

El trauma psíquico y su impacto en un paciente afectado por el síndrome de Gilles La Tourette. Apuntes para una intervención psicoterapéutica

Psychic trauma and its impact on a patient affected by Tourette Syndrome. Notes for a psychotherapeutic intervention

José Antonio Gallastegui Galán

Servicio de Psiquiatría Hospital Clínico San Carlos (Madrid)
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
(Universidad Complutense de Madrid)

Resumen

El trauma psíquico es uno de los conceptos más usados, debatidos y cuestionados por los especialistas en psicoterapia durante de las últimas décadas. El término en sí encierra muchos significados y acepciones diferentes que varían en función del posicionamiento teórico con el que se aborde el trauma psíquico y del modelo terapéutico con el que lo trabajemos. El trauma psíquico, ¿es el pilar que origina la enfermedad mental? o ¿existen bases neurobiológicas que subyacen y predisponen al padecimiento y superación o no del trauma psíquico? Constatamos a diario en la práctica clínica que muchas personas que han sufrido situaciones de adversidad extrema y riesgo vital en su vida padecen traumas que paralizan su existencia; otras, en circunstancias similares, desarrollan proyectos de vida exitosos; aún no disponemos de una respuesta clara para ello. El caso aquí planteado pretende aportar alguna luz y abrir el debate y la reflexión sobre el peso de estos aspectos mediante el análisis de la intervención psicoterapéutica del caso expuesto.

Palabras clave: Trauma psíquico, Gilles La Tourette, Intervención psicoterapéutica, Resiliencia.

Abstract

Psychic trauma is one of the most widely used, debated and questioned concepts by psychotherapy specialists over the last few decades. The term has many different meanings that stem from a variety of considerations including the theoretical approach used to address the psychic trauma and the therapeutic model we work with. Is psychic trauma the main cause of mental illness? or, is there a link between underlying neurobiological bases and the predisposition to overcome or not a psychic trauma? Our Daily Clinical practice shows that many people who have experienced extremely adverse and life-threatening

situations suffer from traumas that paralyze their daily life. In contrast, other people in similar circumstances are capable to develop life plans successfully. We don't have a clear answer for it yet. The issue raised here intends to shed some light on the matter and to start both a discussion and a reflection on the importance of these aspects through the analysis of the psychotherapeutic intervention of the aforementioned case.

Keywords: Psychic trauma, Gilles la Tourette, Psychotherapeutic intervention, Resilience.

El concepto de trauma psíquico: origen y desarrollo

Desde el nacimiento del concepto de *trauma psíquico* hasta la actualidad nos encontramos con un largo recorrido desde las diferentes vertientes y orientaciones epistemológicas que se han ocupado del término con mayor o menor profundidad, aunque a nadie se le escapa que ha sido la corriente psicoanalítica la que con mayor profusión y detalle lo ha abordado.

El término trauma psíquico aparece por primera vez en la literatura psiquiátrica en 1894, en la obra de Pierre Janet, ampliado y revisado 25 años más tarde por él mismo, en su libro titulado *Les médications psychologiques* (traducido al inglés como *Psychological healing*).

El trauma psíquico es el resultado de una exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. (1894/1919, p. 5).

Janet explica que el trauma psíquico resulta inevitable, es algo que se impone al sujeto. Frente a ello, los mecanismos primarios de lucha o huida del ser humano no funcionan; el trauma es una situación en la que el organismo se expone a una situación extraordinaria que “rompe la homeostasis del sujeto” (1894/1919, p. 7).

A continuación Janet añade que el trauma es de carácter insoportable y por ello las experiencias traumáticas no pueden ser integradas en el mundo experiencial y en los recuerdos, por tanto no pueden ser narradas posteriormente por el sujeto. Las fuertes impresiones psíquicas y los pensamientos catastróficos ligados con el trauma quedan, como medida de protección, separados, “desagregados”, del resto del psiquismo, y llevan una vida propia en el inconsciente. Allí quedan fijados, cristalizados o congelados; permaneciendo ininfluenciables o inmodificables a través de las funciones superiores de la consciencia incapaces de “corregir” dicha impresión en un yo, que, por otro lado, sigue con su desarrollo evolutivo (1894/1919, p. 9).

Charcot priorizó los aspectos emocionales en la génesis del trauma, como explica en su obra *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, “es siempre necesario, al lado del traumatismo, considerar el factor que muy probablemente haya tenido un papel más importante en la génesis de los accidentes” (citado en Palacios, 2013, p. 308). Con ello hacía referencia al terror experimentado por el paciente en el momento

del accidente o trauma más allá del daño producido por la herida en sí; Charcot, considerado como el precursor de la psicopatología moderna, fundó la escuela de neurología del Hospital de la Salpêtrière, donde desarrolló su labor docente durante décadas con obras tan relevantes como la citada. Freud fue uno de sus alumnos más destacados junto a Joseph Babinski, Gilles de la Tourette, Gilbert Ballet, Jean Leguirec y un largo etcétera de profesionales de la medicina de todos los países de Europa que pasaron por sus aulas.

Charcot introdujo un concepto relacionado con el trauma, muy usado por los psicoanalistas clásicos durante décadas, la *condition seconde* (citado en Gómez Pin, 2001, p. 54) refiriéndose con ello a un estado que parecía modular las acciones de los individuos sin que se dieran cuenta, es algo muy similar a lo que hoy día conceptuamos como lo inconsciente.

Josef Breuer fue otra de las grandes figuras de la psiquiatría y del psicoanálisis, trabajó durante varios años con Freud y se ocupó ampliamente del concepto de trauma psíquico; describió el conocido caso de Anna O descrito en *Estudios sobre la histeria*, escrito en colaboración con Freud (en Freud, 1895/1981a). En este caso observó que, al ser revivido por la paciente el incidente traumático, los síntomas parecían aliviarse. Sin embargo, Breuer y Freud observarían posteriormente una nueva situación en la que la aparición de síntomas en un momento determinado no parecía ser debida exclusivamente al trauma en sí como acto externo que realmente amenazara la vida del individuo, sino que tenía que ver más con la simbolización y representación mental de determinados sucesos vividos por la paciente durante su infancia. El incidente traumático de Anna O. tan solo sucedió en un sueño, sin embargo su capacidad para evocar respuestas profundamente emocionales y de carácter traumatizante era obvia. En diversas obras de Freud, la ya citada *Estudios sobre la histeria* y en *Las neuropsicosis de defensa* (1894/1981b), también recogida en sus obras completas, vemos que el trauma psíquico para Freud conlleva implícita una interacción entre el afuera y el adentro, entre lo que se sitúa fuera y lo que alberga dentro de sí la persona. Freud utilizó el concepto de trauma psíquico desde el comienzo de su obra y durante muchos años le otorgó una posición privilegiada, sin embargo en sus últimos años le fue restando importancia. En "El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos" (en Estudios sobre la histeria [Freud, 1893/1981a]), sostiene:

En la neurosis traumática, la verdadera causa de la enfermedad no es la leve lesión corporal, sino el sobresalto, o sea el *trauma psíquico*. También con relación a muchos síntomas histéricos nos han revelado análogamente nuestras investigaciones causas que hemos de calificar de traumas psíquicos. (p. 42).

Aunque formuló diversas concepciones acerca del trauma, la más conocida es la *económica*, conocida como también como *primera tópica freudiana* en la que define lo inconsciente, lo preconscious y lo consciente, refiriéndose al concepto de trauma como el resultante de un "exceso de excitación neuronal" (1940/1981a, p. 51) que tenía su origen en experiencias tempranas del individuo las cuales, al no poder ser derivadas por vía motriz ni integrarse asociativamente, se extraviaban y diluían en el sistema nervioso. Freud explica que encontró en el tratamiento con sus pacientes sucesos relacionados con experiencias sexuales tempranas traumáticas y como consecuencia de ello sufrían por hechos que habían sido registrados en su memoria, pero que según Freud "no circulaban de forma libre", sino que habían quedado reprimidos y empujados al "terreno de lo inconsciente" (1940/1981a, p.52), transformándose estas experiencias traumáticas

tempranas en síntomas que el paciente exhibiría en su comportamiento externo adulto. En esta obra Freud y Breuer nos explican que:

El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico es un recuerdo inconsciente o, expresado con mayor propiedad, pertenece al estado segundo de consciencia que toda histeria presenta en forma más o menos altamente organizada. Por tanto, dicho recuerdo falta totalmente en la memoria del paciente cuando éste se halla en su estado normal, o bien solo aparece de manera sumaria. Si logramos atraer tal recuerdo totalmente a la consciencia normal, cesa su capacidad de producir ataques. En el curso del ataque mismo el paciente se encuentra total o parcialmente sumido en el estado segundo de consciencia. (1940/1981a, pp. 52-53).

De este modo, la histeria pasó de ser vista como un problema neurológico con bases genéticas a ser analizada como un fenómeno que debía tratarse desde la óptica psicológica.

Sin embargo, el propio Freud abandonó en parte esta teoría de la seducción como explicación etiológica única de las neurosis introduciendo a finales del siglo XIX la teoría de la sexualidad infantil y la fantasía edípica. De este modo, las situaciones traumáticas paradigmáticas resultarían de la confluencia de la ansiedad de castración, la ansiedad de separación, la escena primaria y el complejo de Edipo. Así, el trauma pasaría a ser el producto de la lucha de los instintos sexuales y la lucha de diferentes instancias psíquicas, el yo contra el ello, llegando de este modo a lo que se conoce como *segunda tópica freudiana*, descrita en su obra *El yo y el ello* (1923/1981e), en la que imperaba la fantasía inconsciente y la realidad psíquica interna.

Ya en su trabajo de 1920, *Más allá del principio del placer*, Freud se dio cuenta, a través de los sueños repetidos de las personas que habían sufrido traumas, de un fenómeno al que denominó *compulsión de repetición* relacionándolo con el instinto de muerte:

Los hechos que nos han movido a opinar que la vida psíquica es regida por el principio del placer hallan también su expresión en la hipótesis de que una de las tendencias del aparato anímico es la de conservar lo más baja posible o, por lo menos, constante la cantidad de excitación en el existente. Esta hipótesis viene a expresar en una forma distinta la misma cosa, pues si la labor del aparato anímico se dirige a mantener baja la cantidad de excitación, todo lo apropiado para elevarla tiene que ser sentido como antifuncional; esto es, como displaciente. El principio del placer se deriva del principio de la constancia, el cual, en realidad, fue deducido de los mismos hechos que nos obligaron a la aceptación del primero. (1920/1981d, p. 2508).

Freud alude a la tendencia a la estabilidad en base al principio de Fechner, quien habla de las sensaciones de placer y displacer. Para aclarar este asunto, en la misma página de esta obra Freud dice:

Más fuérganos el decir ahora que es inexacto hablar de un dominio del principio del placer sobre el curso de los procesos psíquicos. Si tal dominio existiese, la mayor parte de nuestros procesos psíquicos tendría que presentarse acompañada de placer o conducir a él, lo cual queda enérgicamente contradicho por la experiencia general. Existe, efectivamente, en el alma fuerte tendencia al principio

del placer; pero a esta tendencia se oponen, en cambio, otras fuerzas o estados determinados, y de tal manera, que el resultado final no puede corresponder siempre a ella. (1920/1981d, p. 2508).

Por otro lado Laplanche y Pontalis en *Diccionario de psicoanálisis*, dicen:

En la literatura psicoanalítica la discusión sobre este concepto es confusa y se renueva con frecuencia: obliga a definirse acerca de los conceptos cruciales de la obra freudiana tales como el de principio de placer, pulsión, pulsión de muerte, ligazón. (1996, p. 68)

Finalmente, en *Más allá del principio del placer*, Freud afirma:

El instinto reprimido no cesa nunca de aspirar a su total satisfacción, que consistiría en la repetición de un satisfactorio suceso primario. Todas las formaciones sustitutivas o reactivas, y las sublimaciones, son insuficientes para hacer cesar su permanente tensión. De la diferencia entre el placer de satisfacción hallado y el exigido surge el factor impulsor, que no permite la detención en ninguna de las situaciones presentes, sino que, como dijo el poeta, “tiende, indomado siempre hacia adelante” (Fausto, I). (1920/1981d, p. 2528).

Esto daría paso a su conocida teoría dual instinto de vida versus instinto de muerte, centrándose de este modo el concepto de trauma en una dualidad intersistémica e instintiva; mientras la teoría traumática de la neurosis pasaría a ocupar un segundo lugar. Justo antes del final de esta obra Freud nos dice:

Es también harto extraño que los instintos de vida sean los que con mayor intensidad registra nuestra percepción interna, dado que aparecen como perturbadores y traen incesantemente consigo tensiones cuya descarga es sentida como placer, mientras que los instintos de muerte parecen efectuar silenciosamente su labor. (1920/1981d, p. 2541)

En *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud realizó la última reelaboración del concepto de trauma psíquico, poniendo en relación la angustia, el conflicto psíquico y las alteraciones del yo, así como el carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas. Freud dice que “la inhibición es la expresión de una *restricción funcional del ‘yo’*, restricción que puede obedecer a muy diversas causas” (Freud, 1926/1981e, p. 2835). En el apartado II de esta obra Freud afirma:

Los rasgos fundamentales de la formación de síntomas han sido ya estudiados por nosotros hace mucho tiempo y esperamos haberlos fijado indiscutible y definitivamente. El síntoma sería, pues, un signo y un sustitutivo de una expectativa de satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión. (1926/1981e, 2836).

Finalmente, ya en una de sus obras últimas, *Moisés y la religión monoteísta*, Freud conceptualizó el trauma psíquico como impresiones únicas o repetidas y hablaba de vivencias tempranas, que eran olvidadas y reprimidas y adquirirían gran relevancia en la etiología de las neurosis:

Sucede que un hombre abandona, al parecer indemne, el lugar donde le ha ocurrido un accidente pavoroso, como, por ejemplo, un choque de trenes; mas en

el curso de las semanas siguientes produce una serie de graves síntomas psíquicos y motores que solo pueden atribuirse a la conmoción sufrida o cualquier otro factor que a la sazón hubiese actuado. Decimos que este hombre padece ahora una “neurosis traumática”. Esta parecería ser totalmente incomprensible, es decir, representa un hecho nuevo. El intervalo transcurrido entre el accidente y la primera aparición de los síntomas se denomina “periodo de incubación”, aludiendo claramente a la patología de las enfermedades infecciosas. Profundizando el examen, debe llamarnos la atención que, pese a sus discrepancias fundamentales, el problema de la neurosis traumática y el del monoteísmo judío tiene un punto de coincidencia: su rasgo común, que quisiéramos calificar de *latencia*. (1939/1981f, p. 3280).

A lo largo de toda su obra Freud osciló entre estos dos polos opuestos, lo externo y lo interno, y esta dualidad, permanece vigente a día de hoy.

Dentro del paradigma psicoanalítico han sido numerosos los autores que además de Freud se han ocupado del término: Ferenczi, Abraham, Klein, Bion, Kardiner, Lacan, Fairbairn, Winnicott, Kout, Balint, Bowlby, Ana Freud, etc. (Gallastegui, 2018). Tras los psicoanalistas clásicos llegamos a la corriente denominada psicoanálisis relacional, representada entre otros por Sullivan, Fromm o Horney o la teoría intersubjetiva de Storolow y Atwood, también conocida como corriente culturalista. Por último aparece el psicoanálisis relacional que se ha desarrollado especialmente en Estados Unidos a lo largo de las tres últimas décadas. La obra que da origen a esta corriente proviene de Stephen A. Mitchell (1993), y aunque siguen hablando de las pulsiones, consideran a la persona no ya como ser individual, sino como ser social, por lo que sus necesidades solo podrán ser satisfechas dentro del contexto social. El centro de interés dejará de estar ya en la mente aislada y se centrará en la estructura de la relación; en la conexión establecida entre dos personas. Hoy en día la teoría explicativa más potente y con mayor consenso internacional es la denominada teoría de la mentalización, magistralmente definida por Fonagy y su equipo a lo largo de sus numerosas investigaciones durante las últimas dos décadas. Sin embargo, en un tema sumamente complejo como es el trauma psíquico existen numerosos puntos de vista y abordajes posibles que debemos contemplar. Por ello en este artículo voy a centrarme en el análisis de las teorías de Peter Levine que aportan una visión muy interesante y novedosa para la concepción y tratamiento del trauma psíquico, teoría que por otro lado sustenta aspectos básicos del tratamiento que planteo con el caso que describo.

El caso que aquí presento ha sido abordado clínicamente desde un punto de vista focal, entendiendo el foco como el aspecto de interés básico a la hora de ayudar al paciente analizando y desgranando las ansiedades y defensas que acompañan al conflicto o conflictos del paciente; uno de los objetivos básicos de la terapia focal es hacer consciente los mecanismos de defensa utilizados por el paciente con el fin de agrandar y reforzar su instancia yoica. En esta línea de trabajo las áreas sobre las que he trabajado con este paciente pivotan en torno a su mundo interno y externo y, tienen como base, la transferencia y la contratransferencia, lo que constituye en esencia la *comprensión psicoanalítica*, eje vertebrador del tratamiento que desarrollo con el paciente ayudado como ya he indicado por las teorías de Peter Levine.

El síndrome de Gilles La Tourette y su relación con el trauma psíquico

Como ya he citado al comienzo del artículo, Guilles La Tourette fue alumno de Charcot. El síndrome de Guilles de la Tourette fue descrito por primera vez en 1885 por este neurólogo francés, quién estudió a varios pacientes que presentaban tics de diversos tipos (motores, fónicos, etc.) junto con otros trastornos (ansiedad, hiperactividad física y mental, depresión, falta de concentración, obsesiones, compulsiones, fobias, cambios de humor, impulsividad, etc.). Sin embargo, a principios del siglo XX la gran mayoría de los neurocientíficos perdieron interés por este tema y no fue hasta finales de los años sesenta, principios de los setenta del pasado siglo cuando un neurólogo estadounidense, el Dr. Shapiro, retomó de nuevo la investigación del síndrome de Tourette (ST) y otros trastornos asociados, tal y como se detalló en el I Congreso Nacional del Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados celebrado en Córdoba en el mes de septiembre de 2002. Este síndrome se conoce como una “enfermedad rara” (ER) por la escasa frecuencia con la que se da, aunque posiblemente este infradiagnosticado dado el desconocimiento del mismo existente incluso entre los propios profesionales sanitarios. En la memoria explicativa del congreso se indicaba que “En EE.UU se conocen unos 200.000 casos de personas diagnosticadas con este síndrome y se estima que en torno a un millón de personas lo pueden padecer y varios millones más sufren alguno de sus síntomas. Estos datos son fácilmente extrapolables a cualquier país del mundo pues en los estudios realizados no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a raza, cultura, clases sociales, aunque sí presenta de forma clara una mayor prevalencia en varones” (Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette, 2002).

En España se sigue considerando una ER y las estimaciones son que existen unos 4 o 5 afectados por cada 10.000 sujetos, aunque no existen estudios epidemiológicos concluyentes a fecha de hoy. Los datos están recogidos por las distintas asociaciones que trabajan con pacientes afectados de síndrome de Tourette (ST), y estas indican que quizás no lleguen a 1.000 los casos diagnosticados con precisión en España (datos expuestos en el congreso referido).

A lo largo de este congreso se subrayó también que una gran parte de estos pacientes sufren rechazo, burla, marginación y exclusión social y habitualmente presentan dificultades de integración socio-educacional y laboral y se produce en ellos una elevada frustración personal, baja autoestima, fracaso escolar y profesional, a pesar de que un elevado porcentaje de ellos tienen un cociente intelectual por encima de la media de la población. Esto hace que resulten especialmente vulnerables a las demandas de entornos hostiles y puedan sufrir con facilidad trauma psíquico.

La característica más común del ST radica en su heterogeneidad, existiendo diferentes niveles de gravedad y presentación clínica (ST puro, ST completo y ST plus). Son frecuentes los casos de personajes famosos del mundo entero de la política, la pintura, la música, el cine, o el deporte con ST que han tenido éxito, casos como por ejemplo el del lexicógrafo inglés, Dr. Samuel Jhonson, o el gran genio de la música Wolfgang Amadeus Mozart.

El ST comienza a manifestarse en la infancia/adolescencia y se encuentra actualmente incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición, American Psychiatric Association, 2013). En este se indica que debe observarse la presencia tanto de tics motores como al menos un tic vocal o fonatorio y que deben ser observables durante la enfermedad, aunque no necesariamente de forma simultánea en el tiempo. Los tics deben ocurrir muchas veces al día (generalmente en forma de salvas), casi todos los días o intermitente durante más de un año, y en este tiempo nunca ha debido

existir un periodo sin tics de más de tres meses consecutivos. El problema causa al paciente un marcado malestar o interfiere significativamente desde el punto de vista social, laboral, o en otras áreas funcionales. El inicio es anterior a los 18 años de edad y no es debido al efecto fisiológico directo de una sustancia (estimulantes), o una enfermedad médica (Corea de Huntington o encefalitis post-viral).

Cubo Delgado explica que si bien existen abundantes estudios sobre las bases neuro-anatómicas del síndrome, al igual que ocurre con otras enfermedades raras, no existe a fecha de hoy un consenso claro en cuanto a sus orígenes ni existen tratamientos eficaces al 100% para el ST. Se desconoce la localización neuro-anatómica precisa del ST, se cree que es un trastorno que afecta los ganglios basales y sus conexiones con la corteza cerebral y el sistema límbico. Al parecer es la dopamina el principal neurotransmisor afectado en el síndrome. Los datos que corroboran la hipótesis dopaminérgica de los tics se basan en observaciones indirectas, al responder claramente los tics a los fármacos antidopaminérgicos y se ha demostrado la existencia de una densidad mayor de neuronas en el estriado, una inervación incrementada dopaminérgica (en base a un aumento de los receptores dopaminérgicos) y una reducción de la estimulación glutaminérgica desde el núcleo subtalámico (Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette, 2002).

Lo que sí parece claro, finalmente, es que los pacientes afectados por el ST presentan una elevada comorbilidad con enfermedades mentales, en especial las relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y con frecuencia padecen también procesos depresivos de largo recorrido y con elevada frecuencia trauma psíquico.

La teoría de Peter Levine y su aplicación teórico-práctica en el caso descrito

Peter Levine centra sus estudios en el papel que la memoria juega en el trauma psíquico y, aunque es cierto que la memoria traumática ha sido objeto de numerosos estudios, la visión novedosa que aporta Levine de la misma ofrece ayudas importantes en el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes afectados por trauma psíquico. En concreto Levine (2018) centra su interés en la correlación o interconexión profunda que la memoria tiene con el cuerpo y nos habla de la importancia de crear una especie de *estado protegido de trance*, desde el cual observar el pasado traumático del paciente y explorar las huellas que el trauma ha dejado impresas en su cuerpo. Una experiencia psicológica, explica Levine, coincidiendo con lo descrito por Janet hace más de un siglo, deviene traumática cuando el organismo se siente abrumado y sobrepasado por dicha experiencia reaccionando ante la misma con parálisis e impotencia tras lo cual el cuerpo y la mente se colapsan. Por ello este autor propone abordar la *parálisis física*; la impotencia queda fijada en el cuerpo del sujeto y nos dice que debemos actuar sobre la misma para que el paciente pueda recuperar el control de su vida. Esta visión pone el epicentro en la importancia del cuerpo en el trauma; son numerosas las investigaciones y los autores contemporáneos que hablan del tema, así por ejemplo, Van der Kolk, uno de los grandes maestros contemporáneos en el trauma psíquico, explica en el prólogo de la obra de Peter Levine:

Peter Levine es un maestro a la hora de comprender el papel del cuerpo en el trauma. Cuando lo vi ejerciendo sus técnicas recordé a Moshe Feldenkrais quien afirmaba que no hay experiencias puramente psíquicas (o mentales): “la idea de las dos vidas, la somática y la psíquica... ha quedado obsoleta”. Nuestra

experiencia subjetiva siempre tiene una parte corporal, del mismo modo que todas las llamadas experiencias corporales tienen una parte mental. (Levine, 2018, pp. 16-17)

Gendlin (1981), en la misma línea de priorizar el cuerpo, es el creador de un método de tratamiento psicoterapéutico conocido como *focusing* habla de la *sensación sentida*, de que debemos acompañar al paciente a encontrar esa sensación o conciencia corporal que acompaña a toda experiencia, especialmente las traumáticas. Pero Levine va aún más allá y explica la importancia del tacto, del contacto físico entre las personas y de cómo puede y debe ser utilizado este en los tratamientos psicoterapéuticos. En esencia este autor nos muestra la necesidad que tiene el paciente de aprender nuevas formas de movimiento ya que de ese modo el sistema nervioso del sujeto podrá reorganizarse y crear nuevos patrones y conexiones neuronales. Alude Levine a la fuerza innata del individuo, al instinto, a la capacidad que el ser humano tiene para perseverar y reorganizarse. “De manera natural, cuando las respuestas corporales del cliente se elaboran y hacen conscientes en la seguridad del momento presente, los recuerdos procedimentales malogrados se resuelven en una experiencia correctiva intrínseca y surge una solución” (Levine 2018, p. 83). Levine anima a sus pacientes a que encuentren la “sensación sentida” sin que se sientan abrumados o sobrepasados por lo que les acecha. Levine en sus terapias suele hacer preguntas del tipo “notas que...” o “qué ocurre después de...”, con el fin de que el paciente pueda observar cómo se interconectan entre sí las rutas cerebrales que conectan lo emocional y lo racional (2018, p. 20). Con frecuencia en los pacientes traumatizados encontramos movimientos involuntarios, reflejos, que, a diferencia de los actos voluntarios, conllevan la participación de sistemas cerebrales diferentes como el cerebelo y el extrapiramidal.

Levine argumenta y defiende que la memoria tiene un “carácter reconstructivo”, que “selecciona los recuerdos permanentemente, los borra y los reorganiza, añade información sobre lo que realmente nos ocurrió y esto ocurre porque la memoria tiene una función adaptativa y de supervivencia en el sujeto” (2018, p. 31). Por ello el estado emocional en el que se encuentra el paciente tiene tanto peso en la manera en que recuerda un suceso determinado. Desde esta perspectiva parece evidente que modificar el estado emocional del paciente es fundamental a la hora de trabajar con el trauma. A diferencia de los recuerdos no traumáticos, la memoria traumática es fija, estática, son grabaciones impresas que no se modifican con facilidad, no se actualizan y se dejan influir por las nuevas experiencias.

Para Levine, en todo tratamiento psicoterapéutico del trauma psíquico debemos considerar la importancia de los tipos de memoria (2018, p. 108). Por un lado encontramos la

memoria explícita, que comúnmente se conoce como memoria declarativa, y dentro de ella está la memoria semántica y la memoria episódica. La memoria semántica se ocupa de significados y conocimiento general sobre el mundo y está exenta de emociones. Junto a ella tenemos la memoria episódica que, a diferencia de la semántica, está cargada de matices y emociones tanto positivas como negativas. A esta se la conoce también como memoria autobiográfica, ya que siempre que recordamos algo de nuestra vida suele ir asociado a experiencias de carácter positivo o negativo; casi nunca las experiencias vitales tienen un carácter neutro. Este tipo de memoria, la episódica, es la que nos ubica en el tiempo y en el espacio y comienza a desarrollarse en torno a los tres-cuatro años, cuando

el hipocampo comienza a ser funcional, aunque en ocasiones existen recuerdos episódicos que datan de edades más tempranas, sobre los dos o tres años.

Pero frente a estos tipos de memoria declarativa o explícita, Levine destaca el papel de la memoria implícita, de carácter emocional y procedimental. Esta memoria está cargada de calidez y emoción y no puede accederse a ella deliberadamente. Los recuerdos implícitos aparecen y se desvanecen y están organizados en torno a emociones y habilidades o procedimientos, lo que algunos autores han denominado patrones de acción. Si bien los recuerdos emocionales y procedimentales se entremezclan habitualmente entre sí, para Levine los recuerdos procedimentales ejercen aún una mayor influencia en nuestra conducta que los emocionales. Para explicar los recuerdos emocionales, Levine menciona a Darwin indicando que “las emociones son instintos universales compartidos por todos los mamíferos, entre los cuales nos encontramos” (Levine 2018, p. 52). A las emociones universales de sorpresa, miedo, rabia, repulsión, tristeza y alegría, este autor sugiere que deberíamos añadir la curiosidad, el entusiasmo, el gozo y el triunfo. Levine plantea que el objetivo y la función principal de la memoria emocional sería codificar las experiencias relevantes del ser humano, a modo de marcapáginas en un libro. Las emociones aportan una información muy importante en el ámbito social y de cara a la supervivencia son esenciales ya que ayudan a conformar respuestas inmediatas ajustadas a una situación concreta puesto que cuando interviene la corteza cerebral en la toma de decisiones estas son mucho más lentas. En este sentido, nos indica Levine, debemos subrayar que los recuerdos de carácter emocional se experimentan en el cuerpo en forma de sensaciones físicas.

Las emociones nos conectan con nosotros mismos y nos señalan aquello que necesitamos, son la forma que tenemos de relacionarnos con nosotros mismos y juegan un papel esencial en el autoconocimiento, son como nuestra voz interior, nuestra intuición. Las emociones son el *feedback* más importante para saber cómo estamos. Desde este punto de vista la *alexitimia* o incapacidad para conectar con nuestras propias emociones estaría muy relacionada con situaciones o vivencias traumáticas en el sujeto (Levine 2018).

Tratamiento psicoterapéutico en un caso de Guilles La Tourette

En uno de los programas de tratamiento que llevo en mi agenda profesional en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid, denominado Programa de Trauma Psíquico, tengo cinco pacientes afectados por el ST, cuatro de ellos son varones y una mujer. El caso que aquí presento es el de un paciente que llegó a mi consulta a finales del año 2014 con el diagnóstico de trastorno adaptativo laboral asociado a ansiedad y depresión. Este paciente, al que llamaré Samuel, es el menor de tres hermanos y en la actualidad supera los 50 años. Está casado y tiene un hijo adolescente con discapacidad, “siempre he tenido una conexión especial con mi hijo”, explica Samuel en una de sus sesiones, “lo veo frágil y delicado como yo, siento que si yo no le protejo, nada ni nadie lo hará. Es la persona que mejor me entiende a mí y a la que mejor entiendo yo”. Desde hace mucho tiempo su matrimonio no funciona bien, no se siente comprendido ni amparado por su mujer, dice de ella que no es mala persona, pero que es incapaz de comprenderlos a él y a su hijo. De hecho, muchas de las desavenencias importantes que tiene con ella vienen por los reproches que esta le hace al considerar que sobreprotege en exceso a su hijo y por las compras compulsivas que hace Samuel de jabones o productos de aseo y cuidado personal.

Cuando Samuel llegó a consulta, en el año 2014, sus preocupaciones principales giraban en torno a los problemas laborales en los diferentes centros en los que trabajó para su empresa y a la mala relación que mantenía con sus jefes. Samuel sufrió a lo largo de sus más de 20 años de trayectoria laboral diversas lesiones de espalda y rodilla derivadas de la fuerte implicación que ponía en su trabajo, lo daba todo en su profesión, explica el paciente; “creo que mis alumnos se merecen lo mejor y les doy el 100%; me cabrea mucho ver como otros compañeros míos pasan olímpicamente de sus alumnos y les tratan como a objetos, o en el mejor de los casos como a clientes”. Samuel ha presentado a la empresa para la que trabaja durante estos últimos años una variedad de informes médicos que avalan sus lesiones y ha solicitado por ello adaptaciones a su puesto de trabajo dado que existen ejercicios/actividades que están claramente contraindicados por sus lesiones; sin embargo su jefe -y en última instancia la empresa para la que trabaja, a quien ha remitido diversos escritos detallando sus lesiones y solicitando adaptaciones- no le ha facilitado ningún tipo de adaptación ni adecuación funcional a su puesto de trabajo. Finalmente, esto le ha conducido a sufrir bajas laborales, la última de ellas de más de doce meses de duración.

Durante los últimos años las lesiones se producían en cadena. Sin embargo Samuel por esa concepción personal de que “sus alumnos se merecen lo mejor” nunca ha dejado de hacer su trabajo lo mejor que sabía y podía, esforzándose al máximo, aunque ello fuera en detrimento y menoscabo de su propia salud. El resultado final de todo esto ha sido que Samuel se ha visto obligado a pasar, a finales del año 2018, un tribunal médico ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) el cual ha resuelto otorgarle una “incapacidad total para el ejercicio de su profesión habitual”, pese a existir sendos informes de su psiquiatra y míos en los que aconsejábamos que el paciente siguiera su vida laboral con las adaptaciones correspondientes; este hecho ha supuesto para Samuel un duro impacto emocional. “Lo he dado todo en mi vida laboral para que ahora mi empresa, lejos de ponerle las pilas a mis jefes, me considere como un desecho de tintera; me dejan tirado con más de 50 años en una esquina sin poder hacer aquello que más me gusta y para lo que estoy bien preparado”.

Durante estos años de terapia con Samuel han sido varios los focos trabajados. Uno de ellos ha girado en torno a su relación laboral, entre otras cosas porque era el motivo de consulta inicial; pero no ha sido este el foco principal ni el que más ha menoscabado su salud mental, aunque sí se puede afirmar que ha sido el que le ha dado la puntilla final, puesto que Samuel ha albergado siempre la esperanza de que la justicia pusiera a sus jefes en su sitio y le dieran un puesto de trabajo acorde a su discapacidad y limitaciones físicas.

Como ya he indicado, los tics y espasmos motóricos son característicos de los pacientes con ST, sin embargo durante el año 2014 estos tics no estuvieron presentes en Samuel y no es hasta la segunda mitad del año 2015 cuando tras sufrir un empeoramiento importante a nivel físico, los tics comienzan a reaparecer en el paciente. Llevo a cabo por esa época tres sesiones de pareja con el paciente y su mujer, y en ellas constato que su mujer no acepta y critica con dureza la relación de “excesiva protección” que Samuel tiene con su hijo; cree que lo va a malcriar y va a hacer de él un ser incapaz de afrontar el mundo y sus problemas con determinación, al igual que le ha pasado al propio Samuel. Por otro lado, le recriminaba con dureza algunas compras compulsivas que el paciente hacía de jabones de colores o perfumes que le resultaban atractivos por su diseño o forma. “Tiene el baño inundado de frascos, todos ellos ordenados por colores, tamaños, formas, y encima no le puedo tocar nada, no veas cómo se pone”, relataba su mujer. “Además se recluye y se encierra en el baño y se puede tirar allí más de media hora allí encerrado; a

veces tengo miedo de que le pase algo y le llamo, me pongo muy nerviosa, lo reconozco. Además, para colmo, nuestro hijo lleva el mismo camino y eso no lo puedo tolerar”, explicaba su mujer con gran angustia en estas sesiones.

A mediados del año 2017 fallece el padre de Samuel. Mantenía con ellos desde hacía mucho tiempo una relación muy distante puesto que nunca le habían entendido ni le habían aceptado como era, explica Samuel en las sesiones. “Yo para ellos siempre he sido el rarito, el diferente, bastaba que yo dijera una cosa para que en mi casa hicieran justo lo contrario”. Además, durante los últimos meses de su vida el padre de Samuel estuvo viviendo en una residencia por los problemas de Alzheimer que padecía y Samuel no tuvo conocimiento de ello hasta que la salud de su padre empeoró notablemente y ya le quedaba poco tiempo de vida; en esos momentos recibió una llamada de su hermana y al menos durante los dos últimos meses de su vida Samuel pudo visitar a su padre y abrazarlo, sintiendo con ello un gran alivio. Samuel comentaba con gran amargura y desazón en varias sesiones que no recibió la llamada de sus hermanos para decirle que su padre iba a fallecer hasta que esto ocurrió. “Una vez más me han demostrado que no valgo nada para ellos, que no me tienen en cuenta y que pasan por encima de mí, ni siquiera han tenido el gesto de llamarme para que le diera un último abrazo a mi padre”, relataba Samuel en una de las sesiones. Tras esto, detalla en diversas sesiones el trato recibido durante la infancia y adolescencia tanto por sus padres como por su hermano mayor, junto con algunas de las situaciones traumáticas que había mantenido durante mucho tiempo reprimidas, sin capacidad de evocarlas en modo alguno. Una de ellas tenía que ver con el recuerdo de cuando sus padres lo ataban a una silla de la cocina con correajes que rodeaban su cuerpo para que dejara de realizar los tics y movimientos que tanto odiaban y rechazaban de él. “Había tardes que venía del colegio estresado por alguna pelea con un compañero y al llegar a casa y hacer los tics mis padres me cogían y me sentaban en la silla de la cocina y me sujetaban allí durante horas hasta que llegaba la hora de cenar. Según ellos, lo hacían para que me tranquilizara y dejara de llamar la atención y hacer el ridículo ante los demás”.

Un recuerdo que Samuel relata con especial rabia y desolación tiene que ver con la conducta de su hermano mayor hacia él. “Uno siempre espera que su hermano mayor lo proteja y le cuide, sin embargo mi hermano mayor se burlaba de mí cuando jugábamos en la calle con otros amigos del barrio. Si me pegaban otros niños, en vez de defenderme, él miraba para otro lado o se burlaba de mí diciendo que era un enclenque de mierda, que tenía que crecer y hacerme fuerte”. Qué duda cabe que esa conducta abandonica y vejatoria de su hermano causó una enorme mella en el paciente y que la conducta de sobreprotección hacia su hijo, con discapacidad o sin ella, viene propiciada por la necesidad de compensar o contrarrestar el trato recibido por su hermano mayor y por sus padres. “A mí me han dañado y abandonado durante toda mi vida y no estoy dispuesto a que a mi hijo, lo que más quiero en este mundo, le pase algo similar a lo que a mí me ocurrió” relataba Samuel en las últimas sesiones del año 2018.

En una de las sesiones recientes, hacia el mes de noviembre de 2018, con motivo de la celebración del juicio por incapacidad ante el INSS al que fui citado como perito y tras la celebración del mismo, el paciente nos abrazó con fuerza y emoción a su abogado defensor y a mí diciendo: “Gracias, mil gracias porque nadie jamás en mi vida se había preocupado como vosotros por mí”. Yo le respondí que era una labor más que me tocaba realizar como facultativo del servicio de psiquiatría del hospital en el que trabajo, la de asistir a juicios y asesorar a la justicia en todo lo que se me pida, y que lo hubiera hecho por cualquiera; sin embargo le indiqué que en su caso concreto me sentía muy orgulloso

y feliz de haberle ayudado porque sabía, posiblemente mejor que nadie, lo que para él suponía esa ayuda.

En un caso tan complejo como el que presento son muchos los momentos y fases por las que atraviesa la terapia, sin embargo quiero destacar algunas de las sesiones finales del año 2018 que considero muy ilustrativas y que han supuesto un gran avance en el tratamiento del paciente. Tras la consulta de la obra anteriormente citada de Peter Levine, *Trauma y Memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo* (2018), analicé la intervención que este afamado psicoterapeuta llevó a cabo con un paciente suyo, también afectado de Tourette. Se trata de un caso que describe, el de Pedro (Levine, 2018, pp. 86-89), un adolescente de quince años que padece una grave claustrofobia, ataques de pánico y asma. En la entrevista con la madre, nos dice Levine, esta le refirió diversas caídas en la infancia con golpes fuertes en la cabeza. En concreto, con siete meses de edad Pedro se cayó de la cuna y se dio de bruces contra el suelo, ante lo cual la niñera que lo cuidaba, subestimando posiblemente el impacto de la caída cerró la puerta de la habitación, sin embargo el bebé se las apañó para gatear y acercarse a la puerta, momento en el cual la madre apareció y reprendió severamente a la asistente lo que, según Levine, probablemente asustara aún más al bebé. A los tres años, Pedro se cayó de una escalera que su hermano mayor dejó cerca; al subirse al tercer peldaño el niño se precipitó hacia atrás cayéndole la escalera encima. Posteriormente, a los 8 años, fue atropellado por un coche sufriendo un fuerte impacto en la cabeza y quemaduras por erosión tras lo que permaneció una semana en el hospital. Dos meses después de esta tercera caída aparecieron por vez primera los tics de Pedro.

En la primera intervención Levine destaca que observó cómo Pedro apretaba el puño intermitentemente prestando atención a ese gesto; en ese momento Levine le indica a Pedro que sintiera la sensación de apretar el puño poniendo su mente “directamente en el puño”. Para Levine, estas palabras ayudaron al paciente a conocer la diferencia entre pensar en la mano y observarla como una sensación física, aunque al principio es complicado que ocurra, según Levine, esto puede llegar de repente como una “mini revelación”, es algo así como aprender un nuevo idioma, explica el terapeuta. Tras observar en Pedro una emergente curiosidad le pidió que cerrara su mano lentamente y posteriormente la abriera también lentamente llevando su conciencia sensorial a ese movimiento continuo. Tras ello el paciente indicó que sentía el puño más fuerte, como que podía defenderse. Después le preguntó por lo que sentía cuando se abría el puño y el paciente dijo que era algo así como que “quería recibir algo”, deseaba superar sus ataques de pánico para ir a Disneyland. Tras ello le pregunta de nuevo Levine “¿Cómo te sientes con ese deseo?”, a lo que el paciente después de reflexionar contesta: “Tiene gracia, siento que el puño tiene el poder que necesito para superar mis problemas y después cuando abro la mano siento que puedo usar esa fuerza para conseguirlo”.

Como ya hemos visto anteriormente, Levine pone especial énfasis en las sensaciones corporales y sobre cómo estas permiten acceder a los recuerdos procedimentales, recuerdos implícitos que son esenciales y que, según el autor, las terapias cognitivas no tienen en cuenta ni tampoco los enfoques catárticos o psicodinámicos. Levine nos explica que él mismo ha acuñado un concepto, el de *pendulación*, que hace referencia al ritmo de contracción y expansión primaria del organismo. Señala que los sujetos traumatizados se quedan en lo que él define como *contracción crónica* y en ese estado de fijación piensan que nada más cambiará en sus vidas, lo cual deja al sujeto atrapado en sentimientos de desesperanza, impotencia y desesperación. El cuerpo, según Levine, se ha convertido en su enemigo. Estas sensaciones se perciben como el precursor del trauma y esta evitación

mantiene al sujeto atascado de forma permanente. Si invitamos al paciente a entrar en esas sensaciones durante unos instantes podremos ayudar al paciente a que entienda que puede sobrevivir a esa experiencia y esta no lo destruirá. Aunque al principio el paciente lógicamente se resistirá, sin embargo con un apoyo amable pero firme se abrirá a la curiosidad y abandonará sus resistencias. En definitiva, esta sensación de control sobre la sensación de movimiento interno y libertad de flujo hará que el paciente salga gradualmente de la terrible y absorbente trampa del trauma, nos dice Levine (p. 90).

Las aplicaciones teóricas y prácticas de Levine de la técnica *somatic experiencing* ofrecen un gran valor terapéutico añadido en el caso de Samuel, recordemos el valor y el significado que otorga a la memoria procedimental y a la memoria episódica; en este caso la aplicación de sus postulados me permitió dar, como digo, un paso gigante en el tratamiento con mi paciente (Levine, 2018, p. 47).

Desde la aparición de los tics en el transcurso de la terapia había dos que se repetían con gran frecuencia. En concreto, uno de ellos consistía en arquear ambas cejas hacia arriba de forma súbita, como si realizara un gesto de sorpresa, y el otro se centraba en un movimiento que Samuel realizaba con la mano derecha, partiendo de la mano pegada al cuerpo, la lanzaba hacia afuera con fuerza, como cuando alguien intenta apartar o desechar algo que le molesta en su cuerpo, o le asusta repentinamente. Cuando hablé con el paciente y le expliqué la base teórica de la experiencia sentida entramos a analizar el significado y significación que ambos tics podían tener para él. Aunque no creo en la magia, sino en el trabajo serio y concienzudo con el mundo experiencial y único de cada paciente, existen situaciones en toda terapia que parecen ser mágicas, al menos en alguna ocasión. Cuando analizamos y trabajamos en la terapia el significado del arqueado de las cejas hacia arriba, Samuel lo relacionó claramente con las situaciones en las que se sentía incomprendido y reprendido por sus padres y por su hermano mayor al contarles, por ejemplo, que había sido objeto de abuso en el colegio por algún compañero o circunstancias similares. Ese arqueado describía claramente para Samuel una sensación sentida, una experiencia somática, de sorpresa y estupefacción, de estupor y parálisis física ante la respuesta dada por su familia a las demandas de ayuda o apoyo que él les hacía, algo así como “no puedo creer lo que me decís” “pasáis de mí”, “no creéis lo que os cuento”. El tic venía a expresar somáticamente el asombro por no ser atendido ni entendido por aquellos que lo rodeaban, su familia, los que supuestamente debían cuidarle y protegerle de los males externos, que eran precisamente los que le acusaban de blando, cobarde y le tildaban de loco, raro y extravagante por hacer aquellos movimientos “tan incómodos” para ellos, lo que recordemos lo llevó en muchas ocasiones a ser atado a una silla durante horas para que “se relajara” y “no molestara a los demás”.

Respecto del segundo de los tics, el de la mano derecha, Samuel tampoco tardó mucho tiempo en conexionalo o relacionarlo con otra experiencia somática suya, con un recuerdo implícito refugiado en su memoria emocional, en este caso el que venía tras permanecer atado a la silla, una vez que era soltado, este tic tenía que ver con los movimientos que Samuel realizaba para zafarse de las ataduras, recuerda que lo hacía cuando estando atado, forcejeaba con las ataduras, y una vez soltado, permanecía confundido y desorientado durante un tiempo. En este segundo tic pudimos ver que resultaba el equivalente a un grito ahogado de rabia e impotencia, de protesta por la humillación sufrida. Era como decirle a sus padres y a su entorno agresor “idos a la mierda”, “fuera de mí”, “dejadme en paz”. Para Samuel, entender que estos movimientos no eran “extravagancias suyas sin sentido”, sino que respondían a una reacción instintiva

de su cuerpo de protesta y rabia en el segundo caso y de sorpresa y estupefacción en el primero, supuso un enorme alivio y sosiego.

Durante muchos años Samuel, pensaba, sentía, que estaba loco, creía que algo no funcionaba correctamente en su cabeza; ahora Samuel ve por fin que todo cobra sentido, ahora entiende que su cuerpo y su mente atrapados y paralizados en esos recuerdos infantiles reaccionaban ante un agresor externo; “gracias, José Antonio (terapeuta), gracias por quitarme la etiqueta de loco que siempre he llevado conmigo”. “No te la he quitado yo”, le respondí, “has sido tú solo quien ha llevado a cabo este proceso y este *insight*, esta autoliberación”, añadí. “Eres una persona valiente, sensible e inteligente y cuando has recibido la ayuda necesaria, has podido entender algo que resultaba muy doloroso para ti; que tu entorno familiar te rechazaba y apartaba porque se asustaba y avergonzaba de unos gestos que no eran capaces de comprender y asimilar”. Después de esta devolución mía, Samuel llora como un niño pequeño en la silla de mi consulta durante varios minutos. Le pregunto entonces “¿Cómo te sientes ahora? ¿Qué sensación te llega?”, a lo que responde: “como un niño de 6 años que acude corriendo a los brazos de su padre para ser abrazado”. Inmediatamente como si de un acto reflejo se tratara, se levanta de la silla para darme un abrazo a lo que yo respondo con empatía recibiendo su abrazo, tras ello le acompaño de nuevo a la silla donde continúa llorando y gimiendo durante varios minutos más. Después, percibo en su cara un gran cambio, una sensación de alivio y relajación que nunca había observado en él hasta ese momento.

Después de esta sesión mágica continuó trabajando con Samuel las habilidades sociales, en especial aquellas que tienen que ver con la asertividad y la expresión de sus emociones, sobre todo las de agrado y desagrado, ya que Samuel siempre se ha guardado las cosas para sí mismo. Era incapaz de mostrar su malestar en el momento ni de reaccionar adecuadamente de manera asertiva ante las críticas, o ante los comentarios hirientes o mal intencionados de algún compañero y/o jefe suyo. Recordemos que se trata de un paciente al que no se le había permitido nunca vehicular mediante la palabra sus emociones y, si lo hacía, si se atrevía a ello, siempre era rechazado, no escuchado o ignorado. Curiosamente a lo largo de toda su trayectoria profesional en la que puso toda su energía por hacer su trabajo con corrección y profesionalidad tampoco recibió jamás el reconocimiento ni de su jefe ni de la institución para la que trabajó durante tantos años (en torno a veinte).

Tras el reconocimiento de su incapacidad por parte de la administración estamos trabajando en la necesidad e importancia de recrearse en sus hobbies, de revivirlos, de sentir que puede y tiene derecho a hacer aquello que le gusta sin dar explicaciones a nadie. Samuel comparte conmigo en las últimas sesiones de 2018 algunas poesías que tenía escritas y ocultas en un cuaderno cuando siendo adolescente quedó prendado de una chica guapísima de ojos verdes a la que conoció en los ochenta cuando hacía pinitos en el mundo de las pasarelas y de la moda, algo que, curiosamente, era fuertemente rechazado por sus padres por tratarse de “cosas de maricas”.

En la obra citada de Levine, *Trauma y Memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo*, en un apartado del libro que titula “Sobre la voluntad de perseverar”, el autor dice:

Mis cuarenta y cinco años de trabajo clínico me confirman la existencia de un instinto fundamental y universal orientado a la superación de obstáculos y el restablecimiento del equilibrio interno: el instinto de perseverar y sanar tras pasar por sucesos y pérdidas sobrecogedoras. Además sospecho que este instinto tiene

su huella física en una voluntad de origen biológico para perseverar y triunfar ante los desafíos y las adversidades. Cualquier terapeuta que se precie de serlo, no solo reconocerá esta capacidad primordial de hacer frente a las adversidades, sino que también comprenderá que su papel principal no es “aconsejar” “curar” o “arreglar” a sus clientes, sino apoyar este impulso innato de perseverancia y triunfo. (2018, p. 100).

Por desgracia para muchos pacientes esta revelación no llega, por muchas cuestiones. Los pacientes que tratamos en el programa Trauma Psíquico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en su mayor parte llevan muchos años de contacto y tratamientos con salud mental, recibiendo en ocasiones múltiples diagnósticos. A veces la adherencia o identificación con uno o varios de estos diagnósticos frenan la evolución del paciente o le impiden hacer frente a su responsabilidad personal propia. Los diagnósticos que otorgamos a nuestros pacientes en ocasiones, en un primer momento pueden ayudarles a entender que no están solos, que les vamos a ayudar ya que están dañados y necesitan nuestra ayuda, sin embargo, cuando abordamos la necesaria separación o desvinculación del terapeuta y los ponemos frente a su vacío personal, muchos pacientes hacen actos o adoptan posiciones sumamente regresivas volviendo a reaparecer síntomas o reacciones que ya habían desaparecido.

En un grupo de trabajo en que participo en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, compuesto por psicólogos clínicos y psiquiatras, he presentado este caso y hemos llegado a la conclusión de la necesidad de abordar y trabajar la compulsión de repetición, motivo por el cual posiblemente Samuel esté rechazando a su mujer, al igual que lo hiciera con su madre, la cual presentaba frecuentes comportamientos histéricos (recuerda Samuel que en diversas ocasiones vio a su madre patear tirada en el suelo gritando por problemas en su relación marital); madre que por otro lado fue incapaz de contenerlo y arrojárselo. También hemos visto la importancia de trabajar la necesaria separación de su hijo y de facilitarle su propio camino, puesto que su conducta sobreprotectora está limitando su desarrollo psicológico, lo que a su vez le ha reprochado su mujer en numerosas ocasiones. No todo es siempre tan bonito ni tan exitoso como desearíamos, pero disponemos de potentes herramientas terapéuticas a nuestro alcance y debemos desplegarlas todas para ayudar “temporalmente” a nuestros pacientes traumatizados en el recorrido de su vida.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª ed.). Madrid, España: Panamericana.
- Asociación Andaluza de Pacientes con Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados. (septiembre, 2002). Primer Congreso Nacional de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados. Recuperado de https://www.tourette.es/wp-content/uploads/2018/03/Congreso_Tourette-Libro_-1.pdf.
- Freud, S. (1981a). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas* (Vol. I, pp. 39-168). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1895).
- Freud, S. (1981b). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas* (Vol. I, pp. 169-177). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1894).
- Freud, S. (1981c). El yo y el ello. En *Obras Completas* (Vol. III, pp. 2701-2728). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1923).
- Freud, S. (1981d). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas* (Vol. III, pp. 2507-2541). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1920).

-
- Freud, S. (1981e). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas* (Vol. III, pp. 2833-2883). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1926).
- Freud, S. (1981f). Moisés y la religión monoteísta. En *Obras Completas* (Vol. III, pp. 3241-3324). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1939)
- Gallastegui, J. (2018). *El tratamiento psicoterapéutico del trauma psíquico*. Barcelona, España: Octaedro.
- Gendlin, E. (1981). *Focusing: proceso y técnica del enfoque corporal*. Bilbao, España: Mensajero.
- Gomez Pin, V. (2001). *El psicoanálisis, justificación de Freud*. Barcelona, España: Montesinos.
- Janet, P (1919). *Psychological healing*. Nueva York, Estados Unidos: Macmillan. (Obra original publicada en 1894).
- Levine, P (2018). *Trauma y memoria. Cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo*. Barcelona, España: Eleftheria.
- Mitchell, S. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis: Una integración*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.
- Palacios, F. (2013). *Depresión siglo XXI*. Bloomington, Estados Unidos: Palibrio.