquí podrían ubicarse los sueños traumáticos, que interrumpen la función del sueño. Encuentro a partir de este desarrollo, la posibilidad de ubicar la compulsión a la repetición como un efecto de lo traumático. En donde la centralidad no estaría en aquello que se repite, sino en lo que no cesa de no poder representarse y articularse a la estructura. Lo que no significa que le “sirva” al sujeto si me remito al orden de lo que concierne al principio de placer, teniendo en cuenta también, que Freud sitúa a la pulsión de muerte en el eje de la repetición, como un real que vuelve siempre al mismo lugar. Es a partir de estas repeticiones, en donde podrían ubicarse muy leves movimientos hacia el sendero de la cura.

Pero, además, podría situar aquí en este “segundo momento”, otras vertientes, tomando desarrollos de Soler como disparadores:

“(…) Es entonces una definición del trauma que implica lo real y el sujeto. Para que haya trauma necesitaríamos una participación subjetiva. Así hay dos componentes: uno es el golpe de lo real y otro que corresponde a las secuelas. El golpe de lo real es un real que se presenta sin tener su correspondiente en el discurso. Pero las secuelas, que son en realidad en un segundo tiempo, que no es el momento del encuentro y ¿de qué se tratan? Se tratan de repercusiones subjetivas y de la manera en cómo el sujeto lo toma, lo piensa.” (Soler, 1998, p.6)

La embestida de lo traumático produce efectos sobre el sujeto. Puedo ubicar en este momento, además de la compulsión a la repetición, el agujero que la irrupción de lo real produjo en el sujeto, que puja señalando una dimensión que se encuentra más allá del principio de placer. Se posiciona así un sujeto que presencia lo acontecido -una y otra vez- sin posibilidades de establecer articulaciones simbólicas que impliquen una inscripción.

Es en esta segunda operatoria donde se presentifican las huellas de lo traumático, las cuales tienen la propiedad de impregnar el presente de manera permanente, incluso

más allá de la vigilia, inundando así al sujeto de una imposibilidad respecto a la renuncia del vínculo imaginario con el objeto perdido. Es por ello que en este momento no podría ubicar aún un trabajo de duelo con respecto a la pérdida. No existiría aquí una posibilidad por parte del sujeto que le permita redirigir sus investiduras hacia otros objetos que posibiliten suturar parte del agujero. Como los desarrollos de Soler (1998, p.4) en relación a los sueños, en donde plantea que "el traumatizado no puede olvidar (...) las imágenes del espanto, le vuelven de noche, si las ha excluido de día (...) toda su libido está captada por lo que llamamos el recuerdo del momento traumático." Esto sería posible a partir de la introducción de lo correspondiente a un tercer movimiento.

Las marcas producidas por lo traumático, no pueden ser descifradas como sí lo es un síntoma y su contenido simbólico, a modo de un neologismo. Aquí se presenta un sin sentido. Es así entonces, que dispongo de un tercer momento referido a la elaboración subjetiva del trauma, que desarrollo con mayor profundidad en el cuarto apartado del presente ensayo en relación a un posible tratamiento analítico.

La integración de aquellas marcas dentro de la estructura del aparato psíquico del sujeto, podría comenzar a partir de un trabajo similar al de un duelo, a modo de un tejido en donde a partir del discurso, del acto de la palabra se pueda ir bordeando lo real sin forzar interpretaciones allí donde no las haya. Tal como sugiere Laurent en el libro de García:

"Lo real como imposible nos conduce, entonces, a una cuestión conocida por todos ustedes como: "Hacer hablar", o, si así lo prefieren, "metabolizar el trauma". Sin embargo, al plantearlo así surge un problema, porque hay cosas de las que no se puede hacer hablar. Cuando Sigmund Freud decía que el trauma era un ultraje usaba una palabra alemana, *kréinhung*, que significa herida, tanto en el sentido físico como moral. A partir de ese ultraje, u ofensa narcisista, alguien podía proponerle a otro que le cuente, por ejemplo, por qué razón eso fue terrible. Pero cuando Jacques Lacan plantea el trauma como real, como agujero traumático, jugando en francés con *traumatismo y trou*, no se le puede proponer a alguien que metabolice esa dimensión." (García, 2004. p. 56)

Pero entonces... ¿Cómo escribir lo que no se escribe?

## Superficie de inscripción

Siguiendo el hilo con respecto a la compulsión de la repetición, la respuesta a la pregunta planteada acerca de la inscripción de aquello que no cesa de no inscribirse, puede encontrarse en este sentido: podría decir que uno de los efectos de lo traumático es el sufrimiento del sujeto. Y en el contexto de hospitales -y fuera también-, esto se encuentra presentificado de forma explícita en un lugar: El cuerpo.

El cuerpo tomado como superficie en donde cabe la posibilidad de inscripción, refiere a que éste se encuentra atravesado por la palabra, siendo el lenguaje lo que nos atribuye un cuerpo. Si lo ubico dentro de los tres registros de Lacan, de esta manera es visto como un cuerpo simbólico. En el escrito "*Radiofonía*" (1977) de Lacan, él lo explicita claramente: Es un cuerpo incorporal en donde "el primer cuerpo hace al segundo al incorporársele", es decir, el cuerpo que llamamos propio en realidad nos es dado a partir del lenguaje. Pero, además, puedo pensar cuando me remito a lo traumático en un cuerpo del orden de lo real del tejido y ¿anudado? a los demás elementos del nudo borromeo -cuerpo imaginario del narcisismo y cuerpo simbólico que sufre la marca significante-.

Sería entonces un cuerpo mortificado por el trauma, en donde el empuje de lo real no simbolizado lo atormentaría produciendo dolor. Lo que se articula con lo desarrollado por Kelman (2007): "El dolor interpreta lo real, el dolor lee lo real donde el sujeto no cuenta con el aparato del síntoma." Respecto a esto, no sólo me encuentro hablando del dolor correspondiente a una herida orgánica, -si a instituciones hospitalarias me remito- sino también a un dolor que ubico en el orden anímico. Aquel dolor localizable, biológico, empuja cada vez que se presentifica en el cuerpo, trayendo una y otra vez la actualización de lo ominoso.

El dolor producido por la irrupción de lo real en el cuerpo, opera recalcando la organicidad afectada y representa una cantidad de excitación que falla en su articulación al aparato. Ante el dolor orgánico producido por el acontecimiento traumático, aparece, además, si me circunscribo al orden imaginario del cuerpo, una conmoción (Nasio, 2007) que imposibilita al yo una reacción que permita el detenimiento de la lesión, no sólo en la superficie imaginaria de la organicidad sino también en lo que respecta al aparato psíquico. Nasio (2007, p.21) lo pone en las siguientes palabras: "Es un dolor que yo no domino; él me posee a mí: «Soy todo dolor»." Podría considerar al dolor así una especie enganche del sujeto, entregado a la mudez de la pulsión de muerte, con su cuerpo y lo real.

## Elaboración subjetiva del trauma: Acerca de un tratamiento analítico

Considerando la experiencia que tuve como observadora participe de las entrevistas a pacientes en el hospital, sostengo que, más allá de que no sea posible la existencia de un tratamiento analítico estereotipado para aplicar por igual a los sujetos que han sufrido un acontecimiento traumático que dañe su cuerpo, como explica Soler (1998, p.9): “No hay tratamientos estándares porque no hay sujetos estándares, no hay secuelas estándares”, y corriéndome de una concepción que considere que exista alguna relación unívoca entre “lo traumático” y sus efectos sin considerar la subjetividad y particularidad de cada caso, existen puntos pertinentes a considerar.

La condición sine qua non el tratamiento analítico no podría darse, refiere a la transferencia, siendo ésta el motor del mismo. El dispositivo analítico que se instala en la sala o en la guardia del hospital, permite la apertura de un espacio. Y cuando hablo de espacio, no me refiero a uno físico, sino un espacio analítico en donde a partir del vacío que ofrecerá el analista con su silencio, que no necesariamente refiere al orden de lo auditivo, sino que se encuentra destinado a hacer presente la exigencia de una palabra, dando lugar a que el sujeto analizante pueda insertar allí su discurso. Tal como Galende desarrolla:

“(…) Respetar la palabra y los significados que el paciente le otorga de manera espontánea y sobre cuyo curso no debe intervenir ni intentar dirigirla; mantener la atención flotante, esto es, debe evitar prejuizar tanto como evitar la aplicación del saber previo que pueda aportarle el psicoanálisis; escuchar en atención flotante, que no es permanecer en silencio ni estar indiferente, sino aceptar no dar sentido prematuramente a lo que escucha del paciente, bajo el principio de la neutralidad valorativa, es decir, suspender la valoración que le surja de la conducta pasada o presente del paciente, y mantener una asistencia, abstenerse de cualquier otra intervención que no sea a través de la palabra pronunciada.” (Galende, 2015, p.100).

Es así como el sujeto analizante arrasado por el suceso desafortunado, podrá ir transformando su dolor, elaborando el trauma producido por la irrupción de lo real en su cuerpo, en una instancia enlazada al registro de lo simbólico y lo imaginario, en el marco transferencial. Pero ¿Cómo operar con aquello que no cesa de no inscribirse? ¿Cómo dar sentido a lo que no lo tiene? Cito a Lacan en su texto “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”:

“Ya se dé por agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no tiene sino un médium: la palabra del paciente, la evidencia del hecho no excusa que se le desatienda. Ahora bien, toda palabra llama a una respuesta.” (Lacan, 1971, p. 237).

Es poder hacer hablar ante el silencio de lo espantoso, hacer hablar el trauma, sin caer en la simple racionalización de los hechos. Es permitirle al sujeto nada más ni menos que hablar, lo que produce efectos aliviantes ante el sinsentido que lo rodea e insiste. Me remito a lo desarrollado por Benyakar en su obra titulada “Lo disruptivo y lo traumático”:

“Agobiado por el peso de lo no articulado entre representaciones y afectos, el sujeto narra lo sucedido a partir de una especie de memoria fáctica. La tendencia psíquica reparadora se apropiará de este entretejido, que habrá de adquirir la misma función que los sueños repetitivos del período postraumático, las actuaciones y la “evocación repetitiva” (recordar compulsivo): un intento de reinstalarse en la dinámica articuladora y reparar, a través de la repetición del relato, la falla de la función articuladora. A veces, el relato servirá, además, para apaciguar el dolor psíquico que genera una falla repentina en un psiquismo maduro con un normal desarrollo de su capacidad articuladora. En el mejor

de los casos, este relato activará un proceso que favorecerá la estructuración de la vivencia y, por ende, de la continuidad psíquica.” (Benyakar, 2016).

Considero elemental a su vez, evitar la suposición del sujeto que ha vivenciado el acontecimiento traumático como un “traumatizado”. Expongo que contrariamente a esto podría tomarse al trauma a modo de un resto de lo ocurrido, tal como un resto diurno. La intervención del analista, por lo tanto, no significaría caer en una simple “evacuación de lo real” a partir de palabras reparatorias, sino que intentará que se despliegue por parte del sujeto una serie de elementos del orden simbólico e imaginario que puedan -o al menos intenten- hacer frente a la irrupción de lo real. Esto implicaría ligar lo que se encuentra fuera del sentido a la marca significante, con la intención de otorgarle un sentido a ese real. Como desarrolla Laurent:

“En esta perspectiva, el psicoanalista es un dador de sentido. (...) "El psicoanálisis se apoya ahí sobre el inconsciente como un dispositivo que produce sentido libidinal. Esto supone desconfiar de la inscripción del sujeto en grandes categorías anónimas y preservar su particularidad.” (Laurent, 2002, p. 19).

Con lo que respecta al contexto hospitalario de una institución de tercera complejidad, éste es un espacio en donde prima la urgencia. El sujeto y su cuerpo traumatizado no pueden caer en una temporalidad del apuro en el espacio analítico tal como sí lo precisa su organicidad. En palabras de Abella (2013): “Tiempo. Se necesita tiempo para saber, en su justa medida, qué es lo que se perdió.” Sostengo que es importante que en aquel territorio en donde las exigencias de lo urgente convocan a la respuesta inmediata, se permita hacer una pausa, en donde se respete el tiempo propio de cada sujeto para la elaboración -o el comienzo de la misma- del trauma. Lo que me trae a la memoria lo escrito por Lacan (1988, p.141) en “Intervenciones y Textos II”: “Hasta cierto punto se concluye siempre demasiado pronto. Pero ese demasiado pronto es la evitación de un demasiado tarde.”

Se trataría entonces, de un tratamiento analítico por el sentido (Laurent, 2009, p. 19), situando un corrimiento de la concepción de un tratamiento predeterminado previamente. No se trataría de empujar forzosamente hacia una elaboración allí donde hay un imposible de decir en el analizante, porque “no haría más que agravar la imposibilidad de dar cuenta de ese real” (Bassols, 2014). Por lo tanto, se trataría de algo más que una descripción de lo acontecido por el sujeto. Sino más bien que, a partir de la elaboración del sujeto, puedan aparecer recursos que le permitan “decir” algo sobre aquello de lo cual no hay palabras. El sujeto no puede responder ante esto “real” que le pasa, es aquí donde me parece interesante señalar un posible direccionamiento del tratamiento analítico, podría situar la emergencia de un síntoma, a modo de un borde simbólico que permita soportar lo insoportable, deslizando un anudamiento de lo indecible al significante. El surgimiento de un síntoma permitiría la emersión de una pregunta que permita al analizante resonar sus ecos (Abella, 2013) en el vacío ofrecido por el analista, y así viabilizar lo nuevo, y no ingenuamente realice la elección de la palabra “nuevo”, ya que se trataría así de una salida de aquello que se repite, una y otra vez, en busca de un sentido que no lo tiene, se trataría de una vía de “escape” del inconsciente para tomar las riendas y “hacer algo” con ese real. Retomo palabras de Laurent, que lo explicita de esta manera:

“El síntoma puede aparecer como un enunciado repetitivo sobre lo real (...). El sujeto no puede responder a lo real si no es haciendo un síntoma. El síntoma es la respuesta del sujeto a lo traumático de lo real.” (Laurent, 2009, p.18)

A su vez, considero de gran importancia el trabajo paulatino del duelo. Ante el acontecimiento traumático, el sujeto se encuentra -como mencioné anteriormente- con la imposibilidad de poder re-dirigir sus investiduras libidinales hacia otros objetos. En palabras de Freud, la sombra recae sobre el yo (1915, p.2095), siendo en este caso una

sombra que no dejaría de cesar su caída insistente sobre el yo. Que el sujeto pueda adentrarse en la labor de un proceso de duelo, permitiría comenzar a abandonar la mudez de lo traumático a partir de la inscripción de la falta de objeto entretrejida ahora en el orden significante.

## A modo de cierre

A lo largo de la escritura de este ensayo pude ir poniendo en cuestión y elaborando categorías e interrogantes que resonaban durante mi práctica en el hospital. Acudí a dicho contexto con un conjunto de conocimientos y teorizaciones que se me dificultaban articular con la práctica. A partir de la escritura y el recorrido de lectura que realicé para este escrito, pude ir esclareciendo cuestiones que encontraba imprecisas y también posicionarme desde una mirada crítica ante aquello que se presentaba como ya establecido.

Una de mis primeras impresiones al ingresar a la institución hospitalaria fue que lo traumático se presentaba allí como cotidiano. Sabía que, a partir del recorrido académico realizado, el carácter traumático que conlleva la entrada al lenguaje refería a un componente estructural y fundante del sujeto, así también como el factor traumático con efecto retardado que le atribuía Freud a sus desarrollos acerca de la teoría de seducción infantil, posteriormente abandonada. Pero podía además ubicar otra arista en relación al trauma, que no refiere exclusivamente a ese momento fundante e inicial, sino a diferentes acontecimientos que surgen en el transcurso de la vida de los sujetos, caracterizados por un sin-sentido, más bien el trauma vinculado a lo fáctico y al encuentro azaroso con lo real de manera disruptiva, lo que podría relacionarse con las neurosis de guerra. Lo que me hace imposible no mencionar a Laurent (2002) y su desarrollo acerca de ello:

“Después de la Primera Guerra mundial, es que Freud dio un sentido nuevo a los accidentes traumáticos y a las patologías que les sucedían. Hace de estos casos entonces, un ejemplo del fracaso del principio del placer y uno de los fundamentos de la hipótesis de la pulsión de muerte. El síndrome traumático de guerra, ya sea su definición psicoanalítica o no, está caracterizado por un núcleo constante: Durante largos períodos y sin ningún remedio, sueños repetitivos que reproducen la escena traumática provocan despertares angustiosos.”

A partir de esto es que pude esclarecer aquella otra arista, tomando además como recurso la perspectiva económica del aparato psíquico desarrollada por Freud y la definición que explicita de trauma en 1920, donde explica que se tratan de excitaciones que provienen desde el exterior y que poseen una fuerza tal como para atravesar la protección antiestímulos. La definición también contempla las consecuencias y perturbaciones que recaen sobre el organismo. Esto a su vez, me llevo a concluir en lo siguiente. Corriéndome de la consideración de que una situación es traumática por sus elementos independientemente, ésta se presenta como tal dependiendo de cada sujeto y su correspondiente singularidad. En este contexto, veía y escuchaba día a día sujetos que frente a la irrupción de lo real parecían encontrarse sin recursos para arreglárselas con él. Esto arrojó sobre mí una similitud que pude situar en todos los casos: aquella irrupción de lo real en el cuerpo, era un encuentro con algo inasimilable e inesperado en donde no había una respuesta simbólica posible, porque se había presentificado frente al sujeto un agujero en la construcción fantasmática que había realizado para vérselas con lo real, el trauma hizo allí un agujero en la pantalla.

El suceso desafortunado, ya sea un accidente, una amputación, etc. había producido efectos sobre aquellos sujetos. Pero ¿Qué era lo que había producido? A partir del recorrido teórico, pude vislumbrar que podía ubicar -valga la redundancia- una pérdida. Siguiendo esta lógica, eso me llevó a poder encontrar una similitud con el duelo. En ambas circunstancias algo se había perdido. La particularidad del contexto, hacía que la pérdida que provocaba lo traumático se vea presentado en primer lugar sobre el cuerpo de los sujetos. Pero ¿Y en cuanto a lo psíquico? Pude ubicar allí una pérdida de reciprocidad, aquella imagen especular que devolvía el espejo ya no era la misma. Se había perdido para el sujeto entonces una correspondencia con el objeto con el cual se encontraba identificado.

Lo desarrollado me permite entonces proponer conjeturas acerca de la elaboración traumática y lo que correspondería a un posible tratamiento analítico, relacionándolo a su vez con ciertos tiempos lógicos que conllevaría dicha elaboración. Es a partir de la apertura de un espacio analítico en donde se desplegará la cadena significativa, que permitirá que el sujeto pueda dar comienzo a elaborar su trauma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abella, A. (2013). Estar disponible. Hacer con lo que hay. Recuperado 12/02/2019 de: <https://www.citaenlasdiagonales.com.ar/escritos/Alma%20Perez%20Abella%20-%20Estar%20disponible.%20Hacer%20con%20lo%20que%20hay.pdf>

Alberro, N. (2005). Las víctimas del traumatismo psíquico, y el originario freudiano. Recuperado 09/02/2019 de: <http://www.elsigma.com/columnas/las-victimas-del-traumatismo-psiquico-y-el-originario-freudiano/7258>

Álvarez, J. (2015). El trauma: momento de crisis por excelencia. Recuperado el 30/01/19 de: <http://ampblog2006.blogspot.com/2015/05/cronica-guy-briole-el-trauma-momento-de.html>

Bassols, M. (2014). La llamada perdida del trauma y la respuesta del psicoanalista. Conferencia en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Recuperado el 06/02/2019 de: <http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/la-llamada-perdida-del-trauma-y-la-respuesta-del-psicoanalista/>

Benyakar, M. (2016). Lo disruptivo y lo traumático. Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas. Universidad Nacional de San Luis. Nueva Editorial Universitaria. Recuperado el 20/02/2019 de: <http://www.neu.unsl.edu.ar/wp-content/uploads/2018/03/Disruptivo-traumatico.pdf>

Freud, S. (1914). Lo Inconciente. Buenos aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915). Lecciones introductorias al psicoanálisis. Obras completas. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. Obras completas. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Freud, S. (1916). Los caminos de la formación del síntoma. Obras completas. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. Obras completas. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Galende, E. (2015). Conocimiento y prácticas en salud mental. Buenos aires: Lugar editorial.

García, G. (2004). Actualidad del trauma. Buenos Aires: Grama ediciones.

Howlin, M. (2000). Lo traumático. Recuperado 04/02/2019 de: <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1732>

Kelman, S. (2007). El Psicoanálisis en la huella del discurso de la ciencia. Jornadas universitarias de otoño: Porque aún...el psicoanálisis. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. Recuperado el 05/02/19 de: <https://psicoanalisisrosario.wordpress.com/2018/08/16/el-psicoanalisis-en-la-huella-del-discurso-de-la-ciencia-porque-aunel-psicoanalisis-mario-s-kelman/>

Lacan, J. (1971). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis Radiofonía & Televisión*. Traducción y notas de Oscar Masotta y Orlando Gimeno-Grendi. Barcelona: Editorial Anagrama.

Lacan, J. (1985). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Lacan, J. (1998). *Seminario 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1988). *Conferencia en Ginebra. Intervenciones y Textos II*. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1994). *Seminario 4. La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. *Seminario 21: "Los incautos no yerran"*. Clase 8 del 19 de Febrero de 1974. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1998). *Seminario 20: Aún*. Buenos Aires: Paidós.

Landriel, C. (2016). *El duelo*. Buenos Aires: Letra Viva.

Laurent, E. (2002). *El caso, del malestar a la mentira*. Cuadernos de Psicoanálisis. Bilbao: Eolia.

Laurent, E. (2009). *El revés del trauma*, en Sotelo, I. (Comp.) *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama. Recuperado 02/02/2019 de: [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Perspectivas%20de%20la%20cllnica%20de%20la%20urgencia%20\(Sotelo\).pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Clinica-de-la-urgencia-Sotelo/Perspectivas%20de%20la%20cllnica%20de%20la%20urgencia%20(Sotelo).pdf)

Leserre, A. (2017). *Lo traumático resuena en el cuerpo*. Rosario12. Recuperado el 31/01/2019 de: <https://www.pagina12.com.ar/67012-lo-traumatico-resuena-en-el-cuerpo>

Miller, J. (2005). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Paidós.

Mitre, J. (2018). *Lo real, la angustia y el duelo*. Recuperado 02/02/2019 de: <http://www.elsigma.com/hospitales/lo-real-la-angustia-y-el-duelo/13443>

Nasio, J. (2007). *El dolor físico*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Pérez, G. (2014). *Trauma, entre necesario y contingente: Heridas de guerra*. Recuperado 05/02/2019 de: <http://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/trauma-entre-necesario-y-contingente-heridas-de-guerra/12673>

Pommier, G. (2005). *Qué es lo "Real"*. Ensayo psicoanalítico. Buenos Aires: Nueva Visión.

Soler, C. (1998). *El trauma*. Conferencia pronunciada en el Hospital Álvarez. Recuperado el 01/02/2019 de: <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFP/adultos/lombardi/soler%20-%20el%20trauma.pdf>