

Tratamiento psicoanalítico de pacientes traumatizados en la infancia temprana. Un caso clínico y algunas ideas sobre las teorías implícitas

Psychoanalytic treatment for early childhood trauma patients. A clinical case and some ideas about implicit theories

Werner Bohleber

Resumen

Mediante la descripción del tratamiento de un paciente con trauma infantil severo de separación, se analizan distintos aspectos relacionados con el abordaje psicoanalítico del trauma, como son: la influencia de las ideas implícitas del analista en el proceso, la reacción defensiva del analista ante la exposición a las emociones abrumadoras del trauma y cómo esta condiciona su abordaje terapéutico al paciente, la formas en que opera la disociación en el trauma, la importancia de la reconstrucción del evento traumático para los resultados terapéuticos y las características específicas que tiene esta reconstrucción en los traumas tempranos.

Palabras clave: Teorías implícitas del analista, Trauma infantil de separación, Modelos teóricos no lineales, Impacto del trauma en el analista, Reconstrucción en el trauma

Abstract

Through the description of the treatment of a patient with severe child separation trauma, different aspects related to the psychoanalytic approach to trauma are analyzed, such as: the influence of the analyst's implicit ideas in the process, the analyst's defensive reaction to the overwhelming emotions of the trauma and how this conditions his therapeutic approach to the patient, the ways in which dissociation operates in trauma, the importance of reconstruction of the traumatic event for the therapeutic results and the specific characteristics that this reconstruction has in early trauma.

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.

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse al autor a Dr. Werner Bohleber, Kettenhofweg 62. 60325 Frankfurt am Main, Germany
WBohleber@gmx.de

Keywords: Implicit analyst's theories, Child separation trauma, Non-linear theoretical models, Impact of trauma on the analyst, Reconstruction in trauma

Traducción: Marta González Baz

Revisión: Hugo Bleichmar

El material clínico que deseo presentar forma parte de un estudio más amplio sobre las teorías implícitas que el analista tiene en mente o que desarrolla al enfrentar traumatizaciones severas de un paciente. Al tratar pacientes severamente traumatizados, a menudo el trauma del paciente secuestra la imaginación del analista. El horror, la crueldad y la experiencia de violencia, todo esto amenaza con abrumar nuestro pensamiento e inhibir el poder teórico de la imaginación. Las narrativas de los pacientes son capaces de provocar una angustia intolerable en el analista, generando el peligro de que se haga a un lado teóricamente recurriendo a alguna teoría protectora para el caso en cuestión.

El proceso de traducir la teoría en la práctica está vinculado a la mente individual [del analista]¹ y tiene como resultado una adaptación subjetiva de la teoría. Los conceptos de teoría psicoanalítica pública [la compartida por la comunidad psicoanalítica] con los que trabajamos no son conceptos bien definidos como pueden serlo tal vez en otras disciplinas científicas, sino que son elásticos (Sandler, 1983). Su significado puede acentuarse o cambiarse. Además de eso, el analista forma, cada vez con más competencia, un grupo de conceptos y teorías selectas que pueden provenir de distintas tradiciones teóricas. En estas adaptaciones también se amalgaman visiones personales del mundo, elementos ideológicos y elementos de una psicología de sentido común. Nuestro conocimiento teórico es la mezcla del uso implícito de la teoría oficial entremezclado con las propias teorías implícitas privadas del analista. No puedo entrar aquí en más detalle. El Grupo de Trabajo sobre Cuestiones Teóricas de la Asociación Psicoanalítica Europea (Jorge Canestri, Werner Bohleber, Paul Denis, Peter Fonagy) llevó a cabo un examen más preciso de las teorías implícitas del analista estudiando sus consideraciones e interpretaciones en la sesión. El propósito era arrojar más luz teórica sobre el espacio cognitivo-afectivo de lo preconsciente en el que se establecen estas teorías y sus contenidos y motivaciones (Canestri, Bohleber, Denis y Fonagy, 2006; Bohleber, 2012).

Mediante uno de mis casos clínicos, me gustaría pasar ahora a una discusión más detallada de ese pensamiento teórico cercano a la experiencia [subjetiva] junto con las teorías implícitas que éste implica.

Caso clínico

El Sr. A, un paciente de 55 años, acudió a mí para el tratamiento de oscilaciones de humor depresivo y de un sentimiento incesante de falta de sentido. Su vida le parecía insípida, no tenía un interés real en nada y nada lo conmovía; y sin embargo todo esto estaba muy por debajo de lo que él buscaba para su vida. Sentía pánico durante la noche como resultado de la sensación de ser incapaz de moverse. Había estado casado durante 10 años, antes de lo cual tuvo diversas aventuras fugaces con mujeres. Se quejaba de la

falta de vitalidad y sentía casi una total falta de deseo sexual. Padecía ansiedad de ser abandonado, por lo cual la idea que tenía periódicamente de separarse de su mujer quedaba en nada. Tenía un sueño 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 sitio durante un periodo de tiempo prolongado, y cuando iba a teatro o al cine seleccionaba siempre un asiento al lado del pasillo.

Es economista de profesión, aunque en su día aspiró a convertirse en músico como su padre. Su padre, no obstante, tras haber salido de la cárcel, donde había sido prisionero de guerra, fue incapaz de ganar el sustento en la escena musical, lo que lo motivó a cambiar de profesión. Obligó a su hijo a estudiar Económicas. Hoy, el Sr. A es profesor de educación de adultos. Empezó con éxito numerosas carreras profesionales, pero abandonaba cada una de ellas por la siguiente. Explicaba su incapacidad para seguir con sus carreras profesionales sintiéndose, después de que hubiera pasado un cierto tiempo, enjaulado, arrinconado y encadenado. Por esto es por lo que hasta ahora había sido incapaz de establecer en su vida una continuidad.

Ahora está en su tercer tratamiento tras una psicoterapia al final de su veintena y un tratamiento psicoanalítico prolongado que había terminado hacía cinco años, aunque sin un éxito significativo. Quería someterse a análisis incluso al comienzo de su vida adulta, pero el analista de aquel momento le advirtió contra el análisis de alta frecuencia porque éste convocaría gran cantidad de su trauma temprano.

El analista en cuestión se refería a un acontecimiento dramático en la vida del Sr. A. A la edad de 18 meses, ingresó en una clínica para ser tratado de una luxación de cadera. En aquel momento, esta postura defectuosa se trataba tumbándose en una cama de yeso. El paciente permaneció inmóvil en una cama de yeso en la clínica durante nueve meses. La clínica estaba ubicada a bastante distancia de su ciudad. A los padres no se les permitió visitarlo durante las primeras seis semanas, periodo tras el cual raramente lo visitaron. La madre estaba esperando otro bebé, y cuando el paciente volvió a casa, el bebé ya había nacido. Los padres cuidaban al hermano, que enfermaba con frecuencia, a quien la madre mimaba y que más adelante fue incapaz de desarrollar una vida profesional. A los cinco años, el Sr. A fue ingresado en la clínica durante catorce días para tratarse de una hernia. Aún recuerda cómo gritaba cuando lo ingresaron y cómo se aferraba al padre, conducta que repitió cuando le dieron el alta. Por el momento, es bastante en cuanto a este caso clínico. Continuaré con él más adelante.

Reflexiones sobre las teorías implícitas relativas a este caso clínico

He reconsiderado mis reflexiones desde el principio del tratamiento y he buscado formular mis propias teorías implícitas. Lo siguiente es un esquema de mis reflexiones en cuatro puntos.

1. Me quedó claro inmediatamente con la fuerza de una certeza autoevidente, que un patrón conductual se repetía a lo largo de su biografía: basándose en la experiencia traumática del confinamiento en una cama de yeso, de no ser capaz de moverse y de ser sometido al trauma de la separación, este patrón había quedado grabado en su memoria. Se reactivaría posteriormente de forma repetida en situaciones vinculadas asociativamente a este patrón. Mi teoría implícita sobre esto puede

resumirse como sigue: “una experiencia traumática severa se manifiesta en el transcurso del desarrollo mediante síntomas y reacciones conductuales en un patrón conductual repetitivo de experiencia y conducta. Este patrón se reafirma repetidamente en situaciones vitales conectadas asociativamente con la experiencia temprana”. Subyacente a esta teoría implícita, o a una formulada de forma similar, se halla un modelo de desarrollo lineal mediante el cual yo no pensaba mucho en las categorías de fijación y regresión, sino que suponía un patrón repetitivo y más o menos inmutable de consecuencias traumáticas. En la teoría evolutiva, ese modelo lineal ya no es incuestionable. Con un modelo no lineal, como también se encuentra en la investigación de hoy en día, pensaríamos de modo diferente. Adopto las formulaciones de Gaensbauer para describir una teoría basada en ese pensamiento no lineal: es probable que los síntomas postraumáticos y las reacciones conductuales de un trauma temprano sean sustituidos por otros procesos e incluidos en patrones de funcionamiento más generales. En el curso del desarrollo, los recuerdos y sentimientos traumáticos se verán desde una nueva perspectiva, adoptarán nuevos significados, y se reintegrarán en un nuevo conjunto de estructuras psíquicas (2009, p. 971). Vayamos un paso más allá: las formulaciones de teorías implícitas descansan en convicciones científicas más generales, que, a su vez, tienen que ver con actitudes ante la vida y con una visión específica del mundo. Si alguien formula una teoría implícita según los procesos evolutivos lineales, entonces, como regla, este pensamiento estaría vinculado con el concepto básico de determinismo psíquico y con una fuerte creencia en el poder del pasado. El pensamiento teórico implícito según los modelos no lineales, por el contrario, tiende a estar convencido de la apertura de los procesos evolutivos y simpatiza consciente o inconscientemente con una visión del mundo que, por ejemplo, encuentra su expresión en una teoría de los sistemas dinámicos que producen propiedades emergentes. El peso de ese tipo de visiones del mundo en nuestra elección de una teoría determinada es mucho mayor de lo que nos damos cuenta, y existe una clara demostración de su presencia implícita en nuestro trabajo clínico.

2. El trauma temprano tal como me lo reveló el Sr. A en las primeras sesiones, secuestró mi imaginación. ¿Cómo se siente un niño obligado a yacer escayolado en una clínica separado de sus padres durante nueve meses? Comprender la angustia y el sentimiento de abandono que siente un niño de dieciocho meses excedía los límites de mi imaginación. ¿Qué sucedía con el mundo objetal interno? La ausencia de sus objetos se prolongó por más tiempo de lo que el niño podía soportar. La representación interna buena de la madre desapareció junto aquellas partes del *self* a las que estaba vinculada. ¿Es el niño capaz de preservar algo como una ausencia de la madre, es decir, sigue representada la madre de una forma o de otra como una ausencia, o emerge en su lugar un vacío interno que se llena entonces con nuevos objetos? Estas consideraciones siempre descansan en subteorías implícitas. No deseo entrar en formulaciones más detalladas en este momento, sino abordar el problema de la imaginación abrumada cuando se confronta con traumas severos y, en particular, el impacto que esto ejerce en nuestro pensamiento y qué tipo

de reacciones contratransferenciales comienzan a aparecer. Un trauma excede y abruma no solo las posibilidades internas de asimilación en la mente de aquellos que han resultado traumatizados, sino también el poder de la imaginación del analista. La aptitud y la capacidad del analista para escuchar, para imaginar las experiencias traumáticas, para empatizar y tolerar los afectos cuando surgen en él, a menudo es limitada, o el analista no desea someterse a ello. Una consecuencia puede ser escotomizaciones [huecos o vacíos en la visión] condicionadas por la defensa. El impacto que la descripción de la experiencia traumática puede tener en nosotros, el horror, la crueldad y la experiencia de violencia, todo esto amenaza con abrumarnos e inhibe el poder teórico de la imaginación. Entonces, lo que le ha sucedido al paciente nos parece “inconcebible”, lo que, expresado concretamente, significa que los componentes afectivos de imaginar inhiben o abruman nuestra capacidad de pensar. Sospecho que es cuando afrontamos estas situaciones cuando recurrimos a las metáforas para describir y captar conceptualmente la experiencia de un trauma y sus consecuencias. La literatura sobre el tema ha producido toda una serie de estas metáforas: agujero psíquico, agujero negro, estado del *self* congelado, círculo vacío, encapsulación, cuerpo extraño, recuerdos grabados en la mente, etc. Estas metáforas, que se supone que aclaran algo de la importancia central en la experiencia, no representan realmente, sin embargo, los procesos psicológicos en la experiencia traumática.

3. Como se ha mencionado más arriba, desarrollamos una resistencia a una aproximación empática e imaginativa, y a someternos a las experiencias traumáticas de los pacientes. Esta es una de las razones por las que en los estudios de casos y en las discusiones clínicas podemos ver, con frecuencia, cómo los traumas de los pacientes son o bien suprimidos o bien desatendidos. Las narrativas del paciente son capaces de provocar una ansiedad intolerable en el analista que se hace a un lado recurriendo a alguna teoría protectora para el caso en cuestión. En esta conexión, Gaensbauer (2009), quien entrevistó a 30 psicoanalistas acerca de su tratamiento de pacientes adultos que habían sufrido un trauma en la infancia temprana, hizo una observación interesante. Explicó cuán frecuentemente evanescente eran los recuerdos del analista en cuanto si había tratado o no a ese tipo de pacientes. Cuando se les contactó al principio, varios analistas afirmaron que, en realidad, sí habían tratado a tales pacientes. Cuando, tras un tiempo, el investigador retomó de nuevo el contacto, el analista aparentemente no recordaba a qué pacientes podía haberse referido. O en el contacto inicial numerosos analistas no eran capaces de recordar haber tratado nunca a esos pacientes, antes de corregirse cuando luego les venía el recuerdo. La investigación sobre el trauma describe cómo en la confrontación con las experiencias traumáticas nos vemos inclinados a minimizarlas o suprimirlas, puesto que no deseamos enfrentarnos al “demasiado”. En uno de estos casos que se me presentó en una supervisión, sólo durante el tercer tratamiento el analista fue capaz de clasificar como trauma el hecho de una enfermedad de polio que un paciente padeció a los cinco años, y de comprender adecuadamente las consecuencias psíquicas a largo plazo. Estas consideraciones indican lo difícil que puede ser en el caso de traumas severos –si pretendemos

entender su significación y consecuencias- mantener el equilibrio teórico entre estimación excesivamente y subestimar.

4. Otro tipo de pensamiento teórico implícito se encuentra en el incremento en el uso del concepto de trauma. Una y otra vez vemos que las experiencias patológicas severas se equiparan al trauma. Uno podría formular una teoría implícita que constituyese la base de esa clasificación en un caso específico de la siguiente manera: “Algo ocurrió en la realidad que el paciente no fue capaz de soportar y que por lo tanto no pudo manejar”, o “se enfrentó con algo excesivo que excedía su capacidad de procesar”. Para este “demasiado” para el procesamiento psíquico, el analista busca un concepto. Y aquí es donde la aplicación del concepto de trauma resulta especialmente atractiva. En esta conexión, la definición de trauma se establece sobre la base de una estimación únicamente cuantitativa.

El curso del tratamiento

Concentraré mi informe en los primeros cuatro años del tratamiento analítico con tres sesiones semanales.

Como he dicho, mi imaginación se ve reiteradamente secuestrada por este trauma temprano. En términos de una teoría implícita, para mí constituye un marco de referencia para entender los trastornos del Sr. A. Aunque no estaba equivocado, me inducía a recurrir con frecuencia al periodo temprano para entender el material de la sesión, lo que, a su vez, significaba que pasaría por alto otros fenómenos intervinientes posteriores, como así fue.

Durante las sesiones, el Sr. A se sentía siempre bajo presión. Mientras que sus descripciones eran totalmente vívidas, durante un periodo de tiempo considerable no pude obtener acceso a sus sentimientos. En mi estimación, parecía encerrado en sí mismo. Yo tenía la peculiar impresión de no ser capaz de acceder a su interior, como si él fuera un cilindro cerrado por el cual yo me resbalaba. Y sin embargo, percibía una cierta relación afectiva conmigo. El paciente era incapaz de asociar libremente, y por tanto no emergían recuerdos de la infancia. Él no podía imaginar la libre asociación de ideas, indudablemente debido al hecho de que era incapaz de adoptar la actitud interna de un observador pasivo. Aunque reconocía lo que yo le decía y estaba de acuerdo, no tenía consecuencias. Gradualmente fui teniendo la impresión de que estábamos constantemente dando vueltas en torno a los mismos problemas y que el análisis estaba agotado en eso. Me parecía como si nada pudiera tocarlo. Sin embargo, su actitud a menudo ilusoria ante la vida, según la cual todo debía ser fácil, mejoró. Este cambio le permitió emprender el tocar la guitarra de un modo sostenido y sistemático, y su bloqueo en cuanto a escribir canciones y melodías se disolvió de forma significativa. Su deseo de poder actuar en público surgió una vez más. Sin embargo, las irrupciones severas de mal humor que experimentaba por la mañana junto con su sensación de falta de sentido no disminuyeron. Y solo hubo mínimos cambios en la relación con su esposa. Aunque se acomodaba a ella, algo de lo que se quejaba, yo no era capaz de discernir voluntad alguna de cambiar algo.

Durante las sesiones, me fue quedando cada vez más claro que su discurso estaba marcado por una actitud muy sutil del superyó. Sus afirmaciones eran, en esencia,

reproches a sí mismo. Este *insight* proporcionó por primera vez un acceso emocional más profundo hacia él. Ya no tenía la impresión de resbalar por su actitud reservada, aun cuando persistía su sensación de estar apartado y congelado. Con este *insight* en la actitud de superyó del Sr. A hacia sí mismo, comencé a tener la sensación de que lo que él decía en las sesiones no salía de sí mismo, no era expresado con un yo que sufría. Más bien tendía a quejarse de sí mismo. El *self* que sufría no parecía tener voz. Al mismo tiempo, noté que parecía estar dominado por una sensación de atemporalidad. No sentía nada por su vida. En los momentos en que se daba cuenta de ello, esta sensación de atemporalidad asumía un carácter amenazante, es decir, que él pudiera seguir siendo para siempre como era ahora. En tales momentos es cuando yo comenzaba a sentir una sensación difusa, oculta, de angustia de que tarde o temprano descubriera que no había hecho nada con su vida y se suicidase. La atemporalidad y la escisión de su *self* sufriente me parecían las consecuencias a largo plazo de su traumatización.

Al final de las vacaciones de Pascua, en el tercer año de análisis, me escribió una carta en la que daba por terminado su tratamiento. No veía el sentido de continuar puesto que no podía determinar ningún cambio en lo que para él eran las áreas esenciales. Yo estaba estupefacto y no lo entendía en absoluto. Siempre había tenido la impresión de que había existido una relación de base emocionalmente receptiva. ¿Había sido esto simplemente producto de mi imaginación? Le escribí una carta, que dio lugar a que volviera. Se mostró muy agradecido por ello. La sensación de atemporalidad le había provocado ansiedad durante las vacaciones. Las dudas sobre el análisis se habían amalgamado en la idea, impulsada por la ansiedad, de que estaría en análisis permanente; de que continuaría indefinidamente sin éxito, y de ahí su carta de terminación. Otra razón para la ruptura fue la presión permanente que sentía acerca de tener que lograr algo en análisis. Pero no pudo hablarme de esto y ello siguió estando oculto para mí. El análisis se había convertido ahora en la cama de yeso que lo constreñía, y no podía siquiera imaginar terminarlo alguna vez. Mencionar que el displacer es algo a lo que se puede dar un espacio y de lo que se puede hablar parece haber sido para él una auténtica experiencia de descubrimiento. Me explicó que, para él, el displacer no es algo que viene y va, sino que es total y que tiene la sensación de que nunca pasará. Respondí interpretando que estaba repetidamente clara la conexión de sus dificultades presentes con su experiencia temprana cuando estuvo confinado en una cama de yeso, pero que se me había ocurrido que esto no encontraba eco en él, y simplemente deseaba deshacerse de sus dificultades como uno se deshace de una cama de yeso alejándose de ella. Esto le llegó profundamente. Su actitud en realidad había sido de que podía deshacerse de su sufrimiento y librarse de él así, de esa manera. El hecho de que el sufrimiento sea él mismo, de que su *self* más interno se manifestase en él, es algo con lo que no podía relacionarse. Esta parte de su *self* afectivo estaba escindida. Para mí era bastante evidente que su sensación de atemporalidad y el sentimiento de no ser nunca capaz de salir del análisis, eran repeticiones del patrón traumático, lo cual le interpreté. Sin embargo, lo que había pasado por alto era algo que era mucho más inmediato, es decir, la presión permanente que él sentía de tener que lograr algo en el análisis para contentarme a mí.

Poco después, su gato, al que estaba muy apegado, murió. Me asombró la severidad de su pena. Un sentimiento de profundo abandono lo atrapó junto con el sentimiento de total dependencia de su esposa. Dos meses después, su mujer también lo abandonó, de repente, y sin aviso previo. El paciente cayó en una crisis seria; se sentía totalmente abandonado, completamente solo, desesperado y depresivo, y lleno de una total sensación de desolación. Los sentimientos de culpa se alternaban con rabia homicida dirigida hacia su mujer. Sus sentimientos comenzaron a abrumarlo ahora durante las

sesiones y comenzó a llorar por primera vez. Si sensación de valía propia lo abandonó, y se sentía como un cacharro abandonado, necesitado y solo en el mundo. Se sentía despachado como un naufrago por su mujer, esperaba que ella volviera y lo compensara. Por otra parte, su experiencia de ella era casi la de una diosa de hielo. Una vez más, quedó claro que sus sentimientos y reacciones eran una reedición de su traumatización temprana. Los sentimientos de culpa por haberlo destrozado todo, alternando con una sensación de anhelo y estados de ira suicidas. Se volvió suicida. Los antidepresivos no resultaron de ayuda. Lo que convirtió el sentimiento de abandono en algo tan insoportable para él, era su sensación de atemporalidad junto con la convicción de que la condición en la que se hallaba ahora no terminaría nunca.

Esta crisis relajó sus estructuras de defensa caracterológicas y las volvió porosas, y disolvió su “estado congelado inducido por el shock” al que había hecho repetida referencia. Su *self* necesitado, impregnado de ansiedades y pánico de ser dejado solo le fue accesible una vez más; era como si él mismo sintiera por primera vez, “lo que es un *self*”. Deseó no perder de nuevo esta percepción. Y sin embargo, sucedió. Su sentido del *self* iba a esquivarlo una vez más, y cayó en un estado depresivo acompañado de sentimientos insoportables de abandono. Con frecuencia tomaba Ritalin como antídoto, lo que le devolvía un cierto sentido del *self* y “experiencia nuclear”, un logro extremadamente valioso para él.

En contraste con lo anterior, la relación transferencial adquirió una mayor significación emocional. Así, dijo una vez que tendría en cuenta mis comentarios, aunque éstos contuvieran una crítica o juicio hacia su persona. En una sesión, relató una disputa con una compañía telefónica durante la cual se puso cada vez más furioso consigo mismo porque no podía encontrar los documentos que necesitaba. Inicialmente, la disputa se centró en su rechazo a pagar tres euros. El valor de la deuda había aumentado mientras tanto a 66 euros debido a las tasas de demora y devolución. Yo abordé su sentido de la justicia, pero también cuestioné si la disputa merecía el esfuerzo o no. La mañana siguiente, encontré un mensaje que él había dejado en mi contestador automático, diciendo que ese día no vendría a la sesión, y que en realidad no vendría nunca más; que no tenía sentido volver. Yo no estaba preparado para esto; lo abrupto de su mensaje me impactó como un minitrauma, y me sentí bloqueado. ¿Qué había hecho mal? Sin embargo, luego sentí que él me estaba haciendo algo que él mismo había experimentado, el ser abandonado. Por la tarde de ese mismo día, me llamó de nuevo para decirme que volvería a la sesión. Durante la sesión dijo que mediante mi intervención en la disputa con la compañía telefónica había tenido la sensación de haberlo hecho todo mal. Por la mañana temprano, esta sensación, la de que siempre hacía las cosas mal, se había intensificado y generalizado. Incapaz de dormir, se había desesperado. Al contrario que en la primera ruptura, inmediatamente me quedó claro que mi intervención fue una puesta en acto contratransferencial. En la sesión anterior, de hecho yo había considerado si debería haber planteado la cuestión, es decir, si realmente merecía la pena mantener una disputa por esa suma tan insignificante. Luego pensé “¿por qué no?”, decidí no tener en cuenta esta consideración así que seguí adelante y planteé la cuestión. El Sr. A empezó a llorar mucho en el diván y entonces se hizo visible un *self* que constantemente se había esforzado por hacerlo todo correctamente para no ser despreciado ni abandonado. De este modo se hizo accesible la transferencia materna. La madre siempre había encontrado ocasión para criticarlo por algo, a pesar de todos los esfuerzos que él había hecho. Ya no deseaba prolongar esto, así que desde la rabia había cancelado la sesión conmigo sin más justificación; ahora era yo el que iba a experimentar cómo era sentirse abandonado.

Después de esta crisis en el tratamiento, me di cuenta de repente de su deseo de contentar a todos, no sólo para obtener reconocimiento, sino también por su deseo de ser amado. Cuando se me ocurrió esto, me referí a ello sin ninguna reflexión más, notando enseguida cómo esto resultaba en un cambio en toda la situación. Por primera vez, su necesidad de ser amado fue representada en la relación, tras lo cual, durante la disolución de la escisión disociativa, su necesidad se le hizo palpablemente obvia. Me pregunté por qué no me había quedado claro esto en una fase previa, puesto que debería haber sido perfectamente obvio. Esta explicitación clara de su deseo de ser amado tuvo un efecto sorprendente. Se había liberado de una pesada carga. Desapareció la presión de tener que ser algo especial. La presión subyacente que ejercía este deseo que hasta entonces había permanecido inconsciente, había inducido reiteradamente la demanda de tener que ser algo especial. Había tenido el sentimiento de que este deseo de querer ser amado era algo infantil, algo que era incapaz de aceptar teniendo en cuenta su deseo de ser independiente. De repente, fue capaz de disfrutar de una vida normal, aun cuando, como admitía, las pretensiones de grandeza, ahora ausentes, eran un pensamiento reconfortante.

Mediante esta puesta en acto contratransferencial, su *self* sensible, ansioso y traumatizado, lleno de pánico a ser abandonado, previamente disociado y escindido durante largo tiempo, se volvió ahora accesible. Había estado salvaguardado por su posición narcisista defensiva, mediante la cual se había exigido a sí mismo permanecer soberano y autárquico, pero que le había dado la impresión de ser intocable. Esta posición defensiva ocultaba sus esfuerzos por intentar hacer cualquier cosa para agradar en las relaciones, por no ser la parte mala que podía ser despachada o abandonada, todo lo cual habría significado una repetición de su trauma o separación. Sin embargo, mediante todo esto se hizo reconocible un superyó que lo atacaba siempre que no lograra satisfacer sus demandas. La obediencia a su superyó lo protegía de ser abandonado, lo que luego había evolucionado hacia una actitud egosintónica. También era así como se había identificado con la demanda de someterse al análisis. Debía ser un buen paciente analítico. Presentaba sus problemas, pero al mismo tiempo se acusaba a sí mismo muy sutilmente, una actitud que inicialmente tomó la apariencia de autorreflexión. Mediante esta autoacusación él obviaba su ansiedad traumática ante ser atacado, juzgado y despreciado por mí. Anticipaba activamente aquello que temía pasivamente, y de este modo lo tenía bajo control.

En sus estudios, Terr (1988), y más tarde Gaensbauer (1995) han mostrado que la capacidad de registrar representaciones internas significativas del trauma retrocede más de lo que hasta ahora se suponía. Gaensbauer data el umbral en la segunda mitad del primer año de vida. Estos recuerdos no son verbalmente representados, sino que dependen de los límites de la capacidad del niño para percibir. “Las representaciones parecen implicar múltiples modalidades sensoriales, una sensación de secuencia temporal, y significado afectivo convincente” (Gaensbauer, 1995, 143). El registro sucede en la memoria procedimental. En el caso del Sr. A, a quien le dieron el alta en la clínica cuando tenía 27 meses, debemos suponer que ya estaban en su lugar fragmentos de una memoria declarativa explícita. Con el internamiento en el hospital a los cinco años, este patrón traumático de experiencia se reactivó y se transformó en un recuerdo verbal, consciente.

Algunas observaciones generales

Me gustaría presentar ahora una serie de observaciones generales sobre la disociación, el sentido de ser sujeto agente y la reconstrucción.

1. A menudo se requieren en el curso del tratamiento analítico un acontecimiento externo o una puesta en acto contratransferencial de modo que un estado traumatizado del *self* puede hacerse accesible y destaparse en la relación con el analista. Para ser capaz de entender y tratar estos procesos psíquicos, el mecanismo de disociación y sus afectos deben ser familiares. Breuer y Freud usaron el concepto en 1895 antes de que desapareciera del vocabulario del psicoanálisis y fuera sustituido por la represión. Los fenómenos disociativos no fueron incluidos por el concepto de escisión introducido después. Desde los años 90, el concepto de disociación reapareció mediante el tratamiento de traumas de distintos orígenes (en más detalle en Bohleber, 2010). Sin embargo, el concepto nunca encontró realmente un lugar sustantivo en la corriente principal del psicoanálisis. En las décadas previas a esta, los fenómenos disociativos deben haber aparecido con frecuencia en los tratamientos. Probablemente, los analistas también buscaron entender estos fenómenos con la ayuda de las teorías implícitas. La razón por la que no se formularon teorías explícitas sobre los fenómenos disociativos en aquel momento es una cuestión interesante, pero no puedo desarrollarla aquí.
2. Siempre que se reactiva ese estado del *self* traumatizado disociativo, trae consigo un estado de conciencia alterado. El sentido de ser sujeto agente se pierde para el yo: se siente entumecido, petrificado o congelado. Algunos también se refieren a esta condición como “estado del *self* no yo”. La indefensión y una sensación de estar pasivamente sometido a lo que suceda prevalecen una vez más: esta atenuación del yo se ve aumentada en muchos casos por los ataques del superyó, que, a su vez, atribuye al yo culpa por una intrusión traumática renovada. El yo se siente despojado de sus derechos y a menudo todo lo que permanece abierto para él es una actitud fóbica por la cual intenta eludir todas las conexiones asociativas con el núcleo traumático. En este momento es de una importancia crucial, terapéuticamente, que el yo sea capaz de recuperar un sentimiento de ser sujeto agente [dueño de sus acciones]. Este puede lograrse mediante interpretaciones reconstructivas, por las que el yo pueda ser liberado de acusaciones de ser culpable de lo que ha sucedido. Esto puede inducir un sentimiento de realce del *self*. El ganar capacidad de agencia, sin embargo, también puede ser resultado del trabajo terapéutico en general, que conlleva un fortalecimiento del yo. Considero que recobrar el sentimiento de ser sujeto agente por parte del yo es uno de los factores centrales del cambio terapéutico en el tratamiento de pacientes traumatizados.
3. Ahora me referiré a las interpretaciones reconstructivas y a su importancia terapéutica. En la situación traumática, la función integradora de la memoria se ve abrumada y paralizada. Esto da lugar a la emergencia de un estado del *self* disociado. Este estado del *self* y la memoria encapsulada constituyen una unidad dinámica, un cuerpo extraño en la matriz psíquica. Dependiendo de la severidad del trauma, el intercambio con otras partes de la red asociativa de la mente se ve obstruido, aunque no totalmente excluido, de la corriente asociativa de material psíquico o de cualquier transformación por parte de fantasías conscientes o inconscientes. Me gustaría mencionar sólo un ejemplo de dichas transformaciones. El colapso del *self* en la situación traumática puede causar que fantasías

reprimidas y amenazantes que preexisten desde hace mucho tiempo irrumpen en la conciencia. Las convicciones arcaicas internas pueden entonces presentarse como si se hubieran vuelto ciertas, al igual que imágenes atemorizantes centrales pueden volverse casi indisolublemente fusionadas con la experiencia de la situación traumática. La experiencia subversiva del trauma destroza e invade todas las demás áreas psíquicas, lo que puede dar lugar a que el trauma atraiga, casi como un imán, casi todos los conflictos importantes que lo precedieron, así como muchos de los grandes conflictos que lo han seguido después (ver también Yorke, 1986). Ahora se leen a la luz de la experiencia traumática y se conectan con ella. La tarea analítica en un caso como este consiste en el aislamiento progresivo del trauma de todo lo que ocurriera previamente y de casi todo lo que sucediera después. Si esto puede lograrse totalmente o no, ya es otro tema. La reconstrucción del trauma puede ser un proceso muy complejo. Descubrir la realidad del trauma y sus afectos asociados –aunque sean fragmentarios o aproximados- es sólo el primer paso. Constituye un armazón para entender y, en este sentido, es una especie de prerrequisito para elucidar y abarcar la revisión y transformación secundarias del trauma por parte de las fantasías y significados inconscientes llenos de sentimientos de culpa e impulsos punitivos. Así, se separan la fantasía y la realidad traumática, tras lo cual el yo adquiere un tranquilizador contexto de comprensión. Cuando tiene lugar dicha interpretación reconstructiva, los pacientes a menudo hablan de mejoras asombrosas en su estado. La sensación de integración psíquica que refieren indica que la organización del *self* es un trabajo reestructurante en sí mismo. Además, la parte traumática, previamente encapsulada, puede ahora interconectarse de forma más asociativa. Sin embargo, esto no implica de forma primordial una diferenciación cognitiva, y no sólo la reconstrucción del acontecimiento histórico, sino una regulación afectiva modificada.

Y aun así, no siempre es posible una verbalización de todos los aspectos de una experiencia traumática. El contenido disociado se organiza de acuerdo a diversos niveles de representación psíquica. Más aún, deben salvarse numerosas brechas mediante construcciones basadas en síntomas somáticos, sueños repetitivos, o pistas externas que provienen de otros, por ejemplo. La narrativa que emerge de esta construcción articular y posibilita un proceso continuado de integración mental. Para la narración de la experiencia traumática es crucial que ésta esté vinculada a la conciencia de que, de hecho, ha ocurrido algo real, que algo sucedió verdaderamente, no importa lo fragmentada que pueda ser esa reconstrucción. Este conocimiento puede proveer a los pacientes de una sensación de verdad y seguridad que pueden usar para entender sus transformaciones traumáticas del *self*, de las relaciones objetales y de los afectos, en lugar de simplemente procesarlos en términos de culpa. Sin embargo, cuando se analizan en la terapia la transferencia y la contratransferencia sólo en el aquí y ahora de la situación analítica y entonces las narrativas significativas emergen sin reconstrucción alguna de la realidad traumática causante, estas narrativas corren el riesgo de no conseguir distinguir entre fantasía y realidad y, en el peor de los casos, de retraumatizar al paciente.

Referencias

- Bohleber, W. (2010). Destructiveness, intersubjectivity, and trauma. The identity crisis of modern psychoanalysis. Londres, Reino Unido: Karnac.
- Bohleber, W. (2012). Unconscious theories in the analyst's mind at work: searching for them in clinical material. En J. Canestri (Ed.), Putting theories to work. How are theories actually used in practice? (pp. 79-81). Londres, Reino Unido: Karnac.
- Canestri, J., Bohleber, W., Denis, P. y Fonagy, P. (2006). The map of private (implicit, preconscious) theories in clinical practice. En J. Canestri (Ed.), Psychoanalysis: From Practice to Theory (pp. 29-43). Chichester, Reino Unido: Whurr Publishers.
- Gaensbauer, Th. J. (1995). Trauma in the preverbal period. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 122-149.
- Gaensbauer, Th. J. y Jordan, L. (2009). Psychoanalytic perspectives on early trauma: interviews with thirty analysts who treated an adult victim of a circumscribed trauma in early childhood. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 947-977
- Sandler, J. (1983). Psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 35-46.
- Terr, L. (1988). What happens to the memories of early childhood trauma? A study of twenty children under age five at the time of documented traumatic events. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.
- Yorke, C. (1986). Reflections on the problem of psychic trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 221-236.

¹ Las acotaciones entre corchetes ([]) son aclaraciones de traducción.