

La repetición en psicoterapia: el eco en actos del sufrimiento no reconocido

F. DESPLECHIN

Coloquio Discurso Psicoanalítico - Abordaje psicoanalítico del trauma

Barcelona, 30-11-2024

Introducción

El trauma está en el centro de la actualidad. Aparece en las noticias con las guerras, los atentados, el terrorismo. También está presente en la esfera privada, ya sea en los abusos sexuales cometidos por instituciones religiosas o en el ámbito familiar.

Es objeto de interés para numerosas terapias y enfoques clínicos que buscan abordarlo. Incluso puede llegar a fascinar e intrigar hasta el punto de ser percibido a veces como la clave explicativa del sufrimiento humano, como si tratar el trauma equivaliera a resolver toda la angustia del sujeto.

Sin embargo, esta perspectiva conlleva el riesgo de reducir al paciente a un relato unívoco. Es necesario abordar con prudencia la cuestión del trauma, ya que el sufrimiento manifiesto del paciente no siempre es la causa de su malestar, y puede ser, en cambio, el signo de un sufrimiento más profundo, *desconocido para el sujeto* (como para el terapeuta).

Propongo aquí una lectura en sentido inverso, partiendo de la hipótesis de que los mayores dolores pueden ser mudos. A veces, es necesario identificar detrás de ciertos actos —que no necesariamente son presentados como motivo de queja o percibidos como dolorosos, aunque tengan un carácter repetitivo— una forma de sufrimiento no reconocido que puede ser determinante en la vida psíquica del sujeto. Podemos observar cómo, en una especie de *errancia psíquica*, algunos pacientes se embarcan en una búsqueda agotadora de tratamientos para aliviar dolores recurrentes, a menudo resistentes a las diversas tentativas terapéuticas.

1. Un aparente destino

En algunas historias de vida, parece haber algo que se asemeja a un destino. Algunos pacientes tienen la sensación de revivir continuamente los mismos acontecimientos, sin poder salir de ellos ni comprender por qué parecen estar «destinados» a experimentarlos.

Este fenómeno se observa con frecuencia en la clínica: la situación de la que el sujeto se queja y que le genera sufrimiento tiende a repetirse, cuando no es el propio sujeto quien la repite activamente. Esta repetición resulta intrigante, dando la impresión de que el sufrimiento que el paciente revive tiene para él una importancia particular. Casi como si el sentido de su vida estuviera ligado a ese sufrimiento que se *repite*¹.

¹ Freud, S.: Recuerdo, repetición y elaboración (1914). *Obras Completas*. (Vol. XIV), Amorrortu Editores., Buenos Aires, 1988, pp.9-18.

Freud, S: Más allá del principio del placer (1920) *Obras Completas* (Vol. XVIII, pp. 7 - 62), Amorrortu Editores., Buenos Aires, 2003, pp. 7-64.

En el programa de radio *Les Pieds sur Terre*², durante una serie de episodios dedicados a la sexualidad, una joven llamada Alix ofrece un testimonio que ilustra esta cuestión.

En pareja desde hacía algunos meses, ella y su compañero llevaban una convivencia feliz; se sentían bien juntos y su vida sexual era plena y activa. Sin embargo, aunque todo parecía ir bien hasta entonces, al cabo de unos meses comenzaron a aparecer pequeñas molestias durante las relaciones sexuales. Poco a poco, esas *quemaduras* fueron intensificándose hasta volverse insoportables, al punto de alterar profundamente la vida de Alix, sin que ella pudiera comprender su origen. Tras un año de sufrimiento, cuando la situación se volvió insostenible, decidió consultar a un especialista. Luego de varias visitas a ginecólogos y sexólogos, finalmente recibió el diagnóstico de vaginismo.

Una vez nombrado el problema, el mundo médico se interesa por su caso y le ofrece distintos tratamientos para aliviar el dolor. Sin embargo, aunque algunas soluciones funcionan de manera puntual, ninguna logra un alivio duradero. Con el tiempo, la sexualidad se convierte en un objeto de temor para Alix, al punto de plantearse si no sería mejor renunciar a ella por completo.

Después de meses de consultas y tratamientos, finalmente encuentra una solución que le proporciona alivio... pero este alivio viene acompañado, para su gran tristeza, de la desaparición total de su deseo y libido. Ya no sufre, pero parece haber renunciado a su sexualidad.

Un tiempo después, Alix inició un proceso de acompañamiento psicológico. Durante este seguimiento, comenzaron a resurgir recuerdos de abusos sexuales ocurridos en su infancia. Al principio irreales, estos recuerdos "*imposibles de mirar de frente*", que ella califica de "*traumáticos*", terminaron por imponerse en su mente como reales.

Su testimonio concluye cuando explica cómo, con el tiempo, la carga traumática que había reprimido fue tomando una nueva forma hasta convertirse en una queja explícita. Así, el trauma reconocido dio paso a una pregunta indignada: "*¿Hasta dónde me seguirán persiguiendo estos hechos que me ocurrieron sin que yo tuviera culpa alguna?*". Luego, con tono decidido, Alix afirmó: "*Esta rabia que tengo está bien, pero ya es suficiente. Mi venganza tendrá el sabor de la alegría*".

A los 27 años, en el momento de su testimonio, Alix había encontrado una resolución a su sufrimiento: el dolor desapareció, sigue compartiendo su vida con su pareja y han recuperado una sexualidad plena.

2. La errancia psíquica en el tratamiento

En este testimonio, nos encontramos con alguien que redescubre un evento traumático ocurrido en la infancia, cuyo impacto había sido negado y cuyo contenido, vaciado.

En el presente, el punto de partida de su queja es el dolor corporal - *aunque, para ser precisos, habría que invertir esta afirmación, ya que el dolor en el cuerpo es más el punto de llegada del trauma, que el origen del sufrimiento* – y son precisamente estos síntomas físicos, que persisten y resisten a los tratamientos, los que llevan a Alix a consultar.

² <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-pieds-sur-terre/sexualite-osser-dire-quand-ca-fait-mal-4396624>.

Recomiendo escuchar esta serie de episodios, y este en particular, del cual tuve que omitir muchos detalles para esta presentación.

Ahora bien, estos síntomas no carecen de causa: repiten como un eco un sufrimiento no reconocido, no integrado psíquicamente. Repiten aquello que no fue dicho ni comprendido, lo que “ella no ha vivido”³.

La incapacidad de escuchar el sufrimiento psíquico detrás de las manifestaciones corporales, ya sea mediante la insistencia en aplicar tratamientos ineficaces o en los consejos destinados a minimizar la situación, es una de las razones por las cuales tantos pacientes quedan atrapados en una errancia psíquica.

Porque, al tomar los síntomas al pie de la letra y centrarse demasiado en curarlos, existe el riesgo de que, imperceptiblemente, el cuerpo médico prolongue esta errancia psíquica. Sin embargo, esta errancia resulta, ante todo, del hecho de que el paciente no sabe que está en búsqueda de un interlocutor capaz de escuchar ese malestar que él mismo ha silenciado.

3. Los dos tiempos del trauma

En la percepción general, el trauma suele asociarse con un evento real: un accidente, una agresión, un atentado. Sin embargo, la cuestión es más compleja: hay acontecimientos traumáticos que el sujeto no percibe como tales en su momento, y un niño golpeado no siempre sabe que lo están golpeando⁴.

La teoría psicoanalítica nos enseña que el trauma no reside únicamente en hechos objetivos. Si quisiéramos establecer una distinción, podríamos diferenciar una dimensión “real” del trauma y una dimensión “fantasmática”.

Freud subraya que el trauma se construye en dos tiempos (aunque podría pensarse que cuando el trauma es *real*, solo hay uno): primero, ocurre un acontecimiento traumático que, en su momento, no es reconocido como tal por el sujeto. Posteriormente, un segundo evento aparece y, *a posteriori*, revela el significado del primero.

Esto se acerca a la concepción de F. Dolto⁵ sobre el trauma: un evento objetivo y significativo que no pudo ser simbolizado en el momento en que ocurrió porque el sujeto no estaba lo suficientemente estructurado para comprender su significado.

El segundo tiempo es el que ocurre cuando el sujeto sufre de manera inexplicable, como en el caso de Alix. Este segundo acontecimiento puede manifestarse de dos formas: o como un hecho aislado que parece irrumpir sin razón aparente, o como un evento dentro de una serie repetitiva que, hasta entonces, había sido soportable (por ejemplo, una prueba que el sujeto se imponía para fortalecerse), pero que esta vez se vuelve insoportablemente dolorosa.

El segundo evento es, en realidad, un intento —inconsciente para el sujeto— de dar sentido a algo anterior, cuyo impacto había sido negado.

Un claro ejemplo de este mecanismo es el testimonio de Vanessa Springora⁶. En 2020, V. Springora publicó un libro autobiográfico en el que relata la relación de carácter pedófilo que sufrió a los 13 años con el escritor G. Matzneff, entonces de 36 años. Este último había publicado varios libros en los que hacía apología de sus relaciones sexuales con menores. Con esta obra, V. Springora reconoce *a posteriori* el carácter abusivo de su relación con este hombre. Lo que inicialmente percibía como una relación amorosa consentida se reveló, con el tiempo, como un abuso y un verdadero trauma.

³ Dolto, F, *La imagen inconsciente del cuerpo*, ed. Paidós Iberica, Madrid, 1985.

⁴ Freud, S. Pegar a un niño, *Obras Completas* (Vol. VIII), Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2003.

⁵ Dolto F, *La imagen inconsciente del cuerpo* (citado ya).

⁶ Springora, V, *El consentimiento*, ed. Anagrama, Barcelona, 2020.

4. Escuchar lo no dicho de la repetición

La cuestión que surge entonces es cómo intervenir como clínico ante el trauma y de qué manera es posible escuchar ese sufrimiento.

Hemos visto que centrarse demasiado en el dolor presente o en la urgencia de sanarlo puede prolongar la errancia psíquica y, a su vez, interrumpir la construcción del relato subjetivo del paciente sobre su sufrimiento.

Lacan escribe en *La dirección de la cura*: «No se sana porque se recuerda. Se recuerda porque se sana⁷». Y en *El reverso del psicoanálisis* añade: «No es la historia la que nos cura, sino lo que hacemos con ella. La cura analítica no busca exhumar el pasado, sino transformar la estructura actual del deseo⁸».

Este proceso de reconstrucción del pasado para dar sentido al presente es testimonio de un trabajo de elaboración que pasa por la apropiación de las palabras.

Por ello, el terapeuta debe evitar *creer demasiado* en la historia tal como es relatada por el paciente. A veces, es más prudente escuchar lo que se presenta como trauma como si fuera solo una parte de una historia que se revela gradualmente con la escucha.

El trauma es una construcción compleja en la que se entrelazan realidad y fantasía, sufrimiento reprimido y demanda de reconocimiento. Detrás de la queja, hay una búsqueda de sentido, un intento de encontrar a un interlocutor capaz de escuchar un dolor silenciado. Si el terapeuta se sitúa en el lugar de esta escucha y reconocimiento, podrá abrir la posibilidad de una nueva lectura del sufrimiento: una lectura más integrada en la historia subjetiva del paciente y, por lo tanto, más apaciguada.

⁷ Lacan, J, La dirección de la cura y los principios de su poder en *Escritos 1*, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1986, pp. 543-577.

⁸ Lacan, J, (1971). *El reverso de la psicoanálisis (seminario XVII)*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires, 1988.