



El Camino del Psiconauta^{mr}

Sugerencia para la profundización del aprendizaje – Módulo 3: Explorando la Biografía Postnatal y el Inconsciente Individual

Información de la Publicación: Título del Artículo: Trauma Psicológico, o la Experiencia inexperimentada (no experimentada/no experimentada). Colaboradores: Ivor Browne – autor. Título de la revista: Re-vision. Volume: 12. Asunto: 4. Año de Publicación: 1990. N° de Página: 21.

Trauma Psicológico, o la Experiencia no Experimentada

Ivor Browne

Ivor Browne es profesor de psiquiatría en la University College, Dublín, y Jefe de psiquiatría en la Eastern Health Board, en Dublín. Browne estableció la Irish Foundation for Human Development y ha publicado extensivamente. Junto a Kevin Clear, Browne es el autor de la próximamente *In Search of Ithaca*.

“Yo llamo a esta esfera... la esfera del “entremedio”. Aunque realizada en muy diferentes grados, es una categoría primal de la realidad humana. Aquí es donde la genuina tercera categoría debiese comenzar.” Martin Buber (1938)

Mi tesis es tal, que es difícil de entender porque aún no es parte de nuestro conocimiento cotidiano. Simplemente, cuando algo nos sucede, no lo experimentamos todo de una vez. Experimentar es un proceso que tiene lugar con el tiempo. Implica un trabajo somático y neurofisiológico por parte de la persona a quien le sucede la experiencia. En lo sucesivo, el

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

monto de trabajo que sea involucrado depende en cuán seria es la naturaleza de este desafío externo y de muchos otros factores internos, hacia los cuales me dirigiré más adelante.

He examinado mucha de la voluminosa literatura que ha aparecido en los últimos años en relación al trastorno de stress postraumático, así como de la literatura sobre la neurosis traumática escrita a lo largo del siglo XIX. Y todavía, esta simple conciencia de que experimentar algo es un proceso que tiene lugar en nosotros a través del tiempo pareciera haberse perdido. Simplemente, cuando algo nos sucede no lo experimentamos todo de una vez. Esto es de lo más extraño porque si consideramos nuestra experiencia cotidiana de la vida, sabemos que si algo perturbador nos sucede –digamos, por ejemplo, una desagradable discusión con alguien el viernes por la tarde— podríamos encontrarnos repasando sobre ello una y otra vez durante el fin de semana, y ser incapaces de escapar del sentimiento desagradable vinculado a ello o de resolver el problema. Pero entonces, habiendo dormido en ello por un par de noches, despertamos el lunes por la mañana sin estar perturbados, incluso puede que no hayamos tenido más comunicación con la persona involucrada. De alguna manera el problema está ahora ya resuelto. Esto para mí es clara evidencia que algún proceso ha transcurrido en nosotros durante este par de días de tal forma que la experiencia se integre ahora en nosotros, se esté convirtiendo en memoria, y se haya movido desde algo en el presente, algo actual e inestable, hacia el pasado.

Parece haber dos razones principales de porqué este simple fenómeno de la experiencia cotidiana ha pasado desapercibido. La primera razón involucra ciertos factores históricos que rodearon los primeros trabajos de Sigmund Freud, ahora hace sólo cien años, ya que fue él quien claramente llamó primero la atención hacia todo el tema de la neurosis traumática. La segunda razón tiene que ver con la forma en que usamos el lenguaje. Me gustaría tratar con cada una de las razones para este descuido en mayor detalle.

DESARROLLO HISTÓRICO DEL CONCEPTO DE NEUROSIS TRAUMÁTICA

Desde tiempos antiguos, los efectos emocionales adversos del trauma han sido bien reconocidos por filósofos y escritores, pero en la literatura psiquiátrica la referencia más temprana que puedo hallar es la de Briquet, quien en 1859 presentó por primera vez la

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

noción de que los síntomas histéricos devienen como resultado de eventos traumáticos. Fue él quien formuló por primera vez el concepto de “disociación”. Casi al mismo tiempo, Ambroise Auguste Tardieu (1818-1879), quien fue profesor de Medicina Legal en la Universidad de París, planteó primero la pregunta sobre el abuso sexual infantil. Su *Etude Medico Legale* (un estudio médico-legal de asaltos a la decencia) fue publicado en 1857; esto llamó la atención, por primera vez, hacia la frecuencia de agresiones sexuales en niños, principalmente niñas. En Francia entre los años 1858 y 1869, hubo 9.125 personas acusadas de violación o intento de violación hacia niños. La gran mayoría de casos descritos por Tardieu ocurrieron entre los cuatro y doce años de edad, y casi todos ellos fueron hacia niñas. El suyo fue un estudio médico-legal y no ofreció implicancias en cuanto a efectos psicológicos como el trauma. Esto aún tendría que esperar.

Debiese mencionar aquí que Tardieu fue un médico especialista que no dudó de la autenticidad de las agresiones sexuales a niños que fue llamado a tratar por parte de los tribunales. Sin embargo, dentro de treinta años, sus sucesores, Alfred Fournier (1832-1914) y P. C. Brouardel, quien fue decano de la facultad de medicina durante el período en que Freud estuvo en París, adoptó una visión marcadamente diferente, arrojando serias dudas sobre la realidad del abuso sexual en niños. Artículos de Fournier (1880) (“Simulación de Ataques Sexuales en Niños Pequeños”) y Brouardel (1883) (“Las Causas de Error en Opiniones de Expertos con respecto a Agresiones Sexuales”) tuvo un efecto importante en todo el pensamiento posterior. Para dar solamente un ejemplo de estas opiniones, las cuales, como digo, ocurrieron durante la estancia de Freud en París, he aquí una cita del artículo de Brouardel:

La histeria juega un rol considerable en la génesis de estas falsas acusaciones, ya sea debido a las alucinaciones genitales que derivan de la gran neurosis, o porque las histéricas no dudarán en inventar historias mendaces con el único propósito de atraer la atención hacia ellas y volverse interesantes.

Más tarde Freud tuvo un cambio de opinión acerca del abuso sexual. Él habría estado demasiado familiarizado con las visiones de Fournier y Brouardel cuando las presiones se le presentaron para cambiar de opinión respecto a la realidad del abuso sexual de niños, y su teoría de la seducción en la génesis de la histeria y otras neurosis adultas. Una vez más, en nuestro tiempo, este debate con respecto al abuso sexual infantil está cerrando el círculo.

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

Desde una fuente diferente, médicos como el Dr. Jacob Méndez Da Costa (1871) fueron comenzando a describir los efectos traumáticos de las experiencias de guerra. Da Costa estudió a un grupo de veteranos de la Guerra Civil Estadounidense físicamente sanos, pero sintomáticos: estos hombres se quejaron de palpitaciones, dolor incrementado de la región cardíaca, taquicardia, malestar cardíaco, dolor de cabeza, oscurecimiento de la visión y mareos. Él no encontró evidencia de enfermedad miocárdica y etiquetó la condición como “corazón irritable”, la que se conoció como el “síndrome Da Costa”. Luego de la Segunda Guerra Mundial, Sir Thomas Lewis (1919) describió a un grupo de soldados con un conjunto similar de síntomas: él llamó a esto el “corazón de soldado o síndrome de esfuerzo”. Oppenheimer (1918) se refirió a similares manifestaciones psiconeuróticas y cardíacas en soldados de la Primera Guerra Mundial como “astenia neurocirculatoria”.

Fue Charcot (1825-1893) quien relacionó por primera vez los síntomas de disociación con cambios cerebrales luego de un evento traumático. Esto pavimentó la vía para las primeras teorías de Freud en cuanto a la importancia de la seducción y el abuso sexual infantil en la etiología de la histeria y otras neurosis. Freud estuvo en París desde octubre de 1885 hasta febrero de 1886 para estudiar bajo la guía del gran neurólogo francés. Al discutir la teoría de la seducción en 1914, Freud escribió: "Influenciado por el uso de Charcot del origen traumático de la histeria, uno se inclinaba fácilmente a aceptar como verdaderas y etiológicamente significativas las declaraciones de los pacientes en las que atribuyen sus síntomas a la experiencia sexual pasiva en los primeros años de la infancia, para decirlo sin rodeos, a la seducción".

En los años siguientes de su retorno a Viena, Freud comenzó a trabajar seriamente en sus teorías sobre el origen traumático de las neurosis. Este fue el período de su fructífera colaboración con Joseph Breuer. En su comunicación preliminar, impresa en Estudios sobre la Histeria (1893), Freud y Breuer declararon que “las experiencias traumáticas le deben su fuerza patogénica al hecho de que producen cantidades de excitación y éstas a su vez claman por descarga en concordancia con los principios de constancia”. Ellos sostuvieron que los afectos permanecen adheridos a la memoria y que esas memorias se “encontraban asombrosamente intactas, poseían una notable fuerza sensorial y que cuando regresaron, actuaron con toda la fuerza afectiva de una nueva experiencia”. Aunque los escritores usan aquí el término “memoria”, estaban describiendo la recuperación de la experiencia, o el presente, en el sentido en que esta palabra es usada en este artículo.

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

Esto me lleva a una pregunta central acerca del trabajo de Freud, a la que por muchos años no pude encontrarle respuesta. En 1959, cuando estaba trabajando en Londres con Joshua Bierer, fui introducido por primera vez a los posibles efectos terapéuticos del LSD. Presencé pacientes experimentando poderosamente eventos traumáticos que habían tenido lugar varios años antes, tal como si estuviesen sucediendo en el momento. Más adelante, cuando estuve en los Estados Unidos por primera vez, tuve en mis manos los artículos iniciales de Freud (escritos entre los años 1893 al 1896) y estaba sorprendido de encontrarle describiendo escenas virtualmente idénticas que sus pacientes sufrieron bajo el proceso del análisis. En "La Etiología de la Histeria" (1896), que se presentó a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología en Viena el 21 de abril, Freud dijo, "Debemos partir del trascendental descubrimiento de Joseph Breuer: los síntomas de la histeria (aparte de los estigmas) están determinados por ciertas experiencias del paciente que han operado de manera traumática y que se están reproduciendo en su vida psíquica en la forma de símbolos mnémicos".

Freud fue más allá, y al hacerlo se separó de Breuer, pues insistía que "cualquier caso y cualquier síntoma que tomemos como punto de partida, al final infaliblemente llegamos al campo de la experiencia sexual". De esta manera, se estaba *derrotando con sus propias armas*, y preparando el camino para las dificultades en las cuales prontamente se encontró, pues continuó:

Los dos investigadores con quienes comencé como pupilo mis estudios sobre la histeria, Charcot y Breuer, estaban muy lejos de tener alguna presuposición; de hecho ellos tenían poca disposición hacia lo que originalmente les compartí. Solamente las más laboriosas y detalladas investigaciones me han convencido, y de forma suficientemente lenta hacia la visión que sostengo hoy. Si usted somete mi afirmación de que la etiología de la histeria radica en la vida sexual a la más estricta examinación, encontrará que está sustentada por el hecho de que en unos dieciocho casos de histeria, he sido capaz de descubrir dicha conexión en cada uno de los síntomas, y donde las circunstancias lo han permitido, de confirmarlo mediante el éxito terapéutico.

En un artículo publicado incluso antes en la revista francesa *Revue Neurologique* el 30 de marzo de 1896, Freud amplió esto. "En ninguno de estos casos faltó un evento del tipo definido anteriormente [seducción en la infancia]. Esto representado ya sea por un asalto

brutal cometido por un adulto o por una menos rápida y menos repulsiva seducción pero llegando a la misma conclusión”.

Freud entonces anticipaba objeciones que serían indudablemente levantadas cuando preguntaba, “¿Cómo es posible permanecer convencido de la realidad de las confesiones analíticas que claman ser memorias y recuerdos preservados de la más temprana infancia y cómo se arma uno mismo en contra de la tendencia a mentir y de la facilidad de invención que le son atribuidas a los sujetos histéricos?”. La respuesta que da es sorprendente en vista de su posterior cambio radical y vale la pena citarla en su totalidad:

El hecho es que estos pacientes nunca repiten estas historias espontáneamente, ni tampoco en el curso del tratamiento presentan repentinamente al médico el recuerdo completo de una escena de este tipo. Sólo se logra despertar el rastro psíquico de un evento sexual precoz bajo la más enérgica presión del procedimiento analítico y contra una enorme resistencia. Además, el recuerdo debe ser extraído de ellos pieza por pieza y mientras se despierta en su conciencia se convierten en la presa de una emoción que sería difícil de falsificar.

Lo que no pude entender en ese momento, y que permaneció como una pregunta conmigo durante muchos años después, fue cómo en poco más de un año Freud aparentemente experimentó un completo cambio de opinión, algo que confidenció en una carta a Wilhelm Fliess, quien fuera su amigo más cercano y de mayor confianza en ese entonces. En su biografía sobre Freud, Ernest Jones describe dramáticamente lo que sucedió:

Hasta la primavera de 1897 Freud aún se mantenía firmemente en su convicción de la realidad de los traumas infantiles, tan fuerte fue la enseñanza de Charcot sobre las experiencias traumáticas que seguramente el análisis de las asociaciones de los pacientes las ha reproducido. En ese momento, las dudas comenzaron a deslizarse aunque no las mencionó en los registros de los progresos que estaba enviando regularmente a su amigo Fliess. Entonces, de repente, decidió confiarle "el gran secreto de algo que en los últimos meses se me ha ido revelando poco a poco". Fue la terrible verdad de que la mayoría--no todas-- las seducciones en la infancia que sus pacientes hubieron revelado y sobre el cual había construido toda su teoría de la histeria, nunca ocurrieron. La carta del 21 de septiembre de 1897, en la

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

que hizo este anuncio a Fliess, es la más valiosa de esa preciada serie que tan afortunadamente fue preservada.

Mucho después, en “La Historia del Movimiento Psicoanalítico” (1914), Freud escribió lo siguiente:

Cuando esta ideología se derrumbó bajo el peso de su improbabilidad y contradicción en circunstancias definitivamente comprobables, el resultado al principio fue un impotente desconcierto. Los análisis los habían guiado hacia estos traumas sexuales infantiles por el camino correcto y sin embargo no eran verdad. El suelo firme de la realidad había desaparecido. En ese momento habría gustosamente renunciado a todo el trabajo tal como mi estimado predecesor Breuer lo había hecho cuando hizo su indeseado descubrimiento. Quizás perseveraré solamente porque ya no tenía alguna opción ni podría comenzar con nada más[...]. Si los sujetos histéricos rastrean sus síntomas hacia traumas que son ficticios entonces el nuevo hecho que emerge es precisamente que ellos crean tales escenas en la fantasía, y esta realidad psíquica requiere ser tomada en cuenta junto a la realidad práctica. Esta reflexión fue pronto seguida por el descubrimiento de que esas fantasías estaban destinadas a encubrir la actividad autoerótica en los primeros años de infancia, para embellecerla y elevarla a un plano más alto y ahora por detrás de las fantasías, todo el rango de la vida sexual de un niño salió a la luz.

¿Cuál fue esta nueva evidencia bajo la cual la teoría de Freud sobre el trauma sexual infantil se derrumbó? No hubo respuesta a esto hasta que, a principios de los '80, Masson publicó la correspondencia completa de Freud a Fliess, ciertamente las partes claves por la cual había sido suprimida hasta ese momento. En su libro El Asalto a la Verdad, Masson también aclaró por primera vez el grado en el cual Freud había sido condenado al ostracismo de parte de sus colegas médicos luego de la presentación de su ensayo “La Etiología de la Histeria” ante la Sociedad para la Psiquiatría y Neurología en Viena en abril de 1896. En una de las cartas no publicadas a Fliess, Freud hubo dicho esto: “La conferencia sobre la Etiología de la Histeria ante la Sociedad Psiquiátrica se encontró con una gélida recepción de parte de los burros, y de parte de Kraft-Ebbing el raro comentario, ‘suena a un cuento de hadas científico’. Y esto luego de que uno les ha demostrado una solución a un problema de más de mil años, una ‘fuente del Nilo’ ”. En otra carta a Fliess el 4 de mayo, Freud escribió, “Estoy

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

tan aislado como quisieras que esté; se ha dado la orden de abandonarme y un vacío se está formando a mi alrededor”.

Masson también trajo a la luz por primera vez la extraña historia de Emma Eckstein. Ella fue una de las primeras pacientes de análisis de Freud. Debido a su idealizada visión de Fliess en aquel tiempo, Freud accedió a dejar que el cirujano otorrinolaringólogo de Berlín operase la nariz de su paciente. Fliess tenía la descabellada teoría de que la nariz y los órganos sexuales estaban íntimamente conectados y que los problemas sexuales podían ser curados a través de la cirugía nasal.

En la primera semana de febrero de 1895, Fliess llegó a Viena y operó a Emma Eckstein. Se fue poco después. La operación no fue exitosa, y la paciente desarrolló una secreción purulenta con hemorragia intermitente; su condición se deterioró tan notablemente que Freud tuvo que llamar a otro cirujano. Freud describió esto en una carta a Fliess: "Le pedí a Rosannes que se reuniera conmigo. Lo hicimos al mediodía. Todavía había un moderado sangrando por la nariz y la boca, el olor fétido era muy malo. Rosannes limpió el área que rodea la abertura, quitó algunos coágulos de sangre pegados, y de repente sacó algo como un hilo, siguió tirando y antes de que cualquiera de nosotros tuviera tiempo de pensar, al menos medio metro de gasa había sido removido de la cavidad. En ese momento llegó una inundación de sangre. La paciente se puso blanca, sus ojos se abultaron y no tenía pulso". La carta continúa para describir lo extremadamente sacudido que estaba Freud, y aun así se esfuerza por exonerar a Fliess y asegurarle que no fue en ninguna manera culpable por llevar a cabo esta operación, por decir lo menos, éticamente dudosa.

El curso recurrente de la enfermedad de Emma Eckstein continuó durante varios meses. Masson apunta a que la preocupación de Freud no era primordialmente por la salud de ella sino por la reputación de Fliess. Emma, sin embargo, se recuperó gradualmente, y entonces nos encontramos quizá con el giro más sorprendente de todos en esta extraña saga. En una de las primeras cartas después de la operación, Freud se lamentaba con Fliess de "que este percance haya debido pasarte a ti, cómo reaccionarás cuando oigas sobre esto, lo que los otros podrían hacer de ello, cuan equivocado estuve al instarte a operar en una ciudad extranjera donde no podrías seguir el caso, cómo mi intención de hacer lo mejor para esta pobre chica se frustró insidiosamente y resultó en poner en peligro su vida - todo esto se me vino encima simultáneamente."

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

Entonces, el 16 de abril de 1896, Freud le dijo a Fliess que había encontrado “una explicación completamente sorprendente a las hemorragias de Eckstein la que te dará mucha satisfacción. Ya he comprendido la historia[...]. Debería ser capaz de probarte que tenías razón, que sus episodios de sangrado fueron histéricos, fueron ocasionados por el anhelo o deseo y probablemente ocurrieron en momentos sexualmente relevantes”. El 4 de mayo, Freud explicó adicionalmente, “[...] hasta ahora sólo sé que ella sangró a raíz del anhelo (deseo). Ella siempre ha sido una purgadora [a través de su sangrado] al cortarse a sí misma en similares circunstancias [...]. Cuando ella vio cuan afectado estaba yo por su primera hemorragia [...] ella experimentó esto como una realización de un antiguo deseo de ser amada en su enfermedad [...]. Entonces en el sanatorio, se puso inquieta durante la noche debido a un deseo inconsciente de atraerme a ir hacia allí, y ya que no he venido durante la noche ella renovó la hemorragia como un medio infalible de reanimar mi afecto”.

Así que lo que había sido una complicación casi mortal de una operación chapucera, con un golpe maestro se cambió por una hemorragia fantaseada desprendida del deseo de ella por el mismo Freud. Freud se mostró en innumerables ocasiones durante su vida capaz de tornar una posición de pies a cabeza. Él no solamente resolvió una situación dolorosa, que le había causado considerable ansiedad y culpa durante varios meses, y exonerado a su amigo y a sí mismo de cualquier responsabilidad por, o recriminación sobre, el desastre; esta nueva “percepción” también despejó la vía para convertir la dolorosa realidad en fantasía y para desdibujar la distinción entre ellas. Así, inadvertidamente y estoy seguro que inconscientemente, él encontró los medios para rehabilitare a sí mismo ante los ojos de sus colegas médicos para que él, un judío, pudiera una vez más ser aceptado entre la institución médica conservadora de la Viena Católica Victoriana. Fue así que poco después de esto, comenzó a tener serias dudas sobre la realidad de la seducción y el abuso sexual infantil en los que se basaba toda su teoría de la etiología de histeria, y poco más de un año después, en septiembre de 1897, lo encontramos escribiendo la carta extraordinaria a Fliess, ya citada anteriormente.

Para Freud, desdibujar la distinción entre realidad externa y fantasía fue en sí misma una tragedia.

Si bien de esta forma Freud rehabilitó su posición médica y social, siento que lo hizo a costa de varios errores fundamentales.

En primer lugar, al afirmar, a diferencia de Breuer, que el trauma subyacente en la etiología de la histeria y otras neurosis era siempre sexual, implicando abuso sexual de niños pequeños, se dejó a sí mismo poco espacio para maniobrar y se aseguró que sus puntos de vista fuesen atacados por todos lados. Ahora sabemos que esto era incorrecto y que toda una variedad de traumas que ocurren en la infancia y más tarde –como la pena [dolor emocional] no resuelta, varias agresiones físicas, operaciones y lesiones, experiencias de guerra y desastres naturales, etc.— pueden dar surgimiento a problemas y neurosis en la vida adulta.

Segundo, si Freud hubiese estado al tanto de la tesis que estoy presentando –que experimentar es un proceso que implica trabajo en el tiempo y que solamente al final de ese proceso la experiencia ha sido integrada al *self* [sí mismo] como memoria— entonces podría haber respondido los argumentos que se levantaron en su contra y que eventualmente aceptó y usó contra su teoría original. Yo no siento que Freud deba ser criticado por no estar consciente de esta posibilidad, ya que la mayoría de lo que ahora sabemos de neurofisiología del cerebro, de la relación del córtex con el cerebro primitivo, el sistema límbico, y sus interconexiones con todo el sistema endocrino y nervioso autónomo todavía era ampliamente desconocido en ese tiempo. Pero su error más grave se cometió en 1897 con respecto a Emma Eckstein, cuando desdibujó la distinción entre realidad y fantasía. Creo que Masson fue bastante acertado (aunque ha sido vilipendiado desde todos lados por psicoanalistas y otros) al ver este cambio de postura por parte de Freud como fundamental. De hecho, estoy convencido de que el desarrollo posterior del psicoanálisis y de todo el movimiento psicoterapéutico ha permanecido en un estado de confusión justamente debido a esto hasta el día de hoy. No pretendo en ninguna forma detractor los posteriores logros de Freud ni los de aquellos otros genios creativos en el movimiento psicoanalítico (como Carl Jung) si no simplemente subrayar que, el desdibujar la distinción entre realidad externa y fantasía fue en sí mismo una tragedia.

En esa misma carta crucial a Fliess en septiembre de 1897, Freud demostró claramente su cambio fundamental de posición cuando declaró: “Entonces, la certeza de que no hay indicaciones de realidad en el inconsciente, de tal manera que uno no puede distinguir entre

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

realidad y ficción que haya sido catectizada [invertida] con afecto. (En consecuencia, quedaría la solución que la fantasía sexual se apodera invariablemente de los padres.)". Y más abajo en la misma carta "[...] parece nuevamente discutible que solamente experiencias tardías dan el ímpetu a las fantasías que se remontan a la infancia." Para confirmar que ésta se convirtió cada vez más en la posición de Freud, permítanme citar una carta que Freud escribió a Lohenfeld, la que éste publicó en 1904 en un artículo sobre obsesiones psíquicas: "Como regla general, son las experiencias de la pubertad las que tienen un efecto perjudicial. En el proceso de la represión estos eventos son fantaseados de vuelta hacia la primera infancia, siguiendo las vías de las impresiones sexuales accidentalmente experimentadas durante la enfermedad o derivadas de la constitución sexual". O de nuevo, de las conferencias introductorias al psicoanálisis de Freud (1916): "Si, en el caso de niñas que producen tal evento en la historia de su infancia, su padre figura con bastante regularidad como el seductor, no puede haber duda ni de la naturaleza imaginaria de la acusación ni del motivo que ha llevado a ella [...]. Hasta el presente no hemos conseguido señalar ninguna diferencia en las consecuencias, si es que fantasía o realidad han tenido una mayor participación en los eventos de la infancia".

Estas posteriores declaraciones de Freud fueron una revocación directa de los mismos argumentos que presentó en su documento original sobre la etiología de la histeria (abril de 1896), en el que afirmaba que "hemos aprendido que ningún síntoma de la histeria puede surgir de una experiencia real sola, sino que en todos los casos el recuerdo de las experiencias anteriores, despertado en asociación con ello desempeña un papel en la causa de los síntomas". Más adelante en el mismo artículo, Freud escribió, "[O] nuevamente, tomemos el ejemplo de una joven que se culpa de manera espantosa por haber permitido que un chico le acaricie la mano en secreto, y que desde entonces ha sido superada por la neurosis [...]. El análisis muestra que el toque de su mano le recordó otro toque similar que ocurrió muy temprano en su infancia y que formaba parte de un conjunto menos inocente, de modo que sus reproches a sí misma eran en realidad reproches sobre esa vieja ocasión".

Freud continuó, "[U]no tiene de hecho la impresión, que con los pacientes histéricos es como si todas sus experiencias anteriores [...] han retenido su poder efectivo como si tales personas fuesen incapaces de deshacerse de sus estímulos psíquicos [...]. No debe olvidar que en las personas histéricas cuando existe un causa precipitante actual, las antiguas experiencias entran en funcionamiento en la forma de recuerdos inconscientes".

Así vemos que Freud ha invertido completamente su posición (aunque le tomó varios años hacerlo totalmente), ha tornado eventos reales en fantasías, y ha desdibujado la distinción entre ellos. Como ya lo cité, él hubo explicado este cambio más tarde en 1914 como sigue: “Cuando esta ideología se derrumbó bajo el peso de su improbabilidad y contradicción en circunstancias definitivamente comprobables[...]”. Pero ¿cuál fue esta evidencia y esta contradicción? En ninguna parte él realmente entrega alguna evidencia para explicar este cambio de opinión, excepto en la carta original a Fliess en 1897 donde escribió, “Entonces la sorpresa de que en todos los casos, el padre, sin excluir el mío, habían sido acusados de ser perversos; la constatación de la inesperada frecuencia de la histeria, con precisamente las mismas condiciones prevalecientes en cada una, mientras que seguramente tales perversiones generalizadas en contra de niños no son muy probables”. Pero esto es precisamente lo que han demostrado las revelaciones de todas las partes del mundo occidental durante los últimos años; que el abuso sexual infantil (en la gran mayoría de los casos, de niñas), desde sus primeros años, es extremadamente común, con cifras tan altas como uno de cada diez en referencia a la población general. La primera intuición de Freud ha probado ser correcta después de todo, aunque las mismas viejas fuerzas de la sociedad dominada por los hombres están tratando una vez más de minimizar o incluso negar estos perturbadores hallazgos.

LA EXPERIENCIA NO EXPERIENCIADA

Antes de continuar hacia la segunda razón de porqué siento que la verdadera naturaleza de “experienciar” algo ha sido descuidada e incomprendida, debo advertir sobre otro aspecto fundamental de este problema. Incluso si “experienciar” es un proceso, si luego de un corto tiempo todas las experiencias fuesen integradas en una memoria a largo plazo, la hipótesis que estoy planteando en este artículo tendría poca importancia práctica. Pero si el proceso de “experienciar” puede ser bloqueado en una etapa temprana y la experiencia incipiente puede permanecer en este estado por meses, años, o indefinidamente, entonces una situación completamente diferente está involucrada.

Los seres humanos modernos han conservado, a un grado sorprendente, la constitución corporal, respuestas fisiológicas, e impulsos emocionales que hemos heredado de nuestros ancestros del Paleolítico o la Edad de Piedra. Lo que es incluso más sorprendente es que una gran y funcional parte del cerebro humano pertenece a un linaje anterior a nuestros

ancestros, a saber, los reptiles y mamíferos. Mientras estas regiones internas, llamadas colectivamente como el sistema límbico o sistema témporo-límbico, han sido en cierto modo ensombrecidas por el desarrollo del neocórtex, y por supuesto ahora íntimamente interconectadas con este último, no son para ser superadas ya que no solamente albergan los impulsos instintivos y emocionales sino que mantienen todas las funciones vitales de supervivencia del cuerpo. En cierto sentido, el neocórtex se sienta a horcajadas en el cerebro primitivo como un jinete sobre un caballo y trata de dirigirlo con rienda suave. De manera notable, la mayoría del tiempo esta alianza funciona lo suficientemente bien, considerando la inexperiencia del jinete. Pero en una considerable minoría de situaciones, dado el marcado cambio en las condiciones humanas modernas, esta inquieta alianza se tropieza con dificultades.

A finales de la década de 1920, Walter Cannon estudió los aspectos psicofisiológicos del trauma. Él calificó a estos fenómenos como homeóstasis y demostró cómo, cuando una criatura viviente era enfrentada con una amenaza a su integridad física, ella respondía al desafío con lo que él llamó respuesta de “huida o lucha”. Ésta involucraba una movilización del sistema neuroendocrino (con una efusión de adrenalina) y del sistema nervioso-simpático. El organismo estaba de este modo preparado para huir o luchar con una excitación fisiológica general – respiración exagerada, dilatación de las arterias en los músculos esqueléticos, aumento de la frecuencia cardíaca y rendimiento cardíaco, y así sucesivamente.

Por alguna razón, falló en poner la atención en una estrategia igualmente básica y ancestral de supervivencia, que es vista en muchas especies a medida que descendemos en la escala evolutiva hasta incluso los organismos más primitivos. Esa es la capacidad, cuando al enfrentarse con una abrumadora amenaza externa, contra la cual no habría posibilidad de huir ni luchar, de “congelarse” o “hacerse el muerto” – esto es, la habilidad de inhibir o suspender toda reacción que normalmente sería apropiada. Pavlov (1924) quizás se acercó más que nadie a la comprensión de este fenómeno, cuando describió cómo algunos de sus perros estuvieron accidentalmente atrapados en sus jaulas cuando el Río Nevá inundó Leningrado. El agua entró al laboratorio de Pavlov y casi alcanzó la parte superior de las jaulas que contenían a sus perros. Todos los perros se habían enfrentado a la aterradora experiencia con el miedo y excitación inicial, pero luego de su rescate algunos de ellos estaban en un estado de severa inhibición, estupor, y colapso. Según Pavlov, la tensión en el sistema nervioso había sido tan intensa que la excitación temerosa suscitada habría

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

resultado en un colapso emocional final. Pero parecería más probable que los animales hayan entrado en un estado de inhibición para proteger su sistema nervioso de atravesar una experiencia que hubiera amenazado con la desintegración.

Todo niño es consciente de esta capacidad en muchos animales de inhibir o suspender una seria amenaza externa. Todos hemos visto como la araña, la oruga y el puercoespín se enrollarán en una bola cuando están amenazados. Pero esta reacción ha sido descrita en la escala evolutiva tan abajo como en el caso de la ameba por los biólogos Max Hartmann y Ludwig Rumler. En una serie de experimentos, ellos expusieron a amebas a una variedad de estímulos. Dependiendo de la cantidad y la calidad de estos estímulos, las amebas reaccionaron en una de dos maneras. O bien buscaron estos estímulos (se movían hacia a ellos), o los evitaban y asumían una forma esférica; se “hacían las muertas”. Así parecería que ésta es una capacidad básica en los organismos vivos, y no es irrazonable asumir que, como otros mecanismos de supervivencia, se encuentra en alguna modificada forma también en los humanos, precisamente porque tiene un valor de supervivencia. Pero como muchas de nuestras reacciones primitivas, es probable que esta capacidad haya sido modificada para servir a un propósito diferente en las condiciones humanas modernas.

Lo que estoy sugiriendo es que la capacidad de suspender e inhibir una abrumadora experiencia amenazante puede servir ahora a un propósito bastante diferente. En lugar de ser una vía para evitar un peligro externo, es ahora utilizada para lidiar con la amenaza de la desestabilización interna; cuando sea que seamos enfrentados a una experiencia abrumadora que percibimos como potencialmente desintegradora, tenemos la habilidad de suspenderla y “congelarla” en una no asimilada e incipiente forma y de mantenerla en ese estado indefinidamente, o por el tiempo que sea necesario. Nuestra estructura biológica parece capaz de especificar por adelantado que experimentar completamente el significado del encuentro amenazante, destruiría o desintegraría su organización central. La evidencia clínica sugeriría que esta capacidad de suspender el progreso e integración de la experiencia en alguna manera involucra el sistema límbico o tèmoro-límbico, ya que esta parte del cerebro controla el sistema nervioso-vegetativo a través del cual expresamos todas nuestras emociones y que es todavía responsable de los mecanismos básicos de supervivencia.

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

A este respecto, es interesante referir a los experimentos de Wilder Penfield (1959) que involucraron la estimulación directa del córtex temporal y del área hipocampal en el cerebro. Penfield señaló que “el paciente ha reconocido usualmente que esto era algo de su propio pasado. Al mismo tiempo puede haber sido sumamente consciente del hecho de que yacía sobre una camilla de operaciones”. De este modo un paciente, cuando la superficie superior de su lóbulo temporal derecho estaba siendo estimulada, gritó, “Sí doctor, sí doctor. Ahora escucho gente riéndose, amigos en Sudáfrica”. Penfield continuó, “Algunos pacientes llaman a la respuesta experiencial un sueño. Otros declaran que es un *flashback* de su propia historia de vida”. Todos concuerdan en que es más vívida que cualquier cosa que puedan recordar voluntariamente.

A otra paciente (Penfield y Jasper 1954, 137) “le causó oír a su pequeño hijo, Frank, hablando en el patio afuera de su propia cocina, como también los ‘sonidos del vecindario’. Diez días después de la operación se le preguntó si esto fue un recuerdo. ‘Oh no’ respondió ella. ‘Parece más real que eso’. Entonces agregó, ‘Por supuesto que he oído a Frankie de esa forma muchas, muchas veces’... miles de veces’. Esta respuesta a la estimulación fue una sola experiencia, su recuerdo de tales ocasiones era una generalización.”

Más adelante, Penfield dijo lo siguiente: “Cuando, por casualidad, el electrodo del neurocirujano activa una experiencia pasada, esa experiencia se despliega progresivamente, momento a momento. Esto es un poco como el funcionamiento de un magnetófono o una cinta de película cinematográfica en la cual están registradas todas aquellas cosas de las que el individuo estuvo consciente alguna vez; las cosas que seleccionó para su atención en ese intervalo de tiempo[...]. La cinta de película del tiempo corre hacia adelante, nunca hacia atrás, incluso cuando se resucita del pasado. Parece proceder nuevamente acorde al paso inalterado del tiempo.”

La anticipación del efecto potencialmente desintegrador de la amenaza externa, si fuese plenamente experimentada, es logrado probablemente a través de la expresión inicial de la emoción y del sentimiento doloroso, ya que es así como podemos reconocer la importancia de eventos amenazantes o traumáticos. Lo “impensable” ha ocurrido, y el miedo engendrado elicitaba una maniobra defensiva primitiva. Es un intento desesperado por parte del individuo de impedir una crisis haciendo que la intrusión de la amenaza sea inadmisibles mediante un proceso de inhibición. La labor crucial de funcionar a través de la experiencia

es suspendida, subvirtiéndose así la asimilación, integración y adaptación. Este estado de "animación suspendida" produce los síntomas de embotamiento y entumecimiento emocional, y los otros fenómenos clínicos como los listados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III). A medida que el proceso de la experiencia trata de suceder y se produce la inevitable fuga de la emoción, sobrevienen ataques de pánico, agitación e inquietud. Dado que el evento traumático original ya se ha percibido, y se ha dejado un rastro en alguna forma inestable de almacenamiento a corto plazo, pero no se resolvió en la reflexión hacia la memoria a largo plazo, este permanece "activo", y nuevamente, a pesar de la negación, se filtra, irrumpe y atraviesa, y causa "flashbacks" en la pantalla de percepción. Esto a su vez desencadena una respuesta emocional dolorosa, la que es una vez más bloqueada y suspendida como en el evento original. Así, tanto del sistema cognitivo como del emocional se produce una fuga, que requiere su cierre inmediato. Estos círculos viciosos se repiten *ad infinitum*, dejando al individuo sintiéndose fatigado, desgastado, ansioso, temeroso, experimentando pesadillas vívidas, quejándose de falta de concentración y capacidad de atención, y todos los otros fenómenos que se enumeran en el DSM.

SOBRE NUESTRO USO COTIDIANO DEL LENGUAJE

Permítanme pasar a la segunda razón de porqué siento que la verdadera naturaleza de "experienciar" algo ha sido descuidada y malentendida. A pesar de la confusión generada por las primeras dificultades de Freud y el consiguiente desarrollo del psicoanálisis, los reales efectos de las situaciones traumáticas en los seres humanos simplemente no desaparecerían. El fenómeno descrito por Da Costa en 1871, y por Oppenheimer y Lewis después de la Primera Guerra Mundial, como "corazón irritable", "síndrome de esfuerzo" y "astenia neurocirculatoria" volvió a aparecer durante la Segunda Guerra Mundial. Pero ahora con la mejor comprensión de la neurosis que se había desarrollado desde el trabajo de Freud y otros, los fenómenos encontrados se describieron como "neurosis traumática de guerra" o "neurosis de combate" (Kardiner y Spiegel 1947). Otros usaban términos como "estrés de combate o de batalla", "fatiga de batalla", "agotamiento de combate" y "reacción de combate aguda" (Grinker y Spiegel 1945). Erich Lindemann (1944) publicó su trabajo seminal, "Sintomatología y Manejo de la Aflicción Aguda", tras el incendio de Coconut Grove en Boston, y un poco antes Kardiner (1941), bajo el término "fisioneurosis", describió por primera vez el cuadro completo de lo que desde entonces se ha consagrado en el DSM III como trastorno por estrés postraumático. En todas estas descripciones, y en muchas otras que han aparecido desde entonces con relación a desastres naturales, accidentes, abuso sexual infantil, raptos, y violación, por mencionar unos pocos,

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

repetidamente encontramos descripciones de cómo los “recuerdos” traumáticos son “re-creados”, “re-experimentados” o “re-vividos”. El error fundamental que estoy luchando por demostrar está todo contenido en este prefijo *re* y el uso del término memoria [recuerdo] o memoria reprimida, ya que una vez que usamos estas palabras de este modo, estamos haciendo ya la suposición de que el evento traumático ha sido totalmente experimentado y está ahora integrado en el *self* como “memoria”. Esta es precisamente la suposición, sin embargo, que creo no estamos autorizados a hacer, ya que supone, aunque sea inadvertidamente, que experimentar y la transferencia de información hacia la memoria sucede “de una sola vez” y no que sea un proceso que involucra trabajo y que tiene lugar con el tiempo.

No puedo ilustrar mejor esto que citando con cierta extensión el criterio diagnóstico del trastorno por estrés postraumático como se establece en el DSM III (edición revisada):

Sección A.- La persona ha experimentado un evento que está fuera del rango usual de la experiencia humana y que sería significativamente angustiante para casi toda persona, por ejemplo, sería amenaza a la propia vida o integridad física; sería amenaza o daño a los propios hijos, esposa u otros familiares y amigos cercanos; repentina destrucción del hogar o comunidad propia; o ver a otra persona quien recientemente ha sido o está siendo seriamente dañada o asesinada como resultado de un accidente o violencia física.

Sección B.- El evento traumático es persistentemente re-experimentado en por lo menos una de las siguientes maneras:

1. Recurrentes recuerdos angustiantes e intrusivos del evento (en niños pequeños, juego repetitivo en el que temas o aspectos del trauma son expresados)
2. Recurrentes sueños angustiantes del evento
3. Repentinamente acciones o sensaciones como si el evento traumático fuese recurrente (incluye una sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos [flashback], incluso aquellos que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado)

4. Angustia psicológica intensa ante la exposición a eventos que simbolizen o asemejen un aspecto del evento traumático, incluyendo aniversarios del trauma

Sección C.- Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma o adormecimiento de la capacidad de respuesta general (no presente antes del trauma), indicado por al menos tres de los siguientes:

1. Esfuerzos por evitar pensamientos o sensaciones asociados con el trauma
2. Esfuerzos por evitar actividades o situaciones que susciten recuerdos del trauma
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (amnesia psicogénica)
4. Interés notablemente disminuido en actividades significantes (en niños pequeños, pérdida de habilidades recientemente adquiridas tales como uso del toilette o habilidades de lenguaje)
5. Sentimiento de desapego o alienación de los demás
6. Rango restringido de afectos, por ejemplo, incapacidad de tener sentimientos amorosos
7. Sensación de futuro limitado, por ejemplo, no espera tener una carrera, matrimonio o hijos, o una larga vida

Sección D.- Síntomas persistentes de aumento de la excitación (no presentes antes del trauma) indicados por al menos dos de los siguientes:

1. Dificultad para dormirse o permanecer dormido
2. Irritabilidad o arrebatos de ira
3. Dificultad de concentración
4. Hipervigilancia
5. Respuesta de sobresalto exagerada
6. Reactividad fisiológica ante la exposición a eventos que simbolizen o asemejen un aspecto del evento traumático (por ej.,

una mujer que fue violada en un ascensor se pone a sudar al entrar a cualquier ascensor)

Sección E.- Duración de la perturbación (síntomas en B, C y D) por al menos un mes.

Como una descripción del cuadro clínico presentado por quienes han sido traumatizados, y donde el trauma permanece irresuelto, esta difícilmente podría ser mejorada, ya que describe claramente todas las características clínicas esenciales—si no fuera por la fatal intrusión de la aparentemente inocua sílaba *re* una y otra vez—. Es importante darse cuenta, sin embargo, que mientras el cuadro clínico del trastorno por estrés postraumático delineado en el DSM III es preciso y exhaustivo, no provee ninguna comprensión de por qué los fenómenos clínicos debiesen ocurrir.

Esta es esencialmente la misma dificultad que Freud enfrentó en sus primeros trabajos, ya que aunque describió claramente la sintomatología clínica y, además, subrayó correctamente la importancia de los traumas sexuales tempranos en muchos de estos casos, no fue capaz de explicar por qué las personas eran afectadas negativamente y emocionalmente incapacitadas muchos años después de los eventos en cuestión. Ni tampoco fue capaz de explicar por qué algunas personas fueron afectadas negativamente y otras no, por la misma situación traumática. Si hubiese tenido disponible para sí nuestra presente comprensión de la neurofisiología con todas sus ramificaciones endocrinológicas y si hubiese estado consciente de nuestra capacidad para suspender el procesamiento de la experiencia en sus primeras etapas, él habría sido capaz de responder los ataques de sus críticos, y a pesar del ostracismo y presiones sociales sobre él, podría no haber sucumbido a la tentación de renegar sobre su teoría de la traumatización sexual temprana.

¿Cuál es entonces la evidencia clínica de la hipótesis que estoy planteando?

1. Primero que todo está el cuadro clínico que estas personas presentan descrito detallada y exhaustivamente en el DSM.

Sección A. Esta sección simplemente señala que estos eventos, por las razones enumeradas, son tales que es probable que “serían significativamente angustiantes para casi toda persona”.

Sección B. Si uno piensa sobre esto, solamente hace sentido si la experiencia traumática aún no ha sucedido totalmente para la persona. Si se hubiera experimentado completamente, ¿por qué tendría que ser re-experimentada? En particular, por primera vez, esto deja claro porqué eventos que simbolizan o asemejan un aspecto del evento traumático tenderían a activar el proceso de “experimentar” y el movimiento de la información suspendida a través del cerebro.

Sección C. Nuevamente podemos ver ahora porqué habría evitación del estímulo asociado con el trauma; además, el adormecimiento de la capacidad de respuesta general a estos comportamientos resulta esencial si no se quiere poner en marcha el proceso de la experiencia. Ahora es posible comprender la necesidad de restringir las actividades y el peligro de sentir cualquier emoción. También es por la misma razón que encontramos "amnesia psicógena", tanto cognitiva como emocional. (Y, como veremos más adelante, esta amnesia desaparece cuando la experiencia se trabaja completamente en la memoria).

Sección D. También podemos entender ahora por qué debería haber síntomas de aumento de excitación, ya que la suspensión del proceso natural de la experiencia tiene que ser activamente mantenida y bloqueada; hay una tendencia constante a que se produzcan "fugas" y a que la experiencia se comience a mover, a cualquier hora del día o de la noche, con la activación del sistema límbico y la descarga emocional - de ahí, el aumento de la excitación y la hipervigilancia.

Sección E. La duración de la perturbación será tanto como la experiencia esté suspendida, durante meses o años o incluso toda la vida.

2. Cuando, por cualquier medio, se alcanza un estado alterado de conciencia (hipnoide o estado onírico), la persona se mueve hacia una "experiencia" completa, viviendo a través del evento traumático original como si estuviera ocurriendo en este momento y manifestando la plena respuesta emocional que hubiese sido apropiada en el momento

cuando el evento tuvo lugar; es decir, cuando se desencadena el encuentro suspendido, el evento amenazante se experimenta como sucediendo ahora, en pleno tiempo presente.

Este es exactamente el tipo de catarsis que Freud describió en sus primeros trabajos y que ha sido descrita por Sargent (1976) y muchos otros desde entonces. Todos ellos cometen el error, incluido Freud, de referirse a estas "experiencias" como "recuerdos reexperimentados". Pero las descripciones no guardan ningún parecido a recordar en el sentido de que normalmente utilizaríamos ese término.

3. Cuando, como parte de la terapia, la persona ha "atravesado" la experiencia traumática una o más veces hasta el punto donde ésta ha sido completamente "experimentada", el evento traumático se mueve desde el presente hasta el pasado. Es ahora un recuerdo ordinario (aunque no muy agradable) como cualquier otro recuerdo. La persona ya no se encuentra preocupada ni afligida por esto. Ya no hay amnesia y la historia completa puede ser recordada a voluntad. La catarsis experiencial se ha acabado y no volverá a aparecer en las sesiones terapéuticas.

4. Cuando uno recaba el relato de la persona a tratar, se encuentra que él o ella no experimentó la emoción apropiada que cabría esperar en ese momento, sino que se encontraba en un estado de "adormecimiento psíquico", tanto durante como después del suceso en cuestión.

5. Durante la terapia, sucede frecuentemente que una persona comienza a experimentar algo de lo que no tenía indicio previo de ningún modo, tanto cognitivo como emocional. La persona puede haber tenido algún conocimiento de un evento traumático más reciente y cuando esta nueva experiencia sobreviene, él o ella es completamente tomado por sorpresa. En estas situaciones, lo que viene primero muy a menudo es una intensa experiencia emocional y corporal, pero ni la persona ni tampoco el terapeuta tendrán idea alguna de lo que la extrema reacción emocional y fisiológica significa. Es solamente en los días siguientes a la sesión, y a veces sólo luego de tres o cuatro sesiones terapéuticas completas, cuando la mayor parte del trabajo de "experimentar" ha tenido lugar, que la historia se despliega poco a poco, y es sólo entonces que la persona será capaz de decir de qué se trata completamente la experiencia traumática. No solamente él o ella conocerá la

naturaleza de la experiencia traumática, sino que típicamente cada detalle minucioso de lo que ocurrió estará ahora a disposición de la persona como si lo que ocurrió hubiera sucedido sólo ayer, aunque la ocurrencia real puede haber sido muchos años antes en la infancia.

6. Si uno sigue al paciente durante las próximas semanas y meses, se encontrará que mientras la experiencia está ahora fácilmente disponible para la consciencia, tal como cualquier recuerdo ordinario, la claridad y detalle comienzan a desdibujarse y a fusionarse con otros recuerdos de la infancia, y que pierden sus características como una experiencia distinta.

7. Finalmente, está la misma vieja pregunta de cómo podemos saber si estos eventos traumáticos ocurrieron realmente y no son simplemente fantasías. En primer lugar, está la coherencia interna del relato traumático, una vez que este ha sido dilucidado y se vuelve disponible para la consciencia. Esto fue lúcidamente argumentado por Freud en su escrito original sobre la etiología de la histeria antes de que inexplicablemente revirtiese su opinión y adhiriese a la oposición. En muchas instancias, simplemente no es posible verificar la historia debido a que los otros participantes en el drama ya no están disponibles, puede ser que no estén dispuestos a hablar o que actualmente estén muertos. Pero en una minoría considerable, hay alguien disponible quien fue testigo del evento y que está dispuesto a cooperar. Donde esto ha sido así, he encontrado que, en cada instancia, los eventos traumáticos que el paciente ha sacado a relucir a través de la experiencia, y de los cuales pueden haber no tenido conocimiento previo sin embargo, resultan ser verdaderos.

Debido a las diversas pruebas clínicas mencionadas, creo que la hipótesis presentada en este documento tiene una base sólida. Además, creo que es una hipótesis que es capaz de ser científicamente verificada y probada en términos neurofisiológicos, aunque, dado el estado actual de nuestros conocimientos, es probable que todavía presente dificultades. En la actualidad estamos empezando a examinar una serie de parámetros neurofisiológicos. Puede ser que parte de la forma en que bloqueamos o suspendemos la integración de una experiencia dolorosa sea por la liberación de endorfinas. Sobre la base de esta hipótesis, hemos estado dando moloxona a algunos sujetos antes de la sesión experimental, y la evidencia clínica hasta ahora sugiere que el bloqueo de los sitios de las endorfinas en el cerebro facilita la liberación de la experiencia dolorosa. Es nuestra intención ahora llevar a

cabo un ensayo doble ciego para dilucidar aún más esta cuestión. Hemos comenzado ahora a examinar el posible rol del noradrenérgico central, los receptores Alfa 2 y también los receptores serotoninérgicos y colinérgicos. Una línea de investigación particularmente esperanzadora sería la realización de una tomografía por emisión de positrones, inyectando la glucosa alterada en un punto en el que la persona esté experimentando un episodio traumático suspendido, que puede haber ocurrido muchos años previamente, en un intento de mostrar en qué parte de la actividad cerebral está sucediendo. Todo este trabajo es sólo un comienzo tentativo, pero estoy esperanzado con respecto al futuro, ya que en los últimos años ha habido una virtual explosión de conocimientos de bioquímica y neurofisiología del sistema nervioso central, y casi cada semana se oye hablar de nuevos avances.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS

Antes de terminar, me gustaría decir unas palabras sobre los aspectos terapéuticos de este trabajo. Cualquier método que provoque un estado alterado de conciencia de tipo hipnoide u onírico (la similitud de tal alteración de la conciencia con los estados epilépticos del lóbulo temporal ha sido observada) abrirá el camino para el movimiento de la experiencia incipiente a través del cerebro hacia la memoria. Este trabajo terapéutico de experimentar puede emerger, por lo tanto, en el curso de una amplia gama de procedimientos terapéuticos:

1. En el psicoanálisis de las diversas tradiciones teóricas o en la psicoterapia analítica.
2. En diversas formas de terapia de grupo, quizás con especial referencia a la terapia Gestalt.
3. En la terapia familiar.
4. Durante la hipnosis o, más específicamente, el hipnoanálisis.
5. En el curso de los programas de terapia de comportamiento; inundaciones, inhibición recíproca, y similares.
6. En el curso de diversas terapias somáticas, como la bioenergética, el rolfing u otras formas de masaje profundo (aquí se debe señalar que existe claramente una extensión periférica hacia los músculos y órganos corporales desde los sistemas endocrino y nervioso autónomo, con interconexiones de vuelta al sistema límbico y de ahí, finalmente, hacia la corteza)

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

Wilhelm Reich fue el primero en llamar la atención sobre este acorazamiento muscular o del carácter, y no es difícil de ver que la presión sobre, o la estimulación de, un músculo u órgano corporal puede activar una experiencia suspendida y poner en marcha el movimiento de la información a través del sistema nervioso central).

7. La exposición al sitio donde ocurrió un evento traumático o a eventos o lugares que simbolizan o se asemejen a un aspecto del evento traumático.

8. El uso de psicodélicos u otras sustancias químicas que inducen a un estado alterado de conciencia o el uso de diversos procedimientos que se conocen en las comunidades tribales desde la antigüedad (procedimientos que utilizan la música, el ritmo y la danza, con frecuencia fatiga y privación del sueño). El uso de diversos métodos de privación sensorial dará resultados similares.

9. Por último, los métodos orientados más específicamente a este fin, como la terapia holotrópica, desarrollada por Christina y Stanislav Grof (1988), a partir de su estudio de los métodos mencionados anteriormente, utilizados por las llamadas sociedades primitivas, que consisten en la hiperventilación acompañada de música evocadora y otros sonidos.

Mientras que, como he dicho, un estado alterado de conciencia con activación de la experiencia suspendida irresuelta, puede ocurrir inadvertidamente en cualquiera o en todos los procedimientos terapéuticos enumerados, en la mayoría de los casos esto ocurre al azar, no es fiable y, debido a que lo que sucede no se entiende claramente, no se diferencia de otros aspectos de la terapia. Por lo tanto, para que un enfoque terapéutico de este tipo sea eficaz, el primer prerrequisito es una comprensión adecuada de lo que se entiende por el componente "experiencial" de la terapia, tal como se presenta en este documento. Esta dimensión de la psicoterapia puede entonces distinguirse claramente de otros aspectos del trabajo terapéutico que son igualmente válidos y necesarios por derecho propio. Simplemente experimentar plenamente un trauma suspendido y no resuelto no es la totalidad de la terapia.

Para que una persona se recupere completamente, entonces los patrones de vida, actitudes y comportamientos, que se han desarrollado a lo largo de los años en un esfuerzo por mantener la inhibición y evitar el dolor de experimentar el trauma que ha sido suspendido, también tendrán que cambiar. Estos no desaparecen automáticamente porque la experiencia traumática original haya sido ahora totalmente resuelta.

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

Por lo tanto, hay un lugar, una vez que el aspecto experiencial ha sido atendido, para el uso de varias estrategias cognitivo conductuales, tales como la asertividad y el entrenamiento vocacional, para ayudar a la persona a lograr un cambio significativo en su patrones de vida y relacionales.

El trabajo experiencial, entonces, nunca puede ser considerado como más que una parte de la terapia y debe, creo, ser emprendido siempre en el contexto de una relación terapéutica de confianza. Sin embargo, es importante que sepamos lo que estamos haciendo y cuándo, y que se establezca la secuencia adecuada de los métodos terapéuticos. En las personas que tienen un historial de experiencias traumáticas no resueltas, no sólo es inútil, sino cruel tratar de ayudarlas a través de métodos cognitivos o de comportamiento para cambiar sus actitudes y patrones de vida, cuando emanan de una experiencia dolorosa no resuelta.

Desafortunadamente, hay varias otras complicaciones si uno se involucra en este tipo de trabajo. En situaciones en las que ha habido una catástrofe repentina, una guerra traumática o la súbita pérdida de un ser querido que esté afectando a personas que hasta entonces tenían una adaptación razonablemente normal, puede ser bastante simple llevar a la persona a través de la dolorosa experiencia no resuelta para que él o ella pueda reanudar su vida cotidiana. Pero lo que hemos encontrado al tratar con los casos crónicos de largo plazo de trastorno por estrés postraumático que se remonta a la infancia, es que no hay simplemente un evento traumático, sino una serie de dolorosos agravios, que se remontan a los primeros años (tal como Freud señaló en sus escritos originales), y que estos eventos traumáticos tienden a seguir un tema, como el abuso sexual de infantil, violaciones repetidas, etc., o una serie de dolorosas pérdidas de seres queridos, o nuevamente una sucesión de agravios físicos repetidos; de modo que la persona suspende o inhibe un insulto traumático tras otro, hasta que con la contención del último trauma, el sistema nervioso está literalmente explotando. Usualmente se encuentra también que solo uno o más de los traumas más recientes están disponibles para la conciencia y hay poca o ninguna conciencia de todo lo que ha pasado antes, hasta la primera infancia. Es debido a este hecho que la mayoría de la literatura sobre estrés postraumático es pesimista sobre la intervención en estos casos crónicos, considerando que, de hecho, la tarea es esencialmente la misma. Simplemente significa que el trabajo y el sufrimiento que hay que soportar es más tedioso y prolongado, pero en realidad no hay alternativa, salvo guiar a la persona a través de toda

una cadena de experiencias, ya que hasta que esto no se haga no hay esperanza de una verdadera mejora o recuperación.

Otra dificultad que uno encuentra es que, cuando hay un secreto en la familia que los otros miembros no están dispuestos a enfrentar honestamente, entonces en mi experiencia, el desafortunado paciente puede verse bloqueado en su progreso sin importar qué enfoque terapéutico experiencial sea emprendido. En estos casos, a través de la terapia familiar o por cualquier medio, es esencial tratar de abrir la zona oculta y la colusión que se produce dentro de la familia, donde a menudo es visto como necesario mantener al paciente en su enfermo y doloroso estado, como chivo expiatorio y guardián del secreto. Sería agradable que este trabajo fuese simple y directo y sólo implicase la experiencia de un evento traumático, pero la vida rara vez es así, y, al final, vale la pena pasar por todos los rigores de la terapia con la persona para que él o ella experimente plenamente todo lo que ha sido bloqueado, incluso si esto toma varios meses o un año o más, en lugar de condenar a la persona a una vida de enfermedad crónica, estilo de vida constreñido, o incluso el suicidio y la muerte, puesto que éstas son las alternativas reales.

Por último, permítanme volver a otra seria deficiencia en la descripción del trastorno por estrés postraumático tanto en el DSM III como en la mayoría de la otra literatura postraumática. El DSM III define este desorden casi enteramente en términos de las características del evento traumático externo. Esto se ejemplifica en la declaración de que la persona ha experimentado un evento que está " fuera del rango usual de la experiencia humana y que sería significativamente angustioso para casi toda persona". El manual de la Asociación Americana de Psiquiatría da una larga lista de "estresores" que pueden ayudar a producir lo que llaman trastorno por estrés postraumático. Es interesante notar que los estresores o eventos son todos inherentemente amenazas vitales. Lo que no se tiene en cuenta es el equipamiento interno del individuo en el momento en que el evento ocurrió; esta es una función de todo el aprendizaje y la experiencia de ese individuo hasta ese momento, incluyendo, por supuesto, si ha habido insultos previos o experiencias de tipo similar que fueron bloqueadas o suspendidas (algo que Breuer y Freud habían observado). Así pues, es posible que los acontecimientos que no son intrínsecamente peligrosos para la vida en sí mismos sean percibidos por un individuo particular como una desintegración amenazante y, por lo tanto, como algo inaceptable. En otras palabras, es como si la persona tuviera conocimiento de las implicancias de un evento para su ser total antes de que se experimente. En lugar de integrar los componentes (tanto externos como internos) del

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

evento, la persona retiene estas subsidiarias en forma no organizada o incipiente. En los términos de Michael Polanyi, no hay movimiento de las partes hacia el todo. Al negarse a integrar las partículas del encuentro, la persona nunca identifica conscientemente la experiencia amenazante.

EN CONCLUSIÓN

En este artículo, he intentado tratar con un aspecto, más bien mundano, de este trabajo. Existen implicancias mucho más amplias y profundas que se relacionan con el trauma del nacimiento; a la experiencia de la dimensión nacimiento/muerte y a la cuestión del inconsciente colectivo como describió tentativamente Carl Jung (1959). Sus percepciones han sido extendidas y clarificadas aún más por las significativas contribuciones de Stanislav Grof, tanto en lo que respecta al trauma del nacimiento como a su trabajo sobre las experiencias transpersonales. Este trabajo, creo, será visto con el tiempo como una mayor contribución a este campo y lo establecerá como el verdadero sucesor de Carl Jung. Estos aspectos más amplios, sin embargo, van mucho más allá del alcance de este artículo.

Lo que estoy intentando describir aquí, entonces es, en palabras de Martin Buber, “la esfera de ‘entremedio’ ”. Esto no es para que sea entendido, por lo tanto, en el lenguaje y conceptos de los conductistas, es decir, en términos de respuestas condicionadas, inhibición recíproca, y así sucesivamente. Ni tampoco puede ser entendido en términos de las teorías psicodinámicas usuales o los actuales conceptos de la psicoterapia cognitiva. En la literatura del estrés post traumático, se hacen intentos, infructuosos, por explicar el fenómeno clínico a lo largo de ambas líneas de enfoque. Es nuestra esperanza que las ideas presentadas aquí actúen en cierta forma como un puente entre la teoría psicodinámica por un lado, y algunos de los actuales conceptos de la psicoterapia cognitivo conductual por el otro.

Tal vez, si estas ideas están bien fundadas, su importancia radica más en lo que excluyen que en lo que está cubierto. Mi esperanza es que también puedan ayudar a aclarar esos aspectos de la psiquiatría y la psicoterapia a las que no se aplican.

Para ponerlo en términos simples, lo que se está presentando aquí es esencialmente un proceso cognitivo, la pregunta de cómo la información se mueve o es movida a través del

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

sistema nervioso central cuando un evento está siendo experimentado. Esto es como si una pieza del mundo externo, la cual ahora está dentro de la persona pero no es parte de esa persona, constituye un foco continuo de estrés actuando desde dentro. Este estresor internalizado ahora existe fuera del tiempo, en un estado inestable, y a menos y hasta que sea totalmente experimentado, continuará ejerciendo su efecto indefinidamente. Claramente, si este es el caso, el individuo va a tener gran dificultad en sostener esta realidad interna suspendida en contra de la evidencia del mundo exterior. Así, la inhibición y la subsecuente constricción que ocurre cumplen la función de un rechazo a reconocer una cierta realidad en el mundo exterior. Las visiones del biólogo chileno Francisco Varela (1988), aunque escritas en un contexto diferente, parecerían ser particularmente apropiadas aquí:

Nuestra relación cognitiva con el mundo no es una de recoger información y procesarla y tener algún tipo de producto o resultado, ni tampoco es una de tener alguna red muy inteligente y rica en su interior. Esto no quiere decir que no crea en cierto tipo de sentido de la realidad. Claramente la existencia está ahí. Es decir, no está aquí ni allá, es algo que emerge [...]Las existencias no son un asunto de que el interior mapee el exterior y el exterior mapee el interior, ni tampoco que el interior construya al exterior, sino de hecho es esta danza estable la que es múltiple [...]"

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

REFERENCIAS

Briquet, P. 1859 . Traite clinique et therapeutique de l'hysterie. Paris: Balliere.

Brouardel, P. C. 1883 . The causes of error in expert opinions with respect to sexual assaults. Annales Medico-Psychologique 3a ser., 10:60-71, 148-79.

Buber, M. 1938 . What is man? En Between man and man, por M. Buber. New York: Macmillan, 1965 .

Cannon, W. B. 1929 . Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement. 2a ed. New York: Appleton-Century-Crofts.

Charcot, J.-M. 1967 . En The aetiology of hysteria, por F. Whitlock. Acta Psychiatrica Scandinavica 43: 144-62.

Da J. M. Costa 1871 . On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. American Journal of the Medical Sciences 61:17-52.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1987. 3ra ed., rev. Washington: American Psychiatric Association.

Fournier, A. [1880] 1883 . Simulation d'attentats veneriens sur de jeunes enfants. Annales Medico-psychologiques: 53-67, 374-86.

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

Freud, S. [1893] 1954 . Studies in hysteria. En Complete psychological works. Vol. 2. Trad. y ed. J. Strachey J. Strachey . London: Hogarth Press.

----- [1896.] 1954 a. The aetiology of hysteria. IEn Complete psychological works. Vol. 18. Trad. y ed. J. Strachey J. Strachey. London: Hogarth Press.

----- [1896] 1954 b. Heredity and the aetiology of neuroses. En Complete psychological works. Vol. 3. Trad. y ed. J. Strachey. J. Strachey. London: Hogarth Press.

----- [1914] 1964 . History of the psycho-analytic movement. En The life and work of Sigmund Freud, por E. Jones. London: Pelican Books.

----- [1916] 1959 . Introductory lectures on psychoanalysis. En Complete psychological works. Trad. y ed. J. Strachey. J. Strachey. London: Hogarth Press.

Grinker, R., y J. P. Spiegel. 1945 . Men under stress. Philadelphia: Blakiston.

Grof, S. 1975 . Realms of the human unconscious. New York: Viking Press.

----- 1985 . Beyond the brain. Albany, NY: State University of New York Press.

----- 1988 . The adventure of self-discovery. Albany, N.Y.: State University of New York Press.

Hartmann, M., y L. Rumler. 1983 . En Fury on earth. A biography of Wilhelm Reich, por M. Sharaf. London: Andre Deutsch Ltd.

Jones, E. 1964 . The life and work of Sigmund Freud. London: Pelican Books.

Jung, C. G. 1959 . The archetypes and the collective unconscious. En Collected works. Bollingen Series XX, Vol. 9.1. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Kardiner, A. 1941 . The traumatic neuroses of war. New York: P. Hoeber.

Kardiner, A., and H. Spiegel. 1947 . War stress and neurotic illness. New York: Harper.

Lewis, T. 1919 . The soldier's heart and the effort syndrome. New York: Hoeber.

Lindemann, E. 1944 . Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry 101:141-48.

Traducido para la Formación Transpersonal Grof

www.Respiracionholotropica.com

por Ps. Claudio Ramírez Balcarce

Masson, J. M. 1985 . The assault on truth. Middlesex: Penguin Books.

Oppenheimer, B. S. 1918 . Report on neurocirculatory asthenia and its management. Military Surgeon (now Military Medicine) 42:7-11.

Pavlov, I. P. [1927] 1941 . Conditioned reflexes and psychiatry. New York, London: Lawrence and Wishart.

Penfield, W., and H. Jasper. 1954 . Epilepsy and the functional anatomy of the human brain. Boston: Little, Brown and Co.

Penfield, W., and L. Roberts. 1959 . Speech and brainmechanism. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Reich, W. 1983 . En Fury on earth: A biography of Wilhelm Reich by M. Sharaf. London: Marek.

Sargent, W. 1976 . The mind possessed. London: Pan Books.

Tardieu, A. A. [1857] 1985 . A medico-legal study of assaults on decency. In The assault on truth by J. M. Masson . Middlesex: Penguin Books.

Varela, F. 1988 . Mind and nature. Lecture given at a conference, Hanover.