

BIOANÁLISIS Y TRAUMA: BASES PARA UN MARCO DIAGNÓSTICO. (Parte I).

Ps. Juan V. Gallardo C.
Santiago, Chile. 2017

RESUMEN.

Este trabajo es parte de un trabajo que comprende tres artículos: unas bases para un diagnóstico del Trauma, luego un conjunto de fundamentos para una clínica del Trauma, y finalmente ciertas consideraciones bioanalíticas sobre el Trauma: organización órfica y/o fractura del aparato psíquico. En el presente texto me propongo explorar una comprensión del Trauma desde el modelo del Bioanálisis en psicología en base a la profundización del pensamiento de Sandor Ferenczi, y su modelo del Trauma, complementándolo con los postulados metodológicos propios de un enfoque monista temporo-espacial: pensamiento tetralógico, vox temporare, utraquismo, anfimixia y pensamiento rizomático aplicado a una concepción psicobiológica. En este primer artículo propondré una categorización de 4 tipos de Trauma, 4 especificadores y 4 determinantes; finalmente expondré un comentario acerca de la importancia de distinguir la sensorialidad anobjetal ya sea como síntoma de cronificación o como síntoma de retorno, en tanto expresión de lo traumático.

SUMMARY

This work is part of a trilogy that includes: bases for a diagnosis of Trauma, then a set of foundations for a Trauma clinic, and finally certain bioanalytical considerations on Trauma: Orphic organization and / or fracture of the psychic apparatus. In this paper, I propose to explore an understanding of Trauma from the Bioanalysis model in psychology based on the deepening of Sandor Ferenczi's thinking and his Trauma model, complementing it with the methodological postulates of a temporo-spatial monistic approach: thought Tetralogy, vox temporare, utraquismo, amphimixia and rhizomatic thought applied to a psychobiological conception. In this first article, I will propose a categorization of 4 types of Trauma, 4 specifiers and 4 determinants; I will finally present a comment about the importance of distinguishing anobjectal sensoriality either as a symptom of chronification or as a symptom of return, as an expression of the traumatic.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas se aprecia un interés creciente tanto social como individual por abordar el tema del Abuso (ab, alejamiento repulsión, y uti=usus, valerse, servirse: refiriendo al uso indebido) y el del Trauma (ruptura, herida), y no es infrecuente apreciar junto con el interés surgido ya sea a nivel gubernamental -especialmente en Salud Pública- como en Salud Privada, un significativo aumento en los Congresos, Seminarios, Conferencias, Cursos universitarios, multimedia, privados y otros, que han hecho de éste tema, una materia de estudio, extensión, investigación, exploración y análisis. Concomitantemente a ello, han aparecido una gran cantidad de ediciones: libros, compilaciones, artículos sobre el tema explorando distintas aproximaciones sobre la temática del Abuso y del Trauma.

De entre todos estos aportes los conocidos estudios sobre resiliencia, entendida como la capacidad de un organismo de generar aprendizajes efectivos frente a situaciones extremadamente críticas: resistiendo, adaptándose y, finalmente, generando condiciones de bonhomía individual, -que han concitado un renovado interés sobre el impacto del Trauma-, y los muy desconocidos estudios de Sandor Ferenczi, sobre el modelo bioanalítico acerca del Abuso y el Trauma, la confusión de lenguas, la atomización de la mente, el rol del

abusador y de la desmentida, y la dinámica y mecanismos intrapsíquicos subyacentes irrumpen como las antípodas de esta renovada consideración de tan candente asunto.

Por otro lado, cada vez se hace más evidente que una de las consecuencias de los fenómenos de la globalización mundial, ha sido el impacto mediático del aumento de conciencia en las poblaciones relacionada con la fuerza del establishment y de los grupos de poder para imponer su voluntad sobre la sociedad toda. Y, junto a ello, la comprensión de como aquello que aparecía originalmente bajo la forma de representación social, socialización, educación y defensa social se ha develado finalmente, como manipulación, coacción y control al servicio de intereses privados y/o grupales: economía, política, religión y otras agencias socializadoras, revelando su más cruda realidad: mentira, manipulación, lucro, corrupción, violencia y explotación; todo ello marcado por los excesos del abuso de poder y la amoralidad. En consecuencia, una quimérica mirada materialista histórica, que delineaba la secuencia: primitivismo, esclavismo, feudalismo, capitalismo, socialismo y comunismo, con todos los “ismos” paralelos a ella devino un instrumento más de dominancia y explotación, ya no de una lucha religiosa o de clases, sino más bien de naturalezas humanas.¹

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. (Talarn, A. 2007)

Ahondando en esta idea, nos aproximamos a la idea del Abuso y en consecuencia la del Trauma, entendiendo que esas dos nociones si bien latamente consideradas, ora desde la filosofía, ora la religión, ora lo político, lo han hecho la mayoría de las veces, desde una perspectiva idealista y en consecuencia con una gran carga valórica, a partir de la moralidad imperante en la época -ocasionalmente ética- y/o desde una aproximación científica materialista, la que en base a una aproximación fenoménica, no ha logrado ir más allá de una descripción parcial de aquello que podría entenderse como Trauma, compilada en Manuales ateóricos, aetiología y discontinuos y, finalmente, reducida a una clasificación gnosológica denominada Trastornos de adaptación post traumáticos (TEPT en CIE 10 y DSM-V). De esta forma se reproduce la antinomia idealismo-materialismo, o lo que es lo mismo una aproximación dicotómica introyectiva-proyectiva, adjetivada a la noción de pars pro-toto, mediante la cual una porción de conocimiento alcanzada es artificialmente llevada al estatus de totalidad, exactamente ahí donde el modelo bioanalítico, desde su concepción anfimixtica inicia el esfuerzo de integrar dichos conocimientos.

...Ferenczi consideraba que el conocimiento humano, a lo largo de la historia, oscilaba entre dos tendencias, el materialismo y el idealismo, y que este movimiento se regía por los órdenes políticos y religiosos hegemónicos de cada época (Ferenczi, 1899). [...] ... el autor vislumbraba en el psicoanálisis, y luego en el bioanálisis, la posibilidad de superar la oscilación del eje materialismo-idealismo (Ferenczi, 1909a/1991, 1924b/1993). De más está decir, que esta superación la alcanzaría a partir de su propia perspectiva epistemológica, fuertemente arraigada en la experiencia clínica. (Cámara, Herzog, 2014)

En esta línea y a partir de la consideración de la existencia de un Ser (aquello que es, la cosa, el ente²) y de sus variaciones, y también, de la existencia de una dimensión de las variaciones de lo anómalo de este ente; aquello que, en Salud, llamamos Normalidad y Psicopatología, nos parece relevante elaborar

1.- De Utraquismo, Anfimixia y Bioanálisis. Editorial Newsletter N° 3 (Ex 57) ALSF Dic. 2016.

2- Ente: Lo que es, existe o puede existir. (RAE) Cosa o ser que tiene existencia real o imaginaria. Derivado de ex =fuera y sisto=estar o permanecer, que refiere lo que sale de la totalidad o unidad (monismo) e irrumpe con una entidad.

una aproximación desde el modelo bioanalítico a un concepto tan genérico como el de Trauma. Concepto que referido a determinadas marcas que se producen a partir de estas exposiciones a condiciones críticas y extremas, -y que, por lo mismo, es un concepto transversal que involucra numerosos dominios de existencia- en la medida que resulta una condición bisagra a partir de causas-efectos de las vicisitudes de la materia misma aplicado al mundo de la Salud Humana, particularmente la Clínica Psicológica y Psicopatológica resulta ser uno de sus pivotes fundamentales.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL ABUSO Y EL TRAUMA

Previamente a la formulación de nuestra definición del Trauma, creemos necesario exponer dos consideraciones previas, que justifican las razones de esta propuesta de definición, y que guardan relación tanto con la forma en que se han abordado los aspectos históricos, como con la naturaleza de los modelos teóricos existentes en la actualidad.

Las referencias históricas sobre el Trauma al carecer de una *vox temporare*³ y de un pensamiento rizomático⁴ suelen ser bastante arbitrarias e imprecisas, y en ellas se reflejan muy característicamente las dos grandes limitantes del pensamiento lógico-formal: el razonamiento causal en tanto secuencialidad monolineal, y la contrafactualidad, entendida como recreación retrospectiva de algo que pudo haber ocurrido. Con relación a lo primero, es como si la descripción histórica al marcar hitos constitutivos como hitos relevantes, fragmentase la unidad evolutiva o de desarrollo desvinculándola de otras manifestaciones del mismo orden generando la ilusión de continuidad (y en muchas ocasiones por razones ideológicas excluyendo otras manifestaciones). Y con respecto a lo segundo, señalar como cuando el conjunto de legítimas recreaciones pasadas fruto de la imaginación racional no considera las circunstancias de un tiempo diacrónico, y cuando dichas inferencias se saturan de juicios y emociones contrafactuales, frecuentemente caen en el error de explicar circunstancias o eventos de un tiempo particular, con elementos que en ese momento no existían. La anfimixia de estos dos factores genera una reconstrucción histórica que informa más acerca de los elementos propios del “aire del tiempo” en que son construidas que de las genuinas circunstancias de los procesos descritos.

Por otro lado, muchas referencias teóricas sobre el Trauma al carecer de un pensamiento tetralógico y rizomático, y no poseer una aproximación anfimíxica suelen aparecer como muy radicales, aunque en rigor sean bastante parciales. En ellas se reflejan de modo característico las dos grandes limitantes del pensamiento fenoménico: la confusión entre forma y significado (en el pasado, mal llamada: apariencia y esencia), y el *pars prototo*, o la tendencia a hacer de una parte, el todo.

Con relación a lo primero, esto es a la confusión entre forma y significado, resulta llamativo ver como al considerar solo la “apariencia” se confunden los signos más evidentes con los signos más significativos, tanto como la manifiesta dificultad a la hora de distinguir entre lo genuino y lo artificioso⁵. En un caso, es como si la intensidad del sonido definiera la estructura de la melodía, o si el volumen de la obra de arte determinara la naturaleza del motivo; fenómeno que por nuestra parte graficamos bajo el aforismo de que “el tamaño del número uno, no guarda ninguna relación con el valor de la unidad”; y en el otro caso, cómo al no haber distinciones entre lo real y todo aquello que lo simule, conlleva a que todo se reduzca al acto de decir lo que algo es, esto es diagnosticar, y no fuese necesario realizar distinciones con otros fenómenos

3.- La *vox temporare*, es un concepto bioanalítico que refiere a la temporalidad, entendida como *Khrónos*, el tiempo abstracto en general, en el cual fluye la vida y ocurren los eventos de modo diacrónico y sincrónico, comprendido en un único acto mental: *utraquístico* -uno, lo otro y ...uno y lo otro-, y *anfimíxico* -uno, lo otro y... lo nuevo de ambos. Por eso, aunque comprende a *Kairos*, -lo cualitativo, en tanto lapso indeterminado en que algo importante sucede- y a “*Cronos*” -lo cuantitativo, o el tiempo como periodos determinados-, los subsume; al igual como lo hace con la *diacronía*, referida a un mismo hecho a través de distintos espacios temporales, y la *sincronía*, en tanto múltiples hechos ocurriendo a un mismo tiempo.

4.- Pensamiento Rizomático: Tipo de pensamiento que se despliega al modo de raíces, interconectando elementos monísticamente a diferencia del pensamiento lógico-formal lineal o del dialectico. No confundir con el concepto de Gilles Deleuze, Félix Guattari. “*Rizoma*.”

5.- Wilfred R. Bion, define la realidad como una conjunción constata de datos más el hecho significativo; , ahí donde literariamente Antoine de Saint Exupery, refiere a que “Lo esencial es invisible a los ojos”.

de naturaleza similar; esto es, no existiese el diagnóstico diferencial, como por ejemplo, si lo histérico, coexistiese con lo esquizoide-histérico, con lo histero-epileptoidal, etc.

Respecto a lo segundo, y quizá sí lo más preocupante por las implicancias subyacentes en relación a lo traumático, es el hecho de que dado una comprensión de un elemento constitutivo cualquiera de la unidad: unidades estructurales, subunidades, componentes básicos y/o accesorios, éste se convirtiese en el único factor constituyente, relegando a los otros elementos a órdenes menores, o simplemente excluyéndolos. Por esta suerte, en un primer momento la unidad se atomiza, clivándose y dando paso a la reconstrucción de la unidad total a partir de ese fragmento, el pars pro toto, instalándolo como conocimiento definitorio (resultando esto, un acto de Abuso) para en un segundo momento cuando se devela lo artificial, erróneo o decididamente falso de dicho conocimiento, ignorarlo -como si el acto y sus implicancias nunca hubiese existido- y volver a repetir el ciclo con otro dato parcial (dando forma a una Desmentida).

Lo anterior, a título de que el Trauma como objeto de estudio ha sido presa de dichas falencias tanto históricas como teóricas. Cuando de historia se trata, lo común es encontrar referencias asociadas especialmente a la conducta de soldados en batalla, de individuos enfrentados a circunstancias vitales críticas: accidentes graves, violaciones, abandonos y otros eventos críticos. Por ello, es que no es de extrañar que ya en los inicios del siglo XX fueran las Neurosis de guerra (Trauma bélico, Shell shock)⁶, las fisioneurosis, las Neurosis cardiorrespiratorias, posteriormente las Psiconeurosis: Histéricas y Obsesivas, y finalmente el Trauma del Nacimiento las primeras sistematizaciones de lo Traumático, y en las cuales se destacaban ciertas reacciones vinculadas a condiciones de extrema violencia, así como la sintomatología asociada a ello: pesadillas, intranquilidad motora, labilidad emocional, etc. Esto es, un conjunto de cambios neurovegetativos vinculados a cierto tipo de experiencia conmocionante y memorizada -de algún modo- que irrumpía en el acontecer del sujeto en forma desproporcionada al contexto. No obstante, estas descripciones, lo cierto es que el trauma ha constituido una de las constantes existenciales de todos los tiempos y dichas descripciones son solo testimonios circunstanciales de su presencia.

De hecho, y en relación a los orígenes de la teorización acerca del Trauma, esta empezó a ocurrir en torno a los inicios del siglo XX, cuando estaba apareciendo la noción lo psicológico, y junto a ello la de los fenómenos psicopatológicos. Por ello, no es de extrañar que ya P. Janet describiendo los cuadros clínicos de 591 pacientes atribuyese casi la mitad de ellos a un origen traumático, y refiriese a que una memoria traumática -disociada de la conciencia y sin control de la voluntad- surgía debido a la dificultad para integrar en una experiencia de aprendizaje, las “emociones vehementes” que ocurrían en los pacientes durante un acontecimiento crítico. Posteriormente, junto al surgimiento de la noción de la psique, de la causalidad psíquica, de lo inconsciente y de lo psicodinámico, Freud, y en relación con la histeria, verá en cierto tipo de experiencias traumáticas -especialmente en relación a la sexualidad- el origen de las psiconeurosis, y explorará los alcances de la misma, primero referida a experiencias reales y posteriormente a las vicisitudes de la realidad psíquica mediante “la naturaleza de lo imaginario en relación con lo pulsional”. Aunque será finalmente Sandor Ferenczi quien retomará el tema de la realidad efectiva del trauma, lo ampliará a las experiencias de abuso en general, e incluirá la Desmentida como un segundo momento formulando las derivas de organización psíquica surgidas a partir de ello y sentando las bases de la organización órfica como sustrato psíquico.

Pasaremos por alto, las disputas coyunturales entre lo psicológico y lo biológico, las penumbras de asociaciones de los conceptos acuñados, y las posteriores desmentidas frente a tanta elucubración arbitraria, una vez que ellas devienen parciales o francamente erróneas, para centrarnos en el conocimiento que gradualmente emana de dichos esfuerzos, no sin antes destacar algunas dificultades que en el estado actual de las cosas encontramos, especialmente ahí donde se manifiesta la citada tendencia al pars pro toto.

La primera de ella refiere a la confusión entre “Trauma”, que es algo que corresponde a una marca psicológica como consecuencia de una conmoción experiencial o relacional, de “Lesión”, entendida como

6.- - “Shell shock”: Concepto acuñado en la Primera Guerra Mundial (1914-1918) que refiere a conmociones físicas y emocionales sufridas a consecuencia de la exposición a explosiones de granada o proyectiles de mortero.

un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. La segunda dificultad, alude a la ambigüedad definicional del concepto de Trauma, en tanto término homologado a una concepción unívoca que ha impedido distinguir categorías y subcategorías estructurales del concepto especialmente en relación al tiempo, al modo y, las circunstancias en que estos se producen; esto es, elementos referidos a las plataformas y a los contextos en que ellos ocurren; así como a la naturaleza y características de los organismos -los héroes- en quienes ocurre con sus respectivas dinámicas y cinéticas subyacentes. Y finalmente lo tercero, se relaciona con la necesidad de considerar el fenómeno del Trauma mismo con sus distintas formas de manifestación en un continuo temporo-espacial, esto es aquello que importa aspectos Espaciales: presencia, ausencia, simulación u ocultamiento, tanto como Temporales: Prototrauma, Traumatizado, Resiliente.

EL ACTO CLÍNICO

El Acto Clínico -que en rigor es una acción clínica- es un hecho consecencial más que secuencial, pues es él no solo es parte y ocurre en un continuo temporal -que para sus efectos corresponde al continuo Normalidad-Anormalidad, sino que además sus dos componentes: la Función Diagnóstica y la Intervención Terapéutica, guardan entre sí una relación ordinal tal, que de la justeza del primero depende toda la pertinencia del segundo.

Del diagnóstico, que es decir de la identificación de los devenires de un organismo de un estado sano a otro anómalo y viceversa -incluyendo: lo que no se ve pero es (la asintomatología), lo que se ve pero no es (lo psicósomático); y lo parecido pero que no es (el diagnóstico diferencial)- se trata de conocer las manifestaciones (síntomas), las causas (etiología) y las formas en que ocurren (dinámicas) dichos devenires; mientras que, de la terapéutica, emanan los elementos y procedimientos para restaurar aquello que llamamos Salud.

Esto que parece tan de Perogrullo, en la práctica se traduce en una desatención radical de dichos ordenes, siendo sustituido el Acto Clínico en sí, por un mal uso de la función Diagnóstica al punto de convertirla en moda, por una inexplicable renuncia al ejercicio del diagnóstico diferencial, y por una praxis fenoménica inmediatista orientada a la erradicación sintomática que usa y abusa de la terapéutica farmacológica y de la terapia psicológica breve y de la sintomática. Si acompañamos, además, a este cuadro de la conciencia del poco interés que despierta el desarrollo de una epistemología médica psicobiológica y de las sistemáticas desmentidas de un devenir histórico que permanentemente devela decenas de explicaciones y modelos clínicos que terminan resultando espurios; no es para asombrarse que esta praxis se debata constantemente entre un genuino quehacer científico y grupos de poderes fácticos que bajo una pátina de pseudocientificidad hacen de la Salud un producto de mercado, de control y de poder.

En consecuencia, no es de extrañar que un concepto como el de Trauma, a pesar de la actualidad que ha alcanzado en el presente, remita a una penumbra de asociaciones tan diversa y variopinta; ni de que una de sus sistematizaciones últimas corresponda a la categorización del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), en base a los criterios diagnósticos consignados en el DSM-V o el CIE-10, cuando estos más bien remiten a un colectivo específico de aquella colectividad que habiendo experimentado cierto tipo de eventos traumáticos no han logrado procesar adecuadamente el aprendizaje propio de un evento extremadamente crítico, y/o presentan dificultades para “asimilar y acomodar” las experiencias resultantes de haber vivido dicho evento, e incluso de quienes se encuentran en el proceso de metabolizar y tramitar dicha experiencia, en tanto síntomas de retorno.

Por ello, debemos retornar al tiempo del Diagnóstico, para preguntarnos que es un Trauma, que tipos de Traumas existen, que tipo de Trastornos existen relacionados al Traumas, y como podremos clasificarlos bajo un sistema de categorías clínicamente útil, para en base a ello construir un Clínica de lo Traumático. Desde una aproximación bioanalítica, provisto de herramientas metodológicas tales como el utraquismo -uno, lo otro y ...uno y lo otro- y el amfimizismo -uno, lo otro y ...lo que surge de ambos-, esto implica explorar de los distintos modelos existentes, particularmente el fenomenológico, el biomédico y el psicoanalítico los conocimientos relevantes y en base a ello, encontrar nuevos saberes.

Pero antes de iniciar esta tarea, debemos consignar dos aspectos centrales de este modelo, que resultan fundamentales a la hora de entender la comprensión del Trauma que surge desde el Modelo Bioanalítico: a)

la teoría evolutiva del cerebro triple o modelo Triuno, que al postular tres configuraciones neurofisiológicas: el Arquiencefalo o cerebro reptilíneo, sustento del cerebro órfico; el Paleoencefalo o cerebro límbico, sustento del cerebro afectivo, y el Neoencefalo o cerebro córtico-cerebral, sustento del cerebro cognitivo⁷, y vincularlas a las nociones de paralelismo psicofísico e identidad funcional, evidencia nuevos modos de entender lo psíquico, a la vez de permitir identificar el dominio de lo órfico como una forma distinta de organización psíquica; y b) seis postulados básicos del modelo bioanalítico: el continuo Normalidad-Anormalidad, el modelo de los niveles de intervención múltiple, el proceso de evolución secuencial de cada proceso, la importancia del rol Diagnóstico, la utilización de parámetros técnicos particulares a cada nivel de análisis, y la integración “amfimixtica” de factores bio-psicológicos.⁸

De ellos, es al continuo Normalidad-Anormalidad, que plantea la existencia de una secuencia continua, que va desde lo normal a lo patológico, y viceversa, caracterizada por distintas organizaciones claramente definidas y estables de funcionamiento, a quien le cabe un rol de primera importancia en el ámbito del Trauma. Ya sea por el rol etiológico: la catástrofe y/o el abuso; ya por su cualidad de especificador central de la configuración organizada en torno a él: el punto de fijación del carácter; ya por los tipos de desplazamientos de las distintas organizaciones caracterológicas: compensatorios, cronificadores o de retorno; el Trauma presenta una cualidad diacrónica extremadamente versátil.

Es en este continuo, que delineado desde el polo de la normalidad hacia lo patológico, comprende los trastornos de desarrollo, los trastornos conductuales, los trastornos sintomáticos, los trastornos del carácter simple, los trastornos del carácter crónico, los trastornos fronterizos de la personalidad y los trastornos psicóticos, en donde en cada uno de estos estadios se encuentran manifestaciones y sintomatología que representan distintas expresiones de cómo lo Traumático, se origina, se configura y se manifiesta -y en consecuencia, su comprensión mal puede ser aislada de ello- dando origen al Modelo múltiple de intervención, que propone que existen una variedad de niveles con sus respectivos parámetros teóricos y técnicos a desarrollar.

TRAUMA Y SITUACIÓN TRAUMÁTICA

Para esto y otros asuntos, el modelo bioanalítico distingue entre: Contexto, Plataforma y Héroe, comprendiendo por Contexto, las circunstancias en que los fenómenos ocurren: geográficas, históricas, sociales, culturales y otras; Plataforma, a los escenarios y soportes que permiten o posibilitan que se desarrollen determinadas circunstancias, acontecimientos o eventos; y finalmente a los Héroes, que es el nombre que se utiliza para identificar e individualizar cada unidad o persona que se sitúa como el centro de todo análisis; adicionalmente, y en el marco de su enfoque epigenético, se distinguen Cuatro Estadios de Desarrollos Filogenéticos: primario o de especie; secundario u órfico, terciario o pulsional y cuaternario o socio-cultural⁹.

Considerando estas distinciones para la comprensión de la temática de lo Traumático, se entiende en una primera aproximación general que a) el Trauma, es un elemento etiológico en psicopatología, b)) que el Trauma, se encuentra a la base de un amplio espectro de lo psicopatológico, c) que es una condición del héroe, toda vez que refiere a reacciones de éste a un evento externo, d) que representa un punto de intersección entre adaptación, aprendizaje y patología, y e) que surge a partir del estadio secundario u órfico en adelante -en el estadio primario no sería pertinente hablar de Trauma, sino más bien de Injuria y Condicionamiento.

Sin embargo, para el modelo bioanalítico, el aspecto central del Trauma, es que, dado que en el origen de éste se encuentra la ocurrencia de ciertos Eventos Críticos, ello compromete un “enfrentamiento entre un héroe y una circunstancia extrema que demanda su superación”. Este hecho implica -además de la confrontación propiamente tal- una experiencia y, por lo tanto, la ocasión de alcanzar un aprendizaje eficaz

7.- Ver: “Hacia un modelo de la Mente Bioanalítico” en Gallardo C., Juan V. “Sandor Ferenczi y lo órfico: Una nueva tónica” En: http://www.academia.edu/8773458/Sandor_Ferenczi_y_lo_Orfico_Una_nueva_t%C3%B3nica.

8.- Una revisión de estos seis principios se encuentra en: Gallardo, Juan V. El Diagnóstico en la Psicoterapia Bioanalítica. Revista de Psicoterapia Bioanalítica Vol. 1 Año 1, 1998. PP.- 85-98. Editorial Biopsique, Santiago Chile.

9.- Ver Modelo Bioanalítico y Sexo. Nociones de Sexualidad Órfica. Ps. Juan V Gallardo, 2016.

a partir del mismo, esto es, un imperativo de adquisición de conocimiento aloplástico que permita resolver el problema y que funde las bases de nuevos aprendizajes. En este sentido el modelo bioanalítico sitúa la temática del Trauma, en el dominio de “la naturaleza de los procesos de metabolizar experiencias de Eventos Críticos para convertirla en aprendizaje eficaz”, y por ello entiende el Trauma, como una condición de transición entre una respuesta autoplástica de adaptación crítica o patológica y otro de respuesta aloplástica, origen de la resiliencia.

En base a la concepción general del TRAUMA como una lesión, herida o conmoción psicológica -una marca-, en tanto consecuencia de la exposición a SITUACIONES TRAMATICAS, es decir acontecimiento negativos e intensos que ponen en riesgo la integridad de una persona, el modelo adscribe a las concepciones actuales, que consideran:

... 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 testigo 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. (Talarn, 2006)

Y en especial a los trabajos de Echeburua (2004) quien distingue entre suceso traumático y trauma, entendiéndolo por “suceso traumático” 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; considerando el “trauma” como la reacción psicológica derivada de un suceso traumático, Y de Talarn y colaboradores (2006), quienes realizan una interesante síntesis psicopatológica y psicoanalítica para proponer el concepto de Trauma Relacional, así como el de especificadores.

Adicionalmente, es de destacar que, puesto que las situaciones críticas o catástrofes resultan ser a fin de cuentas eventos en los extremos límites de una existencia comprometiendo las capacidades de sobrevivencia de una persona, ello comprende dos aspectos: los recursos extremos de un organismo para sobrevivir y la capacidad de experiencias de aprendizajes críticos. De lo primero, dado que ellas interpelan a mecanismos de adaptación primitivos -ahí donde las respuestas afectivas no son suficientes-, ya sea que los llamemos síndrome de activación extremos o reacciones primitivas: paralización y agitación; en estricto rigor ellas refieren a la utilización de mecanismos órficos en toda su amplia gama, y en este sentido la comprensión del estadio de desarrollo secundario u órfico es fundamental a la hora de entender la naturaleza de lo traumático. De lo segundo, se ha de destacar la necesidad de un anfimixismo entre el par antitético: nomotético e ideográfico, para encontrar la configuración que encuentre tanto las invariantes filogenéticas como las características ontogenéticas, idiosincráticas de cada organismo que dan cuenta de su propia organización mental al momento del evento crítico: edad, genética, desarrollo psicosexual, experiencia previa, entrenamiento, etc.

TRAUMA EN BIOANÁLISIS

Nuestra aproximación incorpora una serie de características que surgen de la aplicación de lo que llamamos el método bioanalítico, a partir de una aproximación monista temporo-espacial, que incorpora un tipo de pensamiento tetralógico y rizomático, una vox temporare, y dos moduladores hermenéuticos: el utraquismo y la anfimixia.

En este sentido, una primera aproximación anfimixtica¹⁰ -uno, lo otro y ...lo que surge de ambos- nos

10.- Anfimixia: “uno, lo otro ... y lo nuevo”. Concepto ferencziano bajo el cual se propone una metodología de búsqueda del conocimiento a través de considerar dos elementos distintos y el resultado producto de la fusión de ambos.

plantea reflexionar sobre los componentes externos e internos del Trauma, considerando para los primeros una anfimixia entre los aspectos Temáticos (Asuntos) y los Relacionales; en tanto que para los segundos entre los factores Intrapsíquicos y los Organísmicos. De igual forma, para estos últimos surge la necesidad de realizar un anfimixia en el dominio de lo Intrapsíquico entre las memorias y las fantasías, y en el de lo Organísmico entre lo psicósomático y somatopsíquicos, y así sucesivamente.

Realizando un anfimixismo especialmente de los modelos biomédico y psicoanalítico, en el modelo bioanalítico se entiende al “Trauma” como “una organización o configuración psicológica en tanto consecuencia de la exposición a Situaciones Traumáticas”; y a la “Situación Traumática” como a un “evento crítico o desastre, inductor de estados emocionales cumbres, de angustia de destrucción, separación o castración y/o directamente de cercanía con la muerte: propia, de seres significativos, o de otros; y en las que se ha experimentado el Horror”. Incluimos en la Situación Traumática, junto a aquellos eventos críticos o desastres caracterizado en su ocurrencia por condiciones extremas de peligro, violencia y amenaza de destrucción, también una dimensión de relacionalidad que incluye la sobreexposición al odio de otras personas, en lo que atañe al Abuso y la Desmentida.

De este modo, el Trauma como “configuración psíquica asociada a un evento crítico” implica ciertas líneas de análisis: a) la Sintomatología Manifiesta, b) la Situación crítica, (Contexto y Plataforma), c) la Traumatogénesis (o proceso de traumatización), d) las características bio-psico-sociales idiosincráticas del Héroe; desde la edad, inteligencia, y aprendizajes, pasando por la configuración premórbida hasta el temperamento, carácter y la estructura de personalidad, y e) la diferenciación de la función de la sintomatología manifiesta, en tanto Síntomas de Cronificación o de Retorno.

En consecuencia, la primera parte de una Clínica acerca del Trauma debiera abocarse a identificar los síntomas y signos psicopatológicos manifiestos, el origen de ellos (etiología), el desarrollo de los mismos (psicopatogenia), las características del afectado (personalidad) y la función que dicha sintomatología cumple (a,b,c,d,e), siendo cada uno de estos puntos fundamental en la determinación del Diagnóstico y de la naturaleza y nivel de la Intervención a desarrollar.

Para ello, el modelo distingue 4 Tipo de Trauma, Trauma I, II, III y IV; 4 especificadores: a) la naturaleza del mismo, b) nivel de criticidad, c) factor desencadenante, y d) su cualidad de Cronificación o Retorno, y 4 Determinantes: Magnitud del Trauma, Continuo Normalidad-Anormalidad, Organización Caracterológica y Agente Catalizador.

TIPOS DE TRAUMAS

En base a las propuestas de Terr (1991), para el Trauma I y II; de Solomon y Heide (1999) para el Trauma III; y de Talarn y cols. para el Trauma IV, diferenciamos:

Trauma Tipo I. Espacial, entendido como la exposición a un evento situacional y puntual (violación, visión de un asesinato, accidente crítico, asalto con amenazas de muerte, terrorismo, etc.)

Trauma Tipo II. Temporal, entendido como una exposición secuencial y repetida a eventos degradantes y flagelantes inevitables.

Trauma Tipo III. Temporo-espacial, entendido como la exposición a una situación extrema, repetida y crónica, que además se produce desde temprana edad y con niveles extremos de violencia explícita o implícita.

Trauma Tipo IV. Relacional, entendido como la exposición a conflictos relacionales marcados por el abandono, la desatención, el abuso y/o el maltrato, de parte de quienes mantienen relaciones hegemónicas significativas, y que se manifiestan en conductas de Abuso y de Desmentida.

Respecto a los Especificadores, ellos se entienden como elementos que permiten definir subgrupos más homogéneos de ciertas categorías clínicas que comparten características taxonómicas, distinguiéndose:

1.- Según la naturaleza o descripción temática del mismo, y en virtud de la dimensión fenoménica que estos eventos presentan a modo de ejemplo, mencionamos:

TRAUMAS	ESPACIAL	TEMPORAL	TEMPO-ESPAC.	RELACIONAL
FALLAS DE DESARROLLO	Nacimiento	Gestación- Desnutrición	Apego patológico	Maternaje narcisista
EXPOSICION A MUERTE	Accidentes Atentados	Guerra Explotación	Abuso Físico Tortura	Maternaje esquizofrenizante
ABUSO SEXUAL	Violación Aborto	Sedución Prostitución	Abuso sexual Explotación	Incesto Proxenetismo
DÉFICIT VINCULARES	Perdidas Traición	Abandono Violencia	Hospitalismo Pedagogía negra	Bullying Gaslighting
LESIÓN ORGÁNICA	Lesión grave Amputación	Deterioro Adicciones	Demencia orgánica. Tumor	Castración Mutilación

2.- Según el nivel de criticidad, si bien lo común es que se categorice en: leve, moderado, grave, en el caso del Trauma la criticidad se especifica de menor a mayor gravedad por:

- Circunscrito; cuando la sintomatología se circunscribe a manifestaciones conductuales, psicológicas, emocionales y biológica vinculadas al suceso traumático
- Ampliado: cuando coexiste sintomatología asociada a evento traumáticos con compromiso y alteración de funciones cognitivas, de mecanismos de defensa, y de rasgos de carácter.
- Generalizado: sintomatología asociada a estructuras de carácter radicalizadas como consecuencia del Trauma.
- Estructural: cuando se aprecia una organización caracterológica anormal: personalidades fronterizas, psicopatías, narcisismo maligno, psicosis, u organizaciones órficas postraumáticas.

3.- Según el factor desencadenante: se distingue entre:

- factor predisponente cuando no es posible establecer una relación clara entre el agente traumático y el conjunto sintomatológico;
- factor precipitante cuando es posible establecer una relación temporal clara y definida entre el agente estresante o traumático y el inicio de las dificultades del paciente;
- factor de mantenimiento cuando el evento o agente traumático aún está presente en la actualidad contribuyendo a la dinámica sintomática.
- factor de repetición, cuando existe un agente que posibilita recrear las condiciones de un trauma original, ya como “compulsión a la repetición”, ya como “recreación regresiva benigna”.

4.- Según el curso evolutivo: de cronificación, compensado, o de retorno.

- Síntomas de cronificación Los síntomas presentan una continuidad clínica creciente en cantidad, cualidad, intensidad y duración, en un contexto cada vez más crítico; acercándose al nivel siguiente de cronificación del proceso psicobiológico.
- Síntomas compensados: Se aprecian constelaciones psicopatológicas en las cuales el factor traumático no aparece como elemento manifiesto, sino subyacente bajo mecanismos de control, mecanismos de defensa, y formaciones de compromisos.
- Síntomas de Retorno: Los síntomas aparecen en un contexto de logro y realización del sujeto, reflejando un nivel previo de cronificación de la organización actual de los procesos psicobiológicos.

El Trauma es un concepto que refiere a un tipo de etiología posible, en conjunción con otras etiologías posibles, tales como los daños orgánicos (cortes, quebraduras, rupturas), las infecciones (virales, bacteriales), las disfuncionalidades, los trastornos del desarrollo, los malos aprendizaje y las socializaciones defectuosas (Primera teoría del Trauma) y con patrones relacionales basados en la explotación, abuso o abandono que dan lugar a introyecciones (afectos, sensorialidades, memorias y fantasías críticas que involucran una atomización del aparato mental y la instauración de un psiquismo órfico (Segunda teoría del Trauma). En consecuencia, su identificación remite a un adjetivado temporal: la Causa, e implica el Contexto donde

ocurre aquello que se aprecia espacialmente: la Sintomatología, esto es signos y síntomas, y la Plataforma, que lo sustenta y mantiene.

Por ello, para abordar la temática del Trauma se requiere una aproximación continua y no discreta como en los sistemas gnosisológicas psiquiátricos que al modo de “clúster” -como racimos de uvas- plantean agrupaciones de síntomas fenoménicos a partir de modelos lógicos y no tetralógicos. En el modelo bioanalítico la formulación de un diagnóstico corresponde a la identificación del Cuadro clínico en algún punto y momento de un continuo Normalidad-Anormalidad, a partir de una observación clínica que identifica la sintomatología manifiesta: síntomas y signos, y además identifica especificadores: la causa, el nivel de criticidad, el agente y la función actual; como por ejemplo: Trastorno de Pánico, asociado a Trauma Tipo I, por Exposición a muerte: circunscrito, precipitante y de retorno; o Trastorno de Déficit Atencional asociado a Trauma Tipo III, por Déficit Vincular: ampliado, de mantenimiento y compensado; o Dispareunia asociada a Trauma Tipo IV, por Abuso sexual: generalizado, predisponente y de retorno.

En consecuencia, es posible recurrir a cierta nomenclatura general tanto del DSM-V como del ICD-10, que rescate su espíritu original: ser un sistema identificatorio y clasificador de trastornos mentales que proporcione descripciones claras de categorías diagnósticas coadyuvantes al juicio clínico, y en ese sentido ser una herramienta de carácter orientativo que permite realizar una evaluación espacial de un momento dado de un paciente, para determinar el punto en que éste se encuentra dentro de un continuo de Salud (Eje I), para ser complementado con otros especificadores diagnósticos, y vinculados con una determinada estructura de personalidad (con o sin trastorno) que informen sobre su condición temporo-espacial de funcionamiento psicológico.

DETERMINANTES DEL TRAUMA

No obstante lo anterior, existen también otros factores, los que ya no solo identifican o especifican, sino que más bien determinan la condición última del Trauma; ellos refieren a condiciones cuya presencia es crucial tanto en la manifestación presente del Trauma como en los devenires a que éste está sujecionado. Los llamamos Determinantes porque este factor determina no solo la expresión fenoménica del mismo, sino también las bases dinámicas, económicas, tópicas (psíquicas y somáticas), estructurales y relacionales del mismo. Identificamos 4 determinantes: la magnitud del trauma, la ubicación en el Continuo Normalidad-Anormalidad, la organización Caracterológica continente y el Agente catalizador relacional.

MAGNITUD DEL TRAUMA.

Entendiendo qué en todo Trauma, subyace una dimensión de criticidad extrema dada por su propia naturaleza, consideramos que existen diferencias dentro de esa criticidad que son significativas a la hora de entender las cualidades e implicancias del mismo, y de abordar las estrategias para una futura clínica. A partir de la identificación de diversas situaciones traumáticas que van desde lo impactante (aquello inesperado, inusual que acerca al horror y/o la posibilidad de muerte), lo crítico (eventos cercanos a la vivencia de muerte real, propia y/o de seres queridos), lo paradójal (la inesperada vivencia de peligro extremo provenientes de seres cercanos), y lo extremo (aquellas situaciones límites de extrema violencia y crueldad y/o que demandan construir un estilo de vida y una identidad funcional), distinguimos entre Magnitud desorganizante, desmentalizante, desestructurante y devastante.

Magnitud desorganizante: el impacto traumático implica una desorganización del mundo ideacional, afectivo, volitivo e impulsivo, afectando la estructura de carácter y/o el mundo relacional. El contenido mnémico se reprime a consecuencia de una primera disociación ideo-afectiva, pudiendo recuperarse poco tiempo después, o dando pie a una primera escisión órfica básica. Los mecanismos de defensa se empiezan a articular en torno a dicha represión y en consecuencia las memorias se hacen inaccesible a la conciencia, los mecanismos se cronifican en su uso, se autosustentan en virtud del éxito represor, o progresan a otros mecanismos cada vez más radicales en la neutralización del impacto del evento traumático. Los mecanismos egodistónicos alcanzan su máxima expresión y empiezan a aparecer mecanismo egosintónicos, aumentando las conductas contrafóbicas.

Magnitud desmentalizante: el impacto traumático, implica una escisión ideo-afectiva, clivando memoria, afecto e ideación y propiciando mecanismos de defensa avanzados extremos y primitivos: pensamiento operatorio, alexitimia, desmentalización, Los mecanismos egosintónicos se radicalizan, y eventualmente empiezan a aparecer mecanismos órficos: asintomatologías, psicomatizaciones y otros. La identidad se organiza en torno a la evitación fóbica de lo traumático

Magnitud desestructurante: el impacto traumático implica una conversión estructurante, hacia lo órfico. La personalidad se divide en varios fragmentos, en base a negaciones y desmentida: unos que padecen la condición, otros que actúan como si nada hubiese ocurrido, y otros que operan como si le hubiese ocurrido a un tercero. Más que mecanismos represivos se aprecian mecanismos órficos en la línea de la autoplaticidad, teleplaticidad, atemporalidad, e identificaciones proyectivas e identificaciones con el agresor y el desmentidor. Se instauran determinadas configuraciones órficas de manera estable.

Magnitud devastante. El impacto traumático implica una organización psíquica órfica, con mecanismos funcionales de este nivel: escisiones, idealizaciones y devaluaciones primitivas, renegaciones, y mecanismos estructurales órficos: identificación mimética, identificación con el agresor, “personalidad como si”. La identidad ya no responde a las funciones específicas del individuo, pasando a organizarse en torno a las necesidades y deseos del otro, como medida extrema de sobrevivencia; y los mecanismos autoplásticos alcanzan su máxima expresión; cuerpos hipersexuados, organismos asintomáticos extremos, no envejecimiento, etc.

TRAUMA Y CONTINUO NORMALIDAD-ANORMALIDAD

El continuo Normalidad-Anormalidad, postula una secuencia continua que va desde lo normal a lo patológico y viceversa, y se caracteriza por distintos estadios cada uno de los cuales presenta patrones particulares de salud, y organizaciones estables y características de funcionamiento psicobiológico. El continuo, descrito desde el polo de la normalidad hacia lo patológico, comprende los trastornos de desarrollo, los trastornos conductuales, los trastornos sintomáticos, los trastornos del carácter simple, los trastornos del carácter crónico, los trastornos fronterizos de la personalidad y los trastornos psicóticos.¹¹ En consecuencia, cualquiera que sea la unidad de evaluación: síntomas y signos, funciones afectivas, cognitivas, de adaptación social, u otras, ellas se encuentran en algún punto y momento de este continuo, y son resultados de desplazamientos por la cadena secuencial.

En este sentido, respecto al Trauma deben hacerse tres consideraciones: a) que en su origen este ocurrió siempre en un punto y momento de dicho continuo, b) que su desarrollo está constantemente marcando puntos en él, y c) la naturaleza de los desplazamientos que están ocurriendo. En consecuencia, existe gran impacto diferencial de los eventos traumáticos experimentados a lo largo del curso de la vida, y la gravedad de los resultados post-traumáticos dependerá potencialmente de la naturaleza y el momento del evento: los ocurridos tempranamente en el curso de la vida se asocian con síntomas más severos de patologías en comparación con los eventos que ocurrieron con mayor frecuencia durante décadas posteriores; los traumas infantiles, por ejemplo asociados a trastornos del desarrollo o conductuales, presentan mayor resiliencia, y menos impacto adaptativo (no así los asociados a trastornos fronterizos y psicóticos); los efectos perjudiciales de los traumatismos son mayores para los eventos traumáticos que se encuentran al principio del desarrollo, etc. Según la naturaleza y momento de la ocurrencia del Trauma, éste se convierte en un polo en torno al cual se organizan las funciones cognitivas, la función de identidad y el desarrollo psicosexual, marcando puntos de fijación y de regresión, lo que entrega una impronta evolutiva que se ve marcada por los efectos de éste: afectivos, cognitivos, mnémicos, mecanismos de defensa y otros. Finalmente, este desarrollo se encuentra sujeto a movimientos de desplazamiento dentro del continuo ya sea de cronificación, de compensación o de sanación (llamados de retorno) que indican las circunstancias de esa condición y los posibles desplazamientos dentro del polo Normalidad-Anormalidad.

11.- Ver El diagnostico en la Psicoterapia Bioanalítica. Juan V Gallardo. 1999.

TRAUMA Y MATRIZ CARACTERIOLÓGICA BIOANALÍTICA

Desarrollo Psicosexual, es el termino con el cual se establece una descripción monista psicosomática del desarrollo de un organismo -en ese sentido ontogenético- inicialmente sujeto a las vicisitudes maduracionales secuenciales de determinados órganos y sistemas fisiológicos bajo la primacía de pulsiones, las que, a partir de una secuencia filogenética, y en base a un paralelismo psicosomático y una identidad funcional configuran la materia psico-biológica de un ser humano, sus funciones e interrelaciones. Dicho desarrollo, categorizado en 5 etapas: ósea, oral, anal, uretral y gonadal, se distinguen por la tonicidad de sus tejidos y todos los procesos neurofisiológicos funcionales a tales efectos, y por las variaciones normales en la línea de la hipotonicidad e hipertonicidad. Esto último determina una fase pasiva (hipotónica) y otra fase activa (hipertónica) adjetivando cada una de las cinco etapas.

Las fases del desarrollo psicosexual conforman un continuo, que da cuenta de las condiciones secuenciales de desarrollo y maduración biopsíquica filogenética potencial, cuya actualización se verá ontogenéticamente determinada por las circunstancias exógenas, dando formas a determinados patrones caracterológicos, susceptibles de derivar en estructuras caracterológicas: esto es, patrones que revelan los recalculamientos¹² entre pulsiones, afectos y angustia, mecanismos de defensa, y adaptaciones parciales: autotómicas y aloplásticas. Por ello, a medida que el desarrollo psicosexual progresa, se identifican determinados rasgos de carácter básicos, que reflejan la resolución de las tareas propias de cada etapa del desarrollo y/o puntos de fijaciones, ahí donde “se constituye un nodo conflictual cuya impronta participa en la continuidad del desarrollo psicosexual”, alcanzándose en ello derivas pertenecientes al dominio de la normalidad y otras al de lo patológico.

Una resolución adecuada de cada etapa de Desarrollo Psicosexual implica la resolución exitosa de las tareas asociadas a cada fase dando cumplimiento a la Cuarta Ley Bioanalítica¹³ que postula que: “las unidades somáticas de un organismo multicelular son estructuras funcionales que realizan un conjunto de acciones específicas propias de cada unidad, las que mediante identidad funcional y paralelismo psicobiológico van configurando las bases estructurales de los representantes psíquicos en base a un lenguaje corporal: gestualidad, imitación, introyección e identificación, luego a un lenguaje verbal: ecolálico, onomatopéyico, operatorio, funcional, judicativo, simbólico y abstracto, hasta la consolidación del pensamiento en tanto lenguaje subvocal y capacidad de sueño”.

Como consecuencia de lo anterior, la Situación Traumática es un factor que interfiere de modo significativo en el Desarrollo Psicosexual de una persona, y lo hace de varias maneras:

- a) Activando diferentes montantes de Angustia extrema: de castración, de separación, de destrucción, en tanto experiencia sensorial bisagra entre los estados afectivos las reacciones primitivas (Primer Teoría del Trauma).
- b) Generando sensorialidades y afectos cumbres, cuya función adaptativa frente e estos eventos es relativamente ineficaz, e interpelado a un tránsito de mecanismos de adaptación afectiva a reacciones primitivas de paralización y de agitación; y especialmente, los mecanismos órficos, basados en la fragmentación, escisión o splitting y la identificación proyectiva.
- c) Propiciando la activación de mecanismos de defensa avanzados extremos y/o mecanismos de defensas primitivos para lidiar con el agente traumático, y con las sensorialidades inundantes.

12.- Recalculamientos (“recockning”), proceso psíquico de negociaciones entre determinaciones inconscientes y voluntarias intenciones conscientes dirigidas hacia el mundo. Implica connotaciones de regatear entre cuentas y precarias distinciones entre las impresiones subjetivas y los “hechos” objetivos. (Stanton, M.).

13.- Primer Ley Bioanalítica: el organismo humano es una unidad psicosomática indivisible en base a una identidad funcional y un paralelismo psicosomático. Segunda Ley Bioanalítica El desarrollo ontogenético refleja abreviadamente el desarrollo filogenético, y en consecuencia supone que la evolución física y psíquica se sigue secuencialmente tanto en lo embriológico, anatomofisiológico, psíquico y conductual según los patrones evolutivos de la especie, y de la materia animal. Tercera Ley Bioanalítica: El Desarrollo Psicosexual, nombre con el que se designa el proceso de maduración ontogenética se desarrolla a partir de patrones filogenéticos siguiendo una secuencia cefalocaudal sujeta a las vicisitudes de las circunstancias ambientales.

- d) Activando los mecanismos metabolizadores propios de las experiencias emocionales cumbres: catarsis, abreacción y elaboración y metabolización
- e) Activando mecanismos adaptativos órficos: aceleramiento maduracional (maduración precoz) y/o mecanismos psicobiológicos órficos: autoplaticidad, hipersensorialidad perceptual, procesos miméticos, visualización proyectiva, sonorización proyectiva, y otros.
- f) Inaugurando un funcionamiento psíquico determinado predominantemente por la incorporación de introyecciones extremas que dan base a series de identificaciones proyectivas las cuales configuran y mantienen una organización psíquica vía proyección-reintroyección bajo la forma de la experiencia traumáticas. (Segunda teoría del Trauma).

Por ello, es fundamental a la hora de diagnosticar un Trauma la comprensión de que este presenta, por un lado una deriva propia a su condición como tal (Trauma I, II, III o IV), la que sigue dos cursos de acción: uno, el de la defensa, y control del impacto de lo traumático, y otro, el de la metabolización de las experiencias psíquicas, emocionales y biológicas del mismo con miras a generar aprendizajes; pero además presenta una otra deriva, como consecuencia del momento en que este se instauró en relación al desarrollo Psicosexual de la persona, impactando en características fundacionales del aparato psíquico, en base a una determinada fase psicosexual particular, las que sin ser taxativos y a modo de ejemplo implican aspectos tales como: la fase ósea: realidad, sobrevivencia, articulación, unicidad, solidez; la fase oral: incorporación, asimilación, acomodación; la fase anal: procesamiento, metabolización, conservación, regulación y expulsión; la fase uretral: apropiación, vinculación, territorialidad, dominación; la fase gonadal: sexualidad, placer, relacionalidad, y la fase genital: existencia, humanización, amor, compromiso.

La presencia del Trauma, -así como la de la intensidad del mismo- viene a complejizar el panorama de las categorías del desarrollo psicosexual, debido a que una determinada troquelación caracterológica no detiene necesariamente el desarrollo psicosexual. Este más bien continuará inexorablemente su desarrollo, sin embargo, ahora contará con un punto de fijación, que cualificará el particular modo en que serán abordadas las próximas fases y las contingencias vitales asociadas a ellas. De esta forma el Trauma, a partir de la fase de desarrollo psicosexual en que ocurre participa como factor troquelador de los logros alcanzados en esa etapa y las sucesivas, impactando en unidades básicas de adaptación (auto organización, autoconservación, incorporación, evacuación) unidades primarias (nutrición, exploración, apego, mentalización), o unidades más complejas (modificación de la realidad, relacionalidad, vincularidad).

Es por esto, que junto con el diagnóstico del tipo de Trauma y los especificadores antes citado, se hace indispensable distinguir la estructura de carácter del paciente: rasgo principal y rasgo secundario, en tanto referencia del momento en que aconteció la instauración del Trauma, y como guía de los desplazamientos en el eje Normalidad-Anormalidad que implicará el tratamiento y curación.

EL AGENTE CATALIZADOR RELACIONAL

Este determinante si bien no pertenece a las características del Trauma propiamente tal, adquiere un rol fundamental toda vez que el Trauma -excepto en los casos de ascetas, anacoretas y quienes se retiran del mundo social- se manifiesta en determinadas Relacionalidades, las que van desde la Retraumatización, pasando por la Compensación y gratificación secundaria, hasta la Sanación. Es en este sentido, que el Agente Catalizador Relacional es el nombre con que llamamos a la persona que facilitará los procesos de convertir la condición traumática en aprendizaje y resiliencia. Evidentemente el rol del Agente Catalizador variará según el tipo de Trauma del que se trate, ya sea desde el Agente acompañante, contenedor y metabolizador para el Trauma I y II, hasta la función reparadora vía regresión benigna para el Trauma tipo III, y la función reestructuradora vía regresión maligna para el Trauma Tipo IV. No obstante, en todos los casos diferentes magnitudes de verdad, compromiso y amor serán los parámetros de sanación y cura.

TRAUMA Y SENSORIALIDAD ANOBJETAL

Dentro de la dinámica del Trauma y en relación al héroe, distinguimos semiológicamente un estadio asintomático: síndrome de Estocolmo, personalidad como si, desmentalización, colectivos urbanos, y otras

manifestaciones que sugieren la presencia del Trauma, pero acompañados de mecanismos de escisión e identificación: identificación con la defensa, con el agresor, con el discurso, e identificaciones proyectivas y mimetismo variados. De hecho, el actual estado de las cosas, considera algunas de estas manifestaciones como expresiones de normalidad susceptibles de ser reconocidas: unas, como parte de los Derechos Humanos, y otras como sociopatías en la medida que atenta contra algún Derecho Humano ya reconocido; no obstante, en ambos casos pareciera que lo traumático hubiese derivado hacia algún tipo particular de resiliencia o simplemente no existiese.

Otros dos estadios, comprenden -aunque no del todo diferenciado- lo sintomático y lo psicossomático, presentando ambos un conjunto de signos y síntomas que conforman todo el capítulo de la gnosiología psicopatológica general, cuando ella está asociada a eventos traumáticos; incluyendo la unidad de los Trastornos de Estrés postraumáticos del DSM-IV y CIE-10 particulares. En estos casos, si bien se distinguen agrupaciones sintomáticas, y en ese sentido son adecuadas categorizaciones de conjunción constante de síntomas, ellas suelen adolecer de la comprensión del hecho significativo ya sea en su naturaleza, origen, dinámica y/o función, siendo considerada generalmente como una disfunción o desregularización que debe ser corregida.

Sin embargo, desde la comprensión del Trauma y su impacto en los distintos momentos del Desarrollo Psicosexual -algo ya largamente reconocido por Janet mismo, en los orígenes de las intelecciones sobre el Trauma- uno de los primeros efectos que éste genera son “desagregaciones” (“désagrégation psychologique”) que fue la primera manera de llamar a las disociaciones, fragmentaciones escisiones y atomizaciones. Dichas desagregaciones, representan el concepto antitético del pensamiento rizomático¹⁴, siendo éste último un modo de pensar en base a un “pensador”¹⁵ y al desarrollo de un plexo de ramificaciones de elementos interconectados que no siguen necesariamente líneas de subordinación jerárquica, y que interactúan entre sí según diversos ordenes: mutuales, jerárquicos, comensales, etc.; y en cuya estructura organizativa los elementos se rigen por diversas reglas según su propósito: lógicas, analógicas, bilógicas, trilógicas, tetralógicas, rizomáticas en el sentido de Deleuze, paranoico-crítico en el sentido de Dalí, mágico-religioso, etc., (tipos de pensamientos que más allá de lo denotativo-connotativo sugieren la relacionalidad e interconexión de ideas y pensamientos en el desarrollo de los mismos, acompañados de la capacidad de pensar y la capacidad de soñar)¹⁶.

Las fuertes impresiones psíquicas y los pensamientos catastróficos ligados con el trauma quedan -como medida de protección- separados (“desagregados”) del resto del psiquismo y llevan una vida propia en el subconsciente. Allí quedan fijados, cristalizados o congelados permaneciendo influenciados o inmodificables a través de las funciones superiores de la consciencia capaces de “corregir” dicha impresión en un Yo que, por otro lado, sigue con su desarrollo evolutivo. (Janet, 1893 citado por Dr. F. Orengo García, 2006)

En consecuencia, considerando que la representación psíquica puede ser entendida estructuralmente como un par ordenado (alfa, beta)¹⁷, y formalmente como una unidad compuesta por una imagen del sí

14.- Usamos el concepto pensamiento rizomático para graficar la capacidad relacional del pensamiento, en tanto función cognitiva compuesta por un conjunto de operaciones, de técnicas y de conocimientos con vistas a vincular un conocimiento individual con aquello que se presenta en la realidad en otros dominios y dimensiones, y con lo cual ese conocimiento guarda relación. La etimología de rizoma nos remite a una palabra griega que puede traducirse como “raíz”, y un rizoma es un tipo de tallo que crece de manera subterránea e interconectada como parte de una misma unidad.

15.- Bion, distingue entre de dos distintos tipos de desarrollos mentales: el desarrollo de pensamientos y el desarrollo del aparato para manejarlos, el aparato de pensar. Ambos desarrollos están absolutamente determinados por la cualidad de las experiencias emocionales que los enmarcan.

16.- El pensamiento rizomático sin capacidad de pensar ni de soñar constituye la base de la producción tanto del arte como del pensamiento delirante, así como el pensamiento lógico-formal sin capacidad de pensar ni de soñar produce la ilusión de pseudocientificidad.

17.- Realidad= conjunto de elementos épsilon; Representaciones psíquicas= conjunto de elementos Psi, siendo cada elemento un par ordenado (alfa, beta) donde los elementos alfa son representantes de la realidad, y los elementos beta son sensorialidades no metabolizadas. Épsilon son binarios tiene valor de 0 y 1; los elementos Alfa y Beta tienen valores que van de 0 a 100.

mismo, una imagen de un objeto y una sensorialidad que las liga¹⁸, las desfragmentaciones afectan a estas tres instancias debiendo aclararse el modo en que lo hacen: lo histérico en tanto sensorialidad simbólica volitiva, lo fóbico en tanto sensorialidad simbólica autónoma, lo obsesivo en tanto lo ideacional simbólico o connotativo, lo narcisista en tanto ideacional denotativo, y otros; así como las secuencias y dinámicas subyacentes que ocurren dentro del continuo de los diferentes estadios de desarrollo que van desde las respuestas órficas hasta las socio-culturales.

El punto a plantear es que la experiencia clínica muestra que pacientes con estructura esquizoidea o un rasgo esquizoide y componentes uretrales pasivos (narcisistas) -también uretrales activos (fállicos)- presentan un repertorio asintomático junto con un tipo de pensamiento operatorio y alexitimia, y lo que se ha dado en llamar “desmentalización” en tanto incapacidad para operar con símbolos y para aprehender el significado de las cosas más allá de su primera deriva: perceptual funcional u operatoria. Estos pacientes, al mismo tiempo de presentar funciones procedimentales de muy buena calidad: atención, concentración, memoria, juicio, raciocinio, y otras, asociadas a personalidad “tipo A”, trabajóxicos, proactivos y un conjunto de denominaciones fenomenológicas derivadas de estas características, se caracterizan por un marcado rasgo alexitímico.

El rasgo alexitímico, comprende una seria dificultad tanto para identificar como para describir las emociones y sentimientos; una disminuida capacidad para la simbolización y la fantasía; y problemas para diferenciar lo que son las sensaciones que experimenta el cuerpo respecto de lo que son sentimientos, (Sifneos, 1973). En tanto que el pensamiento operatorio, refiere a un tipo de pensamiento relacionado con categorizar funciones o atribuciones de sentido práctico del objeto, sustentado en juicios fenomenológicos en relación a sus usos y/o funciones más comunes, integrando descripción de secuencias de acciones en base al sentido común. Este tipo de pensamiento colige el sentido práctico de lo percibido en tanto acción con sentido, estableciendo vínculos de causa y efecto y de acciones transformativas sobre el medio. Los juicios apuntan a referencias que guardan relación con atribuciones de que es lo que ocurre, lo que está pasando, a partir de descripciones que presuponen la conjunción constante de datos en relación al hecho significativo más común, u obvio (Gallardo, 2011); el predominio de este tipo de pensamiento conlleva a que el sujeto se limite a reduplicar la acción en sí misma, y en el cual describe sus acciones, hechos o gestos tal y como se producen, pero sin integrar las connotaciones afectivas pertinentes. (Marty y De M'Uzan, 1963)

Clínicamente se observa que en el proceso terapéutico estos pacientes transitan de estados alexitímicos a reacciones sensoriales intensas sin componentes cognitivos ni memorias, ni pensamientos, ni asociaciones a otro estado caracterizados por estados sensoriales y/o afectivas cumbres llamado “estados sensoriales anobjetales”, debido a la ausencia de representaciones. En un tercer estado, los pacientes asocian contenidos arbitrarios, de sentido común que permitan hacer comunicable, comprensibles y creíbles dichas reacciones, por lo general a través de narraciones temáticas lógico-formales artificiales, es decir racionalizaciones e intelectualizaciones, y solo con posterioridad y dependiendo del nivel en que se produjo la desfragmentación: órfica, afectiva, cognitiva y la intensidad de la misma, irán apareciendo o reestructurándose los diversos componentes fragmentados: representaciones ideo-afectivas, conceptos denotativos, memorias, los Existenciarios Básicos afectados hasta el esquema cognitivo de la “temporalidad” permitiéndose la elaboración y metabolización del trauma para convertirlo en aprendizaje eficaz y resiliencia.

Huelga decir que las fases antes citadas en tanto “síntomas de retorno” se derivan de las mismas fases vivenciadas en el proceso de lidiar con la experiencia del Trauma en tanto “síntomas de cronificación”¹⁹. No obstante, lo central en este punto es señalar como la fase de Sensorialidad Anobjetal, ya como expresión de síntomas de cronificación, ya como expresión de síntoma de retorno, se corresponde unívocamente con

18.- Kernberg, O. La internalización es consecuencia de un proceso que comprende la introyección, la identificación y la formación de la identidad del Yo. Una relación objetal internalizada comprende tres elementos: una representación de sí mismo, una representación del objeto y la disposición afectiva que “colorea” la relación entre la representación de sí mismo y la representación del objeto.

19.- Ver Síntomas de Cronificación y Síntomas de Retorno. Ps. Juan V Gallardo Cuneo en http://www.academia.edu/24771275/S%C3%ADntomas_de_Cronificaci%C3%B3n_y_S%C3%ADntomas_de_Retorno.

las expresiones sensoriales de la exposición a eventos traumáticos, es decir con la respuesta de reacción a un trauma. Y ya sea que las denominemos regresión benigna o maligna, crisis de pánico, agorafobia, claustrofobia y todo el espectro fóbico, trastorno de estrés postraumático o de otras formas, ellas a la base resultan ser conmociones sensoriales desagregadas de los componentes afectivos e ideacionales originales en el punto de nuevas desagregaciones o de la búsqueda de las integraciones necesarias de dichos componentes.

CONCLUSIÓN

El Trauma resulta ser algo consustancial a la historia de la humanidad en tanto resultado del encuentro de un ser con unas circunstancias externas críticas que demandan medidas extremas de enfrentamiento y adaptación, y que pueden implicar su superación y aprendizaje, una amplia variedad de adaptaciones parciales inevitables, o la destrucción y la muerte. Surgido a partir del estadio órfico del desarrollo filogenético, el Trauma resulta un estado transitorio a la consecución de aprendizaje y por lo tanto resiliencia, y sus efectos se disuelven con la consecución de estos. Las referencias a la historia del Trauma, suelen ser más bien descripción de distintos hitos donde se ha logrado identificar algunas expresiones del Trauma, así como las instancias en que ellas se manifestaron, especialmente por lo evidente de su presencia; sin embargo, el Trauma atraviesa la historia de la Humanidad y aun no contamos con un marco descriptivo suficientemente estructurado como para abordar las implicancias de este fenómeno. Freud con su primera teoría del Trauma, verbi gracia Primera Teoría de la Seducción, vislumbró implicancias que inauguraron la atención a esta temática, con su renuncia a ella (“ya no creo en mi neurótica”) se orientó hacia el estudio del impacto de lo traumático en lo intrapsíquico, así como de los mecanismos y operaciones subyacentes a ello. Muchas investigaciones y desarrollos posteriores han explorado diversas manifestaciones de lo traumático desde distintas aproximaciones teóricas y, finalmente, Sandor Ferenczi con sus posteriores elaboraciones sobre el Trauma, ha sentado las bases para una comprensión definitiva del Trauma, sus categorías e implicancias, en la medida que sus reflexiones sobre el tema iluminan sus naturaleza, dinámicas y derivas, pero especialmente a partir de las bases epistemológicas, teóricas y conceptuales del modelo bioanalítico que en base a sus postulados y principios permiten empezar a reflexionar de una nueva manera acerca del Trauma.

(*) Juan V Gallardo C.

BIBLIOGRAFÍA

- Abadi, Sonia. “Una Teoría del pensamiento - W. R. Bion” En: <https://teoriaspsicologicas2pilar.files.wordpress.com/2014/03/abadi-s-una-teoria-del-pensamiento.pdf>
- Arbiser, Samuel. “La situación traumática en la génesis de los sueños en Ángel Garma”, en: “El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos”, Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII N° 1/2, pp. 223-226, B. Aires, 2005.
- Bonomi, Carlo. “Trauma and the Symbolic Function of the Mind”, International Forum of Psychoanalysis, vol.13, pp. 45-50, 2004. (Traducción al español “Trauma y la función simbólica de la mente”, por Asociación Latinoamérica Sandor Ferenczi ALSF.) <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/El-Trauma-y-la-Funcion-Simbolica-de-la-Mente.pdf>
- Boschan, Pedro. “Childhood and Trauma”, The American Journal of Psychoanalysis, 2008, 68, (24–32) © 2008 Association for the Advancement of Psychoanalysis 0002-9548/08 www.palgrave-journals.com/ajp. (Traducción al español “Infancia y Trauma”, Correo de Psicoterapia y Salud Mental, Newsletter N° 3, ALSF, 2016) <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/Infancia-y-Trauma.pdf>
- Berezovsky, Raquel. “El concepto de trauma en la obra de Christopher Bollas”, en: “El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - N° 1/2, pp. 199–204, B. Aires, 2005.
- Carvajal, Cesar. “Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos.”, Rev. Chilena de Neuro-psiquiatría, V. 40 supl. 2, Santiago, nov. 2002. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>

- Câmara Leonardo, Herzog Regina. “Uno y otro: Ferenczi y la epistemología.”, *Psicol. USP* [online] 2014, vol.25, n.2, pp.125-133. ISSN 0103-6564. Traducción en: *Correo de Psicoterapia y Salud Mental, Newsletter N°3 de ALSF*, 2016. <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/Uno-y-otro-Ferenczi-y-la-Epistemologia.pdf>
- de Bianchedi, Elizabeth T. “Trauma en la obra de Bion”, en: “El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos.”, *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII - N° 1/2*, pp. 193–196, 2005.
- De Forest, Izette. *La Catalización del Amor*. Colección Sandor Ferenczi, Editorial Biopsique, Santiago de Chile. 2009.
- Dupetit, Susana. “La Teoría del Trauma en la obra de José Bleger.”, en: “El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos.”, *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII, N° 1/2*, pp. 196-198, 2005.
- Echeburúa, Enrique; Corral. Paz; Amor, Pedro J. “Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos.”, *Psicothema*, Vol. 14. Supl. 1, pp. 139-146, Oviedo, España, 2005.
- Echeburúa, Enrique; Corral, Paz de. “Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, ¿cómo y para qué?”, *Psicología Conductual*, Vol. 15, N° 3, pp. 373-387, España, 2007.
- Fractman, Andrés. “Los desarrollos acerca del trauma psíquico según Sigmund Freud.”, en: “El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos.”, *Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXVII, N° 1/2*, pp. 213-222, 2005.
- Fernández-Montalvo, Javier; Yáñez, Sagrario. “Alexitimia: concepto, evaluación y tratamiento”, *Psicothema*, Vol. 6 N° 3, pp. 357-366, Oviedo, España, 1994.
- Gallardo C., Juan V. “El diagnóstico en la terapia bioanalítica”, *Revista de Psicoterapia Bioanalítica*, págs. 85-98, Vol. 1, año 1, 1998, Santiago, Chile.
- “Sandor Ferenczi. Biografía”, *Revista de Psicoterapia Bioanalítica*, págs. 23-38, Vol. 1, año 1, 1998, Santiago, Chile.
 - “Síntomas de cronificación y síntomas de retorno”, *Correo de Psicoterapia y Salud Mental, Newsletter N° 1 de ALSF*, Santiago, Chile, 2016. <http://www.alsf-chile.org/Alsf/News-1/Articulo-Destacado/Sintomas-de-Cronificacion-y-Sintomas-de-Retorno.pdf>
 - “Modelo bioanalítico y sexo. Nociones de sexualidad órfica”, *Correo de Psicoterapia y Salud Mental, Newsletter N° 3 ALSF*, Santiago, Chile, 2016. <http://www.alsfchile.org/Indepsi/Psicoterapia-Bioanalitica/Modelo-Bioanalitico-y-sexo-nociones-de-sexualidad-orfica.pdf>
 - “Sandor Ferenczi y lo órfico: Una nueva tónica”, *Correo de Psicoterapia y Salud Mental, Newsletter N° 4 de ALSF*, Santiago, Chile, 2017, publicado electrónicamente en: http://www.academia.edu/8773458/Sandor_Ferenczi_y_lo_Orfico_Una_nueva_t%C3%B3nica.
- Grinberg, León; Sor, Darío; Tabak, Elizabeth, *Nueva introducción a las ideas de Bion*; Tecnipublicaciones, Madrid, 1991.
- Gutiérrez-Peláez, Miguel; Herrera-Pardo, Emilio. “Ambiente, trauma e innovaciones técnicas: tres articulaciones entre Donald W. Winnicott y Sandor Ferenczi.”, *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.12.001>.
- Gutiérrez Miras et all. “Comparación de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales: CIE-10 y DSM-IV”, material electrónico de circulación libre en la WEB. <http://www.atlasvpm.org/documents/10157/22354/Comparaci%C3%B3n+de+los+sistemas+de+clasificaci%C3%B3n+de+los+trastornos+mentales+CIE-10+y+DSM-IV.pdf>
- Krause, Neal. “Traumatic events and meaning in life: exploring variations in three age cohorts”, *Ageing and Society*, vol.25 N°4, pp. 501–524, EE.UU., 2005.
- Ogle, Christin M. et all. “The Frequency and Impact of Exposure to Potentially Traumatic Events Over the Life Course”, *Clin Psychol Sci.*, V. 1 N° 4, pp. 426–434, EE.UU., 2013.
- Orengo García, Francisco. “Secuelas psicotraumáticas en el núcleo de la clínica histérica: Las enseñanzas de Pierre Janet”, En: *Academiaedu*, portal de difusión y publicación electrónico: http://www.academia.edu/11572906/SECUELAS_PSICOTRAUM%C3%81TICAS_EN_EL_N%C3%9ACLEO_DE_LA_CLINICA_HIST%C3%89RICA_LAS_

ENSEÑANZAS_DE_PIERRE_JANET

- Rachman, Arnold W. Sandor Ferenczi: El terapeuta de la Pasión y la Ternura. Colección Sandor Ferenczi, Editorial Biopsique, Santiago de Chile. 2004
- Robles, M. E.; Badosa, J. M.; Roig, A.; Pina, B. y Feixas, G. “La evaluación del estrés y del trauma: presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS)”, Revista de Psicoterapia, Vol, XX N° 80, pp. 89-104, Barcelona, España, 2009.
- Talarn Antoni; Navarro Nuria; Rossel Laura; Rigat, Anna. “Propuesta de especificadores diagnósticos vinculados al estrés y el trauma: una aportación a la nosología psicopatológica”, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 11, N.º 2, pp. 107-114, Barcelona, España, 2006.
- Talarn, Antoni. “El trauma: lectura psicopatológica y psicoanalítica. Propuesta del concepto de trauma relacional”, Correo de Psicoterapia y Salud Mental N° 6 (ex32), Indepsi, Santiago, Chile, 2005. (Republicado en Web de ALSF <http://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos/Trauma-Abuso/El-Trauma-Lectura-Psicopatologica-y-Psicoanalitica-Propuesta-del-Concepto-de-Trauma-Relacional.pdf>)
- Tulian, Silvia. “Trauma y situación traumática: una lectura teórico clínica”, circulación electrónica libre publicado por Fepal de trabajo presentado en: XXVI Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. “El legado de Freud a 150 años de su nacimiento”, Lima, Perú, Octubre 2006. <http://fepal.org/images/2006invest/tulian.pdf>
- Chonchol, Jacques. “Impacto de la globalización en las sociedades latinoamericanas: ¿que hacer frente a ello?”, Estudios Avanzados, vol.12 N° 34, São Paulo Sept./Dec. 1998 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141998000300020>
- Van Der Kolk, Bessel. “El Cuerpo Lleva la Cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma”, Editorial Eleftheria, Barcelona, 2015.
- Pereda, Noemí et all. “Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles”, Anales de Psicología, vol. 29 N° 1, pp. 178-186, Universidad de Murcia, Murcia, España, 2013. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16725574020>
- Salvador, Mario C. “Brainspotting: un abordaje fisiológico del Trauma con consecuencias psicológicas”, publicación electrónica de Cintrapsicología en: <http://www.cintrapsicologia.com/wp-content/uploads/2012/09/Brainspotting.pdf>
- Salvador, Mario C. “El Trauma psicológico: un proceso Neurofisiológico con consecuencias psicológicas”, Revista de Psicoterapia, vol. XX N° 80, pp. 5-16, España, 2010.
- Stanton, Martin Ph. D. Sandor Ferenczi. Reconsiderando la Intervención Activa. Colección Sandor Ferenczi, Editorial Biopsique, Santiago de Chile. 1997
- Urrutia, Mabel; De Vega, Manuel. “Aproximación a la semántica del contrafactual”, Estudios Filológicos, Universidad Austral de Chile, vol. 49, pp. 157-173, Valdivia, Chile, 2012. <http://www.scielo.cl/pdf/efilolo/n49/art10.pdf>
- Vittigni, Grazia. La personalidad borderline según el modelo estructural de Otto Kernberg. Tredimensioni 7 (2010), 60-74. Traducción: Fátima Godiño para el Curso de Supervisión / Acompañamiento Psico-Espiritual, UCUDAL (2011). En: <http://www.isfo.it/files/File/Spagnolo/e-Vittigni10.pdf>

*Volver a Artículos sobre Ferenczi
Volver a Newsletter 4-ex-58. ALSF*