

TRAUMA Y REALIDAD

Alberto Solimano

INTRODUCCIÓN.

Trauma viene del griego que significa herida, por tanto su campo de origen es la medicina somática. Pero actualmente, por influencia del psicoanálisis, ha pasado al campo psicológico como trauma psíquico, empleándose el término traumatismo para designar la lesión corporal.

La definición general de trauma, válida también en psicoanálisis, es: “experiencia o acontecimiento que por su intensidad supera la capacidad de respuesta del sujeto y provoca una modificación patológica del sistema nervioso y la organización psíquica”. Lo más significativo del concepto general de trauma es que implica una relación causa-efecto, ya que tanto designa el evento traumático-causal como su efecto-reacción y su significado no puede reducirse a uno solo de los términos. Su potencial etiopatogénico y su riqueza clínica reside por lo tanto en esta relación. Diferentes disciplinas han estudiado y privilegiado alternativamente uno u otro de sus componentes para su explicación, ya sea como experiencia- shock en el estrés agudo o reacción del organismo en sus consecuencias postraumáticas.

En su acepción general implica un acontecimiento, experiencia o evento externo, o sea que está implicada la realidad fáctica, externa, en su origen. En este sentido el trauma es exógeno. Pero este acontecimiento, el evento traumático, es condición necesaria pero no suficiente, porque se define como traumático en función de la reacción o respuesta. Y esta respuesta es interna en tanto corresponde al sujeto.

Ahora bien, para el psicoanálisis la experiencia también puede tener origen en un evento interno, ya que excitaciones de fuente interna, pulsional, pueden ser traumáticas cuando el yo no está capacitado para incorporarlas. En este sentido el trauma es endógeno.

El trauma implica una reacción patológica por superación de la capacidad de control y elaboración del sujeto. Su consecuencia, la modificación patológica, lo constituye factor etiopatogénico, condicionando una predisposición.

También puede derivarse una concepción no patológica en tanto que toda experiencia en el desarrollo puede ser traumática mientras la respuesta no está instalada. El ejemplo en psicoanálisis sería el trauma de nacimiento.

Esto cobra importancia en el caso del ser humano, ya que a diferencia del animal que viene dotado de un equipo instintivo programado genéticamente, su desarrollo implica un proceso epigenético de aprendizaje por la experiencia y la experiencia inicial sería traumática en mayor o menor grado hasta incorporar la respuesta.

El efecto o consecuencia del trauma va a ser un registro de la experiencia que producirá una modificación psíquica, que a su vez dará origen a una repetición total o parcial de la experiencia, es decir que implica siempre una memoria en sentido amplio.

Las vicisitudes de la modificación psíquica y las características de la repetición que instalan van a determinar la condición psicopatológica. (neurosis, estrés postraumático, trastornos de ansiedad)

TRAUMA EN PSICOANÁLISIS

Trauma es un concepto ubicuo, con una larga historia en el desarrollo de la teoría psicoanalítica, ubicuo en el sentido que aparece en muchos momentos y en diferentes planos de la teoría. Su importancia teórica tuvo variaciones, sin embargo siempre mantuvo tres características presentes en su definición general:

A) - La primera es su estatuto de origen o causa:

- a) - Como causa en la primera teoría etiológica de las neurosis (seducción traumática)
- b) - Como causa de la predisposición, en la teoría de la fijación
- c) - Como causa de la repetición, en su doble carácter o funcionamiento: bajo principio de placer y en el más allá
- d) - Como causa u origen de la angustia

Su importancia como factor causal sufrió variaciones a lo largo de la historia y se fue matizando al integrarse con otros factores determinantes en el modelo de las series complementarias.

B) - También se puede decir que mantuvo un núcleo económico definitorio, en el sentido que implica un factor cuantitativo: aumento tan grande de la excitación que lleva al fracaso de su elaboración psíquica y da lugar a un trastorno duradero en el funcionamiento energético. En ese sentido, como lo señalan Laplanche y Pontalis en su Diccionario, es un fallo en el principio de constancia.

C) - En todos estos diferentes contextos teóricos el trauma siempre va unido a una repetición. Por eso se podría plantear “un índice de repetición” para el trauma, índice en el sentido de guía, que nos informa sobre la eficacia del trauma como factor etiopatogénico. Porque es la repetición, ya sea en cuanto al principio que rige su funcionamiento (principio de placer o de Nirvana), el momento en que aparece (inmediata o como retorno de lo reprimido), la forma en que se presenta (como actuación o simbólicamente), la tenacidad y rigidez con que se mantiene en el síntoma y el grado de compromiso general del Yo que determina, la que se manifiesta en las variables clínicas que expresan la significación del trauma en las estructuras psicopatológicas.

TRAUMA Y REALIDAD

Freud y Breuer en la “Comunicación Preliminar” (1893) propusieron una novedosa versión del trauma: era producto de una experiencia externa, como en las ya conocidas histerias traumáticas, pero el incremento desproporcionado del afecto se producía por bloqueo o sofocamiento de la reacción. El “trauma psíquico” como causa era extendido a todos los cuadros histéricos y su consecuencia era la represión del recuerdo, que se volvía inconsciente y como símbolo mnémico se expresaba en el síntoma. Por eso “el histérico padece por sus reminiscencias”. Era como un “cuerpo extraño” que se eliminaba en la catarsis o abreacción.

La progresiva importancia del punto de vista dinámico (defensivo) en la teorización freudiana va matizando el efecto de la experiencia externa en relación con el conflicto psíquico. Esto puede visualizarse en el pasaje de la metáfora de “cuerpo extraño” al de “infiltrado” de la “Psicoterapia de la Histeria” (1895), que ilustra como la eficacia patógena del acontecimiento traumático va a estar mediada por el conflicto defensivo que determina la organización psíquica. A su vez la investigación fue definiendo la situación traumática como una experiencia de seducción sexual en la infancia.

Como es sabido el punto de inflexión sobre este tema es la renuncia de Freud a la realidad de la seducción traumática en la etiología de las neurosis, históricamente expresada en la carta 69, del 21 /9/1897, donde comunica a Fliess que “Ya no creo más en mi “neurótica”, refiriéndose a la teoría que había elaborado con tanto esfuerzo y sacrificio

Pienso que es significativo reparar en los motivos aducidos por Freud para abandonar su teoría, “descreyendo” a su neurótica.

Son en primer término los fracasos terapéuticos, motivo muy válido para un riguroso investigador. En segundo lugar la ilógica frecuencia de la perversión del padre que implicaba la teoría etiopatogénica de la seducción traumática. Siendo la histeria muy frecuente debería serlo mucho más la perversión pedofílica, ya que ésta es solo uno de los factores que intervienen en la causación de la neurosis.

Y en tercer término la observación, que va a revelarse como un concepto de importancia trascendental, que en el Inc no existen signos de realidad. Dice Freud: ” la intelección cierta de que en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida con afecto.” (Vol 1 Pág. 301 – Amorrortu)

Y a renglón seguido agrega entre paréntesis: “(Según esto, quedaría una solución: la fantasía sexual se adueña casi siempre del tema de los padres)”. En la carta siguiente, donde comunica importantes recuerdos recuperados en el autoanálisis termina planteando la duda de “si todo eso está fantaseado hacia atrás y no condicionado hacia delante”.

(Ibidem Pág. 305)

Considero significativo esta ilación de su razonamiento: su “insight” de la inexistencia

de un signo de realidad en el inconsciente le plantea inmediatamente la incertidumbre en cuanto a la realidad del acontecimiento-trauma y lo expone al problema, cuya dilucidación lo va a preocupar toda su vida, del papel de la realidad externa en la dinámica pulsional y el desarrollo del aparato psíquico.

Aquí surge la noción de “realidad psíquica” y subrayo ese matiz de relatividad: “no se puede distinguir”, que conviene tener en cuenta para evitar la esterilización que implica radicalizar la oposición con realidad externa. En ese sentido pienso que es significativo los verbos que usa: él “descrea” de la neurótica pero no afirma que miente.

Esta insuficiencia, que implica una dificultad de observación desde el punto de vista empírico objetivo, es un problema que hace del método analítico un buen instrumento para investigar el inconsciente, la realidad psíquica, pero menos confiable para aprehender la realidad externa. Por la misma razón no pueden ser epistemológicamente rigurosos los criterios de verificación, porque quedan articulados dentro de la teoría y exponen al reproche de solipsismo, problema que abordó Freud en “Construcciones en el análisis”. El desafío es determinar que signos en el “aquí y ahora” del vínculo transferencial-contratransferencial nos permiten inferir el papel y la importancia de la realidad externa en el trauma.

Entre nosotros Boschan ha estudiado en varios trabajos las consecuencias de este giro desde el punto de vista del psicoanálisis vincular. La promoción de la categoría de realidad psíquica, con toda su riqueza heurística, habría resultado en una marginación del papel de la realidad externa en el trauma, esencialmente la presencia del Otro en sus efectos sobre el Si-mismo, rescatando en este punto la obra pionera de Ferenczi.

La consecuencia de esta heroica renuncia a sus hipótesis será, en un verdadero giro copernicano (Bachelard), en la técnica, la fundamentación teórica de la transferencia, ya descrita en “Psicoterapia de la Histeria “ pero ahora desarrollada como base de la cura;

y en la teoría el descubrimiento de la sexualidad infantil y el complejo de Edipo. Cabe señalar que este cambio no afectó el concepto de repetición en el síntoma.

Freud se embarcó entonces en la investigación del inconsciente y en los años siguientes produjo los grandes descubrimientos del papel de la fantasía sexual infantil en el síntoma neurótico, afirmando la primacía de la realidad psíquica. En la teoría general de las neurosis el papel del trauma como causa fue desplazado por una etiopatogenia basada en las vicisitudes del desarrollo de la libido.

Sin embargo la concepción misma de la sexualidad infantil supone un proceso epigenético y como tal una dialéctica entre constitución y experiencias, las que a su vez resultan modeladas por el interjuego de las realidades interna (psíquica) y externa. La teoría de las Series Complementarias (1916) formalizó estos conceptos para investigar la etiología. Por eso Freud volvió a la teoría del trauma en la discusión con Jung que desarrolló en el Historial del Hombre de los Lobos, donde exhaustivamente buscó afirmar la realidad histórica de la escena primaria, y en última instancia ubicó el acontecimiento en la pre-historia filogenética, para oponerla a la suposición junguiana de la sexualidad infantil como proyección retroactiva sobre el pasado, una hipótesis que él mismo tuvo que superar. Como se sabe, el trauma recuperó su valor teórico en el desafío que representaron las neurosis traumáticas, cuya importancia y frecuencia fueron consecuencia de ese trauma histórico cultural que representó la Primera Guerra Mundial. El análisis de los sueños traumáticos, el juego de los niños y la experiencia acumulada de las dificultades terapéuticas, llevó a Freud a producir una nueva revolución teórica, una revisión y modificación de categorías fundamentales como la teoría de los instintos, la angustia y el modelo del aparato psíquico

A los fines de este trabajo me interesa el desarrollo del modelo de trauma psíquico que propuso Freud en “Mas allá del Principio del Placer”(1920) como una ruptura o efracción en la barrera protectora contra estímulos. Su consecuencia es una inundación del aparato por un exceso de grandes volúmenes de excitación y una perturbación tal en la economía

energética que lleva a un fracaso y abolición de la organización psíquica regida por el principio del placer.

La metáfora de barrera en este modelo remite a una compleja organización psíquica, que en síntesis es una función del Yo. Por eso el prototipo de esta experiencia traumática es el terror como afecto masivo y la parálisis del Yo, que no estaba preparado y fue tomado por sorpresa.

La repetición siguiente era un intento de recomponer la organización psíquica, ligando psíquicamente la excitación invasora como modo de dominar los estímulos para poder tramitarlos, y así pasar de un estado puramente cuantitativo a un estado cualitativo (psicológico). Podríamos decir que la experiencia no se ha integrado en la organización psíquica, modificándola en el sentido de una adaptación. Por eso se puede cuestionar si es un fenómeno mental, aunque por supuesto, dependiendo de la definición de mente. Se pone en marcha la repetición, que ya representa un registro y por consiguiente una memoria en sentido amplio. Este registro supone una huella mnémica, punto de partida de la posible elaboración psíquica.

Ahora bien, la huella mnémica no es la representación directa del objeto ni el registro directo y pasivo de la experiencia. El registro que constituye la huella mnémica se efectúa en un sistema o en varios sistemas según asociación formal o temporal, etc., es decir, en una organización psíquica. Esta organización psíquica preexistente como sistema o conjunto de sistemas incluye esquemas hereditarios, experiencias previas, afectos, pulsiones, etc. Las experiencias dejan sus huellas que se integran con estos elementos Para constituir fantasías y una especie de realidad: la realidad psíquica, el “acervo mnémico de las percepciones anteriores” (Freud) que va a constituir el mundo interior. De este modo, la relación con el mundo externo se internaliza y determina la específica adaptación humana con el medio. En la evolución posterior la experiencia será semantizada y eventualmente se expresará simbólicamente en el síntoma.

Este modelo de invasión cuantitativa por ausencia de organización psíquica también fue propuesto como modelo para el trauma de nacimiento y origen de la angustia,

tema que no voy a desarrollar.

¿Pero qué sucede cuando hay una falla básica en la organización psíquica que no permite la elaboración a través de la simbolización?

TRAUMA Y PSICOSIS

Curiosamente en la carta 69 la última razón que expone para abandonar su teoría es que en las psicosis profundas no se accede al recuerdo inconsciente y “las vivencias infantiles no se traslucen ni en el delirio más confundido”.

En su elaboración posterior en el caso Schreber modificó esta opinión y las psicosis fueron incluidas dentro del modelo etiológico general de las neurosis, psicogenéticamente fundadas en el desarrollo de la sexualidad infantil, con fijación en la etapa del narcisismo. La pérdida de la realidad se producía cuando la libido se retiraba del objeto como un específico mecanismo de defensa equivalente a la represión en la neurosis. Es decir, que no había diferencias estructurales entre neurosis y psicosis y solo se diferenciaban por su reacción de defensa. El delirio representaba un retorno fallido a la realidad, un intento de cura como restitución del lazo objetal. Sin embargo esa fantasía de deseo tenía características propias, ya que se construía con representación de palabra remplazando a la representación de cosa que había sido destruida. En todas estas hipótesis quedaba claro que la teoría de la evolución de la libido no alcanzaba como explicación y era necesario considerar el desarrollo del yo.

Con el advenimiento de la teoría estructural la función del yo de atender a las demandas de la realidad pasó a un primer plano para comprender el fenómeno psicótico.

Freud trató este problema de la relación con la realidad en dos artículos sucesivos:

“Neurosis y psicosis” y “La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis” (1924).

donde estudió la diferencia entre psicosis y neurosis desde el punto de vista de un aparato psíquico constituido por Ello, Yo y Super-yo, poniendo énfasis sobretudo en la función mediadora con la realidad atribuida al Yo.

En la psicosis el conflicto se ha planteado entre el Yo y el mundo exterior. Esto a su

vez es consecuencia del conflicto del Ello, es decir, de los impulsos instintivos, con la realidad. Pero aquí realidad y mundo exterior no son sinónimos, porque la realidad que se opone al Ello es tanto la realidad fáctica como el “acervo mnémico” que constituye el “el mundo interior”, o sea la realidad psíquica.

Lo decisivo para la evolución psicopatológica posterior es como va a responder el Yo, si sujeta al Ello y se somete a la realidad, o avasallado por las pulsiones se arranca de la realidad. Tanto la neurosis como la psicosis expresan la rebelión del Ello contra el mundo exterior, su incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad. Ambas sustituyen la realidad y aquí surge el papel fundamental de la fantasía: En la neurosis la fantasía se apoya, como en el juego de los niños, en un fragmento de realidad distinto del que se defiende, le presta un significado particular y secreto y así en el síntoma aparece esa realidad como simbólica. En la psicosis se reconstruye con la fantasía delirante la relación con la realidad que fue destruida, pero remplazando con ella al mundo exterior, según el concepto del delirio como restitución.

En “Construcciones en el análisis”(1937) estudió en profundidad la tarea de recuperar el pasado reprimido, a través del cual se lograba el beneficio terapéutico del tratamiento. Para ello la tarea preliminar del analista era reconstruirlo a partir del material del paciente para luego comunicárselo. Se plantea el problema técnico de los criterios de validación de esa reconstrucción, respondiendo a la acusación de solipsismo que se había formulado. Lo que evaluaban estos criterios, generalmente una corroboración indirecta, era la verdad en términos de realidad histórica/vivencial (historisch), o sea, lograr: “una imagen confiable, e integra en todas sus piezas esenciales, de los años olvidados de la vida del paciente”. (Vol. XXIII. Pág. 260.)

Cuando no era posible recuperar el recuerdo reprimido era la convicción del paciente en la construcción que ofrecía el analista la que operaba terapéuticamente.

Retoma el tema del delirio precisamente por la convicción de realidad que tiene para el paciente. Propone una hipótesis novedosa: que el proceso dinámico fuese “que la pulsión

emergente de lo reprimido aprovechase el extrañamiento respecto de la realidad objetiva para imponer su contenido a la conciencia, en lo cual las resistencias excitadas por este proceso y la tendencia al cumplimiento de deseo compartieran la responsabilidad por la desfiguración {dislocación} y el desplazamiento {descentramiento} de lo vuelto a recordar”(Ibidem Pág. 268). Es decir, el mismo mecanismo del sueño. En ese caso la convicción del paciente acerca de la realidad del delirio se debería al contenido de verdad histórica/vivencial (historisch) que contiene y que pone en lugar de la realidad rechazada, reiterando así al final de su obra su enunciado germinal de que el enfermo “padece por sus reminiscencias” del trauma.

El texto es algo ambiguo pero pareciera plantear un extrañamiento primario de la realidad objetiva, no como una defensa al modo como lo planteó en el caso Schreber. Si así fuera podría ser pensado como una falla básica, un “locus” vulnerable en la barrera que representa el Yo, por donde irrumpirían los impulsos del ello, configurando el trauma original. Esto significaría que el conflicto primero sería del yo con la realidad a consecuencia de un déficit del yo y no del conflicto del Ello con el mundo exterior.

El delirio no solo sería el parche de ese agujero sino representaría la elaboración posterior defensiva pero conteniendo también el registro del trauma original.

Puede objetarse que en esta conjetura se fuerza el concepto del yo freudiano y tal vez sería más apropiado hablar de Si-mismo o de Personalidad

Sugiero que esta falla primaria es la que es pensada desde diferentes teorías (fracaso en la posición esquizo-paranoide, forclusión, falla materna, fracaso en la función alfa, etc.) para comprender un fracaso de aprendizaje de la experiencia como símbolo.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Para ilustrar las consideraciones anteriores voy a presentar material clínico del delirio de dos pacientes psicóticos, con características comunes

Ambos pacientes tenían la idea de que el padre los había violado en la infancia pero por fuera del delirio no podían recordar el hecho ni ninguna circunstancia real que apoyara

esa idea. Sin embargo en ambos operaba la creencia de que ese trauma era la causa de la psicosis. La idea se presentaba en dos delirios diferentes en cuanto a su forma pero con elementos comunes que se prestan al análisis.

Primer caso: Leonardo. Psicosis delirante

Leonardo había sufrido una crisis psicótica a los 19 años, un delirio persecutorio aparentemente sin alucinaciones ni disgregación, que había remitido en pocas semanas. Yo le traté a los 22 años con psicoterapia psicoanalítica durante dos años. En esa época no presentaba sintomatología psicótica manifiesta. En este tratamiento no surgió, en lo que puedo recordar y en mis notas, ninguna referencia a un trauma infantil de violación. Interrumpió su tratamiento por razones económicas y a partir de ese momento no tuve más contacto personal con él.

Quince años después recibo un llamado de la esposa que me informa que L había sufrido una crisis psicótica, estaba internado y había pedido mi ayuda.

La crisis había comenzado bruscamente con un delirio con ideas persecutorias y místicas. Lo llevaron a una Clínica psiquiátrica, donde lo medicaron y enviaron a la casa en observación, postergando la internación. Vuelve a la casa con la esposa y esa noche no duerme. Se instala con fuerza el delirio, con gran ansiedad y excitación psicomotriz. Le confiesa a la esposa la primera crisis y ella se sorprende porque nunca se lo había dicho ni sospechó nada. La aterroriza con proposiciones sexuales perversas. Luego le cuenta haber sufrido una violación en su infancia por parte de un tío, pero enseguida se ratifica y le dice que fue el padre. La esposa asustada llamó a su propio padre y cuando éste llegó L repite la historia de la violación (luego me dirá en su relato: “Los hice testigos de mi estigma”). Finalmente le pide que me llame. En la mañana lo llevaron nuevamente a la Clínica y es internado.

Me hice cargo del tratamiento y luego de una internación relativamente breve continuó tratamiento ambulatorio, con psicoterapia tres veces por semana y psicofármacos.

La esposa empezó a tener una conducta de distanciamiento creciente, reprochándole que

le había ocultado su crisis pasada y apoyándose en su familia le pidió que se fuera de la casa a los tres meses. Desde ese momento le planteó que no podía ver a su hijo solo, que éste siempre estaría “custodiado” porque no confiaba en él, dado que era un potencial violador del hijo.

Considero este episodio clave para comprender la psicopatología de L. La irrupción aguda del delirio representa el abandono de la realidad y la repetición del trauma. Lo significativo de este cuadro es que con la confesión de la violación, en el contexto de revelación de psicosis y el amedrentamiento sexual, Leonardo realiza una Identificación Proyectiva masiva en la esposa y el padre convirtiéndolos en controles de un padre violador, que es la identificación culpógena que lo marca. Establece en la realidad una defensa en función del delirio. Hay equivalencia entre locura, castración y violación. Es como si les hubiera dicho: esto me pasa porque soy un chico violado.

Ya en el tratamiento, cuando desapareció la sintomatología psicótica manifiesta L. expresó que no tenía ningún recuerdo de haber sufrido esa violación y no podía imaginar porqué lo había dicho, sintiéndose culpable de denigrar a su padre. Sin embargo la aceptación del control de la relación con el hijo impuesta por la madre no era cuestionada, lo que yo pienso que mostraba la persistencia de la idea delirante..

Un año después L. sufre una crisis delirante que obligó a una nueva internación.

Era un delirio típicamente persecutorio, con temores de ser homosexual, ansiedad de ser atacado, ser víctima de una conspiración, etc. Retornó la idea de la violación por el padre y el tío. Pensó que el tío estaba internado y lo violaría.

Luego el delirio derivó a dudas de la filiación y quiso escribirle a su madre para preguntarle.

Cuando disminuyó la sintomatología psicótica aguda comenzó a aparecer la típica ansiedad claustrofóbica que surge en las internaciones y el consiguiente planteo de externación. Pero en este caso apareció en la transferencia una figura terrorífica, un Superyo sádico que exigía saber la verdad.

En una sesión luego de expresar su ansiedad de encierro quedó en silencio, con la vista baja. Luego se levantó, se fue al rincón de la habitación, se sentó en el suelo contra la pared un momento y luego poniéndose de rodillas frente a una silla apoyó el pecho y se me ofreció homosexualmente. Un ejemplo de IP psicótica: yo quedé confundido y paralizado..

La sesión previa a la externación comienza diciendo que está medio dormido por la medicación pero se siente mejor. Luego de una pausa se acomoda de frente a mí y mirándome fijamente comienza a hablar con una expresión activa en contraste con la actitud anterior adormilada: “Estuve pensando en mis orígenes...y el mito de los Reyes Magos, que venían a festejar el nacimiento de Jesús. Bueno, y después del nacimiento vino el problema de abrirle el culito al bebé.

Debe hacerlo el padre y existen tres formas de hacerlo según tres tradiciones: Según la tradición judeocristiana el padre lo hace con mucho cuidado, con el dedo, con crema, despacio, sin lastimar.

Según la tradición inglesa también lo hace con el dedo pero violentamente (ademán).

Y según la tradición árabe el padre lo somete sexualmente al bebe, lo viola.

Y ahora pienso que mi padre quería hacerlo según la tradición judeocristiana. Pero como vivía en casa de mi abuela inmerso en la tradición árabe tuvo que proceder según la tradición árabe con mi hermana y conmigo ahora pienso que esa pelea con mi tío fue porque mi tío quería repetir la violación y Papá nos defendió. Entonces tomó su familia y nos mudamos de casa. Entonces le voy a preguntar a Mamá y a mi hermana para saber la verdad. Y también voy a ir a la tumba de mi padre.”

Me impactó el relato, y sentí contratransferencialmente ansiedad por la continuidad del delirio y duda sobre la externación como incontinencia de la psicosis. Pensé entonces que estaba transfiriendo al control y al fracaso de la figura paterna como esfínter, y le interpreté la necesidad de recuperar al padre como figura que lo defiende y no como violador.

En este delirio podríamos suponer una situación traumática temprana que provocó un trastorno primario de identidad (la filiación), pero que estaría revelando una percepción endopsíquica de un déficit del yo y una elaboración posterior donde trata de restablecer una necesaria figura paterna.

RICARDO – Esquizofrenia

Por razones de privacidad será leído en el Ateneo

COMENTARIO FINAL

En estos ejemplos clínicos intenté poner de manifiesto la hipótesis una falla primaria en la relación con la realidad para comprender dos características clínicas en el delirio: el núcleo irreductible de realidad que tiene para el sujeto la vivencia delirante, que en mi experiencia se conserva aun en la llamada rectificación posterior cuando se supera la crisis y el hecho de que aunque el delirio tiene el aspecto formal de un símbolo, incluso construido como una fantasía desiderativa típica de la realidad psíquica, no es interpretable como un símbolo porque no representa a un objeto sino que remite a la realidad.

Supongo que este hecho es el que intentan dar cuenta nociones como reemplazo de la representación de cosa por la representación de palabra de Freud, la ecuación simbólica de H. Segal o el retorno desde lo Real de Lacan.

Este trabajo tiene el objeto de plantear muchas deudas, algunas ideas y ponerlas ahora en discusión

DESCRIPTORES: TRAUMA – REALIDAD - DELIRIO