

## LA EVOLUCIÓN DE LA TEORÍA TRAUMÁTICA EN EL PENSAMIENTO PSICOANALÍTICO.



Ángeles Codosero Medrano.<sup>1</sup>

El presente artículo trata de la evolución de la teoría traumática en el pensamiento psicoanalítico, entendiendo ésta como el estudio de los efectos de las carencias o fallas de la diada niño cuidador, o sea el trauma psíquico temprano, a diferencia del concepto de trauma entendido como un acontecimiento externo y violento al que se encuentra sometido un sujeto: guerras, torturas, secuestro, abuso sexual, maltrato, abandonos, ... Es conveniente hacer esta diferenciación ya que muchos autores lo utilizan indistintamente. Algunos autores no hacen mención explícita del trauma en sus trabajos, aunque se sobreentiende.

El interés por los efectos del trauma temprano ha sido siempre de gran interés para el psicoanálisis, y a la vez de los más controvertidos, dado que va a desembocar en el clásico debate realidad externa (objetiva) vs mundo interno/fantasía.

La teoría traumática ha constituido un tema fundamental en el pensamiento psicoanalítico, desde los primeros estudios de Freud hasta las últimas décadas. En la actualidad se ha rescatado y enriquecido: con las aportaciones del desarrollo infantil temprano y la teoría del apego, con su relación con la neurociencia cognitiva y la neurobiología, y por la influencia, que se ha demostrado que tiene, en el origen de la psicopatología.

El concepto de trauma temprano se ha ido situando a lo largo del pensamiento psicoanalítico en un contexto bio-psico-social, marco de referencia para el psicoanálisis relacional. El trauma temprano conlleva siempre una interacción o interjuego entre el afuera y el adentro. De lo que se expondrá a continuación se concluirá que antes es la relación, y luego el conflicto interrelacional, que se ha interiorizado como pautas de procedimiento.

Dicho conflicto forma parte de lo que se conoce como conocimiento relacional implícito, que a su vez está relacionado con la memoria implícita, y es sólo a través de la relación que se puede llegar a mentalizar lo que con anterioridad devino en déficit o dificultad en la integración del *self*.

Para poder entender el momento actual, dentro del pensamiento psicoanalítico, es conveniente hacer un recorrido sobre la evolución de la teoría traumática. No obstante, hay que tener en cuenta el papel que, actualmente, están desarrollando otras disciplinas, como la neurobiología, en la explicación de conceptos como el que nos ocupa, con autores como Fonagy o Seligman entre otros, los cuales se están preocupando en poner en conexión estas disciplinas.

---

1.- Ángeles Codosero Medrano: Psicóloga especialista en clínica. Psicoterapeuta Psicoanalítica. Master en Psicoterapia Psicoanalítica (ACPP). Master en Perfeccionamiento de Psicoterapia Psicoanalítica (ACPP), especializada en adolescentes, adultos, pareja y familia. Directora y coordinadora del equipo profesional del Centre Diagonal, especializado en niños, adolescentes, adultos, parejas y familias. Miembro del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (COPC). Miembro de l'Associació Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica (ACPP). Miembro de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). Miembro de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP).

## S. FREUD: DE LA TEORÍA DE LA SEDUCCIÓN AL DESEO DE SER SEDUCIDO

Se ha de destacar que las primeras teorías psicoanalíticas se desarrollan en la atmósfera de furor científico de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, donde prevalecía la creencia de que la ciencia y la tecnología serían capaces de proveer de conocimiento y libertad a la humanidad, y que si bien es cierto, esta posición, llevada a un extremo, podría ser considerada como “una nueva religión”, no es menos cierto que este pensamiento también surge como respuesta al integrismo de las religiones. En la actualidad la ciencia, sin menoscabar su importancia para el desarrollo de la humanidad, no pasa de ser otro de los muchos intereses de la sociedad.

La construcción de las primeras teorías de la psique fue llevada a cabo por Freud, que utilizó el concepto de trauma desde el comienzo de sus teorizaciones, aunque posteriormente relativizó su importancia. Se ha de tener en cuenta que el concepto provenía del lenguaje médico, y era a los médicos a quienes Freud se dirigía.

Freud, en sus primeros intentos de conceptualización, concebía el trauma, esencialmente, como un factor ambiental que invade el yo, y que no puede ser manejado por elaboración asociativa. Freud estableció una definición metapsicológica fundamentalmente económica: partió de la idea de que el trauma es un exceso de excitación neuronal que se desprende de experiencias tempranas, que al no poder ser derivado por vía motriz, ni integrarse asociativamente, se extravía en el sistema nervioso.

Dado que no le bastó con la clasificación de las alteraciones nerviosas, sino que quiso entender las dinámicas que participan en sus procesos internos, Freud desarrolló su teoría basándose en la etiología sexual de las neurosis (1894-1896), donde en el caso de los pacientes histéricos, encontró uno o más sucesos de experiencias sexuales prematuras. Los pacientes histéricos sufrían por hechos que habían sido registrados en su memoria, pero no circulaban de forma libre, sino que habían sido reprimidos y empujados al terreno del subconsciente, siendo allí donde se transformaban en síntomas, que el paciente mostraba en su comportamiento externo. Por este motivo la histeria pasó de ser considerada un problema neurológico con bases hereditarias, a un fenómeno que debía de ser estudiado por la psicología.

Sin embargo, al cabo de un año y medio, Freud abandona la teoría de la seducción como explicación etiológica de las neurosis. Este hecho queda recogido en la carta a Fliess del 21 de septiembre de 1897, en la que le confiaba que ya no creía en lo que le decían sus pacientes sobre seducciones o abusos de que fueron objeto en la infancia. A partir de este momento, Freud, introdujo la teoría de la psicosexualidad infantil y la fantasía edípica.

Para Freud, las situaciones traumáticas paradigmáticas serían: la ansiedad de castración; la ansiedad de separación; la escena primaria; y el complejo de Edipo.

En este momento, Freud, concebía el trauma como producto de la lucha de los instintos sexuales y la lucha del yo contra ellos. Domina la fantasía inconsciente y la realidad psíquica interna. Se han formulado muchas conjeturas sobre lo que motivó realmente dicha elección. Por una parte, están quienes consideran que Freud no se atrevió a denunciar los abusos sexuales que habían sufrido muchos pacientes durante la niñez, y que traicionó la verdad que le mostraban sus propios historiales clínicos. Tal vez, apuntan algunos, influyó en su decisión su temor a que su propio padre quedara involucrado en esta acusación (Mason, 1984). En el extremo opuesto se encuentra lo que se llama la posición del psicoanálisis oficial, en el que se juzga que el abandono de la teoría traumática o de la seducción, para reemplazarla por la teoría de las fantasías inconscientes, marca el comienzo del verdadero psicoanálisis.

Cuando Freud publicó *Más allá del principio del placer* (1920), se dio cuenta, a través de los sueños repetidos de las personas que habían sufrido un trauma, de la compulsión de repetición y su relación con el instinto de muerte. Llegó aquí a su teoría dual: instinto de vida e instinto de muerte. El concepto de trauma se centró en un marco de referencia intersistémico e instintivo. Mientras la teoría traumática de la neurosis adquirió una importancia más relativa, la existencia de las neurosis por accidente y, sobre todo, de las neurosis de guerra, se volvió a situar en el primer plano de las preocupaciones de Freud respecto al trauma.

En *Inhibición, síntoma, angustia* (1926) hizo la última reestructuración del concepto de trauma, relacionándolo con la angustia y el conflicto psíquico, a la vez que con las alteraciones del yo, y con el carácter interestructural de todas las situaciones traumáticas.

En *Moisés y la religión Monoteísta* (1939) conceptualizó el trauma como impresiones, únicas o repetidas, siempre de temprana vivencia, que son olvidadas y de mucha importancia para la etiología de las neurosis.

Freud durante toda su vida osciló en su teoría traumática, como algo externo o como algo interno, que nunca acabó de resolver, pero lo que realmente representan estas dudas es la primera escisión que se da entre lo que, actualmente, se considera la corriente del psicoanálisis tradicional y el psicoanálisis relacional.

Como señalara Laplanche (1987), el abandono por parte de Freud de la teoría de la seducción lleva al endogenismo pulsional, sin considerar el papel que el medio ocupa en la estructuración íntima de la pulsión.

## **S. FERENCZI Y EL RESCATE DEL CONCEPTO DE TRAUMA**

La verdadera dimensión de la aportación de Ferenczi a la teoría y la clínica psicoanalítica no ha podido ser valorada hasta la actualidad, dado que a partir de cierto momento, Freud y las autoridades psicoanalíticas de la época rechazaron las ideas de Ferenczi. Ello determinó la desaparición de sus enseñanzas en las instituciones psicoanalíticas, especialmente las últimas publicaciones que hasta el año 1985 no se publicó su *Diario Clínico* (1932) y la correspondencia con Freud.

Ferenczi en el congreso de Wiesbaden (1932) presentó *Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. El lenguaje de la ternura y la pasión*. En esta ponencia recuperó el concepto de trauma como factor etiológico importante en la patología mental, que Freud había abandonado hacía más de tres décadas, entendiéndolo en un sentido más amplio.

No habló sólo del trauma vinculado a la sexualidad -consideraba que las seducciones incestuosas por parte de los adultos son más frecuentes de lo que se cree-, sino de la hostilidad y el odio del adulto; además, consideraba traumática toda situación en la que el adulto no hacía su función protectora, sino que utilizaba al niño para sus fines, sin tener en consideración las auténticas necesidades del niño.

Entre Freud y Ferenczi hubo un malentendido, que según Balint “fue un trauma para el psicoanálisis”. Freud creyó que Ferenczi dejaba de lado el papel fundamental de la fantasía infantil edípica, para volver al papel traumático de la seducción del adulto, y por otra parte Ferenczi crítico de Freud que ya no le interesan sus pacientes, sino sólo teorizar.

Lo que hizo Ferenczi fue dar una versión diferente del complejo de Edipo; no negó que las tendencias eróticas de los niños se manifiestan más intensa y precozmente de lo que se pensaba, y en lo que se refiere a los juegos sexuales, entendía que lo que ocurre es que los niños interpretan el juego como ternura, y el adulto como pasión. Como consecuencia, el niño queda dividido, piensa que es inocente y culpable al mismo tiempo; se destruye su confianza en sus sentidos y en las personas, pero no abandona por ello a sus objetos.

En el artículo *El niño no bienvenido y su impulso de muerte* (1929), Ferenczi estableció un nuevo tipo de neurosis, llamada neurosis de frustración, donde el trauma no consiste sólo en acciones y eventos, sino en la desiderativa parental, fundamentalmente en la no investidura: los padres que no desean ni quieren al niño. Este trauma, o frustración, es el generador de las más variadas patologías mentales, y puede ser inductor de complicaciones orgánicas, hasta llevar al sujeto, en algunos casos, a la muerte. Esta idea de trauma, como efecto de los procesos psíquicos del otro, desplaza la idea de evento hacia la cualidad del vínculo interpersonal.

Ferenczi también describió las defensas autoplásticas al trauma, que denominó *identificación con el agresor*. El niño, ante la amenaza y la pérdida de la sensación de que el mundo le protege, cuando se encuentra en peligro sin la posibilidad de escapar, hace desaparecer el *self*. Se disocia la experiencia presente, y se convierte en aquello que le da más miedo, para protegerse. Esta idea es mucho más amplia que la que Anna Freud utiliza sobre que el niño asume los atributos, o imita al agresor, transformándose en la persona que amenaza. Ferenczi habló de tres acciones simultáneas: el niño se somete mentalmente al agresor; este sometimiento le permite saber los deseos del agresor; y, el niño hace una especie de pseudo-progresión traumática o pre-maduración patológica que le permite saber aquello que le salvaría.

Según Ferenczi el niño traumatizado siente mucha confusión, se siente inocente y a la vez culpable, pero el efecto traumático se hace todavía más patente cuando el niño lo explica a otro adulto y este no soporta lo

que le explica, lo minimiza, o incluso lo niega y lo desmiente. Si esto se da por parte de los dos padres, ello lleva al niño a la retirada narcisista. Ferenczi consideraba que los niños podían superar fuertes situaciones, sin amnesia o consecuencias neuróticas, si la madre está disponible con su comprensión y ternura, y con su total sinceridad.

Ferenczi advirtió a los terapeutas, de forma reiterada, que la situación traumática puede volverse a repetir en la situación analítica, cuando el terapeuta: desconoce la realidad del trauma, desestima las percepciones reales del paciente con respecto al terapeuta, o cuando, por falta de empatía, no es receptivo a sus necesidades, y le impone sus propias percepciones y valores. Es entonces cuando lo re-traumatiza. Ferenczi, sin lugar a dudas, percibió que la interpretación, de los contenidos de las fantasías inconscientes del paciente, no era suficiente, si no iba acompañada de la experiencia relacional con el terapeuta.

Es indudable que Ferenczi difería ampliamente de lo que había planteado Freud al comienzo de su teorización.

Ferenczi creía firmemente que del efecto del trauma son responsables los adultos, y no de factores intrapsíquicos. Lo más novedoso para esa época es subrayar, en la trama desiderativa, el efecto traumático.

Boschan (1963), muy conocedor de la obra de Ferenczi, considera que poder integrar el trauma en nuestro pensamiento psicoanalítico actual, nos demanda la capacidad de reconocer, valorizar y preservar la realidad psíquica, sin desconocer la realidad externa y los cambios que nos exige.

## **M. KLEIN Y LA ESCUELA POST-KLEINIANA CONTEMPORÁNEA (W. BION, D. MELTZER, R. SPITZ.)**

Melanie Klein fue analizada por Abraham y Ferenczi, y a pesar de la influencia que reconoció en *Psicoanálisis del niño* (1932) de Ferenczi, no pareció seguir sus ideas. Klein no habló de forma explícita del concepto de trauma. Podría ubicarse el tema revisando sus ideas en relación a la realidad externa y mundo interno. Planteó una relación dialéctica entre la situación traumática proveniente del mundo externo y su interacción con influjos internos del sujeto; por lo que, las funciones de *splitting* son necesarias e inevitables para la organización de *self* que se relaciona con objetos buenos o malos según la investidura libidinal o tanática. Para Klein la vida instintiva y emocional era muy intensa en los comienzos de la vida, donde las ansiedades sólo se atenuarán cuando los aspectos amados y odiados de los objetos se integren, en paralelo, con la integración del yo.

Klein, juzgó que las experiencias externas poseen relativa importancia debido a que generan efectos o experiencias traumáticas, pero que, en última instancia, ello depende siempre de la manera como el niño interpreta y asimila estas influencias, y esto se halla en estrecha relación con la fuerza de los impulsos destructivos y persecutorios, y la intensidad de ansiedades depresivas. El interés por el vínculo, según esta perspectiva, es secundario a otras motivaciones consideradas primarias, y se adquirirá en el curso del desarrollo.

Otra aportación importante es su concepto de identificación proyectiva (1946), que es la externalización de partes del self o de los propios objetos internos.

Autores post-kleinianos, como Bion y Meltzer, tampoco hablaron del trauma psíquico temprano de forma directa en su obra, pero se presupone que, para ellos, la situación traumática es un factor predisponente.

Hay autores actuales, como Fonagy (2004), que ve la influencia de Ferenczi y Bowlby, tanto en Bion, como en Meltzer. Destaca el carácter interactivo, por ejemplo, de la identificación proyectiva. En este sentido, Bion distinguió entre la identificación proyectiva normal, que permite la empatía, y la identificación proyectiva patológica, que impide la comprensión. Bion (1966), también subrayó la importancia de la *rêverie* materna y la función continente, para poder transformar los elementos beta en alfa. La *rêverie* materna es la capacidad de la madre para devolver al bebé la experiencia emocional insoportable (elementos beta), en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él (elementos alfa). La llamó *rêverie* en alusión al estado mental requerido, en la madre, para estar en sintonía con las necesidades del bebé. Bion planteó tres ejemplos de relación que pueden establecerse entre ambos:

- 1) Un lactante que llora de ansiedad por temor a morir, y encuentra una madre afectuosa y comprensiva que levanta al niño, le sonrío y le hace entender que está ahí. El niño se calma porque ha logrado, a través de la identificación proyectiva, colocar en la madre su temor a la muerte, y ese temor queda desintoxicado, metabolizado por la capacidad de rêverie de la madre, y es devuelto al niño como un temor leve y soportable.
- 2) Un segundo caso es aquel en que la madre reacciona con ansiedad e incomprensión, y no sabe qué le pasa al niño, habiendo distancia afectiva entre ella y el bebé que llora. La madre ha rechazado la proyección del niño, y le devuelve su temor a morir sin modificarlo.
- 3) En un tercer caso, puede ocurrir que se trate de un bebé perturbado o de una madre trastornada. En este caso, la fantasía subyacente a la identificación proyectiva es que la madre, en lugar de desintoxicar el temor a morir, proyectado por el niño, actúa como un objeto malo que despoja a la proyección del bebé de un significado específico y le devuelve un “terror sin nombre”.

Para Bion, si esta sintonía falla, la madre puede producir un bebé psicótico, o bien, si es incapaz de contener la experiencia emocional del bebé, puede suceder que deje perdido en el aire el contenido proyectado, y devenga un autismo, o la inicial formación de un carácter esquizoide, o, en el mejor de los casos, dificultades menores en el aprendizaje. Por tanto, el proceso de *revêrie* equivale a un metabolismo mental, donde el bebé descarga en la madre lo intolerable, lo que le provoca displacer, lo incomprensible, ocasionado por sensaciones, percepciones o sentimientos que le generan ansiedad, donde la madre los contiene y ayuda a elaborarlos.

Según Bion, cuando se da este tipo de intercambios repetidos entre la madre y el bebé, van transformando la estructura del yo, y de esta manera, se forma un yo realista, que ha internalizado, inconscientemente en su núcleo, a un objeto con capacidad para pensar y reconocer las cualidades psíquicas en uno mismo, y en los demás.

En Meltzer podemos presuponer los mismos conceptos y puntos de vista cuando hizo referencia a las funciones de la familia; unas generadoras de crecimiento y otras de patología. Si bien el efecto traumático de las fallas ambientales, a partir de Ferenczi, fue señalado por autores posteriores (Spitz, Klein, Bion, Meltzer...), los cuales reconocieron la participación de la figura materna y dieron elementos para pensar las situaciones traumáticas precoces; estos autores siguieron poniendo el acento en la teoría instintiva, según la cual existen en el bebé impulsos dirigidos a la búsqueda del objeto para proyectar en él todo aquello que es intolerable. Por otra parte, estos autores no vieron al bebé con la capacidad de buscar al objeto en sí mismo, lo cual sería la base, del carácter realmente interactivo. Meltzer se centra además, únicamente, en el conflicto intrapsíquico de los pacientes. Un ejemplo de ello se encuentra en “Clínica psicoanalítica con niños y adultos” (Meltzer 1995), en el caso: “*Montse una omnipotencia delirante*”, sobre una paciente que sufre anorgasmia y dificultades para realizar el coito. La paciente explica que, desde los siete hasta los diez años, el abuelo materno abusó sexualmente de ella. Los abusos eran habituales, y la naturaleza de los mismos, eran masturbaciones. El abuelo le explicaba que se iría con ella, y se la llevaría a vivir con él, y que serían felices. Con los abusos del abuelo coincidió el nacimiento de un hermano, y una parálisis facial de la madre, circunstancias que hacían que ésta apartara a la niña de su lado. A esta edad empezó a presentar problemas conductuales en la escuela, los cuales la familia no quiso abordar. La paciente, en varias ocasiones, intentó que la madre la alejara del abuelo, pero nunca explicaba la razón. Meltzer en una intervención sobre el miedo que la paciente tiene del abuelo, contesta “*Lo destacable es que el abuelo estaba enamorado de ella y que no la usó simplemente como una concubina...*” “*Esta atmósfera de estar muy asustada por él, es una forma de sacudirse de encima la propia responsabilidad colocándola enteramente en el abuelo, cuando en realidad, ella sí que la tenía*”. “*Creo que en este caso se ha de hablar de experiencia sexual, y dice que lo que caracteriza al periodo de latencia es la hipocresía sexual. Las dificultades de esta paciente no están en las relaciones mantenidas con el abuelo, sino en algo más que tiene que ver con un falso self*”. En ningún momento se entiende el trauma como una interacción con el hecho externo, como el abuso del abuelo, ni tampoco el hecho que nadie en la familia había dado respuesta a sus sentimientos y peticiones de que algo no iba bien, no validando sus percepciones y dejándola con un sentimiento de abandono, como causantes de la patología de la paciente, sino que se trata desde las fantasías y deseos de la propia paciente.

## **GRUPO INDEPENDIENTE DE LAS RELACIONES OBJETALES. (D. WINNICOTT, W.R. FAIRBAIRN, H. KOHUT, M. BALINT...)**

El concepto de trauma psíquico ha pasado de ser un acontecimiento externo y cuantificable, a otorgar cierta importancia a la figura de la madre desde los primeros momentos de la vida, pero sólo como contenedora de las ansiedades que el bebé le proyecta. Los siguientes autores consideran el trauma como algo más sutil que ocurre en la relación de la madre con el bebé; sin olvidar que esto, ya lo contempló Ferenczi. Desde la perspectiva del desarrollo, juzgan que las experiencias inadecuadas o traumatizantes no permiten un desarrollo adecuado ni la formación sólida y estable de los vínculos más tempranos, y que ello da lugar a la patología deficitaria.

### **W. RONALD FAIRBAIRN Y LA BÚSQUEDA DE OBJETO**

Con Klein se tiene la sensación de observar procesos puramente endopsíquicos que evolucionan con el estímulo, sólo parcial, de los acontecimientos externos. La teoría de las relaciones objetales, que propuso Fairbairn, anunció una epistemología intersubjetiva, externalista, en consonancia con el enfoque anticartesiano de autores recientes como Mitchell o Stolorow.

Fairbairn (1952) aportó una obra de gran originalidad; aunque nunca rompió con el pensamiento freudiano, siempre estuvo en contra de las concepciones energetistas de los impulsos en psicoanálisis, y propuso una teoría alternativa a la motivación humana, afirmó: “*lo que busca la libido desde el inicio no es la descarga sino al objeto*”; el placer libidinoso, dijo, no es más que un medio para obtener al objeto, para establecer una fuerte relación con otra persona, por lo que el contacto está por encima de la descarga. El otro no es sólo un medio para manejar las presiones y los estados internos; sino un medio para los intercambios interactivos.

Para Fairbairn, el mayor trauma que podía sufrir un niño era la frustración de su deseo de ser amado, y de que su amor fuera aceptado, y creía que, desde el punto de vista del desarrollo, este trauma era el único que realmente tiene importancia, y de aquí la gran trascendencia de la relación bebé-madre. Los trastornos del desarrollo se producen cuando la madre no hace sentir al niño que lo ama por sí mismo, como persona. Estas madres pueden ser tanto posesivas como indiferentes.

Fairbairn empezó a desarrollar una teoría innovadora, pues se encontró con la lealtad de los niños maltratados hacia los padres que los maltrataban. Si nos basamos en el modelo pulsional, las personas serían hedonistas, buscarían el máximo placer y el mínimo dolor. Fairbairn encontró que los niños con relaciones penosas con los padres, cuando se les ofrecía la oportunidad de que otras personas se hicieran cargo de ellos, no aceptaban, y presentaban gran devoción por los padres naturales. Fairbairn reflexionó sobre todo esto, y vino a decir que, si la libido consiste, sobre todo, en la búsqueda de placer, los objetos libidinales debían ser más sustituibles. Vio que lo fundamental era el contacto, no el placer, y que el motivo básico de la experiencia humana era la búsqueda y conservación del vínculo emocional con otra persona. Si se partía de esta premisa, se podía entender la consolidación de las primeras relaciones y los modos de gratificación, así como la compulsión de repetición que se dan en las relaciones destructivas, y de los sentimientos dolorosos que se recrean a lo largo de la vida, como medio de perpetuar los primeros lazos con las personas significativas.

Según el sistema de Fairbairn, el niño establece un contacto compulsivo, precisamente, con el carácter patológico de sus padres, y lo metaboliza, porque siente que ahí es donde residen emocionalmente sus padres. Según esto, en el centro de lo reprimido, no hay un trauma, un recuerdo o un impulso, sino una relación que no podría tener cabida, en consciencia y continuidad, con otras experiencias del *self*. Abandonar estos vínculos y ataduras es el equivalente a aislarse por completo del contacto humano. Por ello, los pacientes en terapia, cuando tienen la oportunidad de vivir y tener experiencias de ellos mismos, y con el mundo, de otra manera, temen caer en un profundo aislamiento.

### **D. WINNICOTT Y EL FALSO SELF**

Winnicott (1940) comentó que “el bebé no existe”: siempre que hay un bebé hay un cuidador. La madre,

suficientemente buena, es la que se adapta a las necesidades del bebé. Se imaginó al bebé en un estado de no-integración, puede haber muchas sensaciones y angustias, pero no es grave si hay alguien real que lo cuida. El ser humano, por naturaleza, tiende a la integración. El mundo interno es la integración entre el interjuego de la realidad interna y externa. Entre la integración y la no-integración está el espacio transicional.

Las aportaciones de Winnicott, con relación al trauma, se hallan acordes con sus ideas de la línea de desarrollo y de la dependencia del niño con sus objetos ambientales iniciales. Si las fallas ambientales, en la trayectoria del desarrollo, que va desde la dependencia absoluta con la madre a la independencia relativa, son groseras y continuadas, por ausencia, intrusión o abuso, eso interrumpirá el desarrollo, y llevará a una adaptación mental forzada, y como consecuencia se originará el *falso self*.

Winnicott describió, en *El temor al derrumbe* (1974), que el sujeto conserva y repite las huellas de una experiencia de naturaleza traumática, no a causa de los afectos dolorosos que sintió anteriormente, sino en razón de lo que no pudo sentir en el momento en que el acontecimiento traumático tuvo lugar. Esta situación de trauma está caracterizada por la no-inscripción psíquica de un acontecimiento potencialmente representable y simbolizable. Por el hecho de tratarse de huellas conservadas, pero no investidas en tanto que experiencia psíquica perteneciente al pasado, toda investidura hacia nuevos objetos será sometida a una compulsión de borramiento o de negativización de los vínculos.

Si estas fallas se dan en momentos muy tempranos, no se registran como experiencias, y permanecerán congeladas, hasta que se dé la posibilidad de un encuentro donde puedan aparecer.

## **H. KOHUT Y LA PSICOLOGÍA DEL SELF**

Kohut describió el trauma en la infancia como una situación emocional que la mente del niño no puede integrar, dado que la intensidad de la demanda es muy elevada, las estructuras son inmaduras, o la psique, en ese momento, es transitoriamente hipersensible. Se refirió a la intensidad del afecto, y no al contenido, siendo el primero el factor clave del desarrollo de la patología. Todo esto, posteriormente, lo ratificó con sus estudios sobre el narcisismo y la psicología, y la psicopatología del *self*.

Para Kohut, una frustración era considerada traumática cuando la tolerancia de la psique infantil está excedida, o cuando las gratificaciones son intensas e impredecibles. En estas frustraciones, los estímulos y los recuerdos están unidos en el inconsciente, porque la ansiedad y la desesperación se asocian con ellas, por lo que no pueden ser influenciados por nuevas experiencias, y no pueden, por lo tanto, cambiarse.

Consideró que hay una frustración que es óptima, y son fallas que son asimilables por el *self*, y que no afectan a su cohesión. En lugar de reprimir, o disociar la experiencia traumática, se origina un proceso de internalización, en el que la relación con el objeto se transforma en estructura psíquica, que sustituye sus funciones.

También que hay estados traumáticos crónicos, que son propios de los trastornos del *self* (trastorno narcisista de la personalidad y de la conducta), ya que, por la debilidad de las estructuras narcisistas, el *self* está especialmente expuesto a sufrir fragmentaciones transitorias como consecuencia de todo tipo de decepciones, o falla del medio empático.

## **M. BALINT Y LA FALTA BÁSICA**

Balint (1969), con su hipótesis de *falta básica*, remite un déficit empático entre la madre y el niño; el origen de la falta básica es el deficitario ajuste entre el niño y las personas que lo rodean.

Para Balint, el trauma involucra a las figuras próximas al niño, este medio se incorpora a la estructura misma de su yo. Los objetos traumatogénicos son principalmente objetos edípicos o figuras edípicas, es decir, personas que representan una autoridad y que están al cuidado del niño.

Para comprender el problema con mayor profundidad, en cuanto a la traumatogénesis e incorporando la teoría de las relaciones objetales, Balint se refirió a la “*estructura trifásica del trauma*”. Esta estructura se puede sintetizar en tres fases.

En la primera fase, para que el adulto, en relación con el niño, pueda ser traumático, tiene que provocar

frustraciones de cierta intensidad. El niño inmaduro es muy dependiente del adulto, y tiene que prevalecer, aunque haya ambivalencia, una relación de amor y confianza.

En la segunda fase, el adulto hace algo muy excitante, doloroso o atemorizante, que puede suceder una única vez, de forma repentina, o en múltiples ocasiones, que produce miedo o dolor, o también las situaciones de seducción que llevarían a momentos pasionales que, según Balint, no necesariamente tiene que ser sexuales o genitales. Entiende que son excesos, por parte del adulto, que pueden ser tanto de cariño como de crueldad. El resultado de todo esto es que el niño padece una sobreestimulación o un rechazo de sus necesidades de acercamiento, que le producirían una desilusión profunda. Estas dos primeras fases no serían, por sí solas, constitutivas de la situación traumática.

Lo que va a completar el trauma se produce en la tercera fase, cuando el niño vuelve a acercarse al adulto, buscando un nuevo encuentro pasional o de dolor como el producido en la segunda fase, y lo que sucede, y esto es lo central para Balint, es que el adulto se comporta como si no supiera nada de lo sucedido en la segunda fase. El niño, que busca entendimiento y confort, se encuentra con un rechazo inesperado, y el adulto no reconoce su participación en la situación creada.

Estos autores rescatan el concepto de trauma como una falla relacional, centrándose en el trauma temprano, dentro del desarrollo, y como algo continuo. Estos modelos, donde el desarrollo de la personalidad se basa en las interacciones con el exterior, supusieron un avance en el psicoanálisis, aunque tardaron mucho en extenderse por las instituciones analíticas, dado que, entre los estudios de los diferentes autores pasan muchos años, y las investigaciones se dan de forma muy aislada.

## **LA TEORÍA DEL APEGO Y J. BOWLBY**

El concepto de trauma fue un elemento fundamental en toda la teoría de apego de Bowlby. En un primer momento hace una descripción del sistema de apego meramente conductual: la necesidad aparece en ausencia del cuidador, y la presencia física hace desaparecer esa necesidad. Luego, sostuvo que la meta del sistema de apego es mantener el cuidador accesible y receptivo, y, para referirse a esto, utilizó el término de disponibilidad.

Posteriormente, sostiene que la experiencia con el cuidador, mediante una serie de procesos cognitivos dan lugar a unos modelos representacionales, que Crik (1943) denomina “Modelos de funcionamiento interno”. Esta última concepción del sistema de apego da lugar a una consideración más sofisticada de las diferencias individuales.

Muchos conceptos relativos al apego fueron elaborados a finales de los 70 por Sroufe y Waters, quienes concluyeron que el objetivo del sistema de apego es sentir seguridad, y que la respuesta del niño a la separación (empíricamente observable en la prueba denominada “situación extraña”), viene condicionada tanto por aspectos externos como internos, como estados anímicos, fantasías, etc. Sroufe (1996) redefinió la teoría de apego en términos de regulación de afecto, estableciendo una relación entre apego seguro y autorregulación afectiva; apego inseguro y dificultades de regulación afectiva; y apego desorganizado/desorientado y malos tratos o trauma de los padres.

A partir de este momento, el psicoanálisis se diversifica. En muchos trabajos el desarrollo se considera continuo, porque los mismos procesos que encontramos en el origen, van a ser los que organicen la vida mental. La psicopatología se juzga una variante del desarrollo, más que la fijación a un estadio temprano, por lo que se empieza a tener más en cuenta el déficit del desarrollo, y aquellos postulados que privilegian el sentido de sí mismo y de los otros, antes que el conflicto intrapsíquico. No sólo se tiene en consideración el trauma, sino el contexto donde ha ocurrido, teniendo en cuenta que los niños padecen o negligencia, o falta de amor, de los adultos de que dependen.

En los modelos más relacionales, el concepto de disociación cobra tanto valor como el concepto de represión de las teorías clásicas.



## **PSICOANÁLISIS INTERPERSONAL DESDE H. SULLIVAN A LOS INTERPERSONALISTAS – RELACIONALES S. MITCHELL, P. BROMBERG, L. ARON, J. BENJAMIN**

Se suele agrupar a H. Sullivan, junto a E. Fromm y K. Horney, como neofreudianos o culturalistas, por reformular los conceptos básicos de Freud en función de influencias culturales y sociales.

Sullivan (1953), describe las primeras interacciones entre el bebé y su medio circundante como factores que moldean las capacidades innatas del bebé. En este sentido atribuye la aparición de conflictos a factores procedentes del entorno. Considera que áreas de la experiencia temprana sólo se volverán problemáticas si despiertan ansiedad en las personas significativas al cuidado del niño, otorgando una significación muy especial a la relación diádica. Dicho de otro modo, para Sullivan, la fuente de la psicopatología es más bien social: no se encuentra en la naturaleza de los impulsos, sino en la respuesta del entorno humano; y lo que ocurrió en el pasado tienen su incidencia en el presente, sobre todo a nivel de la memoria de procedimiento. Sullivan es reacio a priorizar la fantasía por encima de la realidad. Mitchell, promotor del psicoanálisis relacional, entiende que la agresividad y la sexualidad son el resultado de la matriz relacional, por lo que considera que la fantasía y la realidad van influenciándose respectivamente.

Benjamin (1995), representante de la teoría intersubjetiva, se refiere al campo de interacción entre dos subjetividades distintas, al interjuego de dos mentes subjetivas. La teoría intersubjetiva de Benjamin expone que el otro debe ser reconocido como sujeto para que el *self* experimente plenamente su subjetividad, en presencia de ese otro. De la experiencia subjetiva surge una relación dialéctica, entendida aquí como el reflejo de una relación que reconoce y crea la subjetividad del otro. Otorga mucha importancia a la fantasía de la destrucción del otro, para llegar a este reconocimiento del que estamos hablando. Piensa, también, que estas dos dimensiones de la experiencia con el otro, como sujeto y como objeto, se complementan, y se refiere, a estas dos categorías de la experiencia, como la dimensión intrapsíquica y la dimensión intersubjetiva.

A pesar de que Benjamin utiliza el término de intersubjetividad, se le considera relacionalista, y no emplea el término intersubjetividad en el mismo sentido que en los intersubjetivistas. Para Benjamin, el trauma es como una falla vinculada con la dependencia, que no cumple su función de reconocer al sujeto en relación, falta el reconocimiento de la conmoción: aparecen la soledad, el vacío, las angustias primitivas. La relación se desvirtúa, en lugar de la dependencia, que produce diferenciación y genera la propia subjetividad, aparece el sometimiento y la falta de espontaneidad y de creatividad.

### **LA TEORÍA INTERSUBJETIVA (R. D. STOROLOW, G.E. ATWOOD, D. ORANGE.)**

Es una teoría de campos o de sistemas, en la que se busca la comprensión de los fenómenos psicológicos no como productos de mecanismos intrapsíquicos aislados, sino como emergentes de la relación recíproca de las subjetividades con relación. Insisten en que los fenómenos psicológicos no pueden ser entendidos independientemente del contexto intersubjetivo en el que toman forma. Para ellos, el área de investigación no es la mente aislada individual, sino el sistema más amplio creado por el interjuego mutuo entre los mundos, el del paciente y su analista, igual que el del niño y su cuidador. De la misma forma, la psicopatología no se debe a mecanismos intrapsíquicos, sino que cristaliza en los contextos intersubjetivos. Se podría decir que se basan en una psicología fenomenológica - reducir los fenómenos a su esencia-, y en el anticartesianismo, donde Orange, mantiene la postura más radical, exponiendo que si se habla de interrelación ya estaríamos pecando de cartesianismo, al hablar de dos mentes aisladas que se relacionan. Para Orange las diferencias entre el mundo externo y el interno no existen, al igual que se desdibujan las diferencias entre sujeto-objeto, sólo contempla la experiencia subjetiva en el interjuego mutuo de dos diferentes subjetividades.

Storolow y Atwood (2004) hacen una revisión de los conceptos psicoanalíticos, entre ellos el concepto de trauma. Ellos incluyen tanto los acontecimientos traumáticos aparatosos y claros, que en este artículo hemos entendido como eventos, hasta los más sutiles, por ejemplo, los traumas acumulativos que tienen lugar de forma continuada a lo largo de la niñez, y que, la mayoría de las veces, provienen de una patología de carácter específica de los padres, los cuales utilizan al niño de forma narcisista, en lugar de brindar reconocimiento y aceptación. Por lo tanto la tesis central, de estos autores, es que el trauma en el desarrollo temprano se origina dentro de un contexto formativo intersubjetivo, cuyo aspecto central es una falta de sintonía afectiva -una rotura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño-, que lleva a la

pérdida, por parte del niño, de su capacidad de regulación de los afectos, y, como consecuencia, a un estado insoportable, aplastante, desintegrado, y desorganizado. Postulan que el afecto doloroso o temible se vuelve traumático, no por la intensidad, sino cuando no se da, por parte del entorno, aquella capacidad de respuesta empática que el niño necesita para ser capaz de tolerar, contener, modular y aliviar este impacto. Para ellos, dolor no equivale a patología si estas situaciones se dan en un medio con capacidad de respuesta. A falta de este contexto intersubjetivo, integrador y afectuoso, el niño traumatizado disocia el sentimiento doloroso de la experiencia que está viviendo, y ello da como resultado estados psicósomáticos, o de replegamiento, para evitar herirse en los vínculos con otras personas. Son niños que no logran desarrollar la capacidad de tolerar afectos, ni de utilizar éstos como señales de información.

Estos autores, advierten que la situación analítica puede ser un terreno potencial, dada la intensidad emocional, para retraumatizar al paciente. El temor de una posible retraumatización, por parte del psicoanalista, es una fuente importante de la resistencia. Los autores, ponen énfasis a señalar que la resistencia del paciente está siempre suscitada por percepciones de cualidades o actividades del analista que, en sí mismas, conduce al temor por parte del paciente de la posible repetición de un trauma infantil. Resulta esencial, para el análisis de la resistencia, que esto sea reconocido, investigado e interpretado por el analista.

### **EL GRUPO DE BOSTON PARA EL ESTUDIO DEL CAMBIO PSÍQUICO (D. STERN, LYONS RUTH, TRONICK...)**

El grupo de Boston es un grupo de psicoanalistas e investigadores del desarrollo, que tienen como propósito reflexionar sobre las aportaciones que la investigación del desarrollo aporta al pensamiento psicoanalítico. Parten de los estudios de apego y de la neurociencia cognitiva.

Los niños desde muy temprana edad, incluso a los dos meses, muestran expectativas y anticipaciones de cómo se comportarán sus madres. Los niños desarrollan una representación implícita sobre como esperan ellos que sean la relación con la madre, esta representación se almacena en la memoria de procedimiento, y ésta se actualiza con la nueva experiencia. Se piensa en la memoria de procedimiento en términos de “*cómo hacer algo*”. Para el grupo Boston, la interacción interpersonal está gobernada por un sistema de memoria similar desde la más temprana infancia. Se ha demostrado que el niño está ocupado en decodificar las intenciones del cuidador, así como en desarrollar una capacidad para mostrar sus propias intenciones. El niño coordina sus propias intenciones con las personas que le cuidan, opera en un contexto intersubjetivo, y construye un conocimiento sobre como estar con el otro. A esto lo llaman conocimiento relacional implícito, y entienden que existe antes de que el niño sea verbal y que comprenda los estímulos. No es un conocimiento consciente.

Tanto en los niños y sus cuidadores, como en la diada paciente–terapeuta cuando interaccionan, lo que realmente buscan es acoplar su conducta y su interacción, están continuamente ocupados en la mutua regulación. Es un proceso de micro-interacción de ensayo y error, que siempre tiene lugar en el aquí y ahora. El encuentro siempre es co-creado. De esta forma, el grupo de Boston, entiende el conflicto como formando parte del conocimiento relacional implícito de los participantes.

Centrándonos concretamente en el concepto de trauma he de resaltar las aportaciones de Lyons-Ruth. Esta autora tiene el mérito de proponer un modelo teórico coherente entre el desarrollo psicoanalítico actual y los hallazgos obtenidos desde la teoría del apego. Ha realizado importantes investigaciones acerca del apego desorganizado en la infancia.

Hay dos conceptos importantes trabajados por la autora: el modelo psicoanalítico de apego desorganizado y el modelo de diátesis relacional (Lyons-Ruth y cols. 1999). Para ella, el apego desorganizado está relacionado con estados mentales no resueltos respecto a pérdidas o traumas, y con un comportamiento del cuidador como asustado-asustador. Según plantea, el patrón de apego desorganizado está en función de dos parámetros: la severidad del trauma y la calidad de las relaciones de apego. Si el nivel de protección es deficitario puede presentarse la conducta desorganizada, a pesar de no haber experiencias traumáticas.

En su modelo de diátesis relacional, Lyons-Ruth, sostiene que, cuando el cuidador no ha sido calmado en situaciones de miedo, posiblemente reactualizará situaciones del pasado en el momento de tranquilizar al

bebé, lo que se refleja en una interacción perturbadora. Esto llevará al niño a tomar posturas contradictorias (de desamparo y hostiles).

## CONCLUSIÓN

Siguiendo la teoría traumática, en el pensamiento psicoanalítico, podemos observar una evolución, en la que distinguimos tres grupos:

- a) los que enfatizan la preeminencia de lo pulsional,
- b) los modelos mixtos y, por último,
- c) los modelos relacionales, que enfatizan la importancia de los vínculos.

En el modelo pulsional, el bebé es un bebé primitivo, motivado únicamente por reducir la tensión interna, con poca o ninguna diferenciación entre sí mismo y los otros. El interés en los vínculos es secundario a otras motivaciones, consideradas primarias, y se adquiriría en el curso del desarrollo. Por ello, el desarrollo es discontinuo, porque el estadio temprano es diferente de la madurez psicológica. Sus investigaciones no se basan en la observación de bebés, sino en inferencias retrospectivas de personas en tratamiento. El trauma es entendido siempre desde el conflicto intrapsíquico. Los máximos exponentes son Freud y Klein.

En el modelo relacional, el bebé está programado biológicamente para la interacción humana, por lo que la relación es una motivación primaria. El bebé es absolutamente dependiente de la madre, la mente del bebé está organizada y devendrá más compleja e integrada en la medida de que el bebé entre en contacto con un ambiente de apoyo y cuidado, hasta conseguir una independencia relativa. En este modelo, el desarrollo se considera continuo, porque los mismos procesos que encontramos en el origen van a ser también los que organicen la vida adulta. Este modelo basa sus investigaciones, además de en la experiencia aportada por la clínica psicoanalítica, en la observación de niños, y apoya sus argumentos en la neurobiología, lo cual ha hecho que tuvieran más validez. El trauma es siempre entendido como una falla en la relación con el cuidador. En este modelo se sitúan el psicoanálisis intersubjetivista, el interpersonalista y el relacional.

El modelo mixto preserva ambas imágenes del bebé, tanto la del primer modelo como la del segundo, siendo Winnicott y Fairbairn los máximos representantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Balint, M. (1969). Trauma and object relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50: 429-435.
- Balint, M. (1979). Falta Básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Barcelona. Paidós. Psicología profunda
- Bion, Wilfred R. (2003). Aprendiendo de la experiencia. Barcelona. Paidós Ibérica Bion, Wilfred R. (2006). Volviendo a pensar, Buenos Aires. Hormé-Paidós.
- Boschan P.J.: “La controversia Freud Ferenczi y el problema de la realidad psíquica “. 39 Congreso Internacional de Psicoanálisis. San Francisco 1995.
- Boschan P.L “El niño no bienvenido y sus sueños” 1er. Congreso de Psicoanálisis. Apu 2000 Publicado en Ferenczi Oggi, Ed Bollati Boringhieri 2004 Torino Italia.
- Coderch, J.(2001). La relación paciente-terapeuta. Barcelona. Ediciones Paidós
- Coderch, J.(2006). Pluralidad y diálogo en psicoanálisis. Barcelona. Herder 15
- Daurella, N (2000). “El caso Ferenczi o el retorno de lo reprimido” Intercambios nº 5, pág 7-13
- Fairbairn, W. R. D. (1952). Estudio psicoanalítico de la personalidad. Buenos Aires: Hormé, 1970.
- Ferenczi, S. (1908). Psicoanálisis y pedagogía. Traducción castellana a Obras Completas Vol. 1. Madrid Espasa- Calpe.
- Ferenczi, S. (1926). “problemas actuales en psicoanálisis” En Psicoanálisis Espasa-Calpe. Madrid 1981-1984
- Ferenczi, S. (1929). El niño no bienvenido y su impulso de muerte O.C. Vol 4
- Ferenczi, S. (1932). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño O.C. vol.4

- Ferenczi, S. (1932). Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de Ferenczi de 1932. Traducción Castellana a Buenos Aires: Amorroutu.
- Freud, S (1895). Estudios sobre la histeria. En Obras Completas (vol.1) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1920). Más allá del Principio del placer. Obras Completas (XVIII) Madrid: Biblioteca Nueva 1973.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma, angustia. En Obras Completas (vol.1) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Freud, S. (1939). Moisés y el monoteísmo. En Obras Completas (vol.1) Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- Klein, M. (1946). Notas acerca de algunos mecanismos esquizoides. O.C 3
- Lyons- Ruth, K., y Jacobovitz, D. (1999). Attachments disorganization: unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y P. R. Shaver (ed.), Handbook of Attachment Theory and Research, pp. 520-554. New York: Guilford.
- Lyons-Ruth, Karlen “Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research” fue publicado originariamente en Journal of American Psychoanalytic Association, vol. 51, o. 3, p. 883-911, 2003
- Meltzer, D y Harris, M. (1989). El papel educativo de la familia. Barcelona. Espaxs
- Mitchell, S. (1993). Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración. Madrid. Siglo veintiuno ediciones.
- Orange D (2003) “ Why language matter to psychoanalysis?” Psicoanal. Dial, 13: 73-103 16
- Schwartz, J (1999). La hija de Casandra: Una historia del psicoanálisis en Europa y América. Madrid. Editorial Síntesis.
- Stolorow, R y Atwood, G (2004). Los Contextos del ser: Las bases intersubjetivas de la vida psíquica. España. Editorial Herder
- Sullivan, H. S. (1953). The Interpersonal Theory of Psychiatry, New York: Norton.
- Talarn, A. (2003). Sándor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud. Madrid : Biblioteca Nueva.
- Winnicott, D.(1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia, España.
- Winnicott, D. (1960a). La teoría de la relación progenitores-bebé. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, 1993.
- Winnicott, D.(1960b). La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, 1993.
- Winnicott, D. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Paidós, 1993.
- Winnicott, D.(1965b). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia. Exploraciones Psicoanalíticas I. Paidós, 1991

[http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre\\_10/\\_Angeles\\_Codosero.pdf](http://www.revistadeapra.org.ar/pdf/Noviembre_10/_Angeles_Codosero.pdf)

*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).