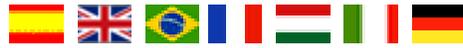


# EL TRAUMA: LECTURA PSICOPATOLÓGICA Y PSICOANALÍTICA. PROPUESTA DEL CONCEPTO DE TRAUMA RELACIONAL.



Antoni Talarn.

## 1. EL CONCEPTO DE TRAUMA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA.

### 1.1. Un poco de historia sobre el trauma psicológico

- 1.1.1. El estudio de la histeria.
- 1.1.2. El estudio de las consecuencias de la guerra.
- 1.1.3. El estudio de la violencia doméstica y sexual.

### 1.2. Perfilando el concepto de trauma.

- 1.3. Trauma y psicopatología.

## 2. HABLANDO DEL TRAUMA DESDE UNA POSICIÓN PSICOANALÍTICA.

- 2.1. Freud, Abraham: del trauma a las ganas de ser traumatizado.
- 2.2. Ferenczi: el rescate de los niños y de la realidad.
- 2.3. Del Ferenczi de 1930 a la actualidad.
- 2.4. El concepto de trauma relacional

## REFERENCIAS

### 1. EL CONCEPTO DE TRAUMA DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA.

Aunque nunca ha estado desaparecido del todo, el tema del trauma ha permanecido aletargado durante mucho tiempo en la psiquiatría y en el psicoanálisis. No solo la renuncia a la teoría del trauma por parte de Freud contribuyó a esta amnesia. El estudio del trauma psicológico está ligado al desarrollo de acontecimientos de orden social, político y cultural (Cazabat, 2001). Un mundo lleno de traumas y de personas traumatizadas es un mundo que debe de cuestionarse muchas cosas. La política, la economía, los intereses territoriales, energéticos, la guerra -la omnipresente guerra- la religión, etc., impregnan de traumas la sociedad a nivel macro. A nivel micro, la violencia de género, contra los menores, el abuso físico, el sexual, el trabajo infantil, y demás situaciones, cuestionan el ordenamiento de la moral individual y familiar. No es de extrañar, entonces, que a veces volvamos la mirada inquisidora hacia otro lado ya que a nadie le gusta revolver en el estiércol.

Pero, como nos enseña el psicoanálisis, por más que neguemos la realidad, esta se nos hace evidente y se acaba imponiendo. Y, casi sin darnos cuenta, el trauma ha vuelto a las primeras páginas de la actualidad social y profesional.

Así, en la psiquiatría del momento coexisten actualmente un cierto número de puntos calientes o temas de moda, como prefieran. El electroshock y sus variantes modernas, las pruebas de neuroimagen, los nuevos antipsicóticos y también el trauma. No cabe duda que desde el 11-S y el 11-M el trauma está en la cresta de la ola. Hay, de hecho ya las había anteriormente, revistas especializadas en los trastornos de origen traumático, han proliferado diversas técnicas terapéuticas para ayudar a los supervivientes de un trauma y

se publican multitud de textos sobre este tópico. Un breve repaso histórico nos ayudará a situarnos en este resurgir del trauma.

### 1.1. Un poco de historia sobre el trauma psicológico

Prácticamente hasta el siglo XIX las principales referencias al trauma psicológico se encontraban en los relatos literarios o en los escritos de algunos filósofos. Eran puramente anecdóticos, aunque de un notable valor descriptivo. Hay relatos del 3000 AC, situados en Mesopotamia, donde se narra el horror sufrido por los testigos de muertes violentas en combate, Heródoto describe un caso de ceguera conversiva sucedido en la batalla de Maratón y Homero cita en La Ilíada como Aquiles padece trastornos del sueño en los que revive la muerte de su amigo Patroclo. En “La Tragedia de Macbeth Lady Macbeth” pierde la cordura por los recuerdos intrusivos que tiene de su participación en el asesinato del rey de Escocia. (Véase el trabajo de Birmes, Hatton, Brunet y Schmitt, 2003, para una revisión histórica más detallada de la prehistoria de la sintomatología postraumática).

La primera descripción puramente psiquiátrica de una situación de este tipo la ofrece Pinel en su Tratado medico filosófico sobre la alienación mental de 1809, al describir con detalle los sufrimientos de un veterano de guerra.

Fue Oppenheimer, un neurólogo alemán, el que acuñó, en 1892, el termino neurosis traumática, otorgándole entidad de trastorno molecular del sistema nervioso, debido, eso sí, al shock recibido.

Simultáneamente Charcot estudia entre 1878 y 1893 la histeria y publica 20 casos de histeria traumática, describiendo los vínculos entre la disociación y el traumatismo, un tema recurrente en la psicopatología actual.

Kraepelin en 1896 hablaba de la neurosis de espanto y en la 60 edición de su tratado, en 1899, reconoce la entidad clínica independiente de la neurosis traumática y señala que se caracteriza por: pensamientos intrusivos y persistentes, sentimientos de desapego hacia los demás, disminución del interés general, alucinaciones, trastornos del sueño y pesadillas recurrentes.

En 1874, en EE.UU., se registra el primer caso de abuso infantil y se crea, en Nueva York, la Sociedad para la prevención de la crueldad contra los niños.

A partir del siglo XX la historia de la psicotraumatología moderna, siguiendo a Herman (1997) se puede dividir en 3 etapas: 1) el estudio de la histeria, 2) el de las consecuencias de la guerra y 3) el de la violencia doméstica y sexual.

#### 1.1.1. El estudio de la histeria.

Ya hemos mencionado a Charcot, cuya gran contribución fue la de dar crédito a los relatos de las pacientes, historias que hasta ese momento habían sido consideradas fantasías y pura simulación. Janet y Freud, ambos alumnos de Charcot, se interesaron por la etiología de la histeria. Por separado, curiosamente, los dos llegaron a conclusiones similares: la histeria es causada por el trauma psicológico que produce un estado alterado de conciencia.

Janet en su obra más celebre “El automatismo psicológico”, de 1889, observó que, a veces, pasa un tiempo entre el trauma y la presentación de síntomas, describió los episodios de flashback y apuntó el mecanismo de la disociación de las emociones de las víctimas y como esta disociación impide el procesamiento de las memorias traumáticas.

#### 1.1.2. El estudio de las consecuencias de la guerra.

Durante la 1º guerra mundial se hicieron numerosas observaciones de estrés traumático causado por el combate. Se dieron discusiones sobre la etiología emocional u orgánica del trastorno. En muchos casos se equiparó el trastorno con cobardía y los soldados que lo sufrieron tuvieron que pasar por terapias brutales para ser enviados de nuevo al frente (véase a este respecto el Informe sobre la electroterapia de los neuróticos de guerra, de Freud 1920). Los más desafortunados eran fusilados y algunos pocos fueron enviados a la retaguardia para ser tratados psiquiátricamente (Briole, Lebigot y Lafont, 1998).

En septiembre de 1918 se celebró en Budapest el “V Congreso Internacional de Psicoanálisis”. Los psicoanalistas allí presentes debatieron sobre el tratamiento psicoanalítico de las neurosis de guerra.

En 1941, en plena 2ª guerra mundial Kardiner escribió “The traumatic neurosis of war” donde describió los síntomas propios del estrés postraumático incluida la amnesia.

En 1952 aparece el DSM-I (APA, 1952) y como los psiquiatras atendían a numerosos soldados de la gran guerra incluyeron el diagnóstico de reacción al gran estrés.

El DSM II, (APA, 1968) redactado en plena guerra de Vietnam, suaviza el término y lo denomina trastorno situacional transitorio. Algunos autores (Penk y Robinowitz, 1987) han llamado la atención sobre un dato curioso: durante los 12 años de guerra no se publicó nada sobre este trastorno en ninguna de las revistas oficiales de las asociaciones psicológicas y psiquiátricas de Norteamérica.

A pesar de esta especie de amnesia científico-política durante la guerra del Vietnam, los veteranos que se organizaron después y los médicos y psicólogos que los atendieron generaron un intenso movimiento científico en torno a este tema. En 1973 Shatan inició la “1ª Conferencia sobre Necesidades Emocionales en Veteranos del Vietnam”, y en 1975 creó el Vietnam Veterans Working Group y ayudó, entre otros autores, a delimitar la descripción del trastorno por estrés postraumático (TPET) tal y como fue incluido en el DSM III (APA, 1980) en 1980.

### 1.1.3. El estudio de la violencia doméstica y sexual.

El movimiento feminista de los años 70 llamó la atención sobre una realidad social oculta durante mucho tiempo: la de la violencia doméstica y sexual contra mujeres y menores. El 1971 se celebró en Nueva York un congreso sobre los efectos de la violación. En 1979 se acuña el término del síndrome de la mujer golpeada. Muy pronto se estableció la asociación entre el sufrimiento que expresaban los veteranos del Vietnam y el de las mujeres maltratadas, sus síntomas eran muy semejantes.

Con todos estos antecedentes llegamos a la época más actual. En 1985 se fundó la ISTES (Internacional Society for Traumatic Stress Studies), editora del *Journal of Traumatic Stress* desde 1987. En España tenemos la SEPET (Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Traumático). El estudio de las consecuencias psicológicas de los desastres naturales se ha desarrollado en las últimas décadas (Anatoly y Alexey, 1994; Carver, 1994; Erkin y Satoshi 2000).

Hoy día las líneas de trabajo más modernas se centran en temas como la resiliencia, las reacciones agudas, la ayuda en crisis, la traumatización vicaria, el tratamiento farmacológico o psicoterápico, las consecuencias biológicas del trauma, la disociación, su relación con los trastornos de personalidad, su comorbilidad, los factores de predisposición, los factores neurobiológicos asociados al trauma, y demás.

### 1.2. Perfilando el concepto de trauma.

Hay un cierto consenso (Davidson y Foa, 1993; Classen, Koopman y Spiegel, 1993; Herman, 1997; March, 1993; Spiegel y Cardena, 1991) en considerar que un trauma se da cuando un individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; o bien cuando se es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas. La respuesta del sujeto a este acontecimiento es de temor, desesperanza y horror intensos. A esta definición, que es la que ofrece el DSM IV, se suele añadir la idea de que el evento o eventos en cuestión superan la capacidad de respuesta del sujeto y sus mecanismos habituales de afrontamiento y defensa.

Echeburua (2004) distingue entre suceso traumático y trauma. Por suceso traumático entiende un acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. Considera trauma la reacción psicológica derivada de un suceso traumático.

Una vez situados en la perspectiva psicoanalítica trataremos de completar o modificar estas conceptualizaciones del trauma.

Sobre la base de esta definición algunos autores han tratado de precisar diferentes tipos de trauma. Así err (1991) propuso diferenciar entre trauma tipo I y II. En el primero se da un evento puntual (como una violación o la visión de un asesinato). En el segundo se sufre una exposición repetida a eventos extremos.

Solomon y Heide (1999) añaden un tercer tipo, más extremo aún: aquí la situación extrema es también repetida y crónica, pero se produce desde temprana edad y con especial sadismo. Citan como ejemplos niños sometidos a constantes abusos físicos y sexuales, con empleo de fuerza, tortura, amenazas a sus seres queridos, ritos sectarios y demás barbaridades. Este trauma tipo III se asocia a los diagnósticos de TPEPT complejo o el de TPEPT extremo que han propuesto algunos autores (Van der Kolk, McFarlane y Weisaeth (1996). Para estos autores la utilidad de la clasificación radica en que cada tipo de trauma requiere un abordaje diferente puesto que presenta una clínica postraumática diferente. Así, en el caso del trauma tipo I, el paciente se presenta, por lo general, con un recuerdo claro de lo sucedido y las terapias más breves, del tipo que sean, pueden ser de utilidad. Los pacientes del tipo II acuden a la consulta con una patología muy variada, de orden depresivo fundamentalmente, con defensas como la negación, la represión y la disociación en pleno funcionamiento; su tratamiento es más complejo, largo y delicado. Los pacientes del tipo III pueden recibir diagnósticos como esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar o trastorno de identidad disociativo (Ross, Anderson y Clark, 1994). Son típicas también las múltiples somatizaciones -entre las que destaca el dolor de cabeza de origen desconocido- La amnesia disociativa de estos pacientes con respecto a importantes sectores de su infancia es notable.

### 1.3. Trauma y psicopatología.

Existe un acuerdo generalizado entre los estudiosos del trauma en que no todas las personas sometidas a traumatismos desarrollan una condición psicopatológica posterior como consecuencia del mismo (Kessler, Sonnega y Bromet, 1995; Yehuda y McFarlane (1995). En este acuerdo, no obstante, no se matiza la respuesta de las personas en función del tipo de trauma sufrido. Nos parece viable que algunos sujetos no desarrollen clínica en respuesta a un trauma tipo I, sobre todo si este no ha sido infligido por otro ser humano. Más difícil se nos hace imaginar que esto suceda con respecto las víctimas de traumatismos tipo II y III.

Si además del tipo de trauma sufrido tenemos en cuenta los factores personales, -esto es factores de mayor o menor vulnerabilidad individual-, la cuestión se nos complica enormemente. No es este el momento para detallar estos factores, pero si queremos apuntar la idea de que en los traumas tipo II y III difícilmente nos hallaremos ante un elevado nivel de resiliencia puesto que la cronicidad de los estresores impedirá la consolidación del mismo.

Lo que nos interesa señalar aquí es la siguiente idea: la psiquiatría estudia las consecuencias del trauma básicamente mediante aquellas personas que padecen TPET o trastorno por estrés agudo (TPEA). Es decir, limita la consideración etiológica del trauma solo a estos casos. No se cuestiona la posibilidad de que pacientes que no presenten esta sintomatología puedan tener un historial de traumatismos en su biografía. Diagnóstica y trata a pacientes depresivos, adictos, bulímicos, límites, esquizofrénicos, y demás, pero podemos, entonces, preguntarnos: ¿es que algunos, o muchos de estos pacientes, no han tenido traumas? A la luz de la clínica cuesta de creer.

Estamos diciendo, pues, que en psiquiatría y en psicopatología se ha descuidado el aspecto traumático de muchos cuadros clínicos. Después veremos como a los psicoanalistas nos ha pasado lo mismo, por otros motivos, pero lo mismo.

En nuestra opinión un buen número de pacientes que reciben el diagnóstico de: trastorno de ansiedad, depresión, distimia, somatización, adicciones, conductas impulsivas, diversos trastornos de la personalidad, hipocondría, anorexia, bulimia, disfunciones sexuales, trastornos disociativos, diversos tipos de psicosis, etc..., -por mencionar solo los diagnósticos en psiquiatría de adultos- tienen en su biografía una historia de traumatismos, sean del tipo que sean.

Más adelante, al reformular el concepto de trauma desde la perspectiva psicoanalítica, esperamos poder añadir un poco más de convicción y solidez a esta hipótesis.

De momento para apoyarla, y sin movernos del campo de la psiquiatría, podemos apelar a un buen número de autores que, con la estadística en la mano, nos dan la razón.

Beck y Van der Kolk (1987) encontraron que el 46% de las mujeres psicóticas crónicas hospitalizadas tenían historial de incesto infantil. Muenzenmaier, Meyer y Struening (1993) relatan que el 65% de los pacientes entrevistados durante un año en un ambulatorio habían sufrido abusos durante la infancia. Friedman (1996) señala que hasta el 80% de los pacientes diagnosticados con TPEPT presentan comorbilidad con, al menos, otro trastorno mental, indicándonos pues la enorme posibilidad de error diagnóstico que se puede dar con estos pacientes. Tucker (2002), por ejemplo, señala que hay muchos pacientes en los que no se efectúa un diagnóstico correcto debido a que se obvian los factores traumáticos y estresantes en sus historiales e interrogatorios. Mueser, Salyers y Rosenberg (2001) hallaron antecedentes traumáticos en el 90% de los pacientes de un programa de asistencia a drogadictos con trastornos mentales.

Sin afán de exhaustividad señalaremos que hay datos que indican la presencia de traumatismos en los trastornos disociativos (Gershuny y Thayer, 1999), los trastornos de personalidad, especialmente el límite (Sabo, 1997), la bulimia y otros trastornos alimentarios (Everyll y Waller, 1995; Everyll, Waller y MacDonald, 1995; Terr, 1995), los trastornos de ansiedad (Mancini, Van Ameringen y MacMillan, 1995), los trastornos del estado de ánimo (Hall, Sachs, Rayens y Lutenbacher, 1993), el alcoholismo (Windle, Windle, Scheidt y Miller, 1995) y muchos otros -véase para una revisión completa el texto de Everly y Lating (1995)-, amén de los trastornos presentes en los menores (Cazabat, 2002).

## **2. HABLANDO DEL TRAUMA DESDE UNA POSICIÓN PSICOANALÍTICA.**

El trauma, dentro de la teoría psicoanalítica, también ha tenido sus vaivenes. Fue elemento fundador de las primeras teorías de las neurosis; desapareció posteriormente y quedó vinculado casi en exclusividad a las neurosis traumáticas de los soldados; resurgió después, tímidamente, en la obra del mismo Freud y en la de muchos otros autores. Sin afán alguno de enciclopedistas haremos una breve revisión de estas idas y venidas; así estaremos en mejores condiciones para presentar algunas de las ideas que queremos comentar más adelante.

### 2.1. Freud, Abraham: del trauma a las ganas de ser traumatizado.

La historia es bien conocida y no resulta necesario repetirla aquí. Al inicio de su actividad profesional Freud se vio sorprendido por el repetido relato de abusos sexuales sufridos por sus pacientes a manos de cuidadores, hermanos, parientes e incluso padres.

Freud concluyó, en lo que se conoce como teoría de la seducción, que el trauma o seducción sexual del niño por parte de un adulto constituía una condición etiológica en las neurosis. Sin embargo, como es sabido, Freud no tardaría en abandonar esta teoría de la seducción.

En la célebre carta a Fliess del 21 de septiembre de 1897 (Freud, 1897), Freud le comunicó a su amigo y confidente que ya no creía en lo que había sostenido hasta ese momento. Bien al contrario, había llegado a la conclusión de que los traumas y abusos que sus pacientes le habían contado eran fantasías y mentiras.

Los motivos para tal cambio de actitud son muy variados: desde el propio asombro de Freud al considerar la cantidad de padres o adultos que abusaban de los niños, hasta su autoanálisis en el que descubrió sus propias fantasías edípicas vinculadas a sus padres.

El desarrollo de la teoría del Complejo de Edipo desplazó el trauma sexual infantil de la categoría de realidad a la de fantasía: en el niño existe el deseo de tener relaciones con el progenitor del sexo opuesto.

Abraham (1907) añadiría algo más a las ideas freudianas. Consideró que había ciertos niños que son seductores, desean la seducción, la provocan y casi la merecen. Citamos el párrafo textualmente porque nos parece muy significativo.

Llegué a la conclusión de que su desarrollo sexual era precoz y su libido misma cuantitativamente

anormal, (...)... Podemos decir que los niños que pertenecen a esta categoría muestran un deseo anormal de obtener placer sexual, y a consecuencia de ello sufren traumas sexuales. (...). Pues un niño con predisposición a la histeria o la demencia praecox sufre el trauma a consecuencia de una tendencia de su inconsciente. Si es que subyace un deseo inconsciente de trauma, el experimentarlo en la infancia es una expresión masoquista del impulso sexual.(Abraham, 1907, pág. 51-53)

O sea que: o bien se trata de fantasías o bien se trata de masoquismo. Podría ser, en cualquier caso, el acento se desplaza del victimario a la víctima, la importancia del trauma en la génesis de la patología mental se desdibuja, la realidad se diluye ya sea en las fantasías de los niños o en las acciones de su perversidad polimorfa.

## 2.2. Ferenczi: el rescate de los niños y de la realidad.

Pero, por suerte, ya incluso en aquella época no todos pensaban así. Uno de los primeros en considerar que el abandono de la teoría de la seducción supuso perder de vista un elemento importante en la causación de los trastornos mentales de ciertos pacientes fue Sandor Ferenczi.

Veamos lo que Ferenczi escribía un año después del artículo que acabamos de citar de Abraham:

Los hijos de padres anormales están expuestos desde su infancia a influencias psicológicas anormales por parte de su entorno y reciben una educación falseada; son estas mismas influencias las que eventualmente determinarán más adelante la neurosis y la impotencia; sin ellas, el niño “tarado” hubiera podido ser un hombre normal. (Ferenczi, 1908; pág. 48).

Para Ferenczi el trauma no será sólo de índole sexual -tal como Freud consideró- sino que abarcará situaciones relacionales en las que el odio y la hostilidad juegan un papel determinante. El abandono, los castigos, la hipocresía, la incomprensión, la intolerancia en el aprendizaje de los hábitos básicos y demás que los niños deben de soportar de los adultos de los que dependen, se constituirán en variables determinantes del psiquismo del sujeto. Ferenczi teorizará a propósito de estas cuestiones y propondrá algo que hoy día está en plena vigencia: como terapeutas debemos de estar atentos para que las experiencias terapéuticas de nuestros pacientes realmente lo sean y no se conviertan en repeticiones, más o menos deformadas, de los desencuentros relacionales traumáticos que se dieron en la infancia.

No es este el lugar para hacer un repaso exhaustivo de la teoría ferencziana sobre el traumatismo, pero sí que podríamos remarcar algunas cuestiones planteadas por Ferenczi hace más de 70 años. Cuestiones que nos parece que están siendo recogidas actualmente por otros autores, muchas veces sin el reconocimiento adecuado.

En 1927, con su trabajo *Adaptación de la familia al niño* (1927), Ferenczi apunta con a lo que de patógeno puede haber, en muchas ocasiones, en las relaciones entre padres e hijos. Empieza Ferenczi lanzando un velado reproche a la comunidad psicoanalítica cuando señala que ésta se ocupa solo de la adaptación del niño a la familia y no de la de ésta al niño, y sugiere que el psicoanálisis debe esforzarse en comprender mejor a los niños a los que, dicho sea de paso, tanto debe la psicología. Para Ferenczi los niños se encuentran, al ser atendidos por sus padres, con una dificultad: éstos han olvidado su propia infancia. Los padres ni la recuerdan ni la comprenden y esta falta de comprensión de su propia infancia es el principal obstáculo que impide a los padres comprender las cuestiones esenciales de la educación. Ferenczi sabe que el olvido -la amnesia infantil- no es superable. Pero para suplir este déficit propone algo así como ponerse en el lugar del niño. El psicoanalista que años más tarde se pondría -en el sentido figurado mediante la empatía y también el literal, mediante el análisis mutuo- en el lugar del paciente, propone tratar de ver el mundo con los ojos y la mente de un niño.

Desde ese punto de vista puede considerar que aspectos como el destete, el aprendizaje esfinteriano, la represión de la masturbación o el propio crecimiento pueden constituirse en traumatismos si el instinto de los padres falla en su adecuado acompañamiento.

De esta guisa llegamos al año 1929 y al trabajo titulado *El niño mal recibido y su impulso de muerte* (1929a), obra que representará un salto cualitativo muy marcado en el pensamiento ferencziano en cuanto al traumatismo. En este artículo Ferenczi estableció un nuevo tipo de neurosis llamada neurosis de frustración, cuya etiología era, fundamentalmente, de índole traumática. La novedad radica en que el trauma es visto

aquí no sólo como generador de la más variada patología mental, sino también como inductor de severas complicaciones orgánicas que pueden llevar al sujeto a las puertas de la muerte. Epilepsia con coma profundo, asma bronquial, anorexia, etc., entre otras condiciones, son consideradas como un reflejo de un impulso de muerte extraordinariamente activado por las frustraciones afectivas recibidas por los niños:

Al nacer ambos pacientes fueron huéspedes no queridos en la familia. Uno por ser el décimo hijo de una madre sobrecargada de trabajo y el otro porque descendía de un padre afectado por una enfermedad mortal, que efectivamente murió poco después. Todos los indicios confirman que ambos niños captaron perfectamente los signos conscientes e inconscientes de aversión o de impaciencia de la madre, y que su voluntad de vivir quedó destrozada. Por motivos fútiles, durante su vida posterior, se suscitaba en ellos la voluntad de morir, incluso cuando estaba compensada por una fuerte tensión de la voluntad. (Ferenczi, 1929a; pág. 87).

Ferenczi ya no vacilará en lo más mínimo; del traumatismo hace responsables a los adultos, no a los factores intrapsíquicos:

Tras haber concedido toda la atención precisa a la actividad fantasiosa en cuanto factor patógeno, me he ocupado en estos últimos tiempos cada vez con más frecuencia del traumatismo patógeno propiamente dicho. He descubierto que el traumatismo es mucho menos a menudo la consecuencia de una hipersensibilidad constitucional de los niños, que pueden reaccionar de manera neurótica incluso frente a dosis de desagrado banales e inevitables, que un tratamiento verdaderamente inadecuado e incluso cruel. Las fantasías histéricas no mienten cuando nos cuentan cómo padres y adultos pueden ir muy lejos en su pasión erótica por los niños, y cuando nos dicen que tienen la tendencia, si el niño se presta a este juego del inconsciente, de infligir al niño inocente castigos y amenazas graves, que le trastornan y le quebrantan causándole un violento choque y siendo totalmente incomprensibles para él. Actualmente siento la tentación de atribuir, junto al complejo de Edipo de los niños, una enorme importancia a la tendencia incestuosa de los adultos, rechazada bajo la máscara de la ternura. (Ferenczi, 1929b; pág. 103-104).

Lo peor es la desatención... y en esto insiste Ferenczi una y otra vez:

El comportamiento de los adultos respecto al niño que sufre el traumatismo forma parte del modo de acción psíquica del traumatismo. Éstos dan en general pruebas de incomprensión aparente en alto grado. El niño es castigado, lo cual significa para el niño una gran injusticia. (...)... O bien los adultos reaccionan con un silencio de muerte que hace al niño tan ignorante como se le pide. (Ferenczi, 1932a; pág. 155).

Para Ferenczi, pues, el trauma se desarrolla en dos momentos sucesivos: el de la experiencia propiamente dicha y el de la posterior reacción de los adultos frente al niño, cuando este se acerca en busca de algún tipo de consuelo:

Pero el espanto de los espantos: cuando a la amenaza paterna se suma el abandono materno. No deja ninguna posibilidad de lamentarse por el insulto sufrido ni de quejarse ante alguien comprensivo. Sólo en ese caso, el mundo real, tal como es, se vuelve tan insoportable, tan absoluto se vuelve el sentimiento de la injusticia, del desvalimiento y de la desesperanza en un cambio favorable, que el yo se retira de la realidad, pero sin entregarse. (Ferenczi, 1932b; pág. 60).

¿Qué es traumático: un ataque o sus consecuencias?

La capacidad adaptativa de respuesta aún de niños muy pequeños a ataques sexuales y otros ataques apasionados es mucho más grande de lo que se imagina. A la confusión traumática sólo se llega, las más de las veces, cuando ataque y respuesta son desmentidos por el adulto cargado de culpa, y se los trata como si fueran algo punible. (Ferenczi, 1932b; pág. 241).

Para Ferenczi las consecuencias de este tipo de traumatismos no se reflejan sólo en los niveles más obvios del individuo, como podrían ser la formación del carácter o las dificultades para las relaciones amorosas o sexuales sino que, y aquí radica la cuestión más relevante para el autor, en una verdadera escisión de la personalidad, una división psíquica. La idea de Ferenczi podría resumirse como sigue: ante un sufrimiento extraordinario y una angustia que desborda toda defensa del sujeto, la personalidad se divide en varios fragmentos; uno, aquel que sufre inconscientemente y que contiene afectos reprimidos intensísimos; y otro, aquel que trata de que la vida continúe de un modo progresivo y ordenado. Entre ambos se establece un equilibrio frágil que suele desembocar en enfermedad mental o, en cualquier caso, en una restricción

considerable de la calidad emocional de la vida del sujeto.

Y junto con la escisión Ferenczi describe otro mecanismo básico de adaptación autoplástica al trauma; la identificación con el agresor. Esta idea le permite a Ferenczi explicar por qué los niños traumatizados, además, experimentan sentimientos de culpa:

Pero cuando este temor alcanza su punto culminante, les obliga a someterse automáticamente a la voluntad del agresor, a adivinar su menor deseo, a obedecer olvidándose totalmente de sí e identificándose por completo con el agresor. Por identificación, digamos que, por introyección del agresor, éste desaparece en cuanto realidad exterior, y se hace intrapsíquico; pero lo que es intrapsíquico va a quedar sometido, en un estado próximo al sueño -como lo es el trance traumático- al proceso primario, es decir lo que es intrapsíquico puede ser modelado y transformado de una manera alucinatoria, positiva o negativa, siguiendo el principio del placer. En cualquier caso, la agresión cesa de existir en cuanto realidad exterior y, en el transcurso del trance traumático, el niño consigue mantener la situación de ternura anterior.

Pero el cambio significativo provocado en el espíritu infantil por la identificación ansiosa con su pareja adulta es la introyección del sentimiento de culpabilidad del adulto: (Ferenczi, 1932c; pág. 144-146).

Identificación con el agresor; un concepto muy utilizado por los analistas desde que Ferenczi -que no Anna Freud- lo acuñó (Freud, 1936; Spitz, 1957). Resulta de enorme utilidad para comprender el hecho, perfectamente constatado epidemiológicamente (Albarracín, 1996; Finkelhor, 1994; Kempe y Kempe, 1978) de que muchos -si bien no todos- los sujetos que sufrieron maltrato infantil suelen ser, llegados a la edad adulta, padres o madres crueles con sus hijos o allegados.

Ferenczi, además, destaca que del mismo modo que el traumatismo se puede repetir en la situación analítica- cómo después veremos-, también el mecanismo de la identificación con el agresor puede operar entre terapeuta y paciente:

Llegué poco a poco a la convicción de que los pacientes percibían con mucha finura las tendencias, las simpatías y antipatías, y el humor del analista, incluso cuando éste era inconsciente de ellas. En lugar de contradecirle y acusarle de flaquezas o de cometer errores, los pacientes se identificaban con él. (Ferenczi, 1932c; pág. 141).

Pero dejemos que Ferenczi siga ilustrándonos con las diferentes formas en las que un niño puede verse traumatizado:

Al lado del amor apasionado y de los castigos pasionales, existe un tercer medio de dominar a un niño, y es el terrorismo del sufrimiento. Los niños se ven obligados a soportar todo tipo de conflictos familiares y llevan sobre sus débiles espaldas el pesado fardo de los restantes miembros de la familia. No lo hacen por puro desinterés sino para poder disfrutar nuevamente de la paz desaparecida y de la ternura que se deriva de ella. Una madre que se lamenta continuamente de sus sufrimientos puede transformar a su hijo en una ayuda cuidadosa, es decir, convertirlo en un verdadero sustituto maternal, sin tener en cuenta los intereses del niño. (Ferenczi, 1932c; pág. 148).

En resumen, en nuestra opinión, nos parece que Ferenczi sugiere que:

1. El trauma es un fenómeno real, más abundante de lo que a simple vista parece.
2. Se implica con la dinámica mental del sujeto pero es real, ha sucedido en la realidad.
3. Puede ser de tipo sexual pero también de otros tipos.
4. Destaca como traumáticas las malas relaciones con los progenitores.
5. Una característica fundamental, que acaba de dar peso patógeno al trauma, es la falta de resonancia del entorno para con la víctima del mismo.
6. Las consecuencias del trauma afectan profundamente la estructuración de la psique y quizás del soma del sujeto.
7. El sujeto se defiende a la desesperada ante esta desestructuración, incluyendo la identificación con el agresor y la asunción de las proyecciones patológicas de los adultos.
8. El analista puede retraumatizar a su paciente si no es capaz de establecer una relación diferente con el

mismo (por ejemplo, si no reconoce la verdad de sus asertos o permite que el paciente se identifique con sus defectos).

### 2.3. Del Ferenczi de 1930 a la actualidad:

Balint (1969) se sitúa exactamente en la línea de su amigo Ferenczi. Sugiere que el trauma se desarrolla en tres fases; en la 1º hay frustraciones en la relación niño adulto pero la confianza del pequeño se mantiene; en la 2º el adulto le provoca al niño, una o más veces, miedo, dolor, excitaciones, excesos de estimulación de cualquier tipo, que conllevan para el niño un padecimiento por sobreestimulación o rechazo de sus necesidades afectivas; y 3º -y constitutiva de lo traumático- el adulto no responde al subsiguiente acercamiento por parte del niño y actúa como si nada hubiese sucedido o bien en lugar de proporcionar afecto responde con rechazo y hostilidad.

Bruno Bettelheim (1956; 1967) nos habla de la situación extrema, concepto citado por Ferenczi en 1917, y le da valor patogénico independientemente de cualquier consideración, esto es, por sí mismo, sin necesidad de apelar a ninguna otra instancia interna o externa del individuo. Bettelheim nos viene a decir que el niño vive en el caos, sin pasado y sin porvenir, pero en una situación donde el presente es, pues, muy poderoso. En la vida del niño no hay causalidad y de los eventos no se puede predecir ni su aparición ni su duración; las alegrías y las tristezas poseen una intensidad que nos es imposible recordar. Si aquellos encargados de protegernos de tales intensidades fallan ¿qué ocurre? Que se da una situación extrema. Una situación que se caracteriza por su gravedad y por la imposibilidad de sustraerse a ella, no hay escape, excepto uno: el niño se replegara sobre sí mismo para protegerse. La capacidad de resistencia varía mucho según el individuo, prosigue Bettelheim, pero si la situación se repite las cosas irán mal. Dice que si el niño se ve privado de esta relación esencial con el otro su estructura mental saldrá resentida, frágil. La vida habrá dado la razón a los fantasmas del sujeto, no será lo imaginario lo que haya invadido la realidad sino ésta será la invasora y colonizadora de la mente del sujeto. Bettelheim, como Ferenczi, propuso un ambiente reparador de estos fallos ambientales, fallos que en lenguaje un poco más actual podríamos llamar de la unidad originaria (Abello y Poch, 1992).

Winnicott (1965) nos llama la atención sobre un hecho importante: los padres suelen proteger a sus hijos de los grandes traumas de la vida, pero algunas veces no lo hacen con los más sutiles, que pueden ser, para bebés y críos pequeños, muy severos. ¿A qué se refiere? Para Winnicott la naturaleza del trauma es una falla relativa a la dependencia, es una falla de un objeto externo que no cumple su función. El trauma es un derrumbe de la confianza del sujeto en su ambiente, del ambiente previsible promedio, dice el autor. Por ejemplo, una madre que no puede cumplir su papel en la tarea de otorgar al niño una autonomía progresiva. O unos padres que no permiten la experiencia individual del hijo, que no facilitan la integración de las proyecciones y las introyecciones, la expresión de la rabia, etc. Situaciones no muy escandalosas en sí mismas, esto es que pueden pasar desapercibidas para un observador poco atento pero que destruyen, dice el autor, la pureza de la experiencia individual y promueven el derrumbe de la fe.

Bowlby, a lo largo de toda su obra, nos habla de la importancia de la calidad del vínculo de apego. Nos explica que pasa con una madre presente físicamente pero ausente emocionalmente, con una madre que amenaza con el abandono o el retiro del afecto, nos cita algunos ejemplos de alteraciones del vínculo que lteran profundamente el sentido del self del niño.<sup>1</sup>

Los adlerianos contemporáneos (Stein y Edwards, 1998; Titze, 1983) han detallado con exhaustividad

---

1.- El *vinculo de apego* puede verse alterado de muchas maneras, he aquí unas cuantas de las descritas por Bowlby (2001): recibir amenazas de retirada del amor, de ser abandonado, de suicidio de los padres, ser un hijo no deseado por uno o los dos padres, pertenecer a otro sexo del deseado por los padres, ser usado como chivo expiatorio de una tragedia sobre la que se le atribuye la culpa, otras inducciones de culpa (ej. *tu madre esta enferma por tu culpa...*), ser convertido en figura de apego por un progenitor que limita las posibilidades de exploración del mundo por parte del hijo, el cual no puede acceder a otras relaciones más allá de la del progenitor, ser considerado hijo de un padre que no lo es (nacido de una relación extramatrimonial de la madre), identificación del hijo con un pariente indeseable o no soportado por los padres, ser blanco de malos tratos físicos, sexuales, etc.

atmósferas familiares cuyos efectos patógenos se dejan sentir sobre el desarrollo emocional de los niños que en ellas habitan.<sup>2</sup>

En resumidas cuentas, casi sin darnos cuenta hemos ido pasando del trauma sexual puro y duro a otro tipo de trauma, a un trauma más sutil, más difícil de detectar, menos violento en sus formas pero no menos tóxico en sus consecuencias. Hemos ido recuperando el contacto con la realidad, con el ambiente, empezamos a considerar la importancia de las primeras relaciones reales, de los fallos del ambiente justo cuando más lo necesitamos.

Nos parece, para continuar adelante, que esta es la idea que sostienen los que se sitúan en la perspectiva intersubjetiva. Dentro de esta línea teórica, y para no alargar demasiado este texto, nos limitaremos a recordar algunas ideas básicas que Stolorow y Atwood mencionan en el libro *Los contextos del ser* (Stolorow y Atwood, 1992).

Señalan estos autores que el trauma no es solo un afecto intolerable sino que debe entenderse en el seno de un contexto relacional donde falta la sintonía afectiva entre el niño y los adultos. Estos fallan en la ayuda que le deben prestar al niño para que regule sus afectos, lo dejan caer en un estado insoportable, aplastante y desorganizado.

El afecto doloroso o temible se vuelve traumático cuando no se da por parte del ambiente aquella respuesta empática que el niño necesita para ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar el impacto de sus emociones. En la onda de Balint, pero con lenguaje de la Psicología del Self, nuestros autores sugieren que, y citamos textualmente:

La mayoría de pacientes que acuden a nosotros para el análisis han sufrido, cuando eran niños, repetidas y complejas experiencias de carencia de self object, que de forma esquemática se pueden describir en dos fases. En la primera fase, el cuidador responde a una necesidad de self object primaria del niño con repulsa o frustración, generando entonces una reacción emocional dolorosa en el pequeño. En la segunda fase, el niño experimenta el deseo de self object de encontrar una respuesta empática a su estado afectivo doloroso que le pueda ayudar a contenerlo y modularlo. Pero los padres que repetidamente rechazan las necesidades de self object primario son incapaces generalmente de proporcionar una respuesta empática a las reacciones emocionales dolorosas del niño. El niño percibe que sus sentimientos reactivos dolorosos no son bienvenidos o resultan lesivos para el cuidador y deben ser por tanto secuestrados defensivamente para poder conservar así un vínculo que le es necesario. Bajo tales circunstancias (...) estos sentimientos dolorosos apartados resultan una eterna fuente de conflicto interno y una causa de vulnerabilidad ante los estados traumáticos... (Stolorow y Atwood, 1992, pág. 100-101).

Parece bastante claro que la falta de respuesta empática de los padres que citan estos autores es muy similar a la idea de Ferenczi del abandono y el desmentido y de la de Balint de negación y rechazo. Siguen en esta línea nuestros autores:

Es la ausencia de sintonía y de respuesta adecuadas a las reacciones emocionales dolorosas del niño lo que las hace insoportables y por tanto una fuente de estados traumáticos y de psicopatología. Esta conceptualización incluye tanto los acontecimientos traumáticos aparatosos y claros como las más sutiles repercusiones ambientales (Winnicott, 1949), sobreestimulaciones (Greenacre, 1958), heridas narcisistas (Kohut, 1971), traumas silenciosos (Hoffer, 1952) o traumas acumulativos (Khan, 1963). (Stolorow y Atwood, 1992, pág. 102).

Kohut (1971) ya señaló, como Ferenczi, que los traumas acumulativos (aquellos que ocurren cuando

---

2.- De rechazo, autoritarias, dolientes, represivas, desesperadas, humillantes, con desavenencias, competitivas, pretenciosas, materialistas, sobreprotectoras, compasivas, incongruentes, perfeccionistas, hipocondríacas, sexualmente estimulantes, superindulgentes, etc.

que en ciertos casos de alcoholismo en donde los síntomas accesorios eran atribuidos usualmente al alcohol consumido, los síntomas fundamentales estaban también presentes. En estos casos, sintió que el mismo alcoholismo podía entenderse como una manifestación secundaria del proceso fundamental (esquizoide). Esto era igualmente verdadero para otros síndromes predominantemente orgánicos en donde los síntomas fundamentales subyacentes debían ser encontrados.

los padres no responden adecuadamente a los sentimientos dolorosos de los niños) se dan porque los progenitores tienen algún tipo de patología; por ejemplo son padres narcisistas incapaces de reconocer al niño en su individualidad y subjetividad.

Esta falta de contexto afectuoso y contenedor obliga al niño a disociar sus sentimientos dolorosos, trata de salvar sus relaciones como puede, porque las necesita desesperadamente, pero es fácil que desarrolle alguna patología mental, una fragilidad ante situaciones adversas o una falta de confianza en el mundo.

Cabe recordar que algunos especialistas en psicotraumatología (Echeburua, 2004; Herman, 1997; Shatan, 1975) señalan que tras un trauma se produce precisamente esto: la pérdida de confianza en uno mismo, en los demás y en el mundo. Cuanto más minada quedara esta confianza si el trauma es repetido, prolongado y proviene de aquellos en los que más se debería de poder confiar.

Los terapeutas sistémicos (Barudy, 1998) están exactamente en la misma línea y resulta sorprendente y gratificante comprobar la cantidad de conceptos e ideas que compartimos con ellos.

#### 2.4. El concepto de trauma relacional.

Todos los autores que hemos visto hasta aquí inciden en el manejo y falta de respuesta empática frente a los sentimientos dolorosos del niño por parte del entorno. Pero nos atreveríamos a añadir algo más: la falta de respuesta empática validadora ante los sentimientos positivos, los logros, las pequeñas o grandes victorias y alegrías infantiles, también pueden producir el mismo efecto.

Juan, uno de nuestros pacientes, hijo de un padre violento, huraño y solitario nos hizo pensar en esto el día en que nos explicó que de todas las penurias emocionales que le hizo pasar su padre durante años y años (insultos, falta de apoyo, amenazas, gritos, etc.) una de las que más le dolió fue cuando de niño ganó un concurso de dibujo, fue ilusionado a recoger el premio (“lo único que he ganado en mi vida”) y su padre, que lo acompañó al estrado donde se lo entregaban, le dijo al miembro del jurado delante de él: “¡bah! esto no vale para nada, si es que no sabe ni dibujar un conejo...”. Hoy día Juan es diseñador, tiene trabajo, los demás lo valoran pero se dice de a sí mismo: “bah! no sé para qué me esfuerzo, total, esto no sirve de nada, los demás lo hacen mejor, tengo que volver a estudiar, hice mal la carrera, me miro los proyectos mil veces y nunca me acaban de gustar... a los demás no les pasa esto.!”.

Juan nos muestra como estas malas experiencias quedan en el individuo como principios organizadores de la experiencia relacional -utilizando la terminología de Stolorow-, principios más o menos fuera de la conciencia que se presentaran en todas o gran parte de sus relaciones. Dentro de estos principios organizadores quedaran, a nuestro juicio, algunas ideas que modularan la visión que el sujeto tiene de sí mismo (defectuoso), la visión de los demás (no confiables) y la del mundo (un lugar inhóspito, al menos para mí).

Con todo esto vamos llegando a donde queremos llegar: nos parece que como psicoanalistas hemos de ampliar el concepto de trauma. Trauma no es solo, como hemos visto que nos dice la psicopatología, un o unos acontecimientos de orden violento que ponen en peligro nuestra vida o integridad física y mental o la de otros y al que respondemos con horror, miedo y demás. Proponemos para este tipo de situación el nombre de Trauma violento.

Pero trauma es esto y algo más. Tal y como los psicoanalistas que hemos revisado hasta aquí nos han enseñado, trauma es también el fallo pertinaz del ambiente en el que nos criamos. Trauma es la alteración del vínculo de apego. Trauma es la falta de validación empática de nuestros afectos: la falta de contención, de comprensión, de la posibilidad de compartir. Proponemos para este tipo el nombre de Trauma relacional.

Para esta clase de relaciones patógenas que acabamos de describir se suele usar el nombre maltrato psicológico. Nuestra idea es que el maltrato psicológico es un subtipo de Trauma relacional. El Trauma relacional sería una situación más amplia, todo un estilo de relaciones que impregna completamente la vida de sus protagonistas. El maltrato podría verse como algo más puntual, menos sutil, algo que no tiene por qué convertirse en un hábito, aunque podría hacerlo. En cualquier caso, son dos conceptos que no consideramos incompatibles ni excluyentes entre sí.

La siguiente tabla justificaría esta diferenciación. Queremos remarcar, eso sí, el carácter provisional de estas ideas.

<b>CONCETO VARIABLES</b>	<b>TRAUMA RELACIONAL</b>	<b>MALTRATO PSICOLÓGICO</b>
<b>EDAD DEL SUJETO</b>	En edades del desarrollo	A cualquier edad
<b>DIRECCIONALIDAD (DE OBJETO A SUJETO)</b>	De padres a hijos (de objeto de apego a niño)	Idem, pero también entre iguales
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Intrafamiliar	Intrafamiliar o Extrafamiliar
<b>SITUACIÓN DEL OBJETO DE APEGO</b>	Psicopatología franca y crónica (por ej. trast. del carácter)	Idem o psicopatología reactiva o moderada (por ej. depresión reactiva o tras. de ansiedad)
<b>VISIBILIDAD DE LA ALTERACIÓN EN LA RELACIÓN</b>	Directamente observable o no	Directamente observable
<b>DURACIÓN</b>	Prolongado (crónico)	Prolongado o puntual (crónico o agudo)
<b>EFFECTOS SOBRE EL SUJETO</b>	Forma y deforma la personalidad	Corroe la personalidad
<b>RESILIENCIA DEL SUJETO</b>	Se mina su desarrollo	Quizás se ha podido desarrollar y activarse
<b>ESCAPATORIA DEL SUJETO</b>	Imposible (por juego de lealtades o identificación con el agresor)	Puede darse alguna posibilidad de escape
<b>VINCULOS DEL SUJETO</b>	Sin vínculos compensatorios	Posibilidad de vínculos compensatorios
<b>TENDENCIA REPETICIÓN DEL SUJETO</b>	Presente	Presente o ausente
<b>PSICOPATOLOGÍA RESULTANTE EN EL SUJETO</b>	Siempre presente, pero de carácter constituyente y más grave: patologías del carácter, psicósomáticas, identificación con el agresor, tendencias suicidas crónicas, estados disociativos, tendencias psicóticas.	Siempre presente, pero de carácter reactivo y menos grave: trastornos adaptativos, trastornos de ansiedad, fracaso escolar o laboral, etc.
<b>EJEMPLOS</b>	Atmósfera familiar permanente "no democrática", imposibilidad de "apego seguro", negligencia crónica, abandono, padres con enf. mentales crónicas (depresivos, caracteriales, suicidas), etc.	Gritos, descalificaciones, amenazas ocasionales al vínculo, respuestas "no democráticas", rechazo, incomprensión, negligencia ocasional, etc.

Quedan muchas cosas por decir, entre ellas algunas de gran calado como la posibilidad de que la terapia psicoanalítica reactive y repita los traumas relacionales (Berkowitz, 1999) o no, en función, sobretudo, de la acción empática del terapeuta. Pero creemos que para terminar será suficiente recordar la tesis central de este trabajo: los pacientes, todos los pacientes, los nuestros y los que se tratan mediante métodos puramente psiquiátricos presentan más traumas en la base de su psicopatología de lo que es habitual reconocer. Como psicoanalistas y psicoterapeutas debemos de estar atentos a los diversos tipos de traumas que nuestros pacientes han podido sufrir, darles categoría de eventos reales, considerarlos como agentes etiológicos de primer orden y dirigir una parte de nuestros esfuerzos terapéuticos a la restauración de la confianza del

paciente en sí mismo, en los demás y en el entorno.

## REFERENCIAS.

- Abelló N. y Poch, J. (1992).** La unitat originària: Fallida del seu funcionament. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 9, 99-108.
- Albarracín, D. (1996).** Hacia una teoría integradora de la violencia con menores: causas complejas y consecuencias contingentes. En: J. Buendía (Ed.). *Psicopatología en niños y adolescentes. Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide, (pp. 101-120).
- Abraham, K. (1907).** La experiencia del trauma sexual como una forma de actividad sexual. En: *Selected papers*. London: Hogarth Press (1965).
- American Psychiatric Association (1952).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders I*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1968).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders II*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1980).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders III*. Washington: APA.
- Anatoly, C. y Alexey, C. (1994).** Structure of emotionality in children who are exposed to radioactive pollution in Chernobyl area. Comunicación presentada en la 15th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Madrid, 14-16 de Julio.
- Balint, M. (1969).** Trauma and object relationship. *International Journal of psychoanalysis*, 50, 429-435.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J.C. y van der Kolk, B. (1987).** Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1474-1476.
- Bettelheim, B. (1956).** Childhood schizophrenia as a reaction to extreme situations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 508-518.
- Bettelheim, B. (1967).** *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York: Free Press. Traducción castellana: *La fortaleza vacía: El autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*. Barcelona: Laia, 1972.
- Berkowitz, R. (1999).** The potential for trauma in the transference and countertransference. En: S. Johnson y S. Ruzsycynski (Eds): *Psychoanalytic Psychotherapy in the independent tradition*. London: Karnac (pp.111-132).
- Birmes, P., Hatton, L., Brunet, A. y Schmitt, L. (2003).** Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 19, 17-26.
- Bowlby, J. (2001).** Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Buneos Aires: Paidós.
- Briole, G., Lebigot, F. y Lafont, B. (1998).** *Psychiatrie militaire en situation opérationnelle*. Paris: Addim.
- Carver, S.C. (1994).** Coping with hurricane Andrew. Conferencia invitada en la 15th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Madrid, 14-16 de Julio.
- Cazabat, E. H. (2001).** Un breve recorrido por la traumática historia del estudio del trauma psicológico. Trabajo presentado en el 21 Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
- Cazabat, E. H. (2002).** Efectos del trauma prolongado en la infancia. Trabajo presentado en el 3er Congreso Virtual de Psiquiatría. Disponible en: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
- Classen, C., Koopman, C. y Spiegel, D. (1993).** Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57, 179-194.
- Davidson, J.R.T. y Foa, E.B. (1993).** *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press.
- Echeburua, E. (2004).** Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid:

Pirámide.

- Erktin, E. y Satoshi, S. (2000).** Earthquake Simposium. Presentado en la 21th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society, Bratislava, 20-22 de Julio.
- Everill, J. T. y Waller, G. (1995).** Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 1-11.
- Everill, J. T., Waller, G. y MacDonald, W. (1995).** Reported sexual abuse and bulimic symptoms: The mediating role of dissociation. *Dissociation*, 8, 155-159.
- Everly, G.S. y Lating, J.M. (1995).** *Psychotraumatology*. New York: Plenum Press.
- Ferenczi, S. (1908).** Interpretación y tratamiento psicoanalítico de la impotencia psicosexual. En: *Obras Completas*, Tomo: I. Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1927).** The adaptation of the family to the child. En: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Karnac Books. Traducción castellana: La adaptación de la familia al niño. En: *Obras Completas*, Tomo: III. Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1929a).** The unwelcome child and his death instinct. En: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Karnac Books. Traducción castellana: El niño mal recibido y su impulso de muerte. En: *Obras Completas*, Tomo: IV. Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1929b).** The principle of relaxation and neocatharsis. En: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Karnac Books. Traducción castellana: Principio de relajación y neocatarsis. En: *Obras Completas*, Tomo: IV. Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1932a).** Reflexiones sobre el traumatismo. En: *Obras Completas*, Tomo: IV. Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1932b).** *Clinical Diary*. Cambridge: Harvard University Press, 1988. Traducciones castellanas: *Diario Clínico*. Buenos Aires: Conjetural, 1988 y Amorrortu, 1997.
- Ferenczi, S. (1932c).** Confusion of tongues between adults and the child. En: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis*. London: Karnac Books. Traducción castellana: Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En: *Obras Completas*, Tomo: IV. Madrid: Espasa Calpe.
- Finkelhor, D. (1984).** *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Freud, S. (1897).** Carta a Fliess del 21.IX. En: *Obras Completas*; vol: I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920).** Informe sobre la electroterapia de los neuróticos de guerra. En *Obras Completas*, vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, A. (1936).** The ego mechanisms of defense. New York: International University Press. Traducción castellana: *El Yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós, 1950.
- Friedman, M. (1996).** PTSD: Diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal*, 32, 173-189.
- Gershuny, B. S. y Thayer, J. F. (1999).** Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 631-657.
- Greenacre, P. (1958).** Toward an understanding of the physical nucleus of some defense mechanism. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 69-76.
- Hall, L. A., Sachs, B, Rayens, M.k. y Lutembacher, M. (1993).** Childhood physical and sexual abuse: Their relationship with depressive symptoms in adulthood. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25, 317-323.
- Herman, J. (1997).** *Trauma and recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Hoffer, W. (1952).** The mutual influences in the development of the ego and the id. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 18-23.
- Kempe, R. y Kempe, H. (1978).** *Child abuse*. London: Fontana. Traducción castellana: *Niños maltratados*. Madrid: Morata, 1979.

- Kessler, R. C., Sonnega, A. y Bromet E. (1995).** Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Khan, M. (1963).** The concept of cumulative trauma. En: *The Privacy of the Self*. Madison: International University Press (pp. 42-58).
- Kohut, H. (1971).** *The analysis of the Self*. Madison: International University Press. Traducción castellana: *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.1977.
- Mancini, C., Van Ameringen, M. y MacMillan, H. (1995).** Relation of childhood sexual and physical abuse to anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 309-314.
- March, J.S. (1993).** What constitutes a stress? The criterion A issue. En: Davidson, J. R. T. y Foa, E. B. (Eds.): *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press. pp. 37-54.
- Muenzenmaier, K., Meyer, I. y Struening, E. (1993).** Childhood abuse and neglect among women outpatients with chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 666-670.
- Mueser, K., Salyers, M. y Rosenberg, S. (2001).** Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 13, 1111-1117.
- Penk, W. y Robinowitz, R. (1987).** Post-traumatic stress disorders among Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 3-5.
- Ross, C.A., Anderson, G. y Clark, P. (1994).** Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489-491.
- Sabo, A. N. (1997).** Etiological significance of association between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, 11, 50-70.
- Shatan, C. (1975).** War babies: Delayed impact of war-making, persecution, and disaster on children. *American Journal of Orthopsychiatry* 45, 289-295.
- Solomon, E. P. y Heide, K. M. (1999).** Type III trauma: toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 202-210. Spiegel, D. y Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders redefined. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-378.
- Spitz, R. (1957).** *No and yes*. New York: International University Press. Traducción castellana: *No y sí. Sobre la génesis de la comunicación humana*. Buenos Aires: Paidós, 1960.
- Stein, H.t. y Edwards, M. E. (1998).** Classical adlerian theory and practice. En: P. Marcus y A. Rosenberg (Eds.): *Psychoanalytic versions of the human condition: Philosophies of life and their impact on practice*. New York: University Press.
- Stolorow, R. D.y y Atwood, G. E (1992).** *Contexts of Being. The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale: The Analytic Press. Traducción castellana: *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder, 2004.
- Terr, L. C. (1991).** Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Terr, R. C. (1995).** Childhood traumas: An outline and overview. En: G.S. Everly y J.M. Lating (Eds.): *Psychotraumatology*. New York: Plenum Press (pp. 301-320).
- Titze, M. (1983).** *Fundamentos de teleoanálisis adleriano*. Barcelona: Herder.
- Tucker, W. M. (2002).** How to include the trauma history in the diagnosis and treatment of psychiatric inpatients. *Psychiatric Quarterly*, 73, 135-144.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A. C. y Weisaeth, L. (1996).** *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford.
- Windle, M., Windle, R. C., Scheidt, D. M. y Miller, G. B. (1995).** Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1322-1328.

- Winnicott, D. W. (1949).** Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Laia (pp. 241-265).
- Winnicott, D. W. (1965).** El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. En: Exploraciones psicoanalíticas I. Barcelona: Paidós.
- Yehuda, R. y McFarlane, A. C. (1995).** Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. American Journal of Psychiatry, 152, 1705-1713.

*Volver a Artículos Clínicos*

**PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE**

**<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>**

**Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org).**