

CAPÍTULO 6.

LA EVOLUCIÓN DE LA TEORÍA TRAUMÁTICA EN EL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO

Ángeles Codosero Medrano

En el presente capítulo intentaré mostrar la manera como ha evolucionado la teoría traumática a lo largo de la historia del pensamiento psicoanalítico, desde sus inicios, hasta el momento actual. Entiendo como teoría traumática el estudio de los efectos de las carencias o fallas de la díada niño-cuidador, o sea el trauma psíquico temprano, a diferencia del concepto de trauma entendido como un acontecimiento externo y violento al que se encuentra sometido un sujeto: guerras, torturas, secuestro, abuso sexual, maltrato, abandonos, fallecimientos, etc. Es conveniente hacer esta diferenciación, ya que muchos autores lo utilizan indistintamente, y otros, como iremos viendo, no hacen mención explícita del trauma en sus trabajos, aunque parece evidente que lo sobreentienden. Como es natural, la distinta utilización del concepto de trauma se encuentra estrechamente vinculado con la orientación analítica a la que cada autor está adscrito, debido a que la cuestión de los efectos del trauma psíquico ha sido siempre asunto de gran interés para el psicoanálisis, y, a la vez, uno de

los más controvertidos, dado que va a desembocar en el clásico debate realidad externa (objetiva) versus mundo interno/fantasia.

1. Introducción.

La teoría traumática ha constituido un tema fundamental en el pensamiento psicoanalítico, desde los primeros estudios de Freud hasta las últimas décadas. En la actualidad, se ha rescatado y enriquecido con las aportaciones del desarrollo infantil temprano y la teoría del apego, y a través de su relación con la neurociencia cognitiva y la neurobiología.

El concepto de trauma psíquico temprano, como iré desarrollando, se ha ido situando a lo largo del pensamiento psicoanalítico en un contexto bio-psico-social, marco de referencia para el psicoanálisis relacional. El trauma psíquico temprano conlleva siempre una interacción o interjuego entre el afuera y el adentro. Desde el punto de vista del psicoanálisis relacional, es la causa primera de las perturbaciones psíquicas, y, en lo que expondré a continuación, se pondrá de manifiesto que antes es la relación y luego el conflicto interrelacional, que se ha interiorizado como pautas de procedimiento. Este conflicto, es causado por la interiorización de configuraciones relacionales distintas y difícilmente conciliables entre sí; por ejemplo, la madre que en ocasiones

ama y cuida, y la madre que en otras ocasiones es distante, fría y no comunicativa. En el proceso terapéutico, las pautas de procedimiento del estar con el otro que exterioriza el paciente irán poniendo de manifiesto estas diferentes configuraciones relacionales que se expresan en la relación con el terapeuta.

2. Perspectiva histórica

2.1. Los avances científicos revalorizan la teoría traumática

Para poder entender, desde una perspectiva lo más amplia posible, el momento actual de la teoría traumática dentro del pensamiento psicoanalítico, es conveniente hacer un recorrido sobre su evolución a lo largo de generaciones de analistas. A través de un cuidadoso examen del despliegue de la teoría traumática, llegaremos a percatarnos de que nunca ha desaparecido por completo dentro del pensamiento psicoanalítico, y veremos cómo en el contemporáneo psicoanálisis relacional ha sido totalmente recuperada. El progresivo rescate de la teoría traumática -es decir, de la relación entre el crecimiento mental y sus posibles perturbaciones causadas por la realidad traumática- se halla íntimamente vinculado con el avance de otras disciplinas, como la neurobiología, las ciencias cognitivas y los estudios detallados de la observación de la

relación bebé-padres. En varios de los capítulos precedentes hemos visto el esfuerzo de muchos autores por establecer una conexión entre estas disciplinas y el psicoanálisis, y continuaremos viéndolo en el presente capítulo.

2.2. El giro de Freud: de la seducción al deseo de ser seducido.

Merece recordarse que las primeras teorías psicoanalíticas se desarrollan en la atmósfera de furor científico de finales *del* siglo XIX y principios del siglo XX, en el seno de la cual prevalecía la creencia de que la ciencia y la tecnología serían capaces de proveer de conocimiento y libertad a la humanidad, y que si bien es cierto que esta posición, llevada a un extremo, podría ser considerada como "una nueva religión", no es menos cierto que este pensamiento surge, también, como respuesta al integrismo de las religiones; esta actitud, contrasta con el hecho de que en la actualidad la ciencia, sin menoscabar la importancia que se le concede, no pasa de ser otro de los intereses de la sociedad.

En la construcción de las primeras teorías de la psique Freud, utilizó el concepto de trauma desde buen comienzo, aunque posteriormente le concedió menos importancia. No hemos de olvidar que el concepto provenía del lenguaje médico, y era a los médicos a quienes Freud se dirigía

En sus primeros intentos de conceptualización, Freud concebía el trauma psíquico como esencialmente producido por un acontecimiento traumático, es decir, por un factor ambiental que invade al yo y que no puede ser descargado por reacción, viendo, por tanto, negada su salida por elaboración asociativa, ya sea porque el acontecimiento traumático coincide con un estado hipnóide, disociado de la conciencia, o por tratarse de un acontecimiento especialmente doloroso. Debido a esta idea, Freud estableció una definición metapsicológica fundamentalmente económica: partió de la idea de que el trauma psíquico es un exceso de excitación neuronal que se desprende de experiencias tempranas de la infancia, siempre de carácter sexual y que, al no poder ser derivado por vía motriz ni integrarse asociativamente, se extravía en el sistema nervioso. Sin embargo, no se sintió satisfecho con la simple clasificación de las alteraciones nerviosas, sino que quiso entender las dinámicas que participan en sus procesos internos y por ello desarrolló su teoría basándose en la etiología sexual de las neurosis (1895-1896) y apoyándose en el hecho de que las pacientes histéricas que trataba narraban uno o más sucesos de experiencias sexuales prematuras. Las pacientes histéricas, según pensó Freud, sufrían por hechos que habían sido registrados en su memoria y que no circulaban

de forma libre, sino que habían sido reprimidos y empujados fuera de la consciencia, siendo allí donde se transformaban en los síntomas que las pacientes mostraban en su comportamiento externo. Por este motivo, la histeria pasó, de ser considerada un problema neurológico con bases hereditarias, a un fenómeno que debía ser estudiado por la psicología, ya que se manifestaba en alteraciones psíquicas. Esto, dedujo Freud, se debía a que toda excitación que el sistema nervioso no podía resolver por medio del pensamiento asociativo o de la reacción motriz se expresaba como un síntoma.

En 1896, Freud introdujo su teoría del psicoanálisis, y clasificó las neurosis en dos grandes grupos: neurosis actuales y psiconeurosis (histeria y neurosis obsesiva). Las primeras las explicó con criterios económicos y para las segundas estableció la etiología traumática sexual, causada por experiencias de seducción en la infancia por un adulto. Además, propuso el método de la asociación libre como técnica y mantuvo el criterio de que los síntomas eran, a la vez, una defensa contra el recuerdo reprimido y una satisfacción encubierta.

Sin embargo, al cabo de un año y medio, Freud abandonó la teoría de la seducción ¿o abuso? sexual como explicación etiológica de las neurosis, tal como queda expuesto en capítulo 1.

Freud presentó cuatro razones, para justificar el abandono de su primitiva teoría. En primer lugar, esta última no le había permitido tratar de manera suficientemente satisfactoria a sus pacientes, a lo que se añadía el abandono de algunas de ellas, la demora de la mejoría y la ausencia un éxito completo. En segundo lugar, un gran número de padres habrían tenido que ser acusados de perversión sexual. En tercer lugar, Freud creía que la mente inconsciente probablemente no podía distinguir entre la realidad y la ficción investida con afecto; una idea que luego evolucionó hasta convertirse en el complejo de Edipo. Y, en cuarto lugar, constató que las memorias inconscientes de los pacientes en estado de psicosis avanzada casi nunca revelaban experiencias sexuales de la primera infancia. A partir de este momento, Freud otorgó la máxima importancia a las fantasías inconscientes como causa de las neurosis. Se trataría, en realidad, de fantasías que expresaban el deseo de ser seducido. De esta manera, introdujo la teoría de la psicosexualidad infantil y la fantasía edípica.

De acuerdo con esta idea, las situaciones traumáticas paradigmáticas pasaron a ser: la ansiedad de castración; la ansiedad de separación; la escena primaria; y el complejo de Edipo. En estos momentos, Freud concebía el trauma como producto de la lucha de los instintos sexuales y

la lucha del yo contra ellos. En esta nueva teoría, domina la fantasía inconsciente y la realidad psíquica interna.

Se han formulado muchas conjeturas sobre lo que motivó, realmente, el cambio de teoría. Por una parte, están quienes consideran que Freud no se atrevió a denunciar los abusos sexuales que habían sufrido muchos pacientes durante la niñez y que traicionó la verdad que le mostraban sus propios historiales clínicos. Tal vez, apuntan otros, influyó en su decisión el temor a que su propio padre quedara involucrado en esta acusación, como se ha puesto de relieve en el capítulo 1. En el extremo opuesto se encuentra lo que se considera la posición del pensamiento psicoanalítico "oficial", desde la que se juzga que el abandono de la teoría traumática o de la seducción, para reemplazarla por la teoría de las fantasías inconscientes, marca el comienzo del "verdadero" psicoanálisis.

En Más allá del principio del placer (1920), queda claro que, para Freud, la teoría traumática de la neurosis pasó a desempeñar un papel poco importante; y, sin embargo, la existencia de las neurosis por accidente y, sobre todo, de las neurosis de guerra, volvió a situar en el primer plano sus preocupaciones respecto al trauma, dado que no conseguía explicar satisfactoriamente este tipo de neurosis, cosa que le llevó a intentar

profundizar en ellas. Este interés le permitió percibir, a través de los sueños repetidos de las personas que habían sufrido un trauma, algo que no se ajustaba al principio del placer, y describió este algo como la compulsión de repetición que se instaura más allá del principio del placer y lo desborda. A partir de aquí, llamó traumáticas a las excitaciones externas muy intensas capaces de traspasar la protección de la barrera antiestímulo. El concepto de trauma lo relacionó con las barreras frente al estímulo. La idea era que un suceso, como un trauma externo, provoca una enorme perturbación en la economía energética del organismo y moviliza todas las defensas; pero como el principio del placer es desbordado, no puede impedir que el aparato psíquico quede invadido por grandes cantidades de energía; a partir de aquí, la tarea es la de dominar al estímulo y ligar psíquicamente los volúmenes de estímulos con el fin de reconducirlos, para su tramitación. El que se forme o no una neurosis traumática dependerá de si el sistema está desprevenido o preparado. Los sueños tratarían de recuperar el control del estímulo, produciendo angustia, ya que su carencia fue la causa de la neurosis traumática. De esta manera, intentó Freud salvar la diferencia entre las neurosis traumáticas y las neurosis por conflictos intrapsíquico, considerando que las primeras se producían por un conflicto yoico.

Finalmente, relacionó la compulsión de repetición con una supuesta pulsión de muerte (García-Castrillón, 2010). De esta manera, dio paso a su teoría dual: pulsión de vida y pulsión de muerte. En esta obra (1920), Freud da un giro completo al concepto de trauma y lo ve como inherente a la estructura misma del aparato psíquico, centrándolo en un marco de referencia intersistémico e instintivo, inherente o propio del aparato psíquico, pero no entendido como que es algo externo que se vuelve interno.

2.3. Los problemas con el trauma del nacimiento

En 1923, uno de los discípulos más cercanos a Freud, Otto Rank, publicó *El trauma del nacimiento*. La idea central parte de una idea de Freud sobre la primera angustia psíquica relacionada con el nacimiento. Rank, desarrolló la idea de que la angustia experimentada en el nacimiento se debe a la separación biológica, lo cual supone para el niño separarse de un mundo, el útero materno, para ingresar en otro mundo diferente, el mundo externo. Rank juzgó este hecho como el factor determinante del desarrollo mental del individuo, y, por lo tanto, en la formación de las neurosis. El ser humano, cuando nace, lo hace envuelto de angustia, lo que hace que ésta sea anterior al destete, la castración y la sexualidad. Por tanto, este autor dio primacía al

papel de la madre en el desarrollo del niño, reconociendo la importancia de los procesos de separación e individualización. Para Rank, el principal objetivo de la terapia es la superación de la fijación a la madre a través de la repetición continuada del trauma del nacimiento, por lo que, por primera vez, se enfatizó el aspecto emocional sobre el intelectual. Se considera que ésta tesis influyó en muchos analistas de su época, entre ellos Melanie Klein, que por aquel entonces estaba estudiando algo similar; en Bowlby y su teoría del apego y la angustia de separación, y en otros muchos que se ocupaban en aquella época del desarrollo infantil, como Winnicott.

La obra de Rank fue bien recibida, en principio, por Freud, pero con posterioridad fue motivo de disputa y polémica -más bien por parte de los discípulos más cercanos- dado que se consideró que no daba la suficiente importancia al Complejo de Edipo, lo que llevó a que se produjera una ruptura lamentable para el psicoanálisis. Fruto de esta polémica, Freud se sintió estimulado a efectuar una revisión de la teoría de la ansiedad, la cual llevó a cabo en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) como respuesta a los argumentos que Rank expresa en el trauma del nacimiento. Freud hizo la última reestructuración del concepto de trauma, relacionándolo con la angustia. Correspondiendo a

una señal que procede del yo, postuló una angustia automática que aparece cuando se da una situación traumática, en la cual el sujeto queda desvalido y el yo, invadido por una acumulación de excitación, ya sea de origen externo o interno, no puede formar defensas adecuadas y, como consecuencia, se produce una desorganización del aparato psíquico. Cuando los peligros son de origen interno, estos cambian en distintas etapas de la vida y tienen, como carácter común, la separación o pérdida de un objeto amado: el nacimiento, la pérdida de la madre como objeto, la pérdida del pene, la pérdida de amor del objeto, la pérdida del amor del superyo; y relacionó esto último con el miedo a la muerte o como un miedo a la pérdida de la protección del destino. La diferencia con Otto Rank es que, a pesar de que Freud parece que habla de objetos externos cuando hace referencia a la pérdida de amor y cuidados del superyo, está hablando de objetos internos.

Existe, para Freud, otra fuente de formación de angustia que procede del yo; éste construye la angustia señal, la cual, a través de mecanismos de defensa, sirve para evitar el desarrollo de la situación traumática y la angustia consecuente.

Sin embargo, en *Análisis terminable e interminable* (1937), Freud indica que un tratamiento será de pronóstico más favorable en los casos de origen traumático que en los de

origen constitucional. Trata a las perturbaciones neuróticas, desde la perspectiva etiológica, como mixtas causadas por: a) el factor constitucional, debido a pulsiones extremadamente intensas, difíciles de dominar por el yo, y b) el accidental, causado por traumas tempranos en los que el yo es tan inmaduro que no puede hacerse cargo de ellos. Cuanto mayor sea la predisposición constitucional, mayor será el efecto del trauma y las secuelas en el desarrollo psíquico. Si el trauma es muy intenso, tendrá consecuencias aun en el caso de una constitución con constelaciones pulsionales normales.

En *Moisés y la religión Monoteísta* (1939), Freud conceptualizó el trauma como impresiones, únicas o repetidas, siempre de temprana vivencia, que son olvidadas y presentan mucha importancia para la etiología de las neurosis.

Lo expuesto hasta aquí pone de relieve que Freud, durante toda su obra, osciló entre la teoría traumática y la teoría de las fantasías inconscientes de origen totalmente intrapsíquico, entre el plano interno y el externo, aun cuando estas dudas aparecen más bien veladamente, mientras que, explícitamente, se declara a favor de lo interno. El abandono por parte de Freud de la teoría de la seducción lleva al endogenismo pulsional sin considerar el papel que el medio desempeña en la estructuración íntima de la

pulsión. Y esta posición como hemos visto en el capítulo 1, tiene por consecuencia la escisión existente entre lo que, actualmente, se considera la corriente principal del psicoanálisis, por un lado, y el psicoanálisis relacional, por el otro.

2.4. Ferenczi y el rescate de la teoría traumática

La verdadera dimensión de las aportaciones de Ferenczi a la teoría y la clínica psicoanalíticas no ha podido ser valorada hasta la actualidad, dado que, a partir de cierto momento, Freud y sus más inmediatos seguidores, especialmente Jones, rechazaron las ideas de Ferenczi y las juzgaron fruto de una patología. Ello determinó la desaparición de sus enseñanzas en las instituciones psicoanalíticas, especialmente por lo que se refiere a las últimas publicaciones, las cuales, así como el *Diario Clínico de 1932* y la correspondencia con Freud, no fueron publicadas hasta el año 1985.

Neri Daurella en su trabajo *Trauma y retraumatización (2006)*, tal como ya ha sido comentado en el capítulo 1, expone ampliamente como Ferenczi, en el congreso de Wiesbaden (1932), donde presentó su trabajo *Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. El lenguaje de la ternura y la pasión*, recupera el concepto de trauma como factor etiológico de los trastornos psíquicos.

Entre Freud y Ferenczi hubo un malentendido, que según *Balint* "fue un trauma para el psicoanálisis". Freud creyó que Ferenczi dejaba de lado el papel fundamental de la fantasía infantil edípica, para volver al papel traumático de la seducción del adulto, y, por otra parte, Ferenczi se lamentó de que a Freud que ya no le interesaban sus pacientes, sino sólo teorizar. Lo que hizo Ferenczi fue dar una versión diferente del complejo de Edipo; no negó que las tendencias eróticas de los niños se manifiestan más intensa y precozmente de lo que se pensaba y, en lo que se refiere a los juegos sexuales, entendía que lo que ocurre es que los niños interpretan el juego como ternura, y el adulto como pasión. La primera reacción del niño es de rechazo, de odio y de oponer resistencia, pero permanece inhibido por un temor intenso. Como consecuencia, el niño queda dividido, piensa que es inocente y culpable al mismo tiempo; se destruye su confianza en sus sentidos y en las personas, pero no abandona por ello a sus objetos.

En el artículo *El niño no bienvenido y su impulso de muerte* (1929), Ferenczi estableció un nuevo tipo de neurosis, llamada neurosis de frustración, en la que el trauma no consiste sólo en acciones y eventos, sino en la desiderativa parental, fundamentalmente en la no investidura: los padres que no desean ni quieren al niño. Este

trauma, o frustración, es el generador de las más variadas patologías mentales y puede ser inductor de complicaciones orgánicas, hasta llevar al sujeto, en algunos casos, a la muerte.

En esta idea de trauma, Ferenczi destaca el efecto de los procesos psíquicos del otro, y desplaza la idea del suceso externo hacia la de la cualidad del vínculo interpersonal. Lo traumático ocurre en un campo intersubjetivo como consecuencia de un encuentro entre el niño y el adulto.

Ferenczi también describió las defensas autoplásticas al trauma, a las que denominó *identificación con el agresor*. El niño, ante la amenaza y la pérdida de la sensación de que el mundo le protege, cuando se encuentra en peligro sin la posibilidad de escapar hace desaparecer el *self*. Se disocia de la experiencia presente y se convierte en aquello que les da más miedo, para así protegerse. Esta idea es mucho más amplia que la que Anna Freud (1936) utilizó al afirmar que el niño asume los atributos o imita al agresor, transformándose en la persona que amenaza. Ferenczi habló de tres acciones simultáneas: el niño se somete mentalmente al agresor; este sometimiento le permite saber los deseos del agresor, y el niño hace una especie de pseudo-progresión traumática o pre-maduración patológica que le permite saber aquello que le salvará.

Según Ferenczi, el niño traumatizado siente mucha confusión, se siente inocente y, a la vez, culpable, pero el efecto traumático se hace todavía más patente cuando el niño lo explica a otro adulto y éste no soporta saberlo, lo minimiza o incluso lo niega y lo desmiente. Si esto se da por parte de los dos padres, ello lleva al niño a la retirada narcisista. Ferenczi consideraba que los niños podían superar fuertes situaciones, sin amnesia o consecuencias neuróticas, si la madre está disponible con su comprensión y ternura, y con su total sinceridad.

Advirtió Ferenczi a los terapeutas, de forma reiterada, que la situación traumática se puede volver a repetir en la situación analítica, cuando el terapeuta: desconoce la realidad del trauma, desestima las percepciones reales del paciente con respecto al terapeuta, o cuando, por falta de empatía, no es receptivo a sus necesidades y le impone sus propias percepciones y valores. Es en estos casos cuando lo re-traumatiza. Ferenczi, sin lugar a dudas, percibió que la interpretación de los contenidos de las fantasías inconscientes del paciente no era suficiente si no iba acompañada de la adecuada experiencia relacional con el terapeuta.

Es indudable que Ferenczi difería ampliamente de lo que había planteado Freud al comienzo de su teorización. Ferenczi creía firmemente que del

efecto del trauma son responsables los adultos, y no los factores intrapsíquicos. Lo más novedoso para esa época fue el subrayar en la trama desiderativa, y por lo tanto en el vínculo interrelacional, el efecto traumático.

Boschan (1995, 2006), muy conocedor de la obra de Ferenczi, considera que es posible integrar el trauma en nuestro pensamiento psicoanalítico actual, pero ello nos demanda la capacidad de reconocer, valorizar y preservar la realidad psíquica, sin desconocer la realidad externa y los cambios que nos exige.

2.5. M. Klein, S. Isaacs, W. Bion y D. Meltzer

M. Klein fue analizada por Abraham y Ferenczi, y, a pesar de la influencia que reconoció de este último en *Psicoanálisis del niño* (1932), no siguió sus ideas. Klein no habló de forma explícita del concepto de trauma, aunque podríamos ubicar el tema revisando sus ideas en relación a la realidad externa y mundo interno. Planteó una relación dialéctica entre la situación traumática proveniente del mundo externo y su interacción con influjos internos del sujeto, los cuales se basan en la experiencia pasada (recuerdos) y la fantasía inconsciente de objetos proyectados.

A diferencia de Freud, Klein piensa que el objeto se encuentra arraigado en el sistema de fantasías inconscientes previamente a toda

experiencia, constituyendo la materia prima del mundo interno, no reducible a un objeto natural o a su representación. A raíz de esto, pone en tela de juicio el narcisismo primario o autoerotismo del que habla Freud (1914). Klein se refiere a fantasías inconscientes primitivas o prematuras. Su principal discípula, S. Isaac (1962), definió las fantasías inconscientes como el contenido primario de los procesos psíquicos. Estas fantasías internas provocan un conflicto intrapsíquico que, hasta cierto punto, puede entenderse como un trauma de origen interno. Podemos ver que Klein, con su argumentación de la fantasía innata, *salva la oscilación de la teoría traumática* en Freud, de la que antes he hablado, en cuanto a si se debe a un suceso externo o es el producto de una fantasía inconsciente.

Juzga Klein que las experiencias externas poseen poca importancia aunque generen ciertos efectos como experiencias traumáticas, dado que, en última instancia, dichos efectos dependerán siempre de la manera como el niño interpreta y asimila estas experiencias, y esto se halla en estrecha relación con la fuerza de los impulsos destructivos y persecutorios, y con la intensidad de las ansiedades depresivas. El interés por el vínculo, según esta perspectiva, es secundario a otras motivaciones consideradas primarias, y se adquirirá en el curso del desarrollo.

Desde mi punto de vista, lo que Klein denomina fantasías pre-edípicas o primitivas podrían ser actos reflejos que se desencadenan ante estímulos del ambiente, como un interjuego entre el adentro y el afuera. Esto estaría apoyado hoy en día por numerosas investigaciones de etología, y estudios del apego como Target y Fonagy (1976), y Gergely y Watson (1996).

Autores de la escuela kleiniana, como Bion, y Meltzer, tampoco hablaron del trauma psíquico temprano de forma directa en su obra, pero se trasluce con nitidez en sus ideas que, para ellos, la situación traumática es un factor de predisposición. Algunos autores actuales, como Fonagy (2004), ven la influencia de Ferenczi y de Bowlby, tanto en Klein, como en Bion, y en Meltzer. Estos dos autores se refieren a la realidad externa como factor importante en el desarrollo, normal o perturbado, del psiquismo, de forma que puede considerarse que, de alguna manera, la teoría traumática está implícita en sus ideas.

Fonagy (2004) destaca la similitud entre la posición esquizo-paranoide y un índice de discrepancia en la memoria episódica. Comenta, además, la relación de la posición depresiva con la capacidad del niño de percibir a la madre como un ser total, lo cual invita a pensar en un patrón de apego seguro, así como en el carácter

interactivo, por ejemplo, de la identificación proyectiva. En este sentido, Bion distinguió entre la identificación proyectiva normal, que permite la empatía, y la identificación proyectiva patológica, que impide la comprensión. Bion (1966), también subrayó la importancia de la *rêverie* materna y la función continente, para poder transformar los elementos beta en alfa. La *rêverie materna* es la capacidad de la madre para devolver al bebé la experiencia emocional insoportable (elementos beta), en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él (elementos alfa). La llamó *rêverie* en alusión al estado mental requerido en la madre para estar en sintonía con las necesidades del bebé. Bion planteó tres ejemplos de la relación que puede establecerse entre el bebé y la madre, sobre los cuales yo pienso que planea siempre la teoría traumática.

a) Un lactante que llora de ansiedad por temor a morir y encuentra una madre afectuosa y comprensiva que le levanta, le sonrío y le hace entender que está ahí. El niño se calma porque ha logrado, a través de la identificación proyectiva, colocar en la madre su temor a la muerte, y ese temor queda desintoxicado, metabolizado por la capacidad de *rêverie* de la madre, y es devuelto al niño como un temor leve y soportable.

b) Un segundo caso es aquel en que la madre reacciona con ansiedad, incomprensión y no sabe que le pasa al niño, produciéndose una enorme distancia afectiva entre ella y el bebé que llora. La madre ha rechazado la proyección del niño y le devuelve su temor a morir sin modificarlo.

c) En un tercer caso, puede ocurrir que se trate de un bebé perturbado o de una madre trastornada.

En las dos últimas circunstancias, la fantasía subyacente a la identificación proyectiva es que la madre, en lugar de desintoxicar el temor a morir, proyectado por el niño, actúa como un objeto malo que despoja a la proyección del bebé de un significado específico y le devuelve un "*terror sin nombre*".

Para *Bion*, si esta sintonía falla, la madre puede producir un bebé psicótico, o bien, si es incapaz de contener la experiencia emocional del bebé, puede suceder que deje perdido en el aire el contenido proyectado y devenga un autismo, o la inicial formación de un carácter esquizoide, o, en el mejor de los casos, dificultades menores en el aprendizaje. Por tanto, el proceso de *rêverie* equivale a un metabolismo mental, donde el bebé descarga en la madre lo intolerable, lo que le provoca displacer, lo incomprendible, ocasionado por sensaciones, percepciones o sentimientos que le generan ansiedad, mientras la madre los contiene y se los devuelve elaborados. Para mí, no

hay duda de que en estos pensamientos de Bion acerca del posible papel patógeno de la madre vemos surgir, con fuerza, la teoría traumática.

Si atendemos con cuidado vemos que, cuando Bion habla de los intercambios entre el niño y la madre, abandona de lleno la teoría de las fantasías endógenas y subraya, en cambio, la importancia de la realidad externa, la madre. Si está responde inadecuadamente, traumatizara a su hijo; por tanto, Bion se acoge a la teoría traumática para explicar las perturbaciones en el desarrollo mental del niño. Esto podemos verlo, más claramente, si vamos un poco más allá de la manera como Bion describe estos intercambios bebé-madre.

Según Bion, cuando se da este tipo de intercambios repetidos entre la madre y el bebé, ellos van transformando la estructura del yo, y, de esta manera, se forma un yo realista, que ha internalizado inconscientemente en su núcleo a un objeto con capacidad para pensar y reconocer las cualidades psíquicas de uno mismo y de los demás. Vemos, pues, que Bion adjudica un papel fundamental a la madre para el desarrollo mental del niño, a diferencia de Klein, la cual, cuando habla de la madre se está refiriendo a un objeto interno, además de entender el desarrollo mental, en cierto modo, como una secuencia biológicamente programada. Como podemos observar, para Bion la

relación con la madre es algo mucho más complejo. La madre, de acuerdo con Bion, ha de desempeñar funciones mentales para el niño, y con el tiempo el niño interioriza estas funciones mediante una introyección gradual. Bion, de esta manera, pone en tela de juicio el modelo pulsional en vigencia hasta ese momento, dado que la función de *rêverie* concede la máxima importancia a la relación entre la madre y el niño. Sustituye la relación entre las pulsiones libidinales y el objeto, por la de las necesidades afectivas y la realidad externa, la cual puede ser acogedora o traumatizante.

Si bien el efecto traumático de las fallas ambientales, a partir de Ferenczi, fue señalado por autores posteriores como Spitz, Klein, Bion, Meltzer, etc., los cuales reconocieron la participación de la figura materna y dieron elementos para pensar en las situaciones traumáticas precoces, estos autores siguieron poniendo el acento en el que el bebé existe un impulso dirigido a la búsqueda del objeto, para proyectar en él todo aquello que es intolerable. Es decir, estos autores no vieron al bebé con la capacidad de buscar al objeto en sí mismo, lo cual sería la base, a mi parecer, del carácter realmente interactivo. A causa de ello, siguieron atribuyendo una importancia fundamental a la disociación y la identificación proyectiva e introyectiva para el desarrollo de la mente, si

bien es cierto que muchos analistas se percataron de que la utilización excesiva de estos mecanismos de defensa perturba seriamente la relación entre la madre y el bebé.

En Meltzer (1989), podemos presuponer los mismos conceptos y puntos de vista de Bion, cuando hace referencia a las funciones de la familia; unas, generadoras de crecimiento y otras, de patología. Meltzer, a su vez, trató de profundizar más en ellos. Sin embargo, lo que se observa en sus trabajos clínicos es que, mayormente, se centra en el conflicto intrapsíquico de los pacientes, aun cuando, en ocasiones, se produzca una situación traumática. Un ejemplo de lo que estoy diciendo se encuentra en "*Clínica psicoanalítica con niños y adultos*" (Meltzer 1995), en el caso: "*Montse una omnipotencia delirante*", acerca de una paciente que sufría anorgasmia y dificultades para realizar el coito, a la cual Meltzer supervisó en una reunión clínica celebrada en Barcelona. La paciente narró que, desde los siete hasta los diez años, el abuelo materno abusó sexualmente de ella. Los abusos eran habituales y la naturaleza de los mismos era la masturbación. El abuelo le explicaba que se iría con ella y que se la llevaría a vivir con él y serían felices. Con los abusos del abuelo coincidió el nacimiento de un hermano, y una parálisis facial de la madre, circunstancias que hacían que ésta apartara a la niña de su lado.

A esta edad empezó a presentar problemas conductuales en la escuela, los cuales la familia no quiso abordar. La paciente, en varias ocasiones, intentó que la madre la alejara del abuelo, pero nunca aclaraba la razón de su demanda. Meltzer, respondiendo a la pregunta formulada por una de las personas asistentes a dicha reunión acerca del miedo de la paciente al abuelo, dijo: *"Lo destacable es que el abuelo estaba enamorado de ella y que no la usó simplemente como una concubina. No veo nada de lo que suelen ser las amenazas clásicas de que "si dices algo a alguien...etc.",". Esta atmósfera de estar muy asustada por él es fundamentalmente una forma de sacudirse de encima la propia responsabilidad colocándola enteramente en el abuelo, cuando en realidad, ella sí que la tenía"...* *"Creo que en este caso se ha de hablar de experiencia sexual, más que de abuso sexual "..."* *Lo que caracteriza a este período [de latencia] es la hipocresía sexual"..."*

"Pienso que sería un error asumir que las dificultades sexuales de esta chica tienen su origen en la relación sexual mantenida con el abuelo. Antes bien, pienso que están en relación con un marco más amplio de dificultades que tienen que ver con un "falso self" como estructura de la personalidad (pp. 188-189).

En ningún momento se refirió al trauma como un suceso externo, el abuso del abuelo, ni tampoco al hecho que nadie en la familia había dado respuesta a los sentimientos y peticiones de la paciente. No se validaron sus inquietudes y quejas, y se permitió que se apoderara de ella un sentimiento de abandono. Parece que toda la patología fue entendida a partir de las fantasías y deseos de la propia paciente.

2.6. Grupo Británico Independiente: W.R. Fairbairn, D.Winnicott, , M.Balint.

Como hemos podido observar en esta breve revisión, a partir del giro de Freud, el concepto de trauma psíquico pasó de ser un acontecimiento externo y cuantificable, a no ser juzgado como etiológicamente importante dado que, en última instancia, se pensó que sus efectos dependían de la constitución mental de cada individuo, de su forma de vivirlo intrapsíquicamente. Hemos visto que autores posteriores señalaron la fundamental importancia de la figura de la madre desde los primeros momentos de la vida, pero sólo como contenedora de las ansiedades que el bebé le proyecta. Sin embargo iremos viendo que otros autores juzgan al trauma como algo más sutil, casi inaprensible, que ocurre en la relación de la madre con el bebé, aunque no debemos olvidar que ya Ferenczi nos advirtió de este hecho.

Desde la perspectiva del desarrollo, el grupo de autores de los que ahora me ocupo juzga que las experiencias inadecuadas o traumatizantes durante la infancia no permiten ni un crecimiento mental adecuado ni la formación sólida y estable de los vínculos más tempranos, y que ello da lugar a la patología deficitaria.

2.6 1. W. R. Fairbairn y la búsqueda de objeto.

Klein nos habla continuamente de procesos puramente endopsíquicos, pero Fairbairn, aún estando vinculado a la teoría de las relaciones objetales, nos muestra algo más innovador, una epistemología intersubjetiva, vincular, externalista (Rodríguez Sutil, C., 2010) de forma similar a enfoques anticartesianos, más actuales, de autores como Mitchell y Stolorow.

Fairbairn (1940, 1943, 1944, 1958) aportó una obra de gran originalidad al volver a la realidad externa traumática. Aunque nunca rompió con el pensamiento freudiano, siempre estuvo en contra de las concepciones energetistas de las pulsiones, así como de la explicación a partir de la compulsión de repetición de las experiencias dolorosas, que van más allá del principio de placer, y que Freud relacionaba con una pulsión de muerte. Propone un cambio de las anteriores premisas, una teoría alternativa a la motivación humana y afirmó: "*lo que busca la libido desde el*

inicio no es la descarga sino al objeto"; el placer libidinoso, dice este autor, no es más que un medio para llegar al objeto, para establecer una fuerte relación con otra persona, por lo que el contacto está por encima de la descarga. Esta búsqueda del objeto es innata; además, vemos que Fairbairn tiene en cuenta la intención y la presencia o ausencia de emoción, destacando que lo que impulsa a las relaciones humanas es el anhelo y la necesidad de contacto.

Para Fairbairn, el mayor trauma que podía sufrir un niño era la frustración de su deseo de ser amado y de que su amor fuera aceptado, y cree que, desde el punto de vista del desarrollo, este trauma es el único que realmente tiene importancia, y de aquí la gran trascendencia de la relación bebé-madre. Los trastornos del crecimiento mental se producen cuando la madre no hace sentir al niño que lo ama por sí mismo, como persona. Estas madres pueden ser tanto posesivas como indiferentes.

La innovadora teoría de Fairbairn partió, en gran parte, del hecho de su experiencia con niños maltratados que, pese a ello, mostraban una gran lealtad hacia los padres que los maltrataban. Si nos basamos en el modelo pulsional, todas las personas deberían ser hedonistas, buscar el máximo placer y huir del dolor. Pero Fairbairn se interesó por el hecho de que, cuando a los niños

maltratados se les ofrecía la oportunidad de que otras personas se hicieran cargo de ellos, no lo aceptaban y presentaban gran devoción por los padres naturales. Al reflexionar sobre esta situación, Fairbairn llegó a la conclusión de que, si la libido consiste, sobre todo, en la búsqueda de placer, los objetos libidinales deberían ser más sustituibles. Juzga, en consecuencia, que lo fundamental es el contacto, no el placer y que el motivo básico de la experiencia humana es la búsqueda y conservación del vínculo emocional con otra persona. Si se parte de esta premisa, se puede entender la consolidación de las primeras relaciones y modos de gratificación, así como la compulsión de repetición que se da en las relaciones destructiva y la persistencia de los sentimientos dolorosos que se recrean a lo largo de la vida, como medio de perpetuar los primeros lazos con las personas significativas.

Según Fairbairn, en algunas familias el contacto emocional preferido puede ser el sensual, en otras el depresivo, en otras masoquista, etc. El niño aprende desesperadamente estas formas de relación como una manera permanecer dentro de la familia. De acuerdo con este pensamiento, el niño establece un contacto compulsivo con el carácter patológico de sus padres y lo metaboliza, porque siente que ahí es donde residen emocionalmente sus padres. Así, según Fairbairn, en el centro de lo reprimido

no hay un trauma puntual, un recuerdo o un impulso, sino una relación traumática, donde una parte del *self* se encuentra identificada con los primeros cuidadores, aunque estos hayan sido negligentes o maltratadores. Esta relación no podría tener cabida en la consciencia con otras experiencias del *self*. Abandonar estos vínculos y ataduras es el equivalente a aislarse por completo del contacto humano, lo cual es una elección imposible para el niño. (Mitchell, S., 1988). Por ello, muchos pacientes, cuando en el espacio terapéutico de les ofrece la oportunidad de vivir y tener otra clase de experiencias de ellos mismos y con los otros, dudan y rechazan el ofrecimiento porque temen caer en un profundo aislamiento si pierden las relaciones dolorosas con los padres, las únicas que han conocido.

2.6.2. Winnicott y el falso self

A pesar de su formación Kleiniana, Winnicott se distancia de ella al enunciar en una reunión científica de la British Psycho-Analytical Society en 1940, su concepción personal de la teoría del desarrollo emocional, en la que la figura primordial es la madre (o su sustituta), y en la que otorga una importancia fundamental al medio ambiente en la crianza de bebé. Una de las afirmaciones más características de Winnicott es

la de que, "el bebé no existe", siempre que hay un bebé hay un cuidador.

En 1951 Winnicott publicó su trabajo *Objetos transicionales y fenómenos transicionales*, en donde desarrolla el concepto de la madre suficientemente buena, que es la que se adapta a las necesidades del bebé. Se imaginó al bebé en un estado de no-integración en el que puede experimentar muchas sensaciones y ansiedades, pero se trata de un estado que no reviste gravedad si hay alguien que cuida del niño. Expresa Winnicott que el ser humano, por naturaleza, tiende a la integración. El mundo interno es la integración entre el interjuego de la realidad interna y externa. Entre la integración y la no-integración, afirma este autor, se halla el espacio transicional. Con respecto al tema que nos ocupa, podemos ver claramente las ideas de Winnicott en su trabajo *El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia* (1965). En este trabajo nos advierte de la necesidad tener en cuenta los factores externos, de acuerdo con sus ideas acerca de la línea de desarrollo y de la dependencia del niño frente sus objetos ambientales iniciales. El trauma es una falla relativa a la dependencia, es aquello que quiebra la idealización de un objeto por el odio de un individuo, reactivo frente a la falla de ese objeto en lo que atañe a cumplir su función. Por

tanto, el significado de un trauma varía según la etapa de desarrollo emocional del niño. Si las fallas ambientales en la trayectoria del desarrollo, que va desde la dependencia absoluta con la madre a la independencia relativa, son groseras y continuadas, por ausencia, intrusión o abuso, eso interrumpirá el desarrollo, y llevará a una adaptación mental forzada, y como consecuencia se originará el falso self.

En su trabajo *El temor al derrumbe* (1974), Winnicott expresa que el sujeto conserva y repite las huellas de una experiencia de naturaleza traumática, no a causa de los afectos dolorosos que sintió anteriormente, sino en razón de lo que no pudo sentir en el momento en que el acontecimiento traumático tuvo lugar. Esta situación de trauma está caracterizada por la no-inscripción psíquica de un acontecimiento potencialmente representable y simbolizable. Por el hecho de tratarse de huellas conservadas, pero no investidas en tanto que experiencia psíquica perteneciente al pasado, toda investidura hacia nuevos objetos será sometida a una compulsión de borramiento o de negativización de los vínculos. Si estas fallas se dan en momentos muy tempranos, no se registran como experiencias y permanecerán congeladas, hasta que se dé la posibilidad de un encuentro donde puedan aparecer.

2.6.3. Balint y la falla básica.

Con su hipótesis de la *falla básica* (1969), Balint remite a un déficit empático entre la madre y el niño. El origen de la falla básica es el deficitario ajuste entre el niño y las personas que lo rodean. Esta falla, es por tanto, traumática. Para Balint, el trauma involucra a las figuras próximas al niño y este medio se incorpora a la estructura misma de su yo. Los objetos traumatogénicos son principalmente objetos edípicos o figuras edípicas, es decir, personas que representan una autoridad y que están al cuidado del niño.

Para comprender el problema con mayor profundidad en cuanto a la traumatogénesis e incorporando la teoría de las relaciones objetales, Balint se refiere a la "*estructura trifásica del trauma*" (1979) Esta estructura se puede sintetizar en tres fases:

En la primera fase, para que el adulto en relación con el niño pueda ser traumático debe provocar frustraciones de cierta intensidad. El niño inmaduro es muy dependiente del adulto y, para evitar las situaciones traumáticas, ha de prevalecer, aunque haya ambivalencia, una relación de amor y confianza.

En la segunda fase, el adulto hace algo muy excitante, doloroso o atemorizante, que puede suceder una única vez, de forma repentina, o en

múltiples ocasiones; algo que produce miedo o dolor, o también que provoca situaciones de seducción que llevan a momentos pasionales que, según Balint, no necesariamente tiene que ser sexuales o genitales. Entiende que son excesos, por parte del adulto, que pueden ser tanto de cariño como de crueldad. El resultado de todo esto es que el niño padece una sobre estimulación o un rechazo de sus necesidades de acercamiento, lo cual le producirá una desilusión profunda. Estas dos primeras fases no serían, por sí solas, constitutivas de la situación traumática.

Lo que va a completar el trauma se produce en la tercera fase, cuando el niño vuelve a acercarse al adulto buscando un nuevo encuentro pasional o de dolor como el producido en la segunda fase, y lo que sucede, y esto es lo central para Balint, es que el adulto se comporta como si no supiera nada de lo sucedido en la segunda fase. El niño, que busca entendimiento y confort, se encuentra con un rechazo inesperado, y el adulto no reconoce su participación en la situación creada.

Por tanto, vemos que Fairbairn, Winnicott y Balint, rescatan el concepto de trauma como una falla relacional, centrándose en el trauma psíquico temprano dentro del desarrollo y como algo continuo. Estos modelos, según los cuales el desarrollo de la personalidad se basa en las interacciones con el exterior supusieron, en su

momento, un avance en el psicoanálisis, aunque tardaron mucho en extenderse por las instituciones psicoanalíticas, dado que entre los estudios de los diferentes autores pasaron muchos años y que las investigaciones se dieron de forma muy aislada.

3. H. Kohut y la psicología del self

Kohut, describe el trauma en la infancia como una situación emocional en la que la mente del niño no está suficiente desarrollada para poder integrar las experiencias, ya sea por la intensidad de la demanda que es excesiva, porque las estructuras son demasiado inmaduras o porque la psique, en ese momento, es transitoriamente hipersensible. Hace este autor referencia a la intensidad, más que al contenido del afecto, y juzga al primero como el factor que predispone a la patología.

Para Kohut, una frustración debe ser considerada traumática cuando la tolerancia de la psique infantil es excedida o cuando las frustraciones son intensas e impredecibles. En estas experiencias frustrantes los estímulos y los recuerdos están unidos en el inconsciente porque la ansiedad y la desesperación se asocian con ellas, por lo que no pueden ser influenciables por nuevas experiencias, y no susceptibles, por lo tanto, de modificación.

Piensa Kohut que existe una frustración que es óptima, y que existen fallas que son asimilables por el self y que no afectan a su cohesión. En estos casos, en lugar de reprimir o disociar la experiencia traumática, se origina un proceso de internalización (internalización transmutadora) en el que la relación con el objeto se transforma en una estructura psíquica que desempeña sus funciones.

También afirma Kohut que existen estados traumáticos crónicos que son propios de los trastornos del *self* (trastorno narcisista de la personalidad), ya que, por la debilidad de las estructuras narcisistas, el *self* está especialmente expuesto a sufrir fragmentaciones transitorias como consecuencia de todo tipo de decepciones o fallas del medio empático.

4. La teoría de apego de J. Bowlby

El concepto de trauma fue un elemento fundamental en toda la teoría de apego de Bowlby. En un primer momento, dio una descripción del sistema de apego meramente conductual: la necesidad aparece en ausencia del cuidador y la presencia física hace desaparecer esta necesidad. Luego, sostuvo que la meta del sistema de apego es mantener al cuidador accesible y receptivo, y, para referirse a esto, utilizó el término de disponibilidad.

Posteriormente, afirmo que la experiencia con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos dan lugar a unos modelos representacionales, que Craik (1943) denomina "Modelos de funcionamiento interno". Esta última concepción del sistema de apego da lugar a una consideración más sofisticada de las diferencias individuales.

Actualmente, la idea dominante es que el objetivo del sistema de apego es sentir seguridad, y que la respuesta del niño a la separación (empíricamente observable en la prueba denominada "*situación extraña*"), viene condicionada por aspectos externos o por internos, tales como, estados anímicos, fantasías, etc. Sroufe (1996) redefinió la teoría de apego en términos de regulación de afecto, estableciendo una relación entre apego seguro y autorregulación afectiva; apego inseguro y dificultades de regulación afectiva; y apego desorganizado/desorientado y malos tratos o trauma de los padres.

5. La implantación progresiva de la teoría del trauma en el pensamiento psicoanalítico.

Con el paso del tiempo el psicoanálisis fue diversificándose, hasta el punto de que hoy en día hablamos de la pluralidad del psicoanálisis (Coderch, J., 2006). La idea dominante en el momento actual es la de que el desarrollo de la

mente no está dividido en etapas sino que es un proceso continuo. La psicopatología se entiende como una variante del desarrollo más que como una fijación en un estadio temprano, por lo que se dirige la atención al déficit en la evolución antes que a los conflictos intrapsíquicos, y se valora especialmente la aparición de aquellas capacidades que dan lugar al sentido de sí mismo y de los otros. No sólo se tiene en consideración el trauma, sino el contexto donde ha ocurrido, teniendo en cuenta que los niños pueden padecer o negligencia o falta de amor por parte de los adultos de quienes dependen. En los modelos más relacionales, el concepto de disociación cobra tanto valor como el concepto de represión en las teorías clásicas.

5.1. El psicoanálisis interpersonal desde H. Sullivan a los interpersonalistas-relacionales S. Mitchell , J. Benjamin y L. Aron

Se suele agrupar a *H. Sullivan*, junto a *E. Fromm* y *K. Horney*, con la denominación de neofreudianos o culturalistas, por haber reformulado los conceptos básicos de *Freud* en función de influencias culturales y sociales.

Sullivan no hace referencia al trauma, pero siempre se sobreentienden en sus escritos. En su trabajo de 1953 describe las primeras interacciones entre el bebé y su medio circundante

como factores que moldean las capacidades innatas del bebé. En este sentido, atribuye la aparición de conflictos a factores externos, procedentes del entorno. Considera que las diversas áreas de la experiencia temprana sólo se volverán problemáticas si despiertan ansiedad por parte de las personas significativas al cuidado del niño, otorgando un relieve muy especial a la relación diádica. Dicho de otro modo, para *Sullivan* la fuente de la psicopatología es claramente social; no piensa que se encuentra en la naturaleza de los impulsos, sino en la respuesta del entorno humano -por tanto, una respuesta traumática- y cree que lo que ocurrió en el pasado tiene su incidencia en el presente. Sullivan fue siempre francamente reacio a priorizar la fantasía por encima de la realidad.

Para Mitchell, la matriz socio/cultural en la que nace y vive el sujeto es la clave de su desarrollo mental sano o patológico. Para él, la causa de las perturbaciones psíquicas reside, fundamentalmente, en la inadecuada satisfacción de sus necesidades emocionales por parte de esta matriz. No me extiendo más en este autor, promotor del psicoanálisis relacional, porque sus ideas han sido ya expuestas suficientemente en la primera y segunda parte de esa obra.

Benjamin, una de las más destacadas representantes de la teoría intersubjetiva, se

refiere al campo de interacción entre dos subjetividades distintas que han de reconocerse la una a la otra. La teoría intersubjetiva de Benjamin ya ha sido descrita en el capítulo 5.

Para Benjamin (1990, 1995, 1998, 2004), el trauma es una falla vinculada con la dependencia, que no cumple su función de reconocer al sujeto en la relación, con lo cual aparecen la soledad, el vacío, las angustias primitivas. La relación se desvirtúa y en lugar de la dependencia, que produce diferenciación y genera la propia subjetividad, aparece la negación del sujeto en su realidad interpersonal, o el sometimiento y la falta de espontaneidad y de creatividad.

Cito a Aron, porque pienso que su libro *Meeting of Minds* (1996) ha significado un hito decisivo en la inflexión del pensamiento psicoanalítico desde la teoría de las pulsiones a la valoración de los afectos y de la interacción paciente-terapeuta.

5.2. La teoría de la intersubjetividad.

La teoría de la intersubjetividad es una teoría de campos o de sistemas, en la que se busca la comprensión de los fenómenos psicológicos no como productos de mecanismos intrapsíquicos aislados, sino como emergentes de la relación recíproca de las subjetividades en relación. Las líneas generales del pensamiento de los autores representativos de la teoría de la

intersubjetividad han sido ya expuestas en los capítulos 1 y 5.

Storolow y Atwood (2004) realizan una revisión de los conceptos psicoanalíticos, entre ellos el concepto de trauma. Estos autores incluyen tanto los acontecimientos traumáticos aparatosos y claros como los más sutiles, por ejemplo, los traumas acumulativos que tienen lugar de forma continuada a lo largo de la niñez, y que, la mayoría de las veces, provienen de una patología del carácter específica de los padres, los cuales utilizan al niño de forma narcisista en lugar de brindar reconocimiento y aceptación. Por lo tanto, la tesis central de estos autores es que el trauma en el desarrollo temprano se origina dentro de un contexto formativo intersubjetivo, cuyo aspecto central es una falta de sintonía afectiva -una rotura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño- que lleva a la pérdida, por parte del niño, de su capacidad de regulación de los afectos y, como consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado, y desorganizado. Postulan que el afecto doloroso o temible se vuelve traumático, no por la intensidad sino cuando no se da, por parte del entorno, aquella capacidad de respuesta empática que el niño necesita para ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar este impacto. Para ellos, dolor

no equivale a patología si estas situaciones se dan en un medio con capacidad de respuesta.

A falta de este contexto intersubjetivo, integrador y afectuoso, el niño traumatizado disocia el sentimiento doloroso de la experiencia que está viviendo y ello da, como resultado, estados psicósomáticos o de replegamiento, para evitar herirse en los vínculos con otras personas. Son niños que no logran desarrollar la capacidad de tolerar afectos, ni de utilizar éstos como señales de información.

Stolorow y Atwood, advierten que la situación analítica puede ser un terreno potencial, dada su fuerte intensidad emocional, para retraumatizar al paciente. El temor de una posible retraumatización, por parte del psicoanalista, es una fuente importante de la resistencia. Ponen especial énfasis en señalar que la resistencia del paciente está siempre suscitada por la percepción de cualidades o actividades del analista que, en sí mismas, conduce al temor, por parte del paciente, de la posible repetición de un trauma infantil. Resulta esencial, para el análisis de la resistencia, que este temor sea reconocido, investigado e interpretado por el analista.

5.3. El Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico (BCPSG)

El grupo de Boston es un grupo de psicoanalistas e investigadores del desarrollo, que tiene como propósito reflexionar sobre los conocimientos que la investigación del desarrollo aporta al pensamiento psicoanalítico para aplicarlos, muy especialmente, al estudio del cambio psíquico. Parten, en gran medida, de los estudios sobre el apego y la neurociencia cognitiva.

Manifiestan los autores del BPCSG que los niños desde muy temprana edad, incluso antes de dos meses, muestran expectativas y anticipaciones de cómo se comportarán sus madres. Los niños desarrollan una representación implícita sobre cómo esperan ellos que sean la relación con la madre, esta representación se almacena en la memoria de procedimiento y se pone en marcha con la nueva experiencia. Se piensa en la memoria de procedimiento en términos de *cómo hacer algo* y *cómo estar con los otros*. Para el BCPSG, la interacción interpersonal está gobernada por este tipo de memoria, memoria de *procedimiento*, desde la más temprana infancia. Se ha puesto de relieve que el niño está ocupado en decodificar las intenciones del cuidador, así como en desarrollar una capacidad para mostrar sus propias intenciones. El niño coordina estas intenciones con las personas que le cuidan, opera en un contexto intersubjetivo y construye un conocimiento sobre la manera de estar con el otro.

Éste es el *conocimiento relacional implícito*, que existe antes de que el niño sea verbal y que comprenda reflexivamente los estímulos. Tanto en los niños como en sus cuidadores -y en la díada paciente-terapeuta- la interacción se halla intencionalmente guiada, como hemos visto en el capítulo 3, a incrementar la autorregulación del sistema y a la mutua regulación de los afectos. Se desarrolla, por consiguiente, un proceso continuado de micro-interacción por ensayo y error que siempre tiene lugar en el aquí y al ahora. El encuentro siempre es co-creado. Ésta es la relación que promueve el crecimiento mental, pero queda implícito que los fallos en la madre para promover y mantener esta relación tienen un carácter de trauma para el niño. Salvo en los casos de grandes negligencias, abandono o maltrato, se trata de microtraumas que son subsanados por otros momentos de encuentro positivo, pero, si estos microtraumas se repiten con excesiva frecuencia y se rompe el equilibrio entre los encuentros positivos y los negativos a favor de estos últimos, se establece una situación gravemente traumática, aunque muchas veces sea totalmente inaparente para el observador externo. Ésta, para el BCPSG, es la causa más frecuente de las perturbaciones en el desarrollo mental y de la patología psíquica

Centrándonos más explícitamente en el concepto de trauma, he de resaltar las aportaciones de K. Lyons-Ruth (1998, 1999^a, 1999b, 2003). Esta autora tiene el mérito de proponer un modelo teórico coherente entre el desarrollo psicoanalítico actual y los hallazgos obtenidos desde la teoría del apego. Ha realizado importantes investigaciones acerca del apego desorganizado en la infancia. Hay dos conceptos importantes de esta autora que deseo resaltar: el modelo psicoanalítico de apego desorganizado y el modelo de diátesis relacional (Lyons-Ruth y cols. 1999). Para ella, el apego desorganizado está relacionado con estados mentales no resueltos respecto a pérdidas o traumas, y con un comportamiento del cuidador como asustado-asustador. Según plantea, el patrón de apego desorganizado está en función de dos parámetros: la severidad del trauma y la calidad de las relaciones de apego. Si el nivel de protección es deficitario, puede presentarse la conducta desorganizada, a pesar de no haber experiencias traumáticas.

En su modelo de diátesis relacional, Lyons-Ruth, sostiene que, cuando el cuidador no ha sido calmado en situaciones de miedo, posiblemente volverá a revivir situaciones del pasado en el momento de tranquilizar al bebé, lo cual se refleja en una interacción perturbadora. Esto

llevará al niño a tomar posturas contradictorias, de desamparo y hostiles.

5.4. El papel del trauma desde la perspectiva de teoría de la mentalización.

Para Fonagy y Target (1996a, 1996b), en los niños la vivencia de la realidad psíquica tiene un carácter dual. El niño, al principio, opera en el modo *equivalente*, en el que el niño no siente que las ideas sean representaciones mentales, sino replicas directas de la realidad. Y en otro momento empieza a utilizar el modo *pretendido*, en el cual diferencia sus ideas y representaciones de la realidad externa, pero mantiene ambas separadas, sin establecer conexión ni contrastar. En los casos de crecimiento sano, estos dos modos se integran alrededor de los cuatro años, dando lugar a la mentalización

En el capítulo 5 han sido expuestas las ideas actuales acerca del desarrollo de la capacidad de mentalización (Allen, J., Fonagy, P., y Bateman, A., 2008), las cuales vinculan estrechamente las situaciones traumáticas con las perturbaciones de la mentalización. También Fonagy, Gergely, Watson, Jurist y Target (2004) nos hablan del rol del trauma en las perturbaciones del desarrollo de la mentalización y, concretamente en la integración de los dos modos de la experiencia de la realidad psíquica. Destacan el papel que juega el trauma en

la psicogénesis de los trastornos fronterizos, y para ello se basan en casos de niños que han sufrido abusos. Esto se evidencia en el modo en que todos ellos viven la realidad psíquica bajo la propensión a continuar en el *modo de equivalencia* sin poder llegar al *modo pretendido* y sin capacidad para integrar ambos.

Según Allen, Fonagy y Bateman, (2008), la mentalización es la capacidad pensar en los propios estados mentales y sentimientos, y dar sentido a las acciones de uno mismo y de otros en base a estados mentales intencionales, tales como deseos, ansiedades, temores y creencias. La mentalización se desarrolla, normalmente, a través de las experiencias que tienen los niños sobre sus estados mentales cuando éstos son reconocidos a través de respuestas intencionalmente *marcadas*, tal como ha sido descrito en el capítulo 5 y, subsecuentemente, a través de experiencias seguras y de juego en interacción con sus cuidadores. Pero los niños que han estado sometidos a maltrato no consiguen integrar ambos modos, y, por lo tanto, nunca llegan a desarrollar la función reflexiva propia de la mentalización. Lo más perturbador para el niño es sufrir la crueldad o el maltrato hacia él, dado que no tiene más protección frente a esto que la de crear ideas sobre los sentimientos y pensamientos de los otros, y sobre sí mismo, desde su consciencia. El niño maltratado

siente crecer dentro de su mente miedos que le llevan a repudiar sentimientos y motivaciones que, de alguna manera, vincula con el maltrato con la persistencia del modo equivalente como inevitable subproducto de este proceso.

Transcribiré un párrafo de Fonagy, Gergely, Jurist y Target respecto al maltrato (2004), porque me parece totalmente concluyente y de una gran claridad expositiva para da a conocer los efectos del maltrato sobre la mente del niño.

Afirman estos autores:

“El niño que se encuentra envuelto por el maltrato o por el trauma actual tendrá poca oportunidad para desarrollar una consciencia de cualquier distinción entre lo interno y lo externo; su atención necesita ser dirigida y sostenida tan estrechamente al mundo externo y sus peligros físicos y emocionales que le quedan muy pocas posibilidades para poder tener la idea de un mundo interno separado... Por tanto, el abuso inevitablemente refuerza la falta de integración entre los dos modos infantiles de experimentar los estados mentales. El abuso refuerza el modo equivalente de funcionamiento porque obliga al niño a atender primariamente al mundo físico, a mal entender cualquier oportunidad de jugueteo, y a desconfiar del mundo interno en general, a causa de que los objetos de este mundo interno son terroríficos y frustrantes. También refuerza el modo pretendido porque es la única manera disponible para separar la conexión entre los estados internos y la intolerable realidad externa” (p.381; la traducción es mía).

Los traumas, indefectiblemente, disminuyen la capacidad del niño para manejar los sentimientos y las ideas, dado que lo siente todo como demasiado

real en relación con los acontecimientos internos pero, al mismo tiempo, la falta de un modo de mentalización de la organización interna creara una propensión a la repetición continua de los traumas.

6. Epílogo

Aun cuando se halla sobradamente extendida la idea de que el pensamiento psicoanalítico se encuentra dividido en dos bloques, el que sostiene la teoría pulsional y las fantasías inconscientes de carácter endógeno, y el que contempla la mente como fundamentalmente social desde su propia constitución biológica y en constante interacción con el medio externo, muchas veces traumático, hay algo que los vincula estrechamente. Y este algo es, precisamente, la persistencia de la teoría traumática, nunca abandonada por completo, como hemos visto, por el bloque de la teoría pulsional.

Después del giro dado por Freud a su teoría, y tras la marginación de Ferenczi, la importancia otorgada a la realidad externa y al trauma discurre un tanto invisiblemente, como río subterráneo, en el pensamiento psicoanalítico; pero este río subterráneo surge atrevidamente a la superficie ente en autores como Fairbairn, Winnicott, Balint, Kohut y Bowlby, y se desborda finalmente, impetuoso e incontenible, para dar

lugar a la creación del psicoanálisis interpersonalista/relacional.

Vistas así las cosas, por lo que concierne a la evolución de la teoría traumática dentro de la comunidad psicoanalítica, podemos distinguir tres grupos:

- a) los que enfatizan la preeminencia de lo pulsional.
- b) los modelos mixtos.
- c) los modelos relacionales, los cuales mantienen decididamente la importancia del vínculo y de la interacción con la realidad externa.

En el modelo pulsional, el bebé es un bebé primitivo, motivado únicamente por reducir la tensión interna, con poca o ninguna diferenciación entre sí mismo y los otros. El interés por la relación es secundario a otras motivaciones, consideradas primarias, y se piensa que se adquirirá a en el curso del desarrollo. Por ello, el crecimiento mental es visto como discontinuo, porque el estadio temprano es diferente de la madurez psicológica. Las inferencias, desde esta perspectiva, no se basan en la observación de bebés, sino en inferencias retrospectivas de personas en tratamiento. El trauma es entendido siempre desde el conflicto intrapsíquico. Sus máximos exponentes son la psicología del yo y la escuela kleiniana.

El modelo mixto preserva ambas imágenes del bebé, tanto la del primer modelo como la del segundo, siendo Winnicott, Fairbairn y Balint los iniciadores más destacados del mismo.

Para el modelo relacional, el bebé está programado biológicamente para la interacción humana y la relación es una motivación primaria. El bebé depende absolutamente de la madre; su mente se encuentra socialmente dispuesta desde su nacimiento, y devendrá más compleja e integrada en la medida de que el bebé entre en contacto con un ambiente de apoyo y cuidado, hasta conseguir una independencia relativa. En este modelo, el crecimiento mental se considera continuo, porque los mismos procesos que encontramos en el origen van a ser también los que organicen la vida adulta. Este modelo basa sus investigaciones, además de en la experiencia aportada por la clínica psicoanalítica, en la observación de niños, y apoya sus argumentos en la neurobiología, lo cual, sin duda alguna, les otorga una significativa validez. El trauma es siempre entendido como una falla en la relación con el cuidador. En este modelo se sitúan la psicología del *self*, la teoría de la intersubjetividad, la teoría del apego, el psicoanálisis interpersonalista y el psicoanálisis relacional.

BIBLIOGRAFÍA

Balint, M. (1969). Trauma and object relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 429-435.

Balint, M. (1979). Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Barcelona. Paidós. Psicología profunda

Bion, Wilfred R. (2003). Aprendiendo de la experiencia. Barcelona. Paidós Ibérica

Bion, Wilfred R. (2006). Volviendo a pensar, Buenos Aires. Hormé-Paidós

Boschan P.J.: "La controversia Freud Ferenczi y el problema de la realidad psíquica ". 39 Congreso Internacional de Psicoanálisis. San Francisco 1995.

Boschan P.L "El niño no bienvenido y sus sueños" 1er. Congreso de Psicoanálisis. Apu 2000 Publicado en Ferenczi Oggi, Ed Bollati Boringhieri 2004 Torino Italia.

Coderch, J. (2001). La relación paciente-terapeuta. Barcelona. Ediciones Paidós

Coderch, J. (2006). Pluralidad y diálogo en psicoanálisis. Barcelona. Herder

Daurella, N (2000). "El caso Ferenczi o el retorno de lo reprimido" Intercambios n° 5, pág 7-13

Fairbairn, W. R. D. (1952). Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé, 1970.

Ferenczi, S. (1908). Psicoanálisis y pedagogía. Traducción castellana a Obras Completas Vol. 1. Madrid Espasa- Calpe.

Ferenczi, S. (1926). "problemas actuales en psicoanálisis" En Psicoanálisis Espasa-Calpe. Madrid 1981-1984

Ferenczi, S. (1929). El niño no bienvenido y su impulso de muerte O.C. Vol 4

Ferenczi, S.(1932). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño O.C. vol.4

Ferenczi, S.(1932). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de Ferenczi de 1932. Traducción Castellana a Buenos Aires: Amorrotu.

Freud, S (1895). Estudios sobre la histeria. En Obras Completas (vol.1) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

Freud, S. (1920). Más allá del Principio del placer. Obras Completas (XVIII) Madrid: Biblioteca Nueva 1973.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma, angustia. En Obras Completas (vol.1) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

Freud, S. (1939). Moisés y el monoteísmo. En Obras Completas (vol.1) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

Klein, M. (1946). Notas acerca de algunos mecanismos esquizoides. O.C 3

Lyons- Ruth, K., y Jacobovitz, D. (1999). Attachments disorganization: unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y P. R. Shaver (ed.), Handbook of Attachment Theory and Research, pp. 520-554. New York: Guilford.

Lyons-Ruth, Karlen "Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research" fue publicado originariamente en Journal of American Psychoanalytic Association, vol. 51, o. 3, p. 883-911, 2003

Meltzer, D y Harris, M. (1989). El papel educativo de la familia. Barcelona. Espaxs

Mitchell, S. (1993). Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración. Madrid. Siglo veintiuno ediciones.

Orange D (2003) " Why language matter to psychoanalysis?" Psicoanal. Dial, 13: 73-103

Schwartz, J (1999). La hija de Casandra: Una historia del psicoanálisis en Europa y América. Madrid. Editorial Síntesis.

Stolorow, R y Atwood, G (2004). Los Contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. España. Editorial Herder

Sullivan, H. S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry, *New York: Norton*.

Talarn, A. (2003). Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud. Madrid : Biblioteca Nueva.

Winnicott, D.(1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia, España.

Winnicott, D. (1960a). La teoría de la relación progenitores-bebé. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, 1993.

Winnicott, D.(1960b). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, 1993.

Winnicott, D. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, 1993.

Winnicott, D.(1965b). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós, 1991