

El problema especial de la interpretación en el tratamiento de pacientes traumatizados

The special problem of interpretation in the treatment of traumatized patients

Werner Bohleber y Marianne Leuzinger-Bohleber (*)

(*) The Sigmund Freud Institute, Frankfurt (Alemania)

Resumen

El trauma es un concepto definido con cierta ambigüedad. Después de una discusión sobre varias definiciones y diferentes tipos de trauma, se ofrece una descripción de los resultados de las experiencias traumáticas a corto y largo plazo de las experiencias traumáticas. Para el tratamiento de personas traumatizadas y, sobre todo, para la interpretación de este tipo de experiencias, es importante señalar que los recuerdos traumáticos están sujetos a algunas transformaciones psíquicas específicas. Los estados del *self* traumatizados no están completamente disociados de la red asociativa de la mente. Se describen estrategias interpretativas específicas que se centran en la ruptura irreparable de la confianza básica, la necesidad de controlar las relaciones, la importancia de la reconstrucción del trauma, la restauración de la agencia paralizada del yo traumatizado, y la atención particular que debe prestarse a las actuaciones (enactments) en el tratamiento. En la parte final, se describe una nueva comprensión de la memoria en la llamada ciencia cognitiva encarnada. La memoria ya no es una recuperación del conocimiento almacenado en el cerebro, sino una función de todo el organismo, producto de una recategorización compleja y dinámica y de procesos interactivos invariablemente encarnados. A modo de ejemplo clínico, se ilustra la manera en que esta nueva concepción proporciona una explicación alternativa sobre cómo funcionan los recuerdos traumáticos y cómo se entienden estos últimos en el tratamiento psicoanalítico.

Werner Bohleber, Dr. phil.; Analista docente y supervisor, antiguo Presidente German Psychoanalytical Association (DPV); Presidente de IPA Committee on Conceptual Integration (2009–2013); Editor de la revista psicoanalítica alemana *Psyche*. Ejerce la práctica privada en Frankfurt, Alemania.

Marianne Leuzinger-Bohleber, Prof. Dr. phil.; Directora The Sigmund Freud Institute, Frankfurt, Alemania; Analista docente, German Psychoanalytic Association; Profesora de psicoanálisis, University of Kassel; Copresidenta para Europa, Research Board, IPA.

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a los autores a Dr. Werner Bohleber, Kettenhofweg 62, 60325 Frankfurt am Main, Germany WBohleber@gmx.de y Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber Direktorin Sigmund-Freud-Institut Myliusstr. 20, 60323 Frankfurt am Main, Germany M.Leuzinger-Bohleber@sigmund-freud-institut.de

Palabras clave: Trauma, Experiencia Traumática, Recuerdos traumáticos.

Abstract

Trauma is not an unambiguously defined concept. After a discussion of various definitions and different types of trauma, a description is given of short- and long-term outcomes of traumatic experiences. For the treatment of traumatized individuals, and above all, for the interpretation of this kind of experience it is important to note that traumatic memories are subject to some specific psychic transformations. The traumatized self-states are not completely dissociated from the mind's associative network. Specific interpretive strategies are described that focus on the irreparable break in basic trust, the need to control relationships, the importance of the reconstruction of the trauma, the restoring of the paralyzed agency of the traumatized self, and the particular attention that must be paid to enactments in the treatment. In the final part, a new understanding of memory in so-called Embodied Cognitive Science is described. Memory is no longer a retrieval of stored knowledge in the brain, but a function of the entire organism, the product of complex, dynamic recategorization and invariably embodied interactive processes. By way of a clinical example, the manner is illustrated in which this new conception provides an alternative explanation as to how traumatic memories function, and how the latter are understood in psychoanalytic treatment.

Keywords: Trauma, Traumatic experiences, Traumatic memories

Artículo original traducido y publicado con autorización: Bohleber, W. y Leuzinger-Bohlener, M. (2016) The special problem of interpretation in the treatment of traumatized patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(1), 60-76, <https://doi.org/10.1080/07351690.2016.1112223>

Traducción: Marta González Baz
Revisión: Ángela Soler Roibal

La fenomenología del trauma

El trauma implica un concepto que vincula un evento externo o, más en general, las influencias del mundo externo, con sus consecuencias concretas para las realidades psíquicas internas. Tanto la complejidad como la ambigüedad del concepto psicoanalítico del trauma activan esta doble referencialidad e interrelación específica de lo externo y lo interno. Laplanche (1976) caracterizó el trauma como una forma de constitución de fuera hacia dentro, como una espina en la carne. Una de las metáforas asociadas a esta espina en la carne es la del cuerpo extraño, que desempeña un papel sustancial en la teoría del trauma al caracterizar un factor intrusivo del exterior imposible de procesar e integrar psíquicamente de una manera habitual.

La definición de trauma ha sido algo ambigua. A mediados de los años 80, Joseph Sandler llevó a cabo un proyecto en colaboración con el personal del Instituto Sigmund Freud de Frankfurt (Sandler, Dreher y Drews, 1991). Diez destacados psicoanalistas presentaron cada uno tres casos de pacientes traumatizados. Posteriormente fueron entrevistados sobre su concepción del trauma y su tratamiento. El objetivo era identificar aquellas dimensiones del significado del trauma relevantes para la práctica. Se señalaron las siguientes dimensiones esenciales:

- el acontecimiento externo
- la experiencia subjetiva de dicho acontecimiento
- los resultados a corto y largo plazo de dicha experiencia traumática

Se hizo claramente evidente que muchos psicoanalistas aplicaban el término de manera imprecisa en su relación con el acontecimiento, con la experiencia directa y con toda una serie de consecuencias. El acontecimiento externo por sí solo se definía frecuentemente como trauma, mientras que el material clínico mostraba que el resultado traumático real estaba ligado a la percepción subjetiva de la situación. Otro resultado fue que anexo al concepto de trauma había un efecto posterior inevitable, aunque influenciado. Se conservaba un agente patógeno, más que un simple recuerdo.

Henry Krystal (1988) señaló que lo que a menudo se caracteriza como trauma psíquico en la literatura sobre el tema es, en realidad, una situación similar a un trauma que no se corresponde realmente con una situación traumática. Para él, el factor central es la impotencia *experimentada*. No es la situación traumática en sí misma la que desencadena esta impotencia, sino su evaluación subjetiva. La exactitud de esto es inicialmente irrelevante para la reacción mental. "Si el peligro se considera inevitable, la impotencia se convierte en una sensación interior de abandono de uno mismo, de entrega. El estado afectivo pasa de una respuesta hiperalerta e hiperactiva (ansiedad) a una de bloqueo de las emociones y de inhibición progresiva" (p. 143). Para Krystal, esta experiencia de tener desbordada la función de defensa, así como la función expresiva de la ansiedad y su consiguiente inhibición es el trauma real.

Arnold Cooper (1986) definió el trauma refiriéndose al modelo psicoeconómico de Freud:

un trauma psíquico es cualquier acontecimiento psicológico que desborda abruptamente la capacidad del yo para ofrecer una mínima sensación de seguridad e integridad, resultando en una ansiedad o impotencia abrumadoras, o en la amenaza de las mismas y produciendo un cambio duradero en la organización psíquica (p. 44).

Un factor importante en esta definición es el aspecto repentino, perturbador e incontrolable del evento traumático y la experiencia de un "demasiado" que nos deja indefensos. El prototipo de esta definición es el trauma por choque.

Existen, sin embargo, otros tipos de traumatización que proceden de manera diferente y para los cuales esta definición parece inadecuada: abuso sexual, abandono emocional extremo, trauma por separación, trauma por apego y trauma acumulativo, entre otros. En la definición de tales traumas, el foco ya no está puesto en la barrera frente al estímulo - como todavía ocurría en el caso de Freud- que se rompe por medio de niveles

desproporcionadamente altos de excitación, demasiado grandes para ser dominados; más bien, su papel como escudo protector se adopta ahora a partir de la red de significantes (Kirshner, 1994) que regulan la vida de uno más de modo preconsciente que consciente. Sin esta red, la seguridad y la evidencia de sí mismo se verían destrozadas en muchos aspectos de la vida cotidiana de las personas. Esta situación implica lo que Erikson llamó confianza básica. El factor decisivo ya no es la brusquedad de la irrupción traumática, sino que, debido a su naturaleza inesperada, el incidente traumático ya no puede ser absorbido por las estructuras de significado existentes. Se rompen como una textura, resultando en la pérdida de confianza en el mundo compartido, simbólicamente mediado, con el cual estamos preconscientemente conectados. La confianza del traumatizado en su mundo y en sus objetos se rompe. Nunca podrá restablecerse del todo.

Resultados a corto y largo plazo de la experiencia traumática

La excitación excesiva en una situación traumática altera significativamente los procesos de codificación y almacenamiento, interrumpiendo o prohibiendo así la posterior consolidación de una memoria. La función integradora de la memoria se desborda y se apaga a medida que el yo y sus funciones colapsan, rindiéndose a la situación adormeciendo el dolor físico y emocional (Krystal, 1988). En consecuencia, esto conduce a la aparición de un estado del *self* disociado, porque la experiencia traumática y los recuerdos resultantes se han encapsulado. Desde que Freud lo reemplazó por la represión, el concepto de disociación ha estado ausente por mucho tiempo de la discusión teórica y clínica psicoanalítica. Solo recientemente el concepto ha recuperado su lugar dentro del corpus de la teoría psicoanalítica. Aunque aquí no es posible una discusión más detallada de esto, lo que nos llama la atención es la forma en que el mecanismo de disociación crea múltiples estados del *self* discontinuos. Cuando se activan, hacen que el individuo afectado entre en un estado alterado de conciencia. Para hablar en sentido figurado, esto se ha caracterizado durante mucho tiempo como un cuerpo extraño dentro de la matriz psíquica. Por lo tanto, no puede conectarse e intercambiarse con el tejido asociativo existente en la psique.

Debemos subrayar, sin embargo, que no deberíamos pensar en esta encapsulación disociativa como un aislamiento total, sino más bien como una cuestión de grado en las limitaciones que impone a las posibles conexiones. El material encapsulado no puede intercambiarse libremente con otras partes de la red asociativa de la mente. Dependiendo de la gravedad del trauma, este intercambio se obstruye, pero no se excluye completamente de la corriente asociativa de material psíquico, ni de ninguna transformación. La investigación empírica sobre el trauma ofrece evidencia de esto. Un estudio de Guez et al. (2011) ha demostrado que los pacientes con trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo mostraban un marcado deterioro en su memoria asociativa para nueva información aprendida después del acontecimiento traumatizante. Además, también se identificó una tendencia a asociar falsamente estímulos no relacionados con el material traumático. Esto implica, por ejemplo, que el afecto traumático puede asociarse a reacciones de experiencias previas que hasta el momento no estaban relacionadas con el evento traumático. Ahora pueden estallar como recuerdos negativos con una fuerza y una brusquedad similares a las de la memoria traumática misma. Esto debería tenerse en cuenta cuando aparecen fenómenos intrusivos durante la terapia.

Después de la experiencia traumática, el trauma funciona cada vez más como un organizador de la psique. Rompe el equilibrio psíquico y la forma habitual de autorregulación. Tiene una cualidad desorganizadora y atrae, "casi como un imán, casi todos los conflictos importantes" (Yorke, 1986, p. 232). Además, hemos descubierto una y otra vez en el trabajo terapéutico con personas traumatizadas ciertas transformaciones psíquicas típicas en los recuerdos traumáticos. A continuación, se describen algunas de las transformaciones psíquicas primarias:

La experiencia traumática confronta al yo con un "hecho consumado" (Furst, 1978, p. 349). Las reacciones del yo tardan demasiado en llegar. No vienen en respuesta a un peligro inminente, sino solo después del evento y una vez que el yo ha estado pasivamente sometido a su merced. El colapso del yo en la situación traumática puede causar que fantasías amenazantes, prolongadas, preexistentes y reprimidas irrumpan en la conciencia. Las convicciones internas y arcaicas pueden entonces presentarse como verdaderas, de la misma manera que las imágenes centrales y atemorizantes pueden fusionarse casi insolublemente con la experiencia de la situación traumática (Garland, 1988).

Tras el acontecimiento traumático, puede tener lugar otro tipo de transformación. Esto es así porque el trauma sufrido tiende a ser revivido, y a repetirse en *flashbacks*, en pesadillas y síntomas. La repetición asume el carácter de algo intrusivo y no comprendido, pero también es el intento del yo de dominar lo incomprendible. La persona traumatizada intenta dominar y atenuar el trauma puro, en tanto busca integrarlo en un sistema de procesamiento causal comprensible (Baranger, Baranger y Mom, 1988). Estos intentos subsiguientes de historización son predominantemente recuerdos encubridores. Una forma típica de procesamiento posterior a la experiencia traumática lleva a algunas víctimas de trauma a intentar escapar de esta sensación resultante de pasividad -de estar totalmente a merced de otro- culpándose por lo que ha sucedido para crear la apariencia de actividad que ellos mismos inducen (cf. Oliner, 1996). Esto da lugar a sentimientos de culpa, convicciones escindidas y recuerdos encubridores.

La actividad psíquica paralizada del *self* traumatizado congela el sentido mental del tiempo, produciendo una suspensión interna y temporal. A menudo se describen los estados postraumáticos como una especie de sentimiento de que se ha dejado atrás una parte del *self*, que más o menos permanece igual porque ya no puede ser expuesto a la vida. También se describe en términos de apartarse o de una existencia oscura. Otros simplemente dicen que su reloj interno se detuvo en el momento de la traumatización.

“No querer saber” y los puntos ciegos del analista en el tratamiento de pacientes traumatizados

En discusiones de casos o supervisiones, notamos que el material clínico contenía indicaciones claras de experiencias traumáticas, que o bien el analista pasó por alto, o a las que no exploró o bien descuidó esta parte de la historia de vida. Naturalmente, las deficiencias profesionales también pueden desempeñar un papel, pero esta perspectiva es insuficiente en el sentido de que tiene que ver con una defensa a la que todo el mundo está sujeto con respecto a circunstancias traumáticas. Esta defensa se basa en la voluntad de evadir la violencia, el horror, el dolor y la angustia en un intento de no traerlos a la imaginación, y tener que simpatizar con el dolor, la ansiedad y la pérdida relacionados con ellos. La gente no desea enfrentarse a la punzante crudeza de tales recuerdos

negativos cuando el horror de los acontecimientos traumáticos amenaza con abrumar sus recuerdos y llenarla de angustia por estar infectada por ellos y, por lo tanto, no poder distanciarse de ellos. Lo que sigue, ya sea preconscientemente o inconscientemente, es apartarse de esta terrible realidad, un bloqueo parcial, o una minimización del trauma y sus consecuencias para hacerlo soportable. Así, la reacción psíquica oscila entre demasiado y demasiado poco, y parece imposible encontrar el equilibrio adecuado. En las sesiones, el trauma debe hacerse real y estar presente en la imaginación o y estar presente en la imaginación antes de ser procesado terapéuticamente. Esta es la razón por la cual -cuando se enfrenta a experiencias traumáticas en el tratamiento- uno también debería dirigir su atención a estas maniobras defensivas, que sirven como medio de autoprotección. Cuando están atentos a la relación entre el trauma y la contratransferencia emocional, los analistas son más proclives a estar abiertos a la experiencia traumática de los pacientes.

Estrategias interpretativas específicas en el tratamiento de pacientes traumatizados

La ruptura irreparable de la confianza básica y la necesidad de controlar las relaciones

Los psicoanalistas subestiman a menudo las consecuencias de la traumatización. Enfatizamos aquí solo una de esas consecuencias. Los traumas generan una ruptura irreversible de la confianza en un entorno predecible y seguro. La fractura ya no se cura. No se puede tratar a una persona traumatizada de la misma manera que se trata a un paciente neurótico con quien puede ser suficiente representar guiones y estructuras de conflicto, así como sus defensas en la transferencia y elaborarlos. En el caso de las personas traumatizadas, por el contrario, la intrusión traumática del mundo externo que causa la catástrofe interna crea una situación totalmente diferente. La experiencia traumática esencial es la destrucción de la sensación de confianza básica o, como lo describe Krystal (1988):

Habiendo experimentado su propia mortalidad e impotencia, ninguna criatura viviente vuelve a ser la misma. La reconstrucción del sentimiento propio de seguridad, o incluso de la fe, nunca vuelve a estar completo. Es como si el encuentro hubiera proporcionado un fondo negro sobre el que se pintará el resto de la vida (p. 158).

Naturalmente, la gravedad del trauma también es relevante en esto. Pero tampoco las formas más ligeras de traumatización remedian el problema: la sensación de ser abandonado por los poderes protectores de los padres o de que el destino es abrumador. Muchos de nuestros pacientes que han sufrido traumas masivos en la primera infancia expresaron la sensación de que se sienten como alguien que se ha caído del mundo. O articulan un sentimiento infantil de estar absolutamente perdido en el mundo. Como medio de defensa, un paciente buscaba de forma hiperactiva demostrar que tenía un lugar en el mundo y que no era insignificante. El trauma tiene que ver con un sentido existencial y profundamente anclado de la importancia de la vida que ha sido destruido. Aquí se pone en tela de juicio el sentido mismo. Los analistas permanecen ciegos a estos aspectos de un sentido destruido de la confianza básica si solo los interpretan desde la perspectiva de las defensas para restaurarla una vez más.

Relacionada con la pérdida de la confianza básica está la necesidad del paciente de mantener el control de la interacción en la relación terapéutica. A diferencia de los trastornos de estructura neurótica, esta forma de defensa no debería interpretarse, por ejemplo, como una defensa contra las pulsiones sexuales, sino como una forma de moldear relaciones necesaria para el paciente, para protegerse contra la intrusión repentina de asociaciones traumáticas.

Viñeta clínica

Una paciente de 30 años, la Sra. A, diabética, buscó tratamiento conmigo (WB)¹ tras experimentar una crisis aguda. El internista que la trató le propuso que permaneciera en el hospital para monitorizar mejor sus niveles de azúcar en la sangre. De repente se sintió abrumada por los sentimientos y las imágenes que experimentó cuando tenía cinco años, cuando le diagnosticaron por primera vez diabetes (tipo I), lo que dio lugar a hospitalización. Ella había tratado de combatir esta intrusión, usando alcohol y tranquilizantes en un intento de restaurar su equilibrio mental. Se quejaba de que no podía sentirse a sí misma y se sentía vacía, explicando que había sido superada por una sensación de entumecimiento interno desde la hospitalización inicial y después de haber sido diagnosticada con diabetes. De hecho, había estado buscándose a sí misma desde entonces, un período durante el cual, como ella decía, comenzaron los estados disociativos y las despersonalizaciones severas. A la edad de seis meses, desarrolló asma tras ser vacunada contra la viruela. A los 3 años y medio, se sometió a una operación ocular para corregir la esotropía. Después de una vacuna contra la gripe, comenzó a padecer diabetes. La diabetes se descubrió cuando empezó a orinarse en la cama. Su madre la llevó al médico, que la internó inmediatamente en el hospital. Una experiencia clave para ella fue la "traición" de su madre, ya que su madre, aunque prometió volver inmediatamente, no regresó hasta el día siguiente. Los estados de disociación ya empezaron a ocurrir en el hospital.

En el tratamiento psicoanalítico, inicialmente con tres y luego con cuatro sesiones semanales, se estableció relativamente rápido un buen contacto emocional con la paciente a pesar de los graves síntomas psicopatológicos de su trastorno. Durante la fase inicial, centré mi interpretación en su necesidad de seguridad y en su lucha por controlar las intrusiones internas y externas. En las sesiones de terapia, frecuentemente rompía el flujo de comunicación al abandonar los pensamientos que se habían desarrollado entre nosotros. Al interpretar esta compulsión a la repetición, dije más o menos lo siguiente: "Cuando se enfrentó a ella, la diabetes fue una intrusión respecto a la que Vd. no podía hacer nada, frente a la que se sintió impotente. Si hoy se siente bien, es incapaz de soportarlo; tiene miedo de que algo vuelva a inmiscuirse. Por eso prefiere romper con los pensamientos correspondientes, porque así tiene todo bajo control". Con esta interpretación, la paciente sintió que se había comprendido un campo central de su mundo interno. Fue como si se abrieran para ella espacios completamente nuevos, afirmó. En el transcurso de la terapia se hizo posible identificar sus estados internos y sus sentimientos, entender sus interrupciones en el flujo de la comunicación entre nosotros y, por consiguiente, iniciar una internalización de la autorregulación.

Reconstrucción e historización del trauma

Si aceptamos que los recuerdos traumáticos no están completamente disociados y encapsulados fuera del tejido psíquico asociativo existente, sino que están al menos parcialmente sujetos a transformaciones psíquicas -como hemos descrito previamente-

entonces en la terapia no bastará con simplemente volver a hacer accesible el recuerdo disociado y encapsulado del trauma e integrarlo en la memoria. La situación es bastante más compleja. Describimos algunas de las cuestiones principales.

Descubrir la realidad del trauma y sus afectos asociados -es decir, su historización, aunque sea fragmentaria o aproximada- es solo el primer paso o prerequisite para elucidar y comprender su revisión y su transformación secundarias por fantasías y significados inconscientes que, por ejemplo, estén llenos de sentimientos de culpa e impulsos punitivos. La fantasía y la realidad traumática se desenredan, por tanto, y el yo adquiere un contexto aliviador de comprensión. La historización también implica reconocer el hecho traumático y entender la experiencia individual junto con las consecuencias emergentes a largo plazo. Cuando esta interpretación reconstructiva tiene éxito, los pacientes suelen hablar de mejoras asombrosas de su estado. La sensación de integración psíquica que reportan indica que la organización del *self* está operando reestructurándose. Además, la parte traumática previamente encapsulada ahora puede interconectarse de forma más asociativa. De forma similar, el pasado puede distinguirse más claramente del presente. Sin embargo, esto no implica principalmente una diferenciación cognitiva, sino una regulación afectiva alterada.

A modo de ejemplo, esbozamos una intervención reconstructiva crucial en el tratamiento de la Sra. A que tuvo lugar tras unos 18 meses de tratamiento. Previamente a un próximo tratamiento laser de retina, la paciente experimentó ataques de pánico y comenzó a disociar de nuevo, una respuesta típica siempre que tenía que visitar a un oftalmólogo. Durante la sesión, describió por primera vez los detalles de los acontecimientos traumáticos que rodearon a la operación de estrabismo a la edad de 3 años y medio. Tras la operación, estaba atada porque había intentado deshacerse del vendaje y levantarse de la cama. Aún recuerda cómo se había elevado al techo y miraba hacia abajo para verse. No estaba en su cuerpo con sus sentimientos. Mi (MB) observación espontánea con respecto a esta disociación peritraumática fue: “Eso fue cuando dejó su cuerpo y cuando se produjo la ruptura dentro de Vd.”. Más tarde recordó que había sido como si una sacudida o una carga de adrenalina la hubiera recorrido cuando hice la observación. La reconstrucción de este trauma, que ahora había sido posible, ocasionó una reestructuración afectiva y una integración mental más fuerte. Su agitación interna y su hiperexcitación crónica comenzaron a desaparecer. Ya no tenía que ejercer un control tan fuerte sobre sí misma. La división interior disociativa en diferentes personas desapareció, y ahora se sentía más o menos como una persona. Notaba que se había eliminado una división en lo más profundo de su ser. Además, de repente pudo ver las cosas con más claridad. La inminente operación con láser se llevó a cabo sin que se produjera ninguna intrusión importante de ansiedad, y lo mismo se mantuvo en todas las visitas posteriores al médico. Era como si se hubiera aflojado una pinza, dijo ella. Ya no se sentía tan atada a la ansiedad como antes.

Sin embargo, una reconstrucción inexacta del acontecimiento traumático es ineficaz, por muy significativa que pueda parecer. ¿Por qué puede ser esto? Una razón subyacente es que una reconstrucción debe corresponder con la realidad del trauma del paciente, al tiempo que capta la realidad del acontecimiento que ha ocasionado la traumatización. Del mismo modo, la interpretación también debe tener en cuenta los elementos adicionales que ya se había establecido o que eran inherentes a la experiencia traumática en sí.

No obstante, una interpretación reconstructiva de la realidad traumática sigue siendo insuficiente sin la interpretación de la transformación secundaria del significado. Uno

debe reconocer lo que se ha sufrido, articular los recuerdos encubridores y las convicciones escindidas, y entenderlas e interpretarlas en conexión con los acontecimientos traumáticos. Sin embargo, esto no significa que puedan verbalizarse todos los aspectos de la experiencia. Los contenidos disociados se organizan en varios niveles de representación psíquica. Además, deben salvarse numerosas brechas mediante construcciones, por ejemplo, basadas en síntomas somáticos, sueños repetitivos o indicaciones externas de los otros. En una formulación reconstructiva, es decir, verbal, del acontecimiento traumático que hubiera abrumado al paciente, el estado del *self* disociado mediante el trauma puede reconectarse a material mental no disociado. La narrativa que emerge de esta reconstrucción articula y promueve un proceso continuado de integración mental.

Un aspecto primordial de la interpretación y la narración de la experiencia traumática es que se vincule a una conciencia de que, de hecho, ha sucedido algo real, por muy fragmentaria que pueda haber sido su reconstrucción. Este conocimiento puede dotar a los pacientes de una sensación de verdad y seguridad que pueden utilizar para entender sus transformaciones traumáticas del *self*, de las relaciones objetales y los afectos en lugar de simplemente procesarlas en términos de culpa. Se trata de la reconstrucción de la verdad histórica de la experiencia traumática (cf. También Blum, 1994). Por tanto, la mera construcción de una narrativa significativa para integrar el material mental disociado no da en el blanco. Estamos convencidos de que analizar la transferencia y la contratransferencia en la terapia de un paciente traumatizado únicamente en el aquí y ahora de la situación analítica es totalmente insuficiente, puesto que puede dar lugar a narrativas significativas que no reconstruyan la realidad traumática que las causó. Dichas narrativas corren el riesgo de no distinguir entre fantasía y realidad y -en el peor de los casos- amenazan con retraumatizar al paciente.

Restaurar la agencia paralizada del *self* traumatizado

Todos los analistas que trabajan con pacientes traumatizados están familiarizados con el problema de cómo los recuerdos del trauma, al ser desencadenados por estímulos concretos, irrumpen en la conciencia y paralizan al yo.

Aquí Freud (1939) hablaba de compulsión a la repetición, con lo que se refería a un “intento de cura” (p. 77). El yo intenta atribuir significado a lo que sucede, incorporarlo en un sistema de acción causal comprensible para recuperar así su capacidad de actuar y su actividad interior. Como hemos deducido de la investigación sobre trauma (Shalev, 1996), la compulsión a la repetición -cuanto más tiempo aparecen estas intrusiones- pierde cada vez más su función curativa. Las intrusiones se cronifican y se experimentan como una pura sensación de estar abrumado a la que el yo está sujeto de forma pasiva. A este respecto, las intrusiones representan algo así como una espada de doble filo: si bien pueden favorecer la integración mental y el descubrimiento de significado, también amenazan con la perturbación y la sensación de estar abrumado. En este último caso, las intrusiones recurrentes pueden tener un efecto retraumatizante, volviendo a dejar al individuo pasivo e indefenso a merced de los acontecimientos. El yo pierde su sentido de agencia; se siente entumecido, petrificado, o congelado. Comienza a establecerse un estado alterado de conciencia. Algunos se refieren a esto como un estado del *self* de no-yo. en muchos casos, esta debilidad del yo se hace aún más grande por los ataques del superyó, cuyos aportes culpan al yo por la intrusión traumática renovada. En tales situaciones, a menudo la única opción que tiene el yo debilitado es una actitud fóbica

mediante la cual el individuo traumatizado intenta interrumpir y evitar todas las conexiones asociativas con la experiencia traumática nuclear.

Cómo un yo traumáticamente debilitado y entumecido puede recuperar su agencia representa un tema complejo en el tratamiento. Es de crucial importancia, puesto que la recuperación de la agencia puede cambiar la impotencia que se actualiza reiteradamente por las intrusiones recurrentes. Basándose en su experiencia clínica, Krystal (1988) ha constatado que cualquier tipo de actividad durante la situación traumática reduce la gravedad de los efectos secundarios. Consideramos que recuperar la agencia del yo es uno de los factores centrales de un cambio terapéutico en el tratamiento de pacientes traumatizados. Sin embargo, somos escépticos respecto a aquellas estrategias de intervención que afirman ser capaces de reanimar la actividad dejando claro al paciente que en el esquema víctima-perpetrador, que él experimenta frecuentemente en el periodo posterior al trauma, él no es únicamente víctima, sino también perpetrador.

Un incremento de la agencia puede ser resultado del trabajo terapéutico, que muy generalmente trae consigo un fortalecimiento del yo. Aquí, las interpretaciones reconstructivas desempeñan una función especial. Son una ayuda para disolver las falsas conexiones que el paciente hace para explicar el trauma. Esto alivia al yo de cargas de culpa por lo acontecido, y puede traer consigo una sensación de expansión del *self*. El yo ya no está completa y pasivamente sometido a la compulsión a la repetición con sus intrusiones, sino que alcanza una sensación de distancia. Entiende lo que le pasa de una manera nueva. De este modo, el yo recupera un cierto grado de actividad y ya no está pasivamente expuesto a todo el tema. Como norma, sin embargo, lograr ese cambio no es el resultado de una sola interpretación reconstructiva. Cada intrusión recurrente requiere una interpretación renovada de la experiencia traumática y del sufrimiento que supone la pérdida de la propia agencia.

Reparición del trauma en la transferencia y la puesta en acto

En la mayoría de los casos, una parte concreta de la experiencia traumática se actualiza en la relación transferencial. Reaparecen fragmentos de recuerdos o pueden asignarse estados del *self* difusos a interacciones específicas, en las que recuerdos de un trauma de la infancia pueden hacerse evidentes o hacerse sentir de repente.

Viñetas clínicas

En la psicoterapia psicoanalítica (con frecuencia de dos veces por semana, cara a cara) de un paciente depresivo de 50 años, el Sr. E, que había padecido abusos en la infancia por parte de su padre, pasó un tiempo considerable antes de que pudiera confrontar estas conexiones traumáticas. Aspectos de su pasado habían permanecido durante largo tiempo como una masa negra de la que él no podía extraer ningún recuerdo concreto. Rechazaba creer que su hermana había padecido abusos siendo niña, a pesar del hecho de que se había demostrado. A los 12 años, tras la muerte de su madre, había sido obligado a dormir al lado del padre en el lecho conyugal, una circunstancia que se prolongó durante tres años. Las dudas sobre si estaba o no imaginando toda la situación del abuso sexual también estaban permanentemente en él. Quería hablar y compartir su experiencia temprana conmigo (WB), pero al mismo tiempo era incapaz de hacerlo, o eso pensaba. Reiteradamente hacían su aparición intensos sentimientos que el Sr. E era incapaz de entender. Quería abrirse la cabeza, por ejemplo, o tenía ganas de vomitar. No había llegado a ninguna parte, se quejaba de que ahora tenía 50 años y las manos vacías; su vida

se caracterizaba por varias rupturas y nuevos comienzos, pero nada le había dado sentido a su vida de forma sostenida. Una sensación impotente de rabia dirigida hacia el padre lo abrumaba con frecuencia. En otras ocasiones, dijo que se sentía como un don nadie.

Tras una de estas sesiones, me llamó para decir que sentía que no iba a ninguna parte, y que su situación le parecía inaceptable. Quería excusarse por esto, porque tenía el sentimiento de que se estaba convirtiendo cada vez más en una carga para mí. "Hoy se levantó Vd (WB) muy lentamente de su silla" dijo. Comenzó la sesión siguiente expresando el hecho de que en realidad no quería venir, y que había experimentado una resistencia a ello a lo largo del día. La sesión se caracterizó por el hecho de que nada funcionaba. Se había establecido una tensión entre nosotros.

E: Tengo la sensación de ser examinado, y tengo el sentimiento peculiar de que quiere quitarme algo. [Más tarde en la sesión pudo expresar más claramente la sensación de que yo había estado tratando de quitarle su sexualidad].

WB: Si yo fuera un oponente que pretendiera quitarle algo, entonces recibiría parte de la agresión que debería dirigirse al padre. (Mientras formulaba mi interpretación, de repente se me ocurrió que al decir esto, yo ocupaba la posición de violador).

El Sr. E. respondió a esta interpretación con una ligera sonrisa y la situación se relajó por un momento. Algo se abrió dentro de él, que, sin embargo, fue incapaz de mantener firme. Durante la sesión, comenzó a crearse una vez más una situación antagónica entre nosotros, que continuó hasta que pude percibirla claramente. Entonces dije: "Para Vd., yo asumo la posición de una especie de oponente, y tiene la sensación de que le estoy penetrando y de esta manera saco de Vd. aquello de lo que no quiere hablar." El Sr. E. hizo una mueca de dolor ante la palabra *penetrar*.

A lo largo del resto de la sesión, relató -como casualmente- varias cosas relacionadas con el abuso: el dolor en el ano, que experimenta repetidamente hasta hoy en día... el dolor en la parte interna del muslo. De niño, con frecuencia tenía los muslos doloridos y la madre tenía que frotarlos con un ungüento. Ahora sospechaba que el padre había frotado el pene entre sus muslos; que el padre está permanentemente presente dentro de él; que no estaba seguro de si era homosexual, bisexual o heterosexual. La sensación de eyaculación en la boca, el asco que sentía y la sensación de que no quedaba nada de sí mismo.

Fueron fragmentos de recuerdos, que no pudo ordenar cronológicamente, pero que sin embargo fue capaz de sentir repentinamente -después de la sesión- que este pasado no debe rodearlo por completo como realidad presente. Una sensación de distancia hacia esto le dio una sensación perceptible de alivio. Aunque incapaz de mantener esta sensación, ahora sabía que era posible privar al padre de su poder y relegarlo al pasado, para poder vivir sucesivamente las nuevas posibilidades en la relación actual con su novia.

Más tarde, el Sr. E. habló de la presión en su cabeza, el dolor que sentía ahí, que estaba experimentando una vez más. Sintió que esta sensación le resultaba familiar, reflexionó un rato y recordó sus accidentes, pero no pudo encontrar nada. Al acostarse en la cama para relajarse, se encontró en un estado que oscilaba entre dormir, soñar y la consciencia; de repente se le ocurrió que el padre entraría en la habitación, que empezaría a acariciarlo; se defendería; el padre persistiría, tendría más fuerza; se golpearía la cabeza contra la pared en un esfuerzo por defenderse, gritando y logrando liberarse antes de correr hacia su madre. Estos recuerdos vividos con presente fueron desencadenados por una llamada

telefónica profesional que tuvo que hacer a un profesor famoso. Este último se perfilaba muy grande en su mente, mientras que él mismo se sentía muy pequeño. Estaba sobrecogido por esta autoridad y, en consecuencia, ansioso por saber si podría lograr algo con él.

La disociación o encapsulación de los recuerdos traumáticos es la razón por la que a menudo estos se manifestarían en actuaciones en el tratamiento terapéutico, haciéndose así perceptibles. Por ello debe prestarse especial atención a dichas actuaciones en la terapia de personas traumatizadas. Pasamos ahora a una descripción de esto en una viñeta clínica:

El Sr. C, un paciente de cincuenta y cinco años acudió a mí (WB) para el tratamiento de cambios de humor depresivos y una sensación incesante de falta de sentido. Sentía pánico durante la noche, como resultado de una sensación de no poder moverse. Tenía un sueño frecuentemente recurrente en el que se aferraba a algo, o en el que se encontraba en habitaciones muy pequeñas de las que no podía salir. Era incapaz de permanecer sentado en un mismo lugar durante un largo período de tiempo. Padecía de ansiedad frente al abandono, razón por la que la idea recurrente de separarse de su esposa solía quedar en nada. A la edad de dieciocho meses, fue ingresado en una clínica para el tratamiento de una luxación de cadera. En aquel momento, esta patología se trataba permaneciendo tumbado en un molde de yeso. En consecuencia, el paciente permaneció inmóvil en un yeso en la clínica durante un período de nueve meses. Cuando regresó a casa, su hermano ya había nacido. Los padres cuidaban del hermano que estaba enfermo con frecuencia. La ansiedad traumáticamente inducida de ser dejado solo se manifestó como una motivación central para el desarrollo posterior. El Sr. C. era un niño que se portaba notablemente bien. Buscaba siempre complacer a su madre para que fuera imposible que se enfadara con él, porque de lo contrario esto provocaría que resurgiera su traumática ansiedad por la pérdida o el abandono. Desarrolló una actitud de superyó de carácter neurótico en la que se esforzaba por hacer todo correctamente para satisfacer todas las expectativas de su objeto de amor. Fue capaz de mantenerla bajo control, y regular o suprimir su ansiedad traumática de pérdida y abandono. En el tratamiento, esta patología de carácter traumáticamente anclada permaneció inaccesible durante un tiempo considerable, pero, en cambio, influiría en la transferencia en la que él buscaba, analíticamente, hacerlo todo correctamente. Una vez dijo que revisaba mis comentarios en busca de críticas o juicios sobre su persona. Era incapaz de ser espontáneo, por no hablar de la libre asociación.

En una sesión durante el tercer año de análisis (con una frecuencia de tres veces por semana), recordó una disputa con una compañía telefónica durante la cual él estaba cada vez más furioso consigo mismo por haber perdido aparentemente unos documentos relevantes. Al principio, la disputa se centraba en su rechazo a pagar tres euros. La suma a pagar había ascendido entre tanto a 66 euros debido a los intereses y recargos. Yo me referí a su sentido de la justicia, pero también pregunté si la disputa merecía realmente la pena o no. La mañana siguiente encontré un mensaje que él había dejado en mi contestador para decir que no vendría a la sesión ese día, y de hecho iba a dejar de venir del todo, y que no tenía sentido hacerlo. Yo no estaba preparado para esto; lo abrupto de su mensaje me impactó como un mini trauma y me sentí paralizado. ¿Qué había hecho mal? Sin embargo, entonces tuve el sentimiento de que él me estaba haciendo algo que él mismo había experimentado, es decir, abandono. Ese mismo día por la tarde, llamó de nuevo para decir que, en realidad, vendría a la sesión. Durante la sesión dijo que con mi intervención en la disputa con la compañía telefónica tuvo la sensación de haberlo hecho

todo mal. A primera hora de la mañana, esta sensación, es decir, la de que siempre hacía las cosas mal, se había intensificado y se había hecho prevalente. Incapaz de dormir, se desesperó. Inmediatamente me quedó claro que mi intervención fue una actuación contratransferencial. En la sesión anterior, de hecho, yo había considerado si realmente debería haber planteado la cuestión, es decir, la de si plantear una disputa por una suma tan insignificante realmente merecía la pena. Entonces pensé, “por qué no”, decidí no hacer caso a mis dudas, seguir adelante y lo pregunté. En retrospectiva, mi reacción espontánea de “por qué no” fue una reacción contratransferencial contra la falta de espontaneidad del Sr. C. Mi actuación puede entenderse, entonces, como la consecuencia de una especie de intento automático e inconsciente de liberar la tensión contratransferencial. En la misma sesión, él comenzó a llorar fuertemente en el diván. Ahora su yo traumatizado y sufriente que se había esforzado constantemente por hacer todo correctamente para no ser ignorado o abandonado, y que había estado oculto durante tanto tiempo bajo su rígida actitud de superyó, se actualizó. Esta crisis en el tratamiento hizo más permeable la disociación de su yo traumatizado. De repente me di cuenta de su deseo de complacer a todos, no solo para obtener un mayor reconocimiento, sino también por su deseo de ser amado. Cuando se me ocurrió esto, me referí a ello sin más reflexión, notando instantáneamente cómo esto provocaba un cambio en toda la situación. Por primera vez, su necesidad de ser amado se representaba en la relación, después de lo cual, a través de la disolución de la escisión disociativa, su necesidad se le hizo palpablemente obvia. Me pregunté por qué esto no me había quedado más claro en una fase anterior, ya que debería haber sido perfectamente obvio. Esta clara designación de su deseo de ser amado tuvo un efecto sorprendente. Se había librado de una pesada carga.

Es bien sabido que las actuaciones son parte inevitable del proceso psicoanalítico. Pueden convertirse en un potente medio terapéutico cuando su significado inconsciente se somete posteriormente a análisis e interpretación en el tratamiento. Ser consciente de ellos es uno de los enfoques clave, especialmente en el tratamiento de pacientes traumatizados, para llegar a partes del *self* traumatizadas y disociadas.

Presentes en el cuerpo, pero no representados: recuerdos encarnados y trauma

Como hemos esbozado previamente, en muchos casos las experiencias traumáticas solo pueden ser recordadas de manera fragmentaria o bien disociadas completamente de la conciencia actual. En la terapia psicoanalítica, se repiten en actuaciones y en otras manifestaciones transferenciales. Anteriormente, este recuerdo de la experiencia traumática se ha explicado mediante un modelo de representación en el que, debido a una excitación excesiva, las experiencias traumáticas no están integradas, sino que se representan de forma incompleta o incluso solo se registran. Los resultados de la investigación interdisciplinaria contemporánea están ahora disponibles tras un replanteamiento radical de la concepción de la memoria y el recuerdo. La última sección se dedica a demostrar cómo esta nueva concepción es capaz de ofrecer una explicación alternativa de cómo funcionan los recuerdos traumáticos y su comprensión en el tratamiento psicoanalítico.

Inspirándose en la biología y en la ciencia de la vida, la ciencia cognitiva encarnada entiende la memoria actualmente no como una recuperación de conocimiento almacenado en el cerebro sino como una función de todo el organismo, el producto de una recategorización dinámica, compleja, y de procesos interactivos que siempre están *encarnados* (cf. entre otros, Edelman, 1987; Damasio, 1994; Pfeifer y Bongard, 2007;

Leuzinger-Bohleber y Pfeifer, 2002, 2013). El organismo humano -y la psique humana- es un estado de cambio continuo (encarnado) implicado en constantes procesos dinámicos de interacción con el entorno en el que tiene lugar un proceso continuo de recategorización de experiencias. Los recuerdos de situaciones anteriores determinan inconscientemente el pensamiento, los sentimientos y la acción presentes, aunque no en el sentido de *conocimiento almacenado* usando la analogía con un ordenador o *rastros de memoria estática*. Por el contrario, los recuerdos son producto de construcciones dinámicas, complejas, en el aquí y ahora. En el sentido de la encarnación, las coordinaciones sensomotoras en el presente siempre operan de un modo análogo al de las situaciones anteriores. Las semejanzas entre una situación actual y pasada no se perciben cognitivamente, por ej. mediante el acoplamiento de un patrón cognitivo, sino mediante información compleja similar obtenida por los distintos sentidos (auditiva, visual, olfativa, táctil, gustativa, etc.) y por acciones del cuerpo (caracterizadas como *coordinación sensomotora* en la ciencia cognitiva encarnada). Mediante dicha coordinación sensomotora, los recuerdos y categorías se construyen automáticamente como un proceso autorregulador de *aprendizaje por el hacer* como el de Dewey, en otras palabras, por medio de la coordinación de información de los canales sensoriales y las acciones conectadas (motoras) del cuerpo. Los recuerdos que resultan en coordinación sensomotora ofrecen, por tanto, orientación en una nueva situación.

Un breve ejemplo puede ilustrar los procesos de construcción de categorías implicados en el *aprendizaje por el hacer*. Si ponemos una tableta de chocolate en una mano de un niño de un año y una tableta de madera pintada en la otra, el niño inmediatamente se meterá ambas tabletas en la boca. Solo harán falta unas pocas pruebas para que el niño prefiera el chocolate: mediante la coordinación sensomotora, ha desarrollado las categorías chocolate y tableta de madera sin que se le hayan explicado las categorías, sino únicamente mediante el aprendizaje por el hacer, mediante la coordinación sensomotora.

Hay otro campo de investigación importante para entender la interacción social en general y las relaciones transferenciales en particular. Estudios recientes han ilustrado el papel decisivo del llamado sistema de neuronas espejo, que permite a los seres humanos identificarse inmediatamente con la conducta y el estado mental que observan en otros (ver, por ejemplo, Gallese, 2011). En el contexto analítico, esto significa que durante la interacción con el analizando, tienen lugar en el analista coordinaciones sensomotoras análogas a las del analizando, lo que implica que están teniendo lugar procesos de identificación inmediata. Estos procesos producen categorías de *comprensión* -automática, espontánea e inconscientemente- conectados con los procesos de memoria del analizando que se producen inconscientemente a partir de experiencias de relación previas e importantes. En el caso de pacientes traumatizados, se trata de recuerdos recurrentes de experiencias psíquicamente insoportables de desbordamiento excesivo, de impotencia extrema, desesperación, dolor, de pánico y miedo a la muerte. Al identificarse con la coordinación sensomotora del analizado y la construcción de recuerdos de las experiencias traumáticas, el analista entiende inmediatamente (inconscientemente) la realidad psíquica traumática del paciente. Aun así, al mismo tiempo, la cualidad extrema de las experiencias traumáticas moviliza su propia defensa espontánea, impidiendo, así, ser consciente de lo que se percibe.

Lo que sigue ilustra esto: apenas había abierto (M. L.-B.) la puerta cuando la Sra. M irrumpió al otro lado del umbral. Agarró mi mano fervientemente, presionándola entre las suyas de un modo peculiar y sexualmente estimulante al tiempo que se me acercaba mucho, invadiendo así mi sensación de intimidad corporal: “Bueno, hola... estoy muy

contenta de tener la oportunidad de hablar con Vd.”. Intuitivamente, retrocedí dos pasos, percibiendo de inmediato una contundente reacción emocional negativa combinada con una respuesta física aversiva. “*¡Qué mujer tan abrumadora! Me parece demasiado. Realmente se está acercando tanto que me incomoda... ¿Por qué le ofrecería una cita? ¿Seré capaz de alejarla? Evidentemente, está muy necesitada*”.

Luego me preguntó dónde estaba el baño y dejó la puerta abierta de par en par. Solo cuando estuvo sentada en la silla enfrente de mí pude apreciar su preciosa cara juvenil mientras se esforzaba por mantener una sonrisa social permanente, y su hermosa figura femenina que, aparentemente, buscaba ocultar bajo unos vaqueros anchos y un jersey corriente y desgastado. Aunque estaba en mitad de los cuarenta, parecía una mujer de sesenta años. Por teléfono ya me había informado de que su médico de familia le había recomendado que buscara ayuda psicoterapéutica. Estaba enferma y padecía el Síndrome de Burnout junto con una fuerte depresión.

Como he mencionado, los primeros pensamientos (conscientes) que se me ocurrieron, “*¡Qué mujer tan abrumadora!*” y “*¡Me parece demasiado!*” contenían claramente la percepción de una cualidad abrumadora de la realidad psíquica de la paciente inducida por el trauma y mis propias reacciones defensivas.

Al tratar a pacientes traumatizados, a menudo pasa un tiempo considerable antes de que los traumas sufridos puedan entenderse en mayor profundidad y observarse en detalle en la relación transferencial como tal. Con el curso de la interacción terapéutica, se desarrolla una (nueva) coordinación sensomotora que, en los pacientes, construye exitosamente un recuerdo de la función sostenedora del nuevo objeto analítico. Entre las experiencias más conocidas y perdurables de traumatización severa está la ruptura total de la confianza básica de un objeto de ayuda. Como sabemos, conectadas con esto se hallan las convicciones y las fantasías inconscientes con las que la persona afectada se atribuye la culpa por el acontecimiento traumático con el que está conectada. Así, inicialmente, los pacientes traumatizados repetirán continuamente esta *verdad interna* en la transferencia, antes de limitar poco a poco su validez tras experiencias de relación alternativas en el tratamiento psicoanalítico. Los recuerdos inconscientes de las experiencias de relación traumáticas no pueden borrarse y, por tanto, se repiten una y otra vez en la relación analítica. Al mismo tiempo, sin embargo, pueden construirse sucesivamente coordinaciones sensomotoras alternativas (es decir, por expresarlo metafóricamente, caminos neuronales alternativos) lo que, a su vez, está conectado con las (nuevas) categorías de *seguridad, fiabilidad, comprensión y supervivencia* que caracterizan la relación analítica. Los procesos antiguos de recategorización (de una desconfianza básica en el objeto y en el *self*) corren paralelos a los nuevos y desconectados de ellos, que forman la relación analítica durante un tiempo considerable. Solo una vez que las nuevas recategorizaciones han dado lugar a categorías más o menos estables, como *confianza, seguridad*, etc., se conectan los dos caminos en coordinación sensomotora (los mapas neuronales según Edelman, 1987). Esta es la precondition para que se dé la posibilidad de que la experiencia traumática sea reexperimentada directamente en la relación analítica. Es también condición indispensable para crear asociaciones significativas en la mente del analista como claves iniciales para entender finalmente el detalle concreto del trauma. Estas asociaciones pueden iniciar un proceso terapéutico de recuerdo y comprensión del trauma y, en último lugar, abrir un proceso para elaborar estos complejos procesos, lo cual puede ilustrarse brevemente con el siguiente ejemplo clínico:

Hasta el tercer año de psicoanálisis no se reveló la importancia de la escena anteriormente mencionada en la primera entrevista. La conducta intrusiva esbozada se repitió en el tratamiento analítico en numerosas variaciones. Un día antes de la siguiente sesión psicoanalítica, la conducta de la Sra. M me pareció intensamente irritante. Apareció sin anunciarse en una de mis conferencias, sentándose en la primera fila. Durante la sesión siguiente, yo había estado escuchando a la Sra. M durante unos diez minutos: mientras explicaba cómo, antes de morir, su tío le había recordado cuando ella lo esperaba con impaciencia juvenil frente a su estudio, mi asociación inmediata fue que su tío había abusado sexualmente de ella.

M. L.-B. ¿Podría ser que lo que recuerda es que la impaciencia y las visitas a su tío fueran tuyas, en realidad, que buscara activamente estar cerca de él, porque, a lo mejor, era demasiado doloroso para Vd. pensar que su tío abusaba del anhelo que Vd. tenía por su padre y, por tanto, había transgredido los límites de la intimidad? [Para mi gran asombro, respondió:]

M: Naturalmente, compartíamos afecto, pero yo lo disfrutaba. Cuando me tocó los pechos, me sentí por fin una joven atractiva.

Este ejemplo ilustra el modo en que la primera asociación espontánea y aún libre de teoría sobre el abuso sexual en la analista solo puede formarse una vez que se ha desarrollado un cierto grado de confianza en la relación analítica.

El tema del *abuso sexual* desapareció de las sesiones durante bastante tiempo, aunque cada vez aparecían más escenas brutalmente sexualizadas en los sueños de la Sra. M. De nuevo busqué establecer una conexión con esto.

M. L.-B.: Ya era adolescente cuando visitaba a su tío y, probablemente, recuerde las experiencias. Hace algún tiempo, me explicó cómo compartían afecto su tío y Vd. ¿Podría ser que Vd. sea reticente a pensar en más detalles de lo que ocurrió entre Vd. y su tío?

La Sra. M reaccionó vehementemente a esta cuestión. Fue al baño y vomitó. En las sesiones siguientes, cada vez le fue más posible hablar de recuerdos de las experiencias de coito con su tío, que habían estado marcadas por la violencia. Aparecieron el asco, la aversión y la repugnancia: la actuación de las abrumadoras experiencias traumáticas dio lugar a la sucesiva memoria y verbalización.

La Sra. M se culpaba de estos hechos: “Tenía tanta necesidad de amor y afecto. No me extraña que mi tío respondiera a esto”. Solo poco a poco pudo admitir que esto era realmente un tema de abuso sexual, que había tenido una gran influencia en su sexualidad como mujer. “Cuando visitaba a mi tío con trece años, siempre entraba en el estudio e iniciaba nuestras aventuras sexuales: era yo quien deseaba ser la persona emancipada y poco convencional, no él. Me parecía bien”.

Solo entonces entendí que las escenas que tuvieron lugar durante la primera entrevista y que he esbozado previamente contenían recuerdos encarnados inconscientes de sus experiencias traumáticas con su tío: literalmente había irrumpido y me había abrumado en la primera entrevista, y se había “acercado demasiado como para sentirme cómoda”. Sin embargo, aunque en el momento de la entrevista de evaluación yo había entendido inconscientemente la realidad psíquica traumática de la paciente (mediante los procesos

de identificación ya mencionados), en aquel momento no fue posible descifrar con precisión estos recuerdos inconscientes de la Sra. M en su puesta en acto: solo cuando llegué a conocer mucho mejor a la analizanda y sentí frecuentemente de forma directa las infracciones intrusivas en la relación transferencial, y hube establecido con ella una relación analítica sostenida, se me ocurrió la asociación decisiva (abuso sexual).

Había dado en el blanco. Ahora resultaba que la Sra. M había sufrido abusos sexuales por parte de su tío entre los trece y los veinte años. Y solo durante la relación analítica sostenida, mediante nuevos recuerdos de escenas brutales ella pudo admitir finalmente que se trató de agresiones sexuales y no de una aventura “emancipada” voluntaria, “feliz”, que ella había iniciado. Solo la relación analítica segura y empática le permitió lograr un *insight* doloroso de lo destructivos que habían sido para ella los efectos de estas experiencias y que habían contribuido sustancialmente al hecho de que hasta ahora no hubiera sido capaz de permitirse una relación amorosa constante, cariñosa y apasionada.

Mi asociación (el abuso sexual) facilitó, por primera vez, la expresión verbal de lo que hasta entonces había estado presente en su cuerpo pero no había sido representado, pudiendo, así, iniciar un proceso de elaboración en la relación transferencial. Aunque los límites de este artículo impiden una discusión más detallada, debería mencionarse aquí que -tal como postula el concepto de recuerdos encarnados- las experiencias traumáticas de la Sra. M habían sido repetidamente sobreescritas. Así, a lo largo del cuarto año, los sueños dieron lugar a otro descubrimiento inesperado: con sus experiencias adolescentes de abuso sexual, la Sra. M había estado sometida a otros recuerdos encarnados inconscientes de la brutal violación de su madre por parte de tropas soviéticas, que la Sra. M había presenciado cuando tenía tres años. Se trataba de recuerdos traumáticos que, al final de la adolescencia, también la habían inducido a involucrarse en varias aventuras sexuales peligrosas que dieron lugar a varios abortos a lo largo de diez años. Los sentimientos inconscientes de culpa que esto desencadenó, entre otras cosas, determinaron su crisis depresiva, como quedó claro más adelante durante el psicoanálisis.

En último lugar, estos recuerdos encarnados también estaban estrechamente conectados con las experiencias traumáticas de separación de su madre, quién padeció depresión postparto severa tras recibir la noticia de que su marido había desaparecido en el frente ruso. Ya no pudo cuidar de su bebé y se vio obligada a ceder su custodia durante varios meses. Por otro lado, los recuerdos encarnados de estas separaciones tempranas también estaban contenidos en las escenas iniciales mencionadas al principio: el modo en que la Sra. M había presionado mi mano entre las suyas no solo tenía un carácter estimulante sexualmente, sino que, como pudimos entender más adelante, era un modo de agarrarse literalmente a mí y no perderme. “¿Seré capaz de alejarla? Parece muy necesitada” eran, en aquel momento, las categorías de comprensión que se me ocurrían espontáneamente, y con eso, en retrospectiva, ya había entendido el trauma temprano de la separación, pero -también debido a mis propias reacciones defensivas- aún no era capaz de descifrarlo en detalle.

Con respecto a la teoría del tratamiento, el foco en las nuevas teorías de la memoria basadas en la investigación en las ciencias de la vida puede influir en las actitudes psicoanalíticas en tanto sensibilizan las propias respuestas corporales sensibles (encarnadas). Además, los *insights* en psicoanálisis durante las décadas anteriores anteriormente mencionados -que dieron lugar a un trabajo exclusivo con la transferencia y a una reconstrucción exclusiva (principalmente intelectual) de la historia vital (traumática) del analizando, que no dieron lugar a un cambio terapéutico sostenido- han

experimentado un nuevo respaldo interdisciplinario mediante el concepto de encarnación (cf. 4.3.). Por una parte, los procesos psíquicos del paciente dependen invariablemente de su interacción actual con los otros significativos (por ej. en la transferencia) y, por tanto, son consecuentemente invariablemente intersubjetivos. Por otra parte, las experiencias actuales siempre están determinadas por coordinaciones sensomotoras formadas en el pasado idiosincrásico (biográfico) del sujeto. En este sentido, la historia distintiva del individuo está encarnada porque las coordinaciones sensomotoras emergen en las primeras experiencias de relación y, como hemos mencionado, determinan continuamente (de forma causal) los procesos psíquicos que están teniendo lugar en las relaciones en el presente. Sobre todo, en los psicoanálisis de analizandos severamente traumatizados es indispensable abordar la historia vital y del trauma, la realidad histórica del trauma, a pesar del hecho de que nunca es posible descubrir la verdad histórica del trauma en un sentido estricto. Aunque los acontecimientos de la historia vital - retrospectivamente hablando- se reescriben y adaptan reiteradamente al presente, estas reescrituras siguen conservando el núcleo de su verdad histórica.

Así, el proceso de descubrir y entender recuerdos encarnados en la relación psicoanalítica y la elaboración de las experiencias traumáticas en la transferencia permite a los analizandos superar los estados disociativos, las fragmentaciones del *self* y los objetos internos, y conservar cierta confianza básica en un objeto de ayuda. Para los analizandos, como en el caso de la Sra. M, esto significa una mayor integración psíquica y la delimitación del potencial destructivo del trauma.

Referencias

- Baranger, M., Baranger, W. y Mom, J. (1988). The infantile trauma from us to Freud. Pure trauma, retroactivity and reconstruction. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 113–128.
- Blum, H. (1994). *Reconstruction in psychoanalysis: Childhood revisited and recreated*. Madison, Estados Unidos: International Universities Press.
- Bohleber, W. (2010). *Destructiveness, intersubjectivity, and trauma: The identity crisis of modern psychoanalysis*. Londres, Reino Unido: Karnac.
- Cooper, A. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. En A. Rothstein (Ed.), *The reconstruction of trauma: Its significance in clinical work* (pp. 41–56). Madison, Estados Unidos: International Universities Press.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes errors: Emotion, reason, and the human brain*. Nueva York, Estados Unidos: Penguin Group.
- Edelman, G. (1987). *Neural Darwinism: The theory of neuronal group selection*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Freud, S. (1964). Moses and monotheism. En *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 7–137). Londres, Reino Unido: Hogarth Press. (Obra original publicada en 1939).
- Furst, S. (1978). The stimulus barrier and the pathogenicity of trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 345–352.
- Gallese, V. (2011). Embodied simulation theory: Imagination and narrative. *Neuropsychoanalysis*, 13, 196–200.
- Garland, C. (1988). Thinking about trauma. En C. Garland (Ed.), *Understanding trauma. A psychoanalytic approach* (pp. 9–31). Londres, Reino Unido: Karnac.

- Guez, J., M. Naveh-Benjamin, Y. Yankovsky, J. Cohen, A. Shiber y H. Shalev. (2011). Traumatic stress is linked to a deficit in associative episodic memory. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 260–267.
- Kirshner, L. (1994). Trauma, the good object and the symbolic: A theoretical integration. *International Journal of Psychoanalysis, 75*, 235–242.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, Estados Unidos: The Analytic Press.
- Laplanche, J. (1976). *Life and death in psychoanalysis*. Baltimore, Estados Unidos: John Hopkins University Press.
- Leuzinger-Bohleber, M. y Pfeifer, R. (2002). Remembering a depressive primary object? Memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science. *International Journal of Psychoanalysis, 83*, 3–33.
- Leuzinger-Bohleber, M. y Pfeifer, R. (2013). Embodiment: Den körper in der seele entdecken—Ein altes problem und ein revolutionäres konzept. En M. Leuzinger-Bohleber, R. N. Emde y R. Pfeifer (Eds.), *Embodiment - ein innovatives konzept für entwicklungsforschung und psychoanalyse* (pp. 14–38). Göttingen, Alemania: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Oliner, M. (1996). External reality. The elusive dimension of psychoanalysis. *Psychoanalytic Quarterly, 65*, 267–300.
- Pfeifer, R. y Bongard, J. (2007). *How the body shapes the way we think: A new view of intelligence*. Cambridge, Estados Unidos: MIT Press.
- Sandler, J., Dreher, A. U. y Drews, S. (1991). An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration of psychic trauma. *International Review of Psychoanalysis, 18*, 133–142.
- Shalev, A. Y. (1996). Stress versus traumatic stress. From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. En B. van der Kolk, A. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 77–101). Nueva York, Estados Unidos: Guilford.
- Yorke, C. (1986). Reflections on the problem of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child, 41*, 221–236.

¹ Esta historia clínica se describe con más detalle en Bohleber (2010).