

LAS SITUACIONES TRAUMÁTICAS POSIBILITAN UNA SEGUNDA OPORTUNIDAD PARA EL CRECIMIENTO MENTAL.

Ángeles Codosero Medrano

1.- INTRODUCCION

En el desarrollo de este trabajo planteo la hipótesis de que uno de los efectos de los acontecimientos traumáticos es el de provocar un estado disociado del *self* lo cual, en un primer momento, permite apaciguar los efectos y consecuencias del trauma sufrido, pero también, en muchas otras ocasiones, despierta antiguos traumas, generalmente el sufrimiento traumático acumulativo consecutivo a la insatisfacción de las necesidades emocionales en la relación con los padres o primeros cuidadores y que ha quedado oculto en un estado disociado del *self* (Bromberg P., 2011). Todo ello, y contrariamente a lo que puede parecer, supone una segunda oportunidad de crecimiento al estimular la creación de una nueva experiencia subjetiva no vivida hasta el momento. En este capítulo deseo mostrar la manera como la recuperación de quienes han padecido una situación traumática no sólo depende de si han vivido unas relaciones suficientemente satisfactorias con sus primeros cuidadores o si éstas han sido insatisfactorias, sino que depende, así mismo, de otros factores que darán lugar a lo que llamamos capacidad de resiliencia. Sabemos que diversas son las variables que han de interaccionar para favorecer esta respuesta positiva a las situaciones traumáticas.

2.- MI VISION DEL PROBLEMA.

El presente capítulo nace de la experiencia clínica y la reflexión sobre los traumas psíquicos, cosa que ha hecho que me pregunte porqué algunas personas que han vivido una situación traumática la han superado sin sufrir una sintomatología incapacitadora, mientras que otras han sucumbido y, para otras, aún presentando una sintomatología más o menos grave, ha supuesto una segunda oportunidad de crecimiento, por tanto, una experiencia terapéutica.

La exposición a acontecimientos traumáticos y sus consecuentes crisis a lo largo de la vida no es un fenómeno nuevo, dado que todo ser humano ha experimentado forzosamente, en el curso de su evolución, algunos traumas, como por ejemplo el inevitable del propio desarrollo (Bromberg P., 2011), así como el trauma acumulativo descrito por M.Khan (1963). Esto, al margen de que algunas personas hayan sufrido abandonos, abusos sexuales, maltrato, acoso escolar, así como otros pueden haber experimentado un acontecimiento impactante y doloroso en un momento dado de la vida como, por ejemplo, accidentes, catástrofes climáticas, guerras o actos terroristas.

A lo largo del presente capítulo, desarrollaré la idea de que las situaciones emocionalmente traumáticas se encuentran siempre detrás de cualquier trastorno mental, cosa que ha generado múltiples discusiones entre la psiquiatría, la psicología cognitivo-conductual y el psicoanálisis. Estas controversias impiden que la creación de sinergias

entre las diferentes orientaciones que se ocupan de la salud mental, hecho que incluso, a acabado dividiendo el propio psicoanálisis, desde buen principio, en dos corrientes o paradigmas (Codosero, A. 2012).

Desde el paradigma cognitivo-conductual se habla más de funcionalidad o disfuncionalidad en el procesamiento de la información que de trauma psíquico. En los inicios de la corriente cognitiva los autores se referían a pensamientos erróneos y a métodos para la modificación y corrección de los mismos (línea racional), para después determinar el origen del funcionamiento patológico. En la actualidad, se habla de pensamiento o procesamiento disfuncional en lugar de erróneo o patológico, ya que se tiene en cuenta que la forma en la que el sujeto está procesando la información le genera por sí misma síntomas o disfunciones. Dentro de lo que llamamos cognitivismo de la tercera generación, se intenta incorporar la parte afectiva, pero se hace habitualmente más hincapié en la cognición que en la emoción.

La distinta concepción de los efectos del trauma psíquico ha influido grandemente en la actual división del campo psicoanalítico, por un lado la actitud basada en la teoría pulsión-defensa y, por el otro, el basado en el paradigma relacional. Es suficientemente conocida la teoría traumática de Freud, a la que éste nunca abandono por completo (Codosero A., 2012).

En la actualidad gran parte de los que nos dedicamos a la clínica hemos observado la progresiva judicialización del trauma, pero últimamente está surgiendo, cada vez más, una cultura en la que se busca algo más que la justicia, es decir, la comprensión de la experiencia subjetiva de la persona. La persona cree que tiene un derecho, y este derecho es sentirse comprendida y entendida. Esto lo hemos visto recientemente en el atentado terrorista perpetrado por elementos ghidistas que tuvo lugar en Barcelona (2017), tras el cual algunas de las víctimas o los familiares de los asesinados buscaban un abrazo de los otros, sin importar la cultura o la religión.

Por lo tanto, lo que busco no sólo es una comprensión clínica del trauma, si no que intento ir más allá de las entidades nosológicas a las que habitualmente nos remite la psiquiatría, dado que las etiquetas representan, más bien, un obstáculo para la comprensión de la experiencia subjetiva y su asimilación por parte de la persona que ha vivido una situación traumática, antes que un instrumento útil para guiar la acción terapéutica. Tampoco me parece suficiente centrarme, como hace el paradigma cognitivo-conductual, en el procesamiento disfuncional que realiza el sujeto, sino que creo necesaria una comprensión de la intersubjetividad de la persona que ha sufrido un trauma, de manera que nos permita ver los orígenes de sus reacciones emocionales y su respuesta a los diferentes efectos estresantes.

Desde mi punto de vista, es el psicoanálisis relacional, con el apoyo de las neurociencias y las ciencias de la complejidad, el que da una explicación mucho más convincente y menos sesgada, tanto desde la clínica (sintomatología) como desde el psicoanálisis, a los conflictos producidos por los traumas acumulativos durante la infancia y a los efectos de un acontecimiento traumático puntual. Esta orientación tiene como punto central la experiencia o vivencia intersubjetiva de un acontecimiento traumático.

3.- TRAUMA PSÍQUICO Y DISOCIACIÓN

Por definición, un acontecimiento traumático es aquel acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca, inesperada e incontrolable. Es ajeno a la variedad de acontecimientos de la vida cotidiana, y en ellos el individuo se ve implicado en hechos que representan un peligro para su vida o siente amenaza por su integridad física (accidentes, torturas, agresiones sexuales, etc.) y/o psíquica.

Creo que el estrés postraumático se encuentra siempre relacionado con la disociación, y aunque no es mi intención desarrollar el concepto de estrés postraumático, dado que lo veo más vinculado a la psiquiatría, sí que deseo referirme a tal relación. Los síntomas más habituales que encontramos en una persona que ha sufrido una situación traumática muy intensa son: sensación de irrealidad, aturdimiento, desafectación, e incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma. También es frecuente que el sujeto, después de la situación traumática, reviva una y otra vez los acontecimientos traumáticos a través de pesadillas y/o *flashbacks*. Generalmente, suele haber un comportamiento de evitación de las situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático. Estos síntomas interfieren en la actividad cotidiana del individuo, pudiendo sentirse irritable, confuso, frustrado o sencillamente abrumado por situaciones que antes enfrentaba sin ninguna dificultad. Habitualmente se experimentan cambios en el sentido del sí mismo y en las relaciones interpersonales.

4.- PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

A continuación presentaré diversos casos clínicos de pacientes que sufrieron una grave experiencia traumática para mostrar las consecuencias de la misma, entre ellas la disociación y la reactivación de las antiguas experiencias propias del trauma acumulativo del desarrollo, así como la manera en la que su adecuada elaboración ha dado lugar a una experiencia terapéutica.

Primer caso

“Tirar hacia delante”

Carlos, a los 29 años, realizó una petición de urgencia a la mutua que tenía contratada la empresa donde trabajaba. Pese a que nos encontrábamos en las vacaciones de Navidad, me pidieron si lo podía visitar de urgencia, dado que se encontraba en un estado de gran excitación y confusión, a causa de haber presenciado la muerte, por atropellamiento, de su jefe y, a la vez, amigo. La persona que hacía la derivación me facilitó, como es habitual en esta mutua, el nombre y el teléfono de contacto, manifestando una gran angustia y sentimiento de urgencia, pero hasta pasadas unas semanas no recibí la llamada de Carlos, quien me explicó que el día después del accidente se marchó de vacaciones con unos amigos.

Cuando Carlos acudió a la consulta su presencia era la de una persona jovial y dinámica, extrovertida y con un aspecto físico que recordaba más a un atractivo playboy que un ejecutivo de una gran empresa. Al preguntarle cómo se encontraba me respondió de forma escueta *“Bien”*, sin decir más. Se quedó mirándome fijamente y me pareció que buscaba en mi rostro la reacción emocional de la que él se había desprendido con su escueta y fría respuesta; algo así, me pareció a mí, como que era yo la que debía estar

emocionada y no él. Yo callé, como una forma de invitarle a seguir hablando, y después de un silencio algo tenso él acabó diciendo: *“No debería estar bien, pero lo estoy. Por este motivo mi empresa cree que debo venir. Insisten tanto que aquí estoy”*. A mí me pareció que, dado que yo no me había hecho cargo del malestar y preocupación que él no admitía dentro de sí, seguía buscando otro contenedor, esta vez la empresa. Después de una pausa, durante la que reflejaba que su rostro asumía la preocupación de la que se había intentado librar y depositándola en mí y en la empresa, continuó, *Es que todo fue tan irreal. Ahora está, ahora ya no está*. La primera impresión que me produjo fue la de que estaba luchando para no asumir la preocupación y el sufrimiento a través de transmitirlo a otro u otros, con intermitencias de éxito y fracaso en este empeño, cosa que expresaba en su expresión, *Ahora está (el sufrimiento) ahora ya no está*.

En el curso de las sesiones me fue haciendo saber que su jefe era, a la vez, su mejor amigo y que él entró en la empresa muy joven, con 18 años, sin estudios y sin ningún tipo de experiencia. Mostró siempre un gran deseo, según me dijo, de trabajar en el sector propio de la empresa. Su jefe lo empleó primero como vendedor para darle la oportunidad de mostrar su valía, y gracias a su rendimiento fue escalando puestos, hasta llegar a formar parte de la directiva de la empresa. Añadió, con referencia, a sí mismo *Siempre, delante de momentos muy difíciles, he tirado hacia delante*.

Explicó que el día del accidente se encontraban celebrando la cena de empresa de Navidad en un restaurante. Con aire de extrañeza me contó que aquel mismo día su jefe, que le había hecho su confidente, le dijo que sabía que moriría pronto. Carlos lo relacionó con los muchos problemas que estaba sufriendo su jefe a consecuencia del chantaje emocional con amenazas de suicidio al que le sometía su amante. Habían bebido mucho y fueron los últimos en salir. Salieron para ir cada uno hacia sus respectivos hoteles. Su jefe le dijo que pasaría la noche con su conflictiva amante. Al ir a cruzar un paso de cebra un coche atropelló al jefe, dándose posteriormente a la fuga. Carlos efectuó los primeros auxilios esperando la llegada de la ambulancia, pero ya era demasiado tarde. Después se dirigió al hotel donde estaba esperando la amante de su jefe, le explicó lo ocurrido y la importancia de que no se vieran más. Borró del ordenador, que se hallaba en la habitación del hotel, cualquier indicio que relacionará a su jefe con la amante. Toda esa información me la ofreció de manera puramente descriptiva, sin mostrar ninguna emoción ni vincular tales hechos consigo mismo, tal como realmente había hecho desde un principio. Mi impresión era la de que se esforzaba en convencerme y convencerse de que él que no precisaba ninguna ayuda para elaborar este trágico suceso. Simplemente, me dijo que, puesto que la empresa le ofrecía la oportunidad de un tratamiento psicoterapéutico, lo aprovecharía para los problemas que tenía con su novia.

A medida que trascurrían las sesiones me hablaba de la problemática con su pareja, siete años menor, la cual parecía deprimida desde que se fue del domicilio de los padres para convivir con él, abandonando la ciudad de origen, la familia, amigos, etc. Carlos decía no comprender la falta de interés e incapacidad para adaptarse a la nueva situación por parte de su pareja. También se quejaba de que él debía de hacerse cargo de todos los asuntos domésticos. Cuando intenté que reflexionara acerca de cómo podía sentirse su pareja aparecieron aspectos propios de su propia infancia, durante la que su madre dejó el domicilio familiar, abandonando a su padre, a él y a su pequeño hermano, pero hasta después de un largo tiempo estos acontecimientos eran descritos, durante las sesiones, con la misma despreocupación del principio. Yo sentí que las quejas hacia la pareja eran, al mismo tiempo, reproches hacia mí porque no me hacía cargo de su sufrimiento

para aliviar su malestar, con lo cual él debía hacerse cargo de las tareas de su morada interior.

Con el paso del tiempo, fueron reviviéndose en la situación analítica situaciones muy duras de su infancia, de las que se había defendido siempre con: *No pasa nada. Tira hacia delante*. Por sorprendente que pueda parecer esta situación es con la que me he encontrado con frecuencia, es decir, en algunos pacientes, tras haber sufrido una experiencia intensa y dolorosamente impactante, ésta ha quedado borrada del resto de los estados del *self*. Carlos no sólo borraba de su mente a la amante y a la familia de su jefe, con la cual no se puso en contacto durante mucho tiempo, sino que eliminó todo padecimiento y vínculo emocional respecto a la amistad que tenía con aquel, como si no hubiera perdido a alguien importante en su vida. Y, sin embargo, por otra parte revivía el conflicto en otras relaciones, como con su pareja. Me produjo la impresión de que Carlos trataba de renunciar a todo su pasado emocional. También observaba en él repetidos intentos de que yo, con mi interés y mi preocupación por él, le ahorrara la necesidad de reflexión y sufrimiento, y entonces se reproducía en el seno de la sesión un cierto alejamiento mental, como una reproducción del marcharse de vacaciones con los amigos después de la trágica muerte del amigo y jefe. Pudimos ir viendo, a lo largo del proceso, que para Carlos el ser el amigo y confidente de su jefe era una manera de modificar la experiencia infantil de sentirse rechazado y excluido de la pareja de padres, y también la forma de desprenderse de sus sentimientos vengativos hacia ellos a través de las amenazas de la conflictiva amante del jefe. Al mismo tiempo, comprendimos que trataba de dejar de ser el niño que sufría el abandono y la soledad, al convertirme a mí en la persona que se preocupaba y padecía por él.

La marcha de vacaciones con los amigos, antes de iniciar propiamente la relación terapéutica tenía, según yo creo, el significado de una clara advertencia, la de que él no aceptaba en modo alguno sentirse el niño carente de amor y rechazado, no quería exponerse a nuevos sufrimientos y, para lograr este propósito, debía mostrar que era yo quien debía esperar a que él se acercara a mí. Sólo la comprobación, a lo largo del tiempo, de mi interés y mi deseo por comprenderle y acompañarle en su sufrimiento, mitigaron su temor a sentirse de nuevo objeto de abandono y desprecio, y así pudo aceptar mi ayuda y superar sus impulsos a refugiarse en la frialdad emocional.

Con el tiempo apareció, también, en el curso de las sesiones un nuevo sentimiento, el sentimiento de vergüenza ante sus compañeros al irse percatando, a lo largo de nuestro diálogo, de que su jefe no era un buen amigo si no que era sólo alguien que le había utilizado durante años, al igual que hizo con sus compañeros. Sentía la misma vergüenza que sintió cuando su madre los abandonó. Esto hizo que durante mucho tiempo se mantuviera ajeno a sus compañeros, quienes también se habían sentido utilizados por el jefe. Durante el curso del tratamiento le fue posible reanudar la comunicación con su madre y su padre, al igual que pudo compartir sus sentimientos con sus compañeros, y logro cierta elaboración de algunas situaciones del pasado en las que había sido abandonado. Pienso, por tanto, que la terrible y trágica situación vivida fue, afortunadamente para él, una ocasión para la modificación de su defensiva forma de alejarse de las emociones penosas y poder integrarlas en su mente y su comportamiento.

Segundo caso

“No te olvidamos”

Sara fue una paciente que había presenciado, cuando era todavía una adolescente, un asesinato por arma de fuego.

Cuando Sara contaba 26 años me fue derivada por el psiquiatra que la asistía, debido aun estado de extrema dependencia con relación a su esposo, acompañado de una actitud de posesividad y dominio sobre él, cosa que daba lugar a frecuentes y fuertes crisis de ansiedad cuando debían separarse. Durante las primeras entrevistas no hizo referencia a la tragedia vivida en la adolescencia, la cual fue, como más adelante veremos, el foco central del trabajo analítico y sobre el que posteriormente me centraré.

En el momento de la primera entrevista, y durante un prolongado espacio de tiempo, sólo era capaz de hablar de su pareja actual. Su estado habitual de angustia se acentuaba sin su presencia. Durante las sesiones expresaba sus recelos y suspicacias hacia él, lo cual provocaba en ella una angustia extrema ante la idea de que la pudiera abandonar. Su esposo estaba totalmente sometido a su voluntad y no le era permitido visitar a su familia, ni amigos, ni acudir a ningún lugar más que a sus obligaciones laborales. Sara trabajaba una pequeña parte de su tiempo ayudando a su esposo, y su única ocupación durante el resto del día era la de esperar a que él llegara. Durante las sesiones sólo hacía referencia a sus temores acerca de la posible infidelidad de su marido, como si no tuviera historia, ni pasado, ni familia, hasta que un día, con gran angustia, explicó un sueño: *Esta noche he tenido un sueño muy angustiante: Corro y corro, huyo como sucedió en el pasado, cuando ocurrió todo.* Dialogando sobre el sueño yo me percaté de que éste hacía referencia a una pareja anterior. La insté a pensar en el sueño, pero, ante mi sorpresa se sintió molesta y dijo: *Esto lo tengo superado. A mí lo que me importa es lo que me pasa ahora.* A continuación, relató como molesta por tener que hablar de ello, que cuando tenía 16 años un día, paseando con su primer novio por la montaña de Montjuich, bajó de un coche un hombre y disparó contra el muchacho, provocándole la muerte instantánea, y dándose a la fuga posteriormente. Ella no recordaba nada más, sólo que horas más tarde la encontraron lejos del lugar de los hechos, en un estado de confusión y choque emocional.

Durante meses la policía la interrogó, pero no encontró nada para poder seguir alguna pista, la sometieron, incluso, a sesiones de hipnosis, pero todo intento por averiguar lo que había sucedido fue inútil. A mí me daba la sensación, tal como lo explicaba, de que a pesar de los años pasados seguía en el mismo estado de confusión en el que fue hallada después del asesinato. La familia del novio colgó carteles por toda Barcelona con el lema *no te olvidaremos*. Durante mucho tiempo esto la había angustiado, porque cada vez que veía el cartel se sentía culpabilizada y perseguida como si ella escondiera algo y fuera la responsable de lo ocurrido.

Después de este terrible acontecimiento no se sentía capaz de salir de casa, abandonó sus estudios y amigos, y se desentendió de todo lo que había formado parte de su vida. Decía con respecto a su estado: *El mundo seguía funcionando como si no pasara nada, pero yo no me sentía dentro de este mundo.* Después de dos años recluida en el domicilio paterno, sin otro contacto más que el de los padres y hermano, una compañera la fue a buscar y la obligó a salir con sus amigos, y en ese mismo día conoció al que posteriormente sería su marido. En el momento en el que pudo expresar sus sentimientos ante aquella situación vivida, se presentó en ella el interés por indagar en su pasado, y finalmente pudimos reconstruir la historia y entender algo de lo que había realmente sucedido.

En el curso de nuestro diálogo no sólo reconstruyó los hechos de aquel fatídico día, sino que ello le permitió entender el porqué de sus celos y su actitud tiránica. Lo que sucedió fue que en una pelea por celos con su pareja, ella irritada y despechada, abandonó la acera y saltó a la carretera, justo en el momento en que se aproximaba un coche. El conductor se vio obligado a dar un frenazo, salió del coche y reprochó a Sara su

comportamiento imprudente. Sara empezó a discutir violentamente, volcando en el conductor su irritación hacía su novio. Este intervino en la discusión que se volvió violenta y, de improviso, el conductor empuñó una pistola y disparó al muchacho, dándole muerte.

Reflexionando sobre este hecho, pudimos entender que su actitud posesiva y tiránica era una forma de evitar la repetición de lo ocurrido cuando ella se separó del muchacho. También se fue haciendo evidente que con su actitud intolerantemente posesiva, repetía un patrón de comportamiento que no sólo se desencadenó a consecuencia del asesinato de su novio, sino que era un patrón aprendido a lo largo de su vida debido a la actitud tiránica, posesiva y celotípica de su padre hacia la madre, cosa que impidió que ésta atendiera adecuadamente a Sara y a su hermano durante la infancia. Con todo ello, pudimos vincular su actitud sumamente demandante hacia su pareja como una reacción defensiva frente a las experiencias de abandono y desatención sufridas en la infancia.

Lo que caracteriza casos como éste es el estado de disociación del *self* que se presenta en muchos sujetos después de un trauma, en los cuales acontecimientos conectados en la realidad quedan separados unos de otros y fuera de lo que podemos llamar el *self* consciente y unificado (Spielgel D, 1993), presentándose variaciones en un rango que va desde las formas más adaptativas a las más patológicas. Este mecanismo mantiene al sujeto apartado del impacto emocional que ha sufrido, permitiéndole vivir la experiencia de un *self* unitario. Debido a ello, muestra el sujeto una actitud de desinterés por lo ocurrido, bajo una suerte de anestesia psíquica que impide la experiencia emocional del dolor. Ciertos pensamientos y sentimientos son muy duros para ser experimentados, reconocidos e incluso aceptados como formando parte de uno mismo, y en algunas ocasiones estos procesos psíquicos disociados nunca tendrán la oportunidad de ser verbalizados.

Como sabemos, la disociación no siempre es un mecanismo patológico; por ejemplo, a la hora de realizar una tarea que requiere un atención selectiva, como cuando nos encontramos estudiando y concentrados. Lo que diferencia la disociación patológica de la disociación más adaptativa es que ésta es voluntaria y promueve el crecimiento, y la integración, al contrario de la patológica.

Desde mi punto de vista, en un primer momento, después de la exposición a un trauma, la disociación siempre es adaptativa, es una respuesta frente a la situación traumática para poder soportar la situación, tanto a nivel emocional como cognitivo, pero se convierte en patológica si se mantiene en el tiempo, y este mantenimiento en el tiempo, así como la imposibilidad de elaborar la situación traumática son debido al despertar de antiguos conflictos que nunca han sido ni simbolizados ni verbalizados. Lo que quiero señalar es que, en muchas ocasiones, cuando es puesto a la luz y elaborado el estado disociado puede convertirse en una segunda oportunidad de crecimiento, una oportunidad para convertirlo en una experiencia terapéutica, tal como ha desarrollado Coderch en los tres primeros capítulos.

Con respecto a la disociación, el psicoanálisis relacional se sitúa en la misma línea de Fairbairn y Kohut frente a Freud, aunque con ciertos matices y diferencias. Stolorow (1997), al igual que Fairbairn afirma que la disociación es el acompañamiento defensivo normal de la emoción, y del trauma relacional, no considerándolo patológico de por sí, sino necesario para una adaptación satisfactoria a la experiencia traumática que pone en riesgo la propia supervivencia psíquica. Para Atwood, Orange, y Stolorow (1997) la disociación es la categoría defensiva que incluye el mecanismo de la represión, separándose de Freud porque éste privilegia la represión, y de Fairbairn por la distinción

que éste lleva a cabo entre disociación y represión: se disocia lo externo y se reprime lo interno e instintivo. Pero para Atwood y colaboradores no hay distinción entre fuera y dentro, debido a que toda experiencia esta fusionada en lo intersubjetivo. Tampoco están de acuerdo con la distinción axial que realiza Kohut sobre la disociación vertical y horizontal, donde en la horizontal el material intrapsíquico es reprimido y en la vertical el material intrapsíquico no es reprimido pero se ignora su significado emocional, llegándose en este proceso a la coexistencia de contenidos intrapsíquicos que no se comunican mutuamente, pero esto, para Atwood y colaboradores, no se articula con la presente perspectiva conceptual.

Considero yo que debemos conceptualizar la disociación como un fenómeno que tiene dos caras. Por un lado, refleja la separación del *self* unitario de los acontecimientos, experiencias y circunstancias que provocan la desintegración de los estados traumáticamente afectivos, porque no han podido ser adecuadamente procesados para formar parte de la estructura unitaria, ni pueden formar parte de ninguna la estructura continua de tal *self*, ni de un sentimiento consciente de la propia identidad e historia. Por otro lado, refleja la falta de un suficiente entorno emocional de sostén y de acompañamiento de estos acontecimientos y experiencias, para que pueda darse la validación y el reconocimiento necesarios para hacer asimilables tales estados. La disociación protege al niño del dolor disruptivo, pero también es una forma de adaptación patológica a un entorno en el cual no hay lugar para que el dolor exista. Disociar es ocultar a la conciencia un material, un afecto o una función delicada de acuerdo a los *principios organizadores inconscientes*.

Me parece oportuno recordar en este punto, para una mejor comprensión de lo que he estado diciendo que Donnel Stern (1997), de una manera parecida y siguiendo a Sullivan, nos habla de *experiencias no formuladas*. Este autor nos señala que cuando un paciente logra pensar sobre aquellos aspectos de su vida que previamente fueron rechazados, éstos no suelen aparecer como pensamientos perfectamente formulados, sino que lo que se presenta es un cierto estado de confusión. Considera Donnel Stern que el proceso de conocer es algo más que descubrir el disfraz o evitar la distorsión, puesto que de lo que se trata es de crear un nuevo significado, no de la revelación de un significado antiguo que fue reprimido como creía Freud. La resolución de la ambigüedad de la experiencia no formulada es siempre un acontecimiento interpersonal, que se co-crea entre paciente y analista.

En el caso de Sara, podemos ver su dificultad para poder pensar y reflexionar en lo ocurrido en su pasado y para relacionarlo con su situación de aislamiento y su actitud posesiva con su pareja. De forma que sólo después de reflexionar conjuntamente sobre el sueño que he citado pudimos reconstruir el impacto del trauma y sus consecuencias. Creo que este caso puede inclinarnos a pensar que lo que hace más difícil la asociación con las experiencias vividas en la situación traumática es el hecho de que, en muchas ocasiones, el sujeto vive tales experiencias como no pertenecientes a sí mismo, como algo puramente del exterior. Sara era incapaz, en un principio, de acudir al consultorio sin ser acompañada por su marido. En los comienzos, durante la sesión se le hacía insoportable que él estuviera fuera esperando, y le era muy difícil aceptar que ella necesitaba crear una nueva relación en un espacio nuevo para ella y una relación significativa conmigo, y ello, a mi juicio, por temor a sentir que yo no pudiera contener sus ansiedades, y ambas quedáramos invadidas por ellas. Progresivamente, pudo acudir

al consultorio sin su marido, así como rehacer la relación con su madre, padre y hermano.

El psicoanálisis tradicional siempre ha enfatizado una perspectiva lineal del desarrollo, pero el psicoanálisis relacional, partiendo de Sullivan, se basa en la idea, ampliamente corroborada por la clínica, de que la mente de los seres humanos se encuentra estrechamente vinculada al contexto o contextos en los que cada sujeto ha vivido y se ha desarrollado, a lo que debemos añadir el hecho de que la variabilidad conductual y las experiencias subjetivas de todos nosotros están relacionadas con la existencia no de un solo *self* sino con la de múltiples *selves*. Esto nos permite entender el porqué nos comportamos y sentimos, en diferentes momentos, de formas muy variables e, incluso, la concepción que tenemos del *self* está muy lejos de ser constante. Por ello, dentro del psicoanálisis relacional, no hablamos de un único *self* sino de diversos estados del *self* (Mitchell, S. 1993; Davies, 1994; 1996, 2001; Bromberg, P. 1998).

Considero fundamentales, para la adecuada comprensión de lo que he venido diciendo, las aportaciones de P. Bromberg (1998, 2006, 2011) acerca del fenómeno de la disociación de estados del *self*, a consecuencia de que el intenso trauma afectivo impidió su procesamiento y simbolización. Bromberg nos habla de diversos estados del *self* que tienen que ver con una emoción y la experiencia de una realidad particular. Lo describe como diferentes partes de un todo funcional que mantienen comunicación entre sí respecto de valores, afectos, formas de percibir la realidad, y sobre otros estados del *self*. Entiendo que, de acuerdo con Bromberg, la salud mental depende de la capacidad del sujeto para mantener una distancia precisa entre los estados del *self* y, con ello, poder tener diferentes experiencias en distintos espacios mentales sin perder ninguna de ellos. Esto implica que en algunas situaciones es necesario mantener distancia, y en otras conservar la sensación de unidad. Si esta capacidad funciona adecuadamente los estados del *self* y sus realidades particulares son percibidas como un todo funcional, y esto da lugar a la ilusión de una identidad cohesionada.

De acuerdo con estos conocimientos centré el objetivo del trabajo terapéutico con Carlos y Sara no sólo en promover la articulación sobre la experiencia del trauma sufrido, sino también en articular ésta con estados del *self* disociados, relacionados con las experiencias tempranas vividas con las figuras significativas de su primera infancia, y que, hasta este momento, habían permanecido disociadas de la estructura central del *self*. Mi actitud fue la de intentar que Carlos y Sara se sintieran acompañados y aceptados totalmente, de manera que fueran capaces de expresarse libremente sin ninguna clase de temor, y para ello prescindí de intervenciones interpretativas que creo hubieran vivido como una interrupción y un rechazo por mi parte. Mis intervenciones fueron dirigidas a que ellos sintieran que yo estaba participando en sus ansiedades y sufrimientos (Grossmark, R. 2012). Con esta actitud creo que logré que estos paciente pudieran observar sus estados mentales y sus acciones, y tolerar las emociones que hasta entonces se hacían insoportables, y les fuera posible, dentro de los límites que fuera, integrarlos en un sentimiento más unificado de sí mismos. Creo que esto es lo que nos permite hablar de una segunda oportunidad de crecimiento a través de la elaboración de las situaciones traumáticas. Mi idea es la de que las experiencias terapéuticas en el curso de esta elaboración sólo pueden darse si el paciente experimenta, mediante la comunicación implícita (ritmo y musicalidad de la voz, expresiones faciales, gestos, parpadeo, silencios que implican una atenta escucha, etc.,) que transmite que el analista está no sólo comprendiendo sino viviendo emocionalmente aquello que está sintiendo el paciente. Así es como se crea la verdadera relación

terapéutica. Creo que las interpretaciones formuladas por el terapeuta en estos casos graves sólo serán vividas por el paciente como interrupciones, como rechazo y como algo totalmente extraño a él que sólo aumenta su sufrimiento.

A mi entender, en el proceso psicoanalítico debe llevarse a cabo el intento de relacionar la manera como los estados disociados se despliegan y adquieren forma dentro de la sintomatología y en la relación con el terapeuta. En el caso de Carlos la narrativa que pudimos construir, de acuerdo con sus recuerdos y experiencias, así como con el estilo de relación que establecía conmigo, fue la de que la motivación de apego se vio frustrada desde el principio por unos padres muy distantes y absorbidos por sus graves conflictos de pareja, y con cuyo apoyo nunca contó. Apartir de la adolescencia, Carlos tuvo que valerse por sí mismo debido al abandono de la familia por parte de la madre, quien marchó del hogar, sin dejar rastro ni mandar ninguna noticia de ella hasta después de largos años. Carlos se encontró obligado a responsabilizarse de un padre alcohólico y de un hermano menor.

No quiero dejar de lado la cuestión de hasta qué punto el daño de las situaciones traumáticas vividas a partir de la segunda infancia y en la edad adulta dependen de si, con ellas, se reabren las antiguas heridas y ponen en marcha los patrones de organización de las más arcaicas experiencias, debido al lazo entre la experiencia traumática presente y las experiencias primitivas. Creo que tanto la respuesta emocional como el comportamiento que le acompaña no son únicamente debidas a la situación presente sino a su vinculación con las primeras experiencias traumáticas. En la actualidad ésta es la comprensión predominante en el campo del psicoanálisis relacional.

Estos estados disociados, por tanto, se encuentran básicamente relacionados con el apego. Pienso que no es necesario desarrollar la teoría del apego de J. Bowlby, al ser ampliamente conocida, pero si deseo hacer una breve mención debido a la repercusión que ha tenido en el entendimiento y desarrollo posterior de la formación de la personalidad, así como la de sus continuadores que amplían sus estudios, como por ejemplo Mary Ainsworth.

Recordemos, tan sólo, que Bowlby entiende la motivación de apego como aquella que hace que el sujeto busque y mantenga la proximidad de otra persona que, en principio, es la madre o quien hace sus veces. Se caracteriza, también, por la tendencia a utilizar la figura de apego como presencia de base segura desde la cual se pueden explorar los entornos desconocidos, y hacia la cual vuelve, como refugio en momentos de alarma. La amenaza de pérdida de esta figura significativa despierta angustia, y su pérdida ocasiona tristeza, rabia, e ira. Por lo tanto, el mantenimiento de estos vínculos de apego se considera como una fuente de seguridad que permite tolerar estos sentimientos.

En el sentido que estoy comentando Lyons Ruth (2003), en una investigación longitudinal a través del visionado de vídeos para estudiar los patrones de conducta de apego en los niños, la interacción cara a cara, la interacción padres-hijos y las relaciones entre padres aplica los conocimientos obtenidos al estudio de niños con riesgo de desarrollar una patología. En su estudio indica que las conductas de apego desorganizado durante la infancia son importantes percursores de sintomatología disociativa posterior. Además, señala que esta vulnerabilidad primaria se relaciona con patrones de comunicación afectiva entre padres e hijos, especialmente con las conductas más silenciosas, como la poca disponibilidad emocional o la inversión de roles.

Gracias a las aportaciones de Lyons Ruth podemos vincular esta vulnerabilidad primaria con patrones de comunicación parental, especialmente con conductas menos

llamativas, tales como errores de comunicación afectiva parental y conductas autoreferenciales, o la contemplación sin reconocimiento por parte de la madre en la infancia, cosa que puede constituir una contribución al no reconocimiento o la falta del mismo por parte del niño en la adolescencia. He de advertir que estos descubrimientos no refuerzan la génesis de los mecanismos defensivos, ya que se tuvieron en cuenta, los datos genéticos en el estudio acerca de la vulnerabilidad psicológica. En consecuencia la influencia de los cuidadores ha de ser observada como un grupo de factores dentro de un complejo conjunto de fuerzas interactivas biológicas, ambientales y psíquicas, modelando el desarrollo del niño a lo largo del tiempo.

Estos estudios longitudinales tuvieron dos importantes implicaciones clínicas. La primera es la de que los estados disociados se basan en procesos dialógicos más que en procesos intrapsíquicos, entendiendo los procesos dialógicos como intercambios afectivos, asimbólicos o no simbólicos e interactivos con los otros, y la segunda, que se podría sostener que el tratamiento de los estados disociados será más efectivo en la medida que se pueda establecer un diálogo más integrador y de colaboración entre paciente y el terapeuta.

Otros pensadores psicoanalíticos, como S. Bach (2001), también vinculan los fenómenos disociativos a características del diálogo primario infanto-parental y plantean la necesidad de que los padres mantengan vivo al niño en su mente de forma continuada para que el niño tenga la sensación de una existencia continuada, cohesionada y significativa. G. Whitmer (2001), nos habla de la disociación como un estado simultáneo de reconocimiento y no reconocimiento del niño por parte de los padres. El niño no puede conocer su propia existencia como sujeto o un yo, a no ser que antes haya sido reconocido por otro. Para este autorel estado disociado se vincula a la incapacidad para interpretar y dar sentido a las propias sensaciones o percepciones, debido a la falta de reconocimiento por la figura de apego o de alguien muy cercano dentro del contexto dentro de la matriz socio/familiar (Coderch, J. y Plaza, A., 2016).

A continuación, presentaré dos casos clínicos en los que los pacientes mantuvieron, al menos con un miembro de la familia, unas relaciones razonablemente satisfactorias en la primera infancia, cosa que hizo que sus estados disociados no fueran excesivamente profundos e intensos, situación que les permitió modificaciones positivas en su tratamiento.

Tercer caso.

“Encerrado en el lavabo”

Xavier tiene 33 años de edad en la actualidad. Acudió en busca de ayuda a los 23 años a instancia de una pitonisa (vidente), probablemente porque no sabía cómo manejar la relación con él, y a petición de la madre. Llevaba encerrado en el domicilio paterno gran parte de la adolescencia y juventud. No conservaba amigos y apenas salía. Su padre le enseñó la profesión de relojero y le había buscado un trabajo, pero no podía ir a trabajar porque no se sentía adecuado ni merecedor de la paciencia de sus jefes. Se sentía hipersensible y con angustia porque todo le sobrepasaba y molestaba.

Cuando lo recibí lo primero que dijo: *“No tengo fe. Vengo porque mi madre está preocupada, pero sería más fácil que desapareciera. No quiero hacer sufrir más a mimadre”*.

Al principio del tratamiento era como si él estuviera en algún sitio donde nadie pudiera acceder o más bien no dejaba a nadie acceder. Era una persona físicamente agradable, y cuando hablaba de cualquier tema hacía que el diálogo fuera muy interesante, siempre

que no se hablara de él. Sus ideas eran muy reivindicativas pero siempre argumentadas. Denotaba mucha inteligencia.

Un día empezó a hablar de “drones”, tema que parecía interesarle mucho (tenemos que tener en cuenta que en el momento que yo le atendía los *drones* eran algo desconocido, no como en la actualidad). Me hablaba como si los estuviera construyendo, pero al preguntarle me dijo que no construía nada, que lo hacía todo en su fantasía paso por paso. Me llamó la atención, pero opte por no decir nada, ya que sentí que sería imponerle el principio de la realidad externa. Así, progresivamente me fue hablando de otros intereses como las matemáticas y la física. Intereses que se dio cuenta que compartíamos. De esta manera, lentamente, fue confiando plenamente en mí y abriendo su mundo interno. En una ocasión le comenté que parecía muy interesante todo lo que me explicaba y que él lo vivía con entusiasmo, pero que no entendía que era lo que le impedía tratar de construir estos *drones* u ocuparse en otras actividades de las que me hablaba. Xavier me dijo que llevaba mucho tiempo encerrado, que se sentía fracasado y que, aunque creía que podía compartir estas cosas conmigo, tenía miedo, miedo a decepcionarme, precisamente al percatarse de mi interés. Tenía miedo a que lo viera como tanta gente creía que lo veía. Me dijo que sentía que me tenía que explicar algo que nadie sabía, que de lo contrario no entendería nada, pero que a la vez sentía vergüenza. Me fue explicando que había sufrido maltrato por parte de compañeros de clase con los que coincidían en el jockey. Me habló claramente del acoso escolar o *bullying* que sufrió durante toda la enseñanza primaria y secundaria, de cómo se las tuvo que ingeniar durante tiempo para evitar el maltrato encerrándose durante los patios en el lavabo, sin que nadie se diera cuenta de sus ausencias. La situación empeoró cuando le pusieron en otra división más alta en el jockey, se tornó cada vez más insoportable y, debido a ello, finalmente, abandonó el jockey y los estudios. Pensaba que no era importante para nadie, porque probablemente no valía nada. También me habló de su paso por las drogas para poder sentirse uno más, y de su ingreso en un centro de adolescente con problemas de conducta, en donde no se sentía identificado con lo que se vivía allí dentro intento pasar desapercibido: *“Aquello era una prisión de adolescentes. Mis padres pensaban que era lo mejor. No entendían nada y probablemente yo tampoco”*. Era la primera vez que había podido hablar con alguien acerca de toda la incomprensión que le había envuelto durante muchos años. Pudimos ir dialogando sobre todos aquellos aspectos distorsionados de su personalidad, dimos sentido al por qué había sufrido tanto y también al hecho que sus padres estaban tan confusos como él y que, pese a ello, habían sido buenos padres. No hubiera sido posible dialogar acerca de todas estas cuestiones si antes no hubiéramos logrado *crear una nueva experiencia intersubjetiva que nunca antes se había producido*.

Una vez hubimos reflexionado conjuntamente sobre todos estos espacios de su vida y de su mente surgió la posibilidad, dadas sus capacidades intelectuales y emocionales, de que reanudara sus estudios. En un principio no fue fácil y sintió miedo. Reflexionó sobre la oportunidad de aprovechar el acceso de mayores de 25 años, y después cursar los estudios de ingeniería. Finalmente lo hizo y se matriculó en ingeniería robótica.

Finalizó la carrera y la Universidad lo envió a Alemania. Actualmente trabaja como ingeniero, volvió al hockey como afición y vive en pareja.

Al presentar este caso en absoluto pretendo afirmar que siempre deba de, ni que pueda, proceder así, pero sí que en el curso de su proceso entraron en juego complicadas interpretaciones referentes a fantasías libidinales o destructivas, intensas confrontaciones transferencia-contratransferencia, ni destructivas resistencias. Simplemente, bastó con mi actitud, ampliamente correspondida por parte del paciente,

de no únicamente empatizar a nivel intelectual sino de sentir con él, de acompañarle emocionalmente en su dolor y de permitir que resonaran en mi estado de ánimo y mis percepciones somatosensoriales las propias de Xavier. Todo esto llevó a que doblaran dentro de mí las campanas de su sufrimiento a la par que las suyas, tal como nos ha enseñado D. Orange (2006). Pero no ha de creerse que con esta actitud se obtuviera un cambio puramente basado en la sugestión, la educación, la identificación transferencial o la compasión. No, no debe pensarse de esta manera, los analistas relacionales no somos tan ingenuos ni faltos de conocimiento. Con mi actitud y la vívida interacción que sostuvimos se produjo la sintonización psicobiológica, de la que nos ha hablado ampliamente Coderch (capítulo I de este texto) entre las emociones procedimentalmente organizadas de ambos, un diálogo de implícito a implícito subyacente a nuestro intercambio emocional, un diálogo de cerebro a cerebro, de zonas subcorticales asiento de las emociones a zonas subcorticales y así, no en el puro aire, no sólo en la dimensión espiritual sino también en las zonas cerebrales más directamente implicadas en la relación entre humanos y la socialización tuvo lugar una mutua interacción, a partir de la que pudieron desenvolverse las modificaciones positivas en la mente de Xavier y en la mía¹. Creo que puede decirse que en el caso de Xavier el todo de la relación paciente-terapeuta fue un encadenamiento de microexperiencias terapéuticas, sin necesidad de grandes y puntuales experiencias de *insight* provocadas por las interpretaciones. Sencillamente, el inconsciente relacional de Xavier fue evolucionando de una manera casi inaparente en el curso de nuestro diálogo al sentirse acompañado, querido y comprendido en lo más íntimo de su ser, podemos decir que sin que ambos apenas nos percatáramos de ello y, como resultado de este cambio, sus relaciones consigo mismo y sus relaciones interpersonales evolucionaron al unísono. El día de la Graduación de Xavier, y antes de entrar en el aula, me llamó en varias ocasiones, al final pudo hablar conmigo “*No podía entrar sin antes darte las gracias. Esta graduación no tendría sentido sin ti, es de los dos*”.

Como hemos visto en otras partes del texto algo de esto ya fue adelantado por el Grupo de Boston para el Estudio del Cambio Psíquico en su trabajo de 1989 cuando nos hablan de las dos vías del cambio, la que se logra a través de la interpretación y la que es el resultado de los *momentos de encuentro*. Pero en la época en que fue escrito su trabajo, los conocimientos de las neurociencias no habían llegado al grado de desarrollo actual, y estos avanzados autores no pudieron emplearlos en su trabajo para comprender en toda su extensión el valor, para lograr el cambio psíquico, de los momentos de encuentro que ellos mismos describían.

Cuarto caso

El cuidado de un bebé como experiencia terapéutica

Victoria, de 37 años, me fue remitida por su empresa a la que pidió ayuda psicológica. En el momento de ponerse en contacto fue despreciativa con el tipo de ayuda que le podía brindar “*Ya he acudido a otros psicólogos y nunca me han podido ayudar. Supongo que como lo paga la empresa...*”

Se presentó como una ejecutiva que trabaja en una multinacional y por todo aquello de lo que me informó y describió me produjo la clara impresión de que todo su mundo giraba exclusivamente alrededor de su trabajo. No podía pensar en otra cosa que no fuera su trabajo, y el gimnasio para adelgazar, mostrándose obsesionada por ambos temas.

¹Para una mejor comprensión el lector puede dirigirse al apartado 2 del capítulo primero

Después de breve tiempo quedó claro no se sentía valorada por su jefe, cosa que relacionaba con su imagen física. Victoria era una mujer atractiva aunque sufría una problemática debido a que de cintura para abajo su imagen era desproporcionada, y mucho más voluminosa que el resto del cuerpo. Esto hacía que no se sintiera una mujer atractiva, ni que le pareciera posible remarcar su figura de forma femenina. Sin embargo, manifestaba que su marido no daba importancia a estas cosas.

Iniciado el tratamiento, durante un largo período, nuestro diálogo giró en torno a su trabajo, y la incompreensión que sentía por parte de su jefe, dado que a pesar de sus resultados le parecía que no era suficientemente tenida en cuenta ni valorada por parte de él. A lo largo del proceso terapéutico, apareció cierto deseo de ser madre, pero este deseo fue rechazado de inmediato a causa de sentir que, debido a su dedicación laboral, nunca le sería posible cuidar de un hijo. Al reflexionar sobre el tema de la maternidad se angustiaba fuertemente debido al malestar que sentía por su silueta corporal. Sus deseos de maternidad eran, a la vez, angustiantes y contradictorios.

Al cabo del tiempo Victoria se quedó embarazada y dio a luz, felizmente, a una niña, a la que llamó Sofía. Pero a los pocos meses del nacimiento tuvo que ingresarla, por una grave enfermedad. El trabajo terapéutico se centró a ayudar a que se vinculase a su hija, para evitar los posibles efectos de la separación hospitalaria. Con relación a este tema se despertaron antiguos conflictos en la relación con su padre, especialmente ante el temor de repetir con Sofía el sufrimiento que a ella le había comportado en su infancia las relaciones con su padre, del cual sentía que la despreciaba y la rechazaba por su aspecto físico, a la vez que recordaba la buena relación con la madre, quien sufría también el mal trato del padre.

Sofía cambió a su madre. Victoria tuvo la oportunidad de revivir la crianza de otra forma muy diferente a la que ella vivió en relación al rechazo de su cuerpo y, además de reconstruir su propia historia, pudo entender su mente y su cuerpo de una manera muy diferente a como la había vivido. Este cambio de actitud, en la que pasaron a primer plano las relaciones familiares, provocó serios problemas laborales debido a que se acogió a una ley por dependencia de un hijo enfermo, pero ella manifestaba que no cambiaría su vida de ahora por nada.

Pienso que mediante estos cuatro ejemplos queda en evidencia lo fundamental de los primeros vínculos maternos para el desarrollo positivo de la mente y para afrontar, con ciertas posibilidades, todas las dificultades materiales en las relaciones interpersonales que la vida, inevitablemente, trae consigo. Y, al referirme a ello, creo que es conveniente dedicar unas palabras al concepto de *resiliencia*.

4.- RESILIENCIA.

Desde la perspectiva psicoanalítica la resiliencia es el énfasis en la necesidad del otro/s como un punto de apoyo para superar la adversidad, superación vinculada del contexto en el que está sumergido el individuo (Cyrulnik, B. 2014, 2017). Con ello, se entiende que la clave para superar la situación traumática reside en los afectos, la solidaridad y el contacto humano, con la esperanza y anhelo con las que se ha hablado en el capítulo 4. La palabra resiliencia es, también un concepto de la física y de la ingeniería de materiales, para simbolizar la elasticidad de los mismos, y se utiliza para expresar la capacidad que tienen algunos materiales para volver a su estado natural después de haber sido sometidos a presiones deformadoras. Así, Boris Cyrulnik entiende la

resiliencia humana como la capacidad para recuperar el desarrollo satisfactorio después de haber sufrido un trauma.

Pero, en tanto que psicoanalistas, no podemos quedarnos con este simple, aunque importante, concepto, sino hemos de intentar ir más allá y preguntarnos cuales son los factores que hace posible que se desarrolle esta capacidad. No nos cabe duda de que la debilidad o la fuerza de la resiliencia de cada ser humano, aparte de la no despreciable constitución genética, depende de si en la primera infancia el individuo desarrolló un *self* coherente, vigoroso y bien organizado en la interacción con la madre y demás personas que constituían la matriz socio/relacional en la que nació y se desarrolló, o si la inadecuación de estas relaciones dio lugar a una carencia en sus necesidades emocionales que perturbó la formación del *self*. Pero creo que tampoco podemos contentarnos con esta somera explicación dada la importancia que tiene para la salud mental, en una sociedad tan individualizada, competitiva y sacudida por muchas luchas sociales y conflictos como la que vivimos, la posesión de la capacidad de resiliencia o la falta de ella.

Creo que es más preciso y se ajusta más a la realidad pensar que la resiliencia no es ni una vacuna contra el sufrimiento ni un estado adquirido e inmutable, sino un proceso y un camino que es preciso recorrer (Bouvier, P.1999). Visto lo expuesto ahora, en el conjunto del texto podría pensarse que las personas que no han sufrido un trauma y han vivido una satisfactoria y adecuada motivación de apego, serán las únicas que enfrentarán los problemas de la vida con una esperanzadora capacidad de resiliencia. Pero en todo lo que se refiere a la mente las cosas no son nunca tan sencillas y tan previsibles. Parece haber múltiples casos, a lo largo de la historia, que nos hablan de sujetos que han superado una infancia traumatizada, que en su vida adulta han enfrentado las dificultades de la vida y que han mostrado una actitud fuerte y una significativa capacidad para enfrenta los obstáculos. Pero he dicho “parece”, porque si queremos mantener una actitud científica hemos de aceptar que los fenómenos que estudiamos nunca son tributarios de explicaciones sencillas, como sabemos a partir de las ciencias de la complejidad. Sabemos que, a pesar de que determinados y destacados personajes pueden haber pasado por una infancia muy traumatizada, esto no elimina la posibilidad de que durante aproximadamente el primer año de vida, el más importante para la construcción de las estructuras fundamentales de la mente, hayan gozado de una madre suficientemente buena con la cual vivieron experiencias sanas para la formación del *self*. Además, el hecho de que tales personajes sean merecedores de agradecimiento, por sus aportaciones a la ciencia, la filosofía, o al arte, no implica que hayan sido poseedores de una envidiable salud mental y un armonioso equilibrio emocional. Por el contrario, como ya nos ha mostrado Coderch en el capítulo 1, muchas de estas egregias figuras han sido impulsadas por su sufrimiento para llevar a cabo sus grandes realizaciones. Siempre hemos de ser muy prudentes en nuestras afirmaciones e hipótesis.

Sin embargo, como un ejemplo ilustrativo acerca de la posibilidad de desarrollar una fuerte resiliencia, pese a una infancia emocionalmente desatendida, puedo citar al propio John Bowlby, el creador de la teoría del apego. Perteneció a una familia de clase alta, donde ocupó el cuarto lugar de seis hermanos. Fue criado por una niñera de acuerdo con la moda tradicional británica, en dicha clase, de la época. John fue un niño desatendido durante la infancia, ya que tan sólo veía a la madre una hora al día, después del té de la tarde. Esta situación era consecuencia de la creencia de la aristocracia británica de considerar que la atención parental más allá de los estrechos límites era perjudicial para la educación de los niños. La situación se agravó como resultado de que

la niñera marchó de la familia cuando John tenía cuatro años. Esta experiencia lo marcó profundamente y la vivió como la pérdida de la madre.

Al cumplir los siete años fue internado en un colegio conforme a los cánones educativos de su condición social. Bajo este conjunto de circunstancias desfavorables, y en relación al cúmulo de experiencias de separaciones traumáticas primerizas, es factible comprender que sus investigaciones se centraran en las ansiedades inherentes en cualquier separación. Paradójicamente, lejos de hundirse, las dolorosas experiencias por las que pasó le dotaron de una especial sensibilidad frente al sufrimiento infantil, sensibilidad que no sólo fue la columna de su trayectoria profesional, sino que también le ayudó a construir una familia en la que la educación y las relaciones entre los distintos miembros eran totalmente diferentes a lo que el vivió en la familia paterna.

Como conclusión, podemos decir que la resiliencia no es una característica innata, ni tampoco se adquiere como parte de la evolución natural de los seres humanos, ni la construye el individuo por sí solo, sino que surge en la relación con un ambiente determinado que envuelve al individuo, los padres en primer lugar y la comunidad posteriormente. Nunca es absoluta, total, ni lograda para siempre. Es un proceso dinámico, y puede ser promovida en cualquier momento a lo largo del ciclo de la vida. La capacidad que proporciona una vigorosa resiliencia es lo que permite que muchos hombres y mujeres reaccionen positivamente después de padecer una situación traumática, con la capacidad de creatividad de encarar las situaciones con esperanza y de auto sostén, o de encontrar a alguien que les permita construir un nuevo espacio donde vivir nuevas experiencias para crecer mentalmente. Personalmente puedo decir que yo he observado esta evolución no únicamente en algunos pacientes, sino también en la realidad de la vida.