



Interacción, encuentros y pérdidas. Proceso terapéutico de los estados traumáticos desde la perspectiva relacional¹.

Catalina Munar²

Anne Fundació, Instituto Deseux, Barcelona

El psicoanálisis relacional en la medida que prioriza el contexto intersubjetivo resulta altamente terapéutico en los casos en que el dolor exige una especial y emocionada presencia, y una intervención de sostenimiento más que interpretativa. El hecho de compartir estados de ánimo que no pueden ponerse en palabras, en el seno de una escucha atenta y serena, permite elaborar las pérdidas en un contexto de mutualidad, interacciones continuadas, momentos de encuentro y reparación, que resultan especialmente impactantes para pacientes y terapeuta. Progresivamente se crea una relación de confianza que abre la vía del lenguaje y de las “palabras para contarlo”. La compleja evolución de una madre derrumbada, su manera de compartir en las sesiones su duelo, así como el proceso de cambio y progreso de un pequeño paciente en estado post-traumático, proporcionan un espacio de reflexión en torno a la aplicación terapéutica del Modelo Relacional.

Palabras clave: Trauma, Maternidad, Función de Contención

Relational psychoanalysis, inasmuch as it emphasizes the inter-subjective context, proves to be highly therapeutic in those cases where the pain demands a special and emotional presence of the therapist, and an intervention that offers sustenance over interpretation. Sharing states of mind that cannot be put into words, a process facilitated by the therapists' careful and caring attention, allows loss to be explored in a context of mutuality, in the context of an ongoing interactive experience, in moments of meeting and repair, all of which can be of extremely high impact for the patients and the therapist. Progressively, a trusting relationship is created which gives way to the language and the “words to say it”. In these clinical case presentations we will see the complex evolution toward health of an overwhelmed and broken mother by paying special attention to her way of gradually sharing her grief and mourning in the sessions. In the second case, we will see the process of change and progress of a young patient in a post-traumatic state, and his increasing capacity to share. Both illustrations allow us a reflective space in which to contemplate the therapeutic action of the Relational Model.

Key Words: Trauma, Motherhood, Containing Function.

English Title: Interaction, Encounters, Losts. Therapeutic process in the traumatic states from relational perspective.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Munar, C. (2009). Interacción, encuentros y pérdidas. Proceso terapéutico de los estados traumáticos desde la perspectiva relacional. *Clinica e Investigación Relacional*, 3 (2): 384-391.

[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939]

Introducción

En primer lugar, deseo manifestar mi agradecimiento al comité organizador por proporcionarme este espacio para presentar mi comunicación. Aprovecho la ocasión para hacer constar mi reconocimiento a Ramón Riera, por haberme abierto el camino de estudio del Psicoanálisis Relacional, acompañándome con entusiasmo, respeto y afecto.

Mi actividad docente en IARRP-España, hasta hoy, se ha centrado en el tema de la Parentalidad, Primera Infancia y las Tempranas Interacciones madre-hijo. En esta ocasión, me acerco de nuevo a la relación madre-hijo, desde un prisma diferente: el proceso de duelo de una mujer que perdió a su bebé a los pocos días de nacer y el estado traumático de un niño de 9 años cuya madre falleció al ser atropellada, cuando ella le acompañaba al colegio. En ambos casos me dispongo a presenciar un proceso doloroso de desvinculación y aceptación de la pérdida “sin volverse loco”, aportando mi presencia, mi compañía y muchas veces mi emocionado silencio.

“Nadie me puede ayudar”

Ana es una mujer bella que al entrar en la consulta parece desfallecer. Ahogada en lágrimas me relata que ha venido a verme aconsejada por una colega psiquiatra. Se presenta diciendo “me duele el corazón”. No puede dormir, no logra concentrarse y siente “un vacío enorme”. En nuestro primer encuentro me relata, con llanto entrecortado, su dolor por la muerte de su hijo así como toda la serie de síntomas insoportables que ella está ahora padeciendo. Su estado llegó a ser tan grave que, aunque hundida y poco confiada, decidió llamarme, sorprendiéndose luego de poder ser atendida casi de inmediato. Ana terminó nuestro primer encuentro concluyendo y verbalizando antes de despedirse: “nadie puede ayudarme ni aliviar mi dolor”. Yo respondí, seguramente con un tono emocionado, “la comprendo” y ella añadió, ya de pié: “pero quisiera volver, me puede ir bien hablar con usted”-.

El primer encuentro es determinante. La paciente desesperada, aunque referida por una persona muy querida por ella, viene a conocerme con una gran y comprensible desconfianza. Por mi parte, sé que pongo a prueba mi propia capacidad de ser confiable, de sostenerme a mí misma en un estado anímico saludable, tanto cuando pienso que podré ayudarla como cuando siento que soy incapaz de aliviar su dolor.

Ornstein (2004) afirma que cuando los pacientes alcanzan un sentido de seguridad en el tratamiento, comienzan a experimentar y eventualmente a expresar afectos que tuvieron que ser desestimados en el pasado. Sesión tras sesión, intentando crear esta base segura, escuché semanalmente el relato de Ana que historicaba su trauma: El embarazo de su hija, el nombre que habían elegido, el alumbramiento, el bebé en su regazo, la alegría de todos que se truncó inesperadamente y dió paso a “un calvario” de pruebas, análisis, y malas noticias. La

infección de la niña (“por virus no tratable”) requirió su ingreso en la unidad de cuidados intensivos, y le provocó, a los doce días, una sepsis letal.

“No le dieron ninguna oportunidad a mi bebé, ni tampoco a mí para ayudarla”.

Esta frase, que me impactó y guardé en mi memoria, nos ayudó a las dos para avanzar en el proceso terapéutico ya que, al recordársela en una sesión posterior, provocó el inicio de una cadena de “buenos entendidos” generadores de confianza mutua.

Me conmovió esta mujer porque a pesar de su dolor, me permitía acercarme emocionalmente, y yo podía mantenerme en una actitud de compartir sus vivencias tan trágicas, gracias a que ella también me validaba. Sin dicha validación me hubiera resultado demasiado cruel y doloroso su relato. La buena sensación que yo sentía me ayudaba a controlar también mi pánico y mi rabia. A nivel clínico, por otro lado, yo consideraba que podía progresar escuchando a Ana y, de hecho, aquí estoy privilegiando este caso para pensarlo, recordarlo y escribirlo para vosotros.

Vincularse y desvincularse

Tenemos muchos conocimientos, desde el psicoanálisis y las neurociencias, sobre los mecanismos de la construcción del vínculo madre-hijo, el peso brutal de las primeras interacciones, y la intensa preparación del psiquismo materno para el nacimiento de un hijo. En esta comunicación voy a centrarme en la de-construcción violenta de este vínculo, analizando qué puede ocurrir en la vida psíquica y afectiva de una mujer que interrumpe de golpe, trágicamente, el estado denominado por Stern “Constelación Maternal” (Stern, 1995) en el que se ha ido instalando progresiva y naturalmente durante nueve meses.

Según este autor, después del nacimiento de un bebé, la madre entra en una nueva y única organización psíquica, temporal y pasajera, de duración muy variable, que se convierte en el principal eje organizador de su vida psíquica. Este estado tan especial de la mujer, obliga a los clínicos a adoptar un marco distinto de tratamiento con un nuevo tipo de alianza terapéutica, que tenga muy en cuenta tres preocupaciones básicas: el discurso con su propia madre, el discurso consigo misma como madre, y el discurso con su bebé. “El psiquismo materno va a invadir toda la vida psíquica, determinando inmediatamente los pensamientos y el comportamiento” (Stern y Bruschiweiler, 1998)

Dado este contexto tan especial de la maternidad, ¿Qué pasos tiene que dar el psiquismo de Ana para volver a sentirse con un self reconstruido, sano y entero sin su bebé? ¿Qué elementos de la terapia sirven para la transformación hacia la cura y qué límites de mi misma, su terapeuta, pueden entorpecer el proceso o incluso dañarla?

Basándome en los citados trabajos de Stern (1995) tengo presente en todo momento que Ana además de sufrir por la pérdida afectiva de su hijo siente un desconcierto y una seria desubicación mental por no poder ejercer la función materna. Pienso que tendrá que atravesar, con mi compañía, el agujero del “enorme vacío”. Lo hicimos poco a poco,

analizando juntas su relato de vivencias pre y post-traumáticas. La ilusión de quedarse embarazada, la transformación corporal, el amor de su pareja, su propia vida afectiva, recordando anécdotas de su infancia poco relevantes y muy emotivas. Hicimos un recorrido por las figuras de apego primarias y de la adolescencia. A menudo le remarcaba sus aspectos positivos, su capacidad de afecto, su buena elección de pareja, hablábamos de las personas que ella tenía día a día a su lado, como referentes de permanencia, que no fallan. En una ocasión le dije que yo consideraba que ella es una persona con gran capacidad reflexiva y empática, que había logrado crear a lo largo de su vida interacciones gratificantes y estables por sus buenas competencias relacionales. Tímidamente me contestó: “Nunca lo había pensado, últimamente solo pensaba en mi dolor”. A partir de ahí empezó a analizar serenamente su obsesión por el deseo de tener otro hijo, lo cual la atormentaba como una necesidad imperiosa ya que pensaba que solamente podría mejorar si se quedaba de nuevo embarazada.

Ana desarmó paulatinamente su estado de constelación maternal en el que la propia naturaleza sana la había instalado, para recuperar su identidad, volviendo a sentir interés y amor por los suyos “que no se habían ido”

De esta manera mejoró los síntomas y, posiblemente, entre las dos evitamos que se agravara su derrumbe, aunque la pena y el estado emocional alterado permanecen aún hoy. No podemos borrar las huellas afectivas ni de la memoria, pero trabajamos para que una pérdida no sea el inicio de un estado disociativo o de una depresión melancólica. El tratamiento psicológico fue un elemento más de protección, que pudo funcionar al incluir y articularse con los soportes externos, interiorizados por Ana a lo largo de toda su vida. El factor terapéutico del tratamiento se suma a dichos soportes. Estos no fueron suficientes para darle un consuelo y recuperar un estado de salud sano.

Esta terapia es también la historia de una interacción, con momentos de encuentro, ruptura y reparación (Beebe y Lachmann, 2002). Las sesiones eran densas, concentradas, con un buen clima emocional que, dentro de lo trágico, nos hacía sonreír sobretodo en la despedidas: “que trabajo tan duro tiene usted...” me decía. Justamente estas palabras hacían que esta vivencia `para mí ya no fuera “tan dura”. Esta era nuestra bidireccionalidad que ilustro con una breve viñeta:

A: no nos dieron ninguna oportunidad ni a ella, ni a mí para ayudarla.

T: .usted me da la oportunidad de ayudarla...

A: (.sonríe)...eso que siempre decía que yo podía por mi misma....me costó mucho hacer caso y venir....

T: como cuando de pequeña quería hacer todo sola...

A: no me haga reír..

T:..a pesar de su gran dolor, que yo ahora conozco, puede darse permiso para reír y sentirse mejor, conmigo, y sobre todo con los suyos.

A: !darme permiso para reír!...tiene razón...no me lo he permitido desde aquellos días

que...*(vuelve a contar la muerte de la hijita).*

A la luz de los conocimientos de la interacción temprana sabemos que el estado traumático de Ana atraviesa las fases del duelo, con connotaciones específicas propias del psiquismo materno y como tal debe ser abordado, en el momento presente, con el telón de fondo de las primeras relaciones de su infancia y contemplando como elementos esenciales los efectos de todo ello a nivel transgeneracional. El proceso reflexivo, las palabras que ponen nombre a los sentimientos, el contacto con las emociones, los estados afectivos compartidos en el tratamiento, pueden ser, más adelante, un factor de protección de cara a las futuras vinculaciones afectivas de Ana con sus hijos, siguiendo el modelo de la transmisión intergeneracional (Fonagy 1991)

¿Qué queda en el lugar del apego brutalmente interrumpido y del “enorme vacío”? : Ana ha podido convertir el abismo en un **intenso recuerdo afectivo**, que la acompaña, le duele, pero no la enloquece.

“¿Por qué me ha pasado a mí?”

Toni es un niño de 9 años que acude a mi consulta con su padre. Hace un año iba al colegio acompañado por su madre y un autobús la atropelló brutalmente en un paso de peatones y cayó muerta. El niño notó que la madre se desprendía de él : *“me soltó la mano, un ruido horroroso, un montón de gente y yo llorando en la acera, llegó la policía, me llevaron a casa, me quedé agarrado a papá, luego me dijo: mamá ha muerto, ¿por qué me tuvo que pasar a mí?”.*

Toni presentaba un conjunto de síntomas invalidantes, que bloqueaban su desarrollo mental, relacional y físico, con grave afectación psicósomática, trastornos del sueño, y detención del peso y la talla.

En palabras del padre: “No puede adaptarse al colegio, no puede hacer amigos ni deporte, no quiere separarse de mí, ni para dormir”.

Al principio me chocó su tono de voz impostado, y su actitud excitada y condescendiente. Los sentí como una actuación protectora, y valoré mucho el esfuerzo de este niño para no derrumbarse, mostrándose activo, educado, colaborador conmigo, incluso cordial. Pero sus dibujos daban cuenta del grado de su trauma. Un árbol atravesado por un hacha, una casa al borde de un precipicio y una persona electrizada, más parecida a un extraterrestre que a un ser humano. De nuevo un sufrimiento difícil de poner en palabras que había tomado forma en un múltiple y variado cuadro sintomático.

Las sesiones consistieron en ayudarle a recordar. Le propuse **escribir un cuento juntos** para narrar su historia: **“había una vez un niño...”**. Aceptó diciendome *“tu escribes”*. Al principio le resultaba realmente doloroso. Nos apoyábamos en sus dibujos que necesitaba realizar compulsivamente cuando hablaba conmigo. Empezó a evocar el día, la hora, el

colegio, la calle, el semáforo, el paso de peatones, mientras iba ilustrando su relato, con escasa emoción, con sus dibujos. Afortunadamente estalló su rabia en la sesión en que recordó y mencionó al conductor del autobús. Expresó su incompreensión y desasosiego en torno al accidente una y otra vez. Me habló de su confusión, su susto y su rabia. Más tarde, Apareció la tristeza, al decirme *“no me queda nada de cuando murió mamá”, “le daba la mano y... aquel ruido horroroso”*. Le propuse pintar su mano: *“guardaremos pintada tu manita, la que dabas a mamá”*. Extendió la mano en un folio blanco y la resiguió con el lápiz en el papel (juego frecuente en la infancia). Luego lo repitió en otro folio y la recortó diciendo: *“así guardaremos las dos”*. Le dije que posiblemente su mano no había crecido por lo asustado que se había sentido, y que por ello no podía estudiar ni dormir, ni tener buenos amigos. Le hablé del impacto post- traumático provocado por la muerte de su madre. Aproveché para explicarle el objetivo de nuestros encuentros: poderlo contar para poder sentir, emocionarse y compartir los afectos. Siguió una etapa en la que e habló tranquilamente de su madre, y solicitaba la presencia del padre para añadir todo tipo de detalles.

Consideré básico favorecer el proceso reflexivo, escuchando su relato, hecho a pedazos, como un puzzle infantil. Y, como era de esperar, Toni se quejó, se lamentó profundamente *“de que le hiciera recordar tanto lo sucedido”* y me pidió a través de su padre (un hombre sereno y sabio, que a pesar de su profunda tristeza siempre pudo acompañarlo y ayudarlo) : *“Toni quiere hablar de otras cosas, dice que es muy duro hablar tanto de su madre”*. Respondí que me parecía bien, que me daba cuenta del esfuerzo de Toni en sus sesiones, y que ciertamente podíamos hablar de tantas cosas de su vida, colegio, amigos, lo que él quisiera. Le explicité que me alegraba de que pudiera quejarse a través de su padre y que ojalá pudiera pronto hacerlo por sí mismo. Toni cambió la expresión de su cara. Continuamos trabajando, él se apoyaba en sus dibujos y hablaba del fútbol, del inglés, de los enfados con sus amigos, del disgusto por sus malas notas. Progresivamente su voz empezó a no impostarse, recuperó el proceso reflexivo y el funcionamiento empático. A la vez, a medida que mejoraba los procesos de la Autorregulación y Regulación Interactiva (Beebe –Lachmann, 2002) fué reanudando su crecimiento físico, el sueño y la autonomía.

“¿ L’enfant, se souvient- il?”, es el título de un artículo de Cramer (2003) en el que plantea el estatuto de la memoria en la terapia psicoanalítica infantil. Sostiene que el niño pequeño no tiene inclinación a hablar de sus recuerdos, de su memoria autobiográfica, no habla de *“cuando yo era pequeño”*, al pedirle recuerdos se pierde en anécdotas y al pedirle por sus padres suele decir *“buenos”*. El autor sostiene que la amnesia infantil parece más densa que la adulta. Si libera fantasmas son mas del presente y del futuro, debido a una carencia de representaciones necesarias para construir una narración. En la época infantil no se pueden elaborar los mitos que dan sentido a la historia de cada uno. Los niños no quieren pensar en el pasado por no pensar en todo aquello que tendrán que abandonar. Esta obstinación en el presente hace difícil la tarea. El niño no hace asociaciones libres, no encadena una imagen a otra, un sentimiento a las palabras que contiene, una idea a los recuerdos que entaña, por eso sustituimos la asociación verbal por el juego y el dibujo. Los

escenarios del juego son como símbolos para el terapeuta que le sirven para entender el tipo de sufrimiento actual, y en torno a lo histórico. Es difícil, según Cramer, sostener que la terapia de un niño busca reconstruir el pasado y revivir la memoria. Lo considera una dificultad técnica. Añade que el exceso de memoria en lo post-traumático se debe a que al niño le falta epistemofilia reconstructiva.

Toni me ha permitido plantearme esta dificultad técnica y el modo de sortearla. Espero que con adecuada sintonía y contención estable para comprender su mente y los aspectos derivados de su trauma (Granieri 2008). El proceso psicoterapéutico ha dado, de este modo, un apuntalamiento favorecedor de su desarrollo.

No pudimos responder a su pregunta de “¿por qué me ha tocado a mí?”. No hay respuesta, ni la habrá. Como tantas cuestiones planteadas por los niños, son preguntas que nos conmueven y nos hacen sentir humanamente impotentes y limitados.

Con el paso del tiempo Toni recordará a su madre, quizá guarde de ella un magnífico e **intenso recuerdo afectivo**. Cuidaré su cuento y ojalá algún día tome él la palabra con salud y sabiduría para contarlo.

Ana y Toni nos enseñan que el vínculo materno-filial es tan potente como vulnerable. Así es la esencia de los seres humanos. En palabras de Ana, al tener un hijo se descubre el “amor infinito” y al perderlo “un dolor inimaginable”. Toni, por ser un niño, muestra su gran afecto y su pena, implícitamente, en sus relatos y dibujos.

El trabajo psicoterapéutico en este contexto ha sido para mí una experiencia emocional intensa y agradezco especialmente a Alejandro Ávila el hecho de poder compartirla en esta Primera Reunión de IARPP-E.

REFERENCIAS

- Beebe, B. y Lachmann, F. (2002). *Infant Research and Adult Treatment. Co-constructing interactions*. London: The Analytic Press..
- Cramer, B. (2003). L'enfant, se souvient-il?. *Cliniques Méditerranées* 67,109-116..
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Morgan, G., y Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental status: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 20-217.
- Granieri, A (2008). Puntos cardinales del trabajo psicoanalítico sobre el trauma. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (2): 287-292.
- Ornstein, A. (2004). *El trabajo con los padres en el tratamiento de niños* (presentado en Barcelona el 5 de Marzo de 2004)
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. y Bruschiweiler, N. (1998) *The Birth of a Mother*. New York: Basic Books.

NOTAS

¹ Trabajo presentado en las I Jornadas PSICOANALISIS RELACIONAL HOY EN LA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD GLOBAL, Las Navas del Marqués, Ávila, 13 y 14 de Febrero de 2009, organizadas por IARPP-España y el Instituto de Psicoterapia Relacional (Madrid).

² Psicóloga Clínica. Anne Fundació, Instituto Universitario Dexeus- Barcelonó. Miembro y Docente de IARPP-España. Dirección de contacto: Catamunar@annefundacio.org