



REPENSANDO EL CONCEPTO DE TRAUMA Una redefinición desde los aportes del Psicoanálisis Relacional

Juan José Martínez Ibáñez¹
IARPP-España (Sevilla)

El autor hace un recorrido histórico desde los comienzos del desarrollo del concepto de trauma, en los finales del siglo XIX, hasta hoy. Por el mismo desfilan Charcot, Janet, Freud, llegando hasta el Psicoanálisis Relacional, como exponente actual dentro del desarrollo del Psicoanálisis. Propone un término para que pueda ser utilizado por el psicoterapeuta, en sus sesiones con sus pacientes. Dicho término lo denomina: Acontecimientos vitales para ser co-mentalizados. De este modo, el autor pretende que todo el impacto emocional, que toda situación traumática provoca a nivel mental, en cualquier ser humano que esté en contacto con dicha situación, pueda ser asimilado por parte del psicoterapeuta, para poder pensarlo o mentalizarlo y de ese modo ayudar al paciente a que él también pueda mentalizarlo

Palabras clave: Trauma, Psicoanálisis Relacional, Pensar los pensamientos, Bion, Mentalización, Fonagy, Vitalidad, Stern. Acontecimientos vitales para ser co-mentalizados

The author takes a historical journey from the beginnings of the concept of trauma, in the late nineteenth century until today. Passing by Charcot, Janet, Freud, reaching Relational Psychoanalysis, as the exponent of the present development within Psychoanalysis. He proposes a term which can be used by the psychotherapists, in their sessions with patients. This term is called: Life events to be co-mentalised. Thus the author claims, that all the emotional impact, that any traumatic situation at a mental level in any human being, who is in contact with such a situation can be assimilated by the psychotherapist, to be able to mentalise the situation and thereby help the patient that they to be able to mentalise the situation.

Key Words: Trauma, Relational Psychoanalysis, Thought process, Bion, Mentalization, Fonagy, Vitality, Stern, Life events to be co-mentalised.

English Title: Rethinking the concept of trauma. A redefinition of the contributions of Relational Psychoanalysis.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Martínez Ibáñez, J.J. (2010). Repensando el concepto de trauma. Una redefinición desde los aportes del psicoanálisis relacional. *Clinica e Investigación Relacional*, 4 (3): 542-561. [ISSN 1988-2939]

El concepto de trauma a finales del Siglo XIX, a principios del Siglo XX y el Psicoanálisis Clásico.

Durante las dos últimas décadas del siglo XIX, el desorden mental llamado histeria se convirtió en un objetivo fundamental de la investigación seria. En ese momento el término histeria era tan bien definido por todos que nadie se había tomado la molestia de definirlo de forma sistemática. Durante veinticinco siglos la histeria había sido considerada una enfermedad extraña con síntomas incoherentes e incomprensibles. La mayoría de los médicos creían que era una enfermedad propia de las mujeres y que se originaba en el útero. De ahí su nombre, histeria. La histeria era una dramática metáfora médica para todo aquello del sexo opuesto que a los hombres les resultaba misterioso e incontrolable. El patriarca del estudio de la histeria fue el gran neurólogo francés Jean Marie Charcot. Su reino era el hospital de la Salpêtrière, un antiguo y enorme complejo hospitalario que llevaba tiempo siendo el centro de beneficencia de los más desdichados del proletariado parisino de esa época: mendigos, prostitutas y locos. Charcot transformó la descuidada institución en un templo de la ciencia moderna y los nombres más prestigiosos y ambiciosos de las nuevas disciplinas de neurología y la psiquiatría, viajaron a París para estudiar con el maestro. Entre los distinguidos médicos que hicieron el peregrinaje al Salpêtrière, estaban Pierre Janet, William James y Sigmund Freud. El estudio de la histeria cautivó a la imaginación pública como una gran expedición a lo desconocido. Las investigaciones de Charcot eran conocidas no sólo en el mundo de la medicina, sino también en el de la literatura y de la política. Sus conferencias de los martes eran acontecimientos teatrales, a los que acudía un público multicolor venido de todo París, autores, médicos, todos ellos atraídos por su morbosa curiosidad. En dichas conferencias, Charcot ilustraba sus descubrimientos con demostraciones en vivo. Las pacientes que exponía, eran jóvenes mujeres, que habían encontrado refugio en el hospital y que habían vivido la violencia constante, la explotación y la violación. El hospital les daba más seguridad y protección de la que jamás habían conocido; para un grupo selecto de mujeres, que se convirtieron en las estrellas de las demostraciones de Charcot, el hospital también les proporcionaba algo parecido a la fama.

Todos reconocían que Charcot tenía una gran valentía, por atreverse a estudiar la histeria; su prestigio le daba credibilidad a un campo que había sido considerado muy inferior a la investigación científica seria. Antes de la época de Charcot, las mujeres histéricas, habían sido consideradas unas manipuladoras y su tratamiento había quedado relegado al dominio de los hipnotizadores y curanderos populares. Cuando murió Charcot, Freud le elogió como el patrón liberador de los afligidos: “A la histérica no se le daba ningún crédito por nada. Lo primero que hizo el trabajo de Charcot fue devolverle la dignidad al tema. Poco a poco empezó a desaparecer esa sonrisa despectiva que la paciente podía esperar de la gente. Ya no se le consideraba necesariamente un farsante porque Charcot había defendido con todo el peso de su autoridad la autenticidad y objetividad del fenómeno de la histeria”.

El planteamiento que hizo Charcot sobre la histeria era el de un taxonomista. Puso el énfasis sobre la observación cuidadosa, la descripción y la clasificación.

Documentó de manera exhaustiva los síntomas característicos de la histeria, no solo por escrito, sino también con dibujos y fotografías. Charcot se centró en los síntomas de la histeria que se parecían al daño neurológico: parálisis motrices, pérdidas sensoriales, convulsiones y amnesia. En 1880, había demostrado que estos síntomas eran psicológicos, ya que se podían inducir artificialmente y aliviar a través del uso de la hipnosis.

Aunque Charcot prestó una minuciosa atención a los síntomas de sus pacientes histéricas, lo cierto es que no sentía ningún interés por su vida interior. Contemplaba sus emociones, como síntomas que debían ser catalogados. La ambición de los seguidores de Charcot era demostrar cuál era la causa de la histeria y así superar su trabajo. La rivalidad era especialmente intensa entre Janet y Freud. Cada uno de ellos quería ser el primero en hacer el gran descubrimiento. Estos investigadores se dieron cuenta de que para alcanzar su objetivo no bastaba con observar y clasificar a las histéricas. Era necesario hablar con ellas. Durante una breve década, hombres de ciencia escucharon a las mujeres con una devoción y un respeto que no ha tenido parangón ni antes ni después. No eran infrecuentes las reuniones diarias con pacientes histéricas y muchas de dichas sesiones se alargaban durante horas. Los casos estudiados en ese período eran casos como colaboraciones entre médico y paciente.

Las investigaciones dieron su fruto. A mediados de la década de los noventa, Janet, en Francia y Freud con su colaborador Breuer, en Viena, habían llegado por separado, a formulaciones sorprendentemente parecidas: la histeria era una condición causada por el trauma psicológico. Ellos pensaban que los traumas eran la causa de las neurosis y que según los términos de la energía, consiste en un exceso de estimulación: "Un trauma se podría definir como un aumento de excitación dentro del sistema nervioso, que éste último no es capaz de tramitar suficientemente mediante reacción motriz" (Freud, 1892). Reacciones emocionales insoportables a acontecimientos traumáticos producían un estado alterado de la conciencia que, a su vez, creaba los síntomas de la histeria. A esta alteración en la conciencia Janet la llamó "disociación" (P. Janet, 1889), y Freud y Breuer (J. Breuer y S. Freud, 1893) la llamaron "doble conciencia".

Tanto Janet como Freud, reconocieron la similitud esencial entre los estados alterados de conciencia inducidos por el trauma psicológico y aquellos inducidos por la hipnosis. Janet creía que la capacidad de disociación o de trance hipnótico, era una señal de debilidad psicológica o de capacidad de sugestión. Freud y Breuer argumentaban lo contrario: que la histeria, con sus asociadas alteraciones de conciencia, podía darse entre "personas del más claro intelecto, de la más grande fuerza de voluntad, con el mayor carácter y con la más elevada capacidad crítica. Ellos también, en una recapitulación inmortal escribieron que las "histéricas sufren principalmente de reminiscencias" (J. Breuer y S. Freud, 1883).

A mediados de la última década del siglo XIX, estos investigadores también habían descubierto, que los síntomas histéricos podían ser aliviados, cuando los recuerdos traumáticos así como las intensas emociones que los acompañaban eran recuperados y puestos en palabras. Este método de tratamiento se convirtió en la base de la psicología moderna. Janet llamó a la técnica "análisis psicológico" y Breuer y Freud "abreacción" o "catarsis" y posteriormente Freud la llamó "psicoanálisis". Pero el nombre

más sencillo y quizá el mejor, se lo inventó una de las pacientes de Breuer, Anna O, cuando ella llamó a su íntimo diálogo con Breuer la “cura de hablar” (talking cure). (J. Breuer y S. Freud, 1893).

Estas colaboraciones entre el médico y el paciente, adquirieron la calidad de expediciones, en las que la solución al misterio de la histeria, se podía encontrar en la dolorosa reconstrucción del pasado de la enferma. Al describir su trabajo con una paciente, Janet observó que a medida que se desarrollaba el tratamiento, el descubrimiento de los traumas recientes, daba paso a la exploración de hechos anteriores. (P. Janet, 1891). Al describir su trabajo con Anna O, Breuer hablaba de seguir hacia atrás el hilo de la memoria” (J. Breuer y S. Freud, 1893). Fue Freud quien siguió el hilo más lejos y eso invariablemente le llevó a la exploración de la vida sexual de las mujeres. A pesar de una antigua tradición clínica que reconocía la asociación entre los síntomas de la histeria y la sexualidad femenina, los mentores de Freud, Charcot y Breuer se habían mostrado muy escépticos ante el papel de la sexualidad en los orígenes de la histeria.

Siguiendo hacia atrás el hilo de la memoria, Freud y sus pacientes descubrieron importantes hechos traumáticos de la infancia, escondidos bajo otras experiencias más recientes y relativamente triviales que habían disparado el comienzo de los síntomas histéricos. En 1896, Freud creía haber encontrado el origen de la enfermedad y presentó un informe sobre dieciocho casos titulado “La etiología de la histeria”, donde describía con detalles, hechos que le permitieron afirmar, que detrás de cada caso de histeria había una o más incidencias de experiencias sexuales prematuras, experiencias que pertenecen a los primeros años de la infancia.

Un siglo después, su informe todavía rivaliza con descripciones contemporáneas sobre los efectos de los abusos sexuales en la infancia. Sin embargo, la publicación de “La etiología de la histeria” significó el fin de esta línea de investigación. Tan sólo un año después, Freud había repudiado en privado, la teoría traumática de los orígenes de la histeria. Enfrentado a este dilema, Freud dejó de escuchar a sus pacientes femeninas. El punto de inflexión queda documentado en el famoso caso de Dora. Este, el último de los de Freud sobre histeria, parece más una batalla de voluntades que una empresa de colaboración.

La ruptura de su alianza, marcó el amargo final de una era de colaboración, entre ambiciosos investigadores y pacientes histéricas. Durante casi otro siglo, estas pacientes volverían a ser despreciadas y silenciadas. Freud creó el psicoanálisis sobre las ruinas de la teoría traumática de la histeria. La teoría psicológica dominante del siguiente siglo se basó sobre la negación de la realidad de las mujeres y el psicoanálisis se convirtió en el estudio de las vicisitudes internas de la fantasía y el deseo disociadas de la realidad de la experiencia.

Un somero recorrido desde una perspectiva social y política del trauma

En el libro de Judith Herman, que lleva por título *Trauma y recuperación* (1997), hay unas interesantes afirmaciones, que nos invitan a pensar en este tema tan controvertido. Ella dice: “el estudio del trauma psicológico, tiene una historia curiosa: una de amnesia episódica. Los períodos de investigación activa se han alternado con

períodos de olvido. En el siglo XIX se emprendieron líneas parecidas de investigación, para ser luego abandonadas y redescubiertas mucho tiempo después. Con frecuencia, los documentos clásicos de hace cincuenta o cien años parecen trabajos contemporáneos”. Podemos citar aquí el artículo de Sandor Ferenczi, “Confusión de lengua entre los adultos y el niño” (Ferenczi, 1933), o también el artículo “Reflexiones sobre el traumatismo”, del mismo autor (Ferenczi, 1934). Aunque lo cierto es que este campo de investigación tiene una tradición abundante y rica, ha sido olvidado periódicamente y debe ser reclamado también del mismo modo”. La autora nos sigue diciendo: “Esta amnesia intermitente, no es resultado de los cambios normales, en las tendencias que suelen afectar, a cualquier iniciativa intelectual. El estudio del trauma psicológico, no languidece a causa de falta de interés, sino que el tema provoca una controversia tan intensa, que con frecuencia, se convierte en un anatema. El estudio del trauma psicológico ha cruzado repetidas veces la frontera hacia los territorios de lo impensable y ha erosionado dogmas de fe”.

Estudiar el trauma psicológico es enfrentarse tanto a la vulnerabilidad humana en el mundo natural, como a la capacidad de hacer el mal que hay en la naturaleza humana. Estudiar el trauma psicológico, significa ser testigo de acontecimientos terribles. Es moralmente imposible mantenerse neutral en este conflicto. Al testigo se le exige tomar posiciones. Resulta muy tentador ponerse al lado del perpetrador. Que no haga nada es lo único que éste pide al testigo. Apela al deseo universal de no ver, no oír y no decir nada. Las víctimas, al contrario, le piden al testigo que comparta con ellas su carga de dolor. La víctima exige acción, compromiso y recuerdo. Leo Eitinger, un psiquiatra que ha estudiado a los supervivientes de los campos de concentración alemanes, describe el cruel conflicto de intereses entre la víctima y el testigo. “La guerra y las víctimas, son algo que la comunidad quiere olvidar; se corre un velo de olvido sobre todo aquello que es doloroso y desagradable. Los encontramos a ambos lados enfrentados cara a cara: por un lado tenemos a las víctimas que quizá quieran olvidar, pero que no son capaces de hacerlo y por el otro, a todas aquellas personas con motivos poderosos y a menudo inconscientes, para olvidar y que consiguen hacerlo. El contraste es con frecuencia muy doloroso para ambas partes. La más débil sigue siendo la parte perdedora en este diálogo silencioso y desigual”.

El estudio del trauma psicológico, debe estar constantemente en lucha con la tendencia a desacreditar a la víctima o a hacerla invisible. A lo largo de toda la historia de este campo de estudio, ha existido una disputa, sobre si las pacientes con condiciones post-traumáticas merecen ser cuidadas y respetadas o si merecen ser despreciadas, sin que importe si en realidad sufren o fingen. Sin importar si sus historias son verdaderas o falsas y si son falsas, si han sido imaginadas o fabricadas conscientemente. A pesar de que existe una enorme cantidad de textos, que documentan el fenómeno del trauma psicológico, el debate se sigue centrando en una cuestión elemental: si estos fenómenos son creíbles y reales.

No sólo pone en duda repetidamente, la credibilidad de los pacientes, también se pone en duda la de los investigadores de las condiciones post-traumáticas. Los médicos que escuchan demasiado tiempo y con demasiada atención a pacientes traumatizados a menudo se convierten en sospechosos para sus colegas como si se contaminaran con el contacto. Los investigadores que analizan este campo y se alejan demasiado de las fronteras de las creencias convencionales, a menudo se ven sometidos a una especie de

aislamiento profesional. Mantener la realidad traumática en la conciencia, exige un contexto social que reafirme y proteja a la víctima y que una a esta y al testigo en una alianza común. En el caso de la víctima individual, este contexto social se crea mediante su relación con amigos, amantes y familia. En el caso de la sociedad en general, el contexto social se crea a través de los movimientos sociales que dan voz a los desamparados.

Por consiguiente, el **estudio sistemático** del trauma psicológico, depende del apoyo de un movimiento político. De hecho, el que dicho estudio pueda ser emprendido o discutido en público es, por sí mismo, una cuestión política. El estudio del trauma de guerra, se hace legítimo tan sólo en un contexto que cuestiona el sacrificio de vidas de hombres jóvenes en combate. El estudio del trauma en la vida sexual y doméstica solo se hace legítimo en un contexto que cuestione la subordinación de mujeres y niños. Los avances en este campo, sólo ocurren cuando están apoyados por un movimiento político, lo suficientemente poderoso, como para legitimar una alianza entre investigadores y pacientes, y para contrarrestar los habituales procesos sociales de silencio y negación. Si no existen poderosos movimientos políticos, a favor de los derechos humanos, el proceso activo de prestar testimonio no hace sino dar paso al proceso activo del olvido. La disociación y la negación son fenómenos tanto de la conciencia social como de la individual.

Durante el siglo XX, una determinada forma de trauma psicológico subió a la superficie es tres ocasiones. En cada una de ellas, la investigación del trauma ha florecido en asociación con un movimiento político. El primer trauma que apareció fue la histeria, el arquetípico desorden psicológico de las mujeres. Su estudio floreció entre el movimiento político republicano y anticlerical francés de finales del siglo XIX. El segundo fue el trauma de guerra o neurosis de combate. Su estudio comenzó en Inglaterra y en Estados Unidos después de la Primera Guerra Mundial y alcanzó su punto álgido tras la Guerra de Vietnam. Su contexto político fue el derrumbamiento del culto a la guerra y el crecimiento de los movimientos pacifistas. El último y más reciente trauma que ha alcanzado la conciencia social es la violencia sexual y doméstica. Su contexto político es el movimiento feminista en Europa occidental y Norteamérica. Nuestra comprensión contemporánea del trauma psicológico, se basa en una síntesis de estas tres líneas de investigación independientes.

¿A qué llamamos trauma?

En realidad, un suceso traumático, es un acontecimiento negativo, 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 y de indefensión. Además, se trata de un suceso, con el que una persona no espera encontrarse nunca, porque no forma parte de las experiencias humanas habituales. Por ello, la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas, para afrontar algo desconocido y poco habitual, explican el impacto psicológico, de este tipo de sucesos. En este apartado figuran por ejemplo, las agresiones sexuales, las relaciones de pareja traumáticas, los actos de terrorismo, la tortura y el secuestro, los delitos violentos o el suicidio de un ser querido (sobre todo si se trata de un hijo)

Hay acontecimientos, que aún causando dolor y malestar emocional, no son propiamente traumáticos. Es el caso, por ejemplo, de cambios vitales como el traslado de ciudad o la salida de los hijos del hogar, o de situaciones de crisis, como la pérdida no deseada de pareja, la jubilación impuesta o la muerte de un ser querido. Tampoco constituye un trauma, en sentido estricto, por mucho sufrimiento que sea capaz de generar, el estrés crónico, que se relaciona con una situación de sobrecarga continua. De esta sobrecarga, pueden ser responsables, factores externos, como una enfermedad crónica, la presión laboral de los jefes o el malestar con los compañeros, o factores internos, como el perfeccionismo o las dificultades de organización de la persona.

En realidad, el trauma es la reacción psicológica derivada de un suceso traumático. Cualquier acontecimiento de este tipo, quiebra el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás seres humanos. El elemento clave es la pérdida de confianza básica. Las pérdidas pueden ser de muchos tipos: pérdidas materiales, pérdidas de la propia dignidad personal, pérdidas de la confianza en otras personas, pérdidas de creencias e ideales de toda la vida, etc. Se trata de mucho más que de la pérdida de la dignidad: es la pérdida de la integridad del propio yo, del propio self, de la propia persona. Una persona traumatizada es, en cierto modo, como un lisiado psíquico.

Lo que fractura el espíritu de una persona, es la violencia intencional e injustificada, generada por otros seres humanos. Por eso, cuando las personas abominan del mal, lo hacen del que causa otro ser humano. Frente a la devastación ciega de la naturaleza, las personas suelen resignarse, pero no indignarse. Por lo tanto, un evento traumático, está considerado siempre, como algo especialmente destructivo en la vida de los individuos, familias y comunidades afectadas. Que el evento es destructivo, es algo evidente de por sí; lo destacado es la naturaleza única de tal disgregación, la cual ocurre a diferentes niveles, afectando potencialmente a muchos otros, más allá de las víctimas inmediatas. Los eventos traumáticos, fuerzan las capacidades ordinarias de los individuos y las comunidades, más allá de un punto, que sus recursos mentales pueden tolerar y absorber. En teoría todos somos vulnerables, aunque, de hecho, muchos nunca se convertirán en víctimas. Tal potencialidad y falta de previsión, son las que, en su conjunto, determinan la necesidad de una preparación ante la emergencia y de las intervenciones posteriores al trauma, tanto a nivel individual como de sistemas.

El trauma psíquico desde el punto de vista del Psicoanálisis Relacional

A lo largo de los años, clínicos y estudiosos han estado preocupados, acerca del impacto duradero, del trauma temprano, en la infancia y en la temprana niñez. Esa temprana adversidad, fue bien aceptada en las familias y en la comunidad antes de las consideraciones de Freud, acerca del trauma infantil, que lo había basado en las reconstrucciones narrativas de sus pacientes adultos. Pero no fue hasta los años veinte del siglo pasado y especialmente con la emergencia de la teoría del Apego, que un conocimiento más considerado, surgió sobre cómo, la calidad de un cuidado temprano del infante y un apego parental, dejaba una marca indeleble, sobre la psicología individual del niño, sobre su capacidad de amor y sobre la capacidad de sentir cariño por otros, como adultos.

Actualmente, ha habido un acercamiento productivo, entre los clínicos dedicados a ayudar a los niños que están creciendo en circunstancias adversas y los científicos del

desarrollo, que están tratando de comprender, cómo las adversidades tempranas, han impactado duraderamente sobre la salud física y psíquica del niño. Numerosas evidencias, ya sea desde la psicología del desarrollo como de las investigaciones de los laboratorios de neurociencia, indican que los fallos precoces en el cuidado parental, generan un impacto comprometedor y duradero, sobre las capacidades de regulación del estrés de los hijos y sobre las capacidades en el cuidado de los hijos de aquellos hijos cuando llegan a adultos (Francis et al, 1999). Tales adversidades tempranas, también hacen a los adultos, más vulnerables al estrés y a las condiciones relacionadas con el estrés, tales como enfermedades cardiovasculares y consumo de drogas (Nemeroff et al, 2006).

El campo de la salud mental está en un período tremendamente excitante. Recientes descubrimientos, desde la neurociencia cognitiva, han revelado algunos nuevos “insights”, sobre cómo los procesos mentales, emergen desde la actividad del cerebro. Avances independientes en la ciencia del desarrollo, especialmente estudios longitudinales en el campo del Apego, arrojan nuevas luces, sobre cómo las experiencias tempranas, influyen a los procesos fundamentales como memoria, emoción y la regulación de la conducta. Los, a menudo aislados campos, de la neurobiología y del Apego, tienen un conjunto fascinante de descubrimientos relevantes, acerca de la comprensión del trauma. Examinando estas y otras áreas de investigación, pueden ofrecernos nuevas formas de comprensión, sobre cómo la mente en desarrollo está formada, por la interacción de la experiencia interpersonal y los procesos neurobiológicos en la creación de la mente humana. Este enfoque ha sido descrito como “neurobiología interpersonal” (Siegel, 2001).

Echando mano a un amplio conjunto de ramas de la ciencia, desde la neurobiología al Apego, nosotros podemos profundizar nuestra comprensión de la experiencia humana y el arte de la psicoterapia. Un enfoque interdisciplinario extensivo, puede echar mano de descubrimientos, desde una amplia variedad de disciplinas académicas aisladas para encontrar la convergencia de distintas perspectivas. Tales como una “consiliencia” (Wilson, 1998) o unidad de conocimiento, que nos ayuda a permanecer asentados en los descubrimientos de la ciencia empíricos, “objetivos”, como nosotros enfocamos nuestra atención sobre los -igualmente reales- aspectos de las vidas mentales “subjetivas” de nuestros pacientes. Tal punto de vista amplio, nos puede permitir a los clínicos, ganar nuevos “insights”, dentro de nuestro trabajo y también proponer algunas nuevas posibilidades, que expandan su potencial terapéutico y apunten a nuevas direcciones para el futuro. Nuestros esfuerzos, para realzar y comprender la salud mental, pueden ser alimentados en gran medida, por un enfoque sobre la mente, el cerebro y las relaciones humanas basadas en las investigaciones interdisciplinarias apoyadas científicamente.

Como las relaciones, son creadas, por los patrones de comunicación entre las personas, uno puede imaginar, que la psicoterapia permite, que dos mentes se unan, una a la otra y compartan, el flujo de energía y de información entre ellas. Este proceso de unión, puede producir un sentimiento de entusiasmo, pero ¿cómo hacer para que promueva cambio y curación? ¿Cómo incorporamos las ideas acerca de las relaciones y el desarrollo dentro de nuestra comprensión moderna del cerebro y de la mente?

La mente humana es un sistema complejo. En orden a profundizar nuestra

comprensión, de la respuesta de la mente al trauma, y cómo el proceso de resolverlo puede ocurrir, es útil examinar, la naturaleza de la complejidad y su potencial relación al bienestar mental. Las dinámicas no lineales de los sistemas complejos, revelada en la probabilidad, derivada matemáticamente, de la perspectiva de la teoría del caos o la teoría de la complejidad, nos puede ayudar a comprender, cómo los sistemas capaces de conductas caóticas, se organizan a ellos mismos, a lo largo del tiempo. La aplicación de la teoría de la complejidad, a los procesos mentales, es una aventura excitante dentro de la “consiliencia” y una profundización, de nuestra capacidad, para comprender tales procesos, como auto-regulación de los estados de la mente y las relaciones interpersonales. La teoría de la complejidad, ofrece varios fundamentos conceptuales, que pueden servir como guía para crear una definición funcional de salud mental.

A un sistema complejo lo podemos definir como un sistema abierto, constituido por múltiples capas y capaz de realizar conductas caóticas. La conducta de las partes componentes de un sistema complejo, pueden ser descritas, a través de la evaluación de sus estados emergentes y cómo ellos cambian a través del tiempo. Estos estados implican, la activación de las partes componentes. Las dinámicas no lineales de los sistemas complejos, describen las formas en las cuales, los pequeños cambios en la entrada inicial al sistema, pueden llevar a salidas impredecibles. Un sistema dinámico y complejo, puede además ser observado y anticipado, en los estados, a corto plazo, pero en el largo plazo, la emergencia de los estados en conjunto, no pueden ser exactamente predecibles. La mente humana y por supuesto los pares de mentes y la comunidad de mentes, se ajusta y se ajustan a estos criterios de los sistemas complejos (Boldrini et al, 1998).

Aquí tenemos algunos principios destacables de la teoría de la complejidad que son relevantes para la psicoterapia y la salud mental:

- Los sistemas complejos tienen un proceso auto-organizado, que emerge, de la naturaleza de las propiedades de sus partes componentes.
- Los flujos de los estados de los sistemas, tienen unas características recurrentes, tanto internas como externas, que refuerzan el flujo en una dirección particular.
- Ambas restricciones, ya sean internas o externas, o características, determinan el curso del cambio o trayectoria del sistema a lo largo del tiempo.
- Los procesos auto-organizativos, tienden a mover al sistema hacia la complejidad máxima.
- La capacidad de crear estados complejos al máximo, ofrece la mayor estabilidad, flexibilidad y adaptabilidad a los estados que emergen. La complejidad es un estado del sistema, que fluye entre la semejanza, la rigidez, el orden y la capacidad de predecir por un lado y el cambio, la aleatoriedad, el caos y la no capacidad de predecir por el otro lado.
- La complejidad se consigue gracias al balance de los dos procesos fundamentales de diferenciación e integración.
- La incapacidad de los sistemas a moverse hacia la complejidad, puede ser vista, como una forma de estrés del sistema.

Una idea interesante, que emerge de la aplicación de la teoría de la complejidad a los procesos mentales, es esta: los sistemas, que son capaces de moverse, hacia la complejidad máxima, son sistemas saludables. Ellos, son más estables, adaptables y

flexibles. De esta manera, a la salud mental podemos definirla, como un proceso de auto-organización, que permite al sistema, sea una persona, una relación, una familia, una escuela, una comunidad o una sociedad, continuamente moverse hacia la complejidad máxima.

El cerebro se muestra, como naturalmente es, conducido tanto, por la información genética y por el impacto de la experiencia, que diferencian sus circuitos. Tales procesos, capacitan al cerebro, para conseguir una variedad incalculable de procesos cognitivos y afectivos. La dinámica de estos procesos, crean un flujo, que se mueve hacia la complejidad, balanceándose entre, la diferenciación (especialización) de los componentes, con la integración (trabajando juntos como un todo funcional) de los componentes del sistema. En términos de la experiencia, la complejidad fluye, entre el hartazgo y la ansiedad. El flujo óptimo, iría por el medio y se experimentaría como una clase de armonía. Cuando un sistema no se mueve hacia la complejidad, puede ser considerado como “estresado”. Tal desviación mueve al sistema según qué lado de la complejidad afecte, rigidez (monotonía) por un lado, caos (disonancia) por el otro. Un sistema estresado no funciona óptimamente, oscilando a ambos lados de la complejidad.

Este es el sello distintivo de las condiciones post-traumáticas no resueltas. Nosotros podemos aplicar estas ideas, a las experiencias óptimas de aprendizaje. Los ambientes de aprendizaje, los cuales bombardean al individuo con información, que no puede ser procesada de manera efectiva, producen estrés, de manera abrumadora al sistema y lleva al caos y a la incerteza. Las experiencias que están poco estimuladas, crean estrés, ya que ellas están complementadas con excesiva monotonía y pronosticabilidad y por lo tanto no permiten, al sistema de la mente de los estudiantes moverse hacia la complejidad. En la psicoterapia efectiva, el terapeuta ofrece al paciente una sólida relación y unas experiencias específicas, que ayudan a promover complejidad, durante las sesiones y eventualmente a tener la capacidad de auto-organizarse y moverse hacia la complejidad fuera de las sesiones.

Acontecimientos vitales para ser co-mentalizados

Retomando algo de lo dicho anteriormente, en relación a las características del trauma, tenemos que algunas características del trauma psicológico son:

1. Es una catástrofe, siempre se trata de una situación extraordinaria compartida con unas pocas personas: no es una experiencia universal.
2. Casi siempre provoca la alarma pública o privada: algunas veces altera temporalmente la estructura social.
3. Es un evento que evoca la representación de roles sociales específicos, esto es: “víctima”, “héroe”, “verdugo”.
4. El mismo evento es en ocasiones previsible, en otras es recurrente, pero la mayor parte de las veces es arbitrario y azaroso.
5. Casi siempre amenaza la vida y siempre connota una pérdida, sea o no inminente.
6. Aunque se trata a menudo de un fenómeno universal, la propia experiencia es solitaria y el individuo se siente solo y único.

7. Muy raramente es algo percibido por los demás, puede alterar la vida del individuo pero la estructura social permanece inalterada.
8. Siempre es vivido como algo impactante, inesperado y que puede sucederle a los demás pero nunca a uno mismo.
9. Algunas veces puede poner en riesgo la vida. Implica siempre la pérdida del modo de vivir tal y como éste era antes de la situación traumática.

De modo que, si pensamos acerca de estas características, nos damos cuenta, que nos hablan de sucesos que nos ocurren a lo largo de la vida, esté siendo ésta, venturosa o no. Por lo tanto, serían acontecimientos vitales, que desde que nacemos, estamos expuestos a que algunos de ellos nos ocurran y nos afecten y como consecuencia de ello, nos generen alguna secuela, que tendremos que sobrellevarla como mejor podamos, ya sea solos o en grupo. Pero como estamos hablando acerca de los seres humanos, al pensar este tema en relación a nuestra profesión de psicoanalistas relacionales, no podemos dejar de incluirnos como una de las partes de la relación terapéutica, en tanto seres humanos y tenemos que tener muy en cuenta, que nuestra mente, se verá muy afectada, si algunas de estas características del trauma, aparecen en los relatos de nuestros pacientes. Por lo tanto voy a intentar fundamentar la necesidad de redefinir el concepto de trauma, en tanto ha sido concebido desde un pensamiento unipersonal, y por lo tanto perturbador para los que concebimos un modelo psicoanalítico basado en la relación.

El psicoanálisis ha evolucionado, tal y como Freud, su creador, había deseado que ocurriera. En múltiples pasajes de sus artículos, habla acerca de sus aportaciones diciendo que no son más que “elucubraciones de altos vuelos” o de que “mis aportes seguramente serán sustituidos por otros debido a nuevas aportaciones y descubrimientos”. De modo que en el momento actual del desarrollo del pensamiento psicoanalítico, tenemos que sentirnos satisfechos, porque gracias a las investigaciones que se están llevando a cabo, por aquellos psicoanalistas, que se atreven a disentir con la corriente conservadora e inmovilista, que hay dentro del “establishment” psicoanalítico, estamos llegando a nuevos conceptos y descubrimientos, que nos permiten pensar, en un psicoanálisis diferente, pero manteniendo todas y cada una, de las características que definen al psicoanálisis, como una rama del pensamiento científico, sin perder su esencia.

Es cierto, que a lo largo de los años, desde su nacimiento como corriente del pensamiento, dentro del ámbito de la Psicología, la teoría psicoanalítica ha ido cambiando, pero muchos de estos cambios no se han producido desde dentro del Psicoanálisis, sino que han venido desde fuera del Psicoanálisis. Bien a partir de cambios que se han producido en la cultura, o también de cambios que se han producido en las investigaciones científicas, que al fin de cuentas también es parte de la cultura. Si pensamos por ejemplo en nuestras teorías acerca de la mujer, ¿los psicoanalistas hemos cambiado nuestros puntos de vista acerca del tema del “masoquismo femenino” porque hemos progresado al estudiar la presentación de casos? ¿O porque la cultura nos ha forzado a los psicoanalistas a cambiar nuestros puntos de vista? ¿Nosotros hemos cambiado nuestra actitud acerca de la homosexualidad debido a que lo hemos aprendido a través de la presentación de casos? ¿O porque nosotros nos hemos visto forzado a cambiar nuestros puntos de vista, porque las presión desde la política presionó más que

desde el Psicoanálisis? ¿Nosotros dejamos de mantener la creencia de que las úlceras estomacales eran producidas, solamente, por el estrés resultante de las fuerzas dinámicas inconscientes, por haberlo aprendido a través de la metodología de los casos clínicos? ¿O porque la investigación médica, mostró que la mayoría de las úlceras estomacales eran causadas por una bacteria? ¿Nosotros nos detuvimos a la hora de culpar a los padres, cuando surgían dificultades en los niños, (asperger, autismo, dificultades de aprendizaje), debido a lo estudiado en los casos clínicos o debido a otras evidencias que venían de otras disciplinas, que desafiaban a nuestras creencias?

Para mí Wilfred Bion, es un autor al que considero un creador y del que podemos aprender mucho todavía. Digo todavía, porque a veces parece que a algunos autores les cae algo así como una maldición, y quedan denostados y apartados del pensamiento psicoanalítico “oficial” aunque se hable de ellos. Y a Bion parece que algo así le ha pasado. Él ha escrito un artículo que me parece pionero en pensar en el psicoanálisis como una disciplina propia, definiéndola a partir de sus características propias, intrínsecas a su propia naturaleza. En un artículo que se llama “La medicina como modelo”, que está en su libro *Atención e Interpretación* (Bion, 1970), él afirma:

“La mayoría de las personas piensan del psicoanálisis, al igual que Freud, que es un método para el tratamiento de una enfermedad. Ésta se miraba como si fuera similar a un sufrimiento físico que, cuando se conoce su naturaleza, tiene que tratarse de acuerdo con las normas de la medicina. El paralelo con ésta era y sigue siendo útil. Pero al desarrollarse el psicoanálisis se ha visto que difiere de la medicina física hasta tal punto que la brecha que los separa no es simplemente obvia, sino insalvable”... “El médico y el psicoanalista, coinciden en considerar que la enfermedad debe ser reconocida por el primero; en psicoanálisis también debe producirse este reconocimiento por parte del paciente”... “El punto que demuestra la divergencia con mayor claridad es que el médico depende de la comprobación de la experiencia sensorial, en contraste con el psicoanalista, cuya dependencia existe en relación con una experiencia no sensorial. Las comprobaciones con las que trata un psicoanalista no pueden verse o tocarse; la ansiedad no tiene forma ni color, sonido u olor. Por conveniencia propongo utilizar el término “intuir” como paralelo, en el dominio del psicoanalista, al uso de “ver”, “tocar”, “oler”, y “oír”, parte del médico”.

Como podemos comprobar, a través de estas afirmaciones de Bion, el psicoanálisis, es una disciplina científica, con características propias bien diferenciadas, y por lo tanto, necesitamos pensarlo, de una manera también diferenciada, del resto de aportes de otras disciplinas. Aquí, es donde yo trataré de enmarcar este artículo, en relación al concepto de Trauma, ya que hasta ahora hemos hablado mucho sobre este tema, pero a veces de manera un tanto confusa, y en la mayoría de las veces, tratando de dar afirmaciones categóricas, cuando a mi parecer, como todo los conceptos en psicoanálisis, siempre estamos definiéndolos, dependiendo de diversos factores, que son cambiantes y variables.

Al tratar de definir un nuevo concepto, trataré de fundamentarlo lo suficientemente bien como para que pueda ser comprendido. También quiero resaltar que esta nueva definición no es para sustituir un concepto que tiene tanto arraigo en nuestra cultura. Lo que pretendo es que no nos perturbe a la hora de enfrentarnos a nuestra tarea psicoterapéutica y nos impida pensar. El término trauma considero que debemos seguir

usándolo para comprender a las personas en su necesidad de comunicarse en sus comportamientos sociales y también, con respecto a nuestra profesión, aceptar esa denominación en tanto a nivel diagnóstico está mayoritariamente aceptado. Pero que en tanto viene definido desde un punto de vista unipersonal, no nos ayuda para escuchar desde un punto de vista bi-personal o de dos personas. Por eso propongo este término de acontecimientos vitales para ser co-mentalizados, para que podamos incorporarlo a nuestra práctica psicoterapéutica.

Cuando me refiero a acontecimientos, estoy tratando de describir aquellos **hechos** de la vida de nuestros pacientes, que han tenido alguna significación para sus vidas y que ellos la relatan con mayor interés, ya sea por lo incomprensible que les resulta a ellos y a los demás, bien por lo angustiante que son y provocan en el otro una respuesta complementaria, bien porque a través de esos relatos, se regodean en el sufrimiento estéril, pero que desconocen el alcance de ese sufrimiento, o por otros motivos. Ahora bien, todos tendrían una característica común, y es que a los pacientes les resultan extraños y necesitados de explicación para su comprensión. Por supuesto, que algunos acontecimientos vitales, tienen más intensidad emocional que otros, pero para nosotros, terapeutas, nuestra tarea no debería cambiar, tendría que seguir siendo la misma, que no es otra, que tratar de que el paciente, conozca cómo funciona su mente, o sea, que haga consciente lo inconsciente.

Cuando digo vitales es porque me estoy refiriendo a algo que ya Bion había mencionado cuando definió al crecimiento como sinónimo de vida, y todas las vicisitudes que lleva aparejadas este concepto de crecimiento. Actualmente, Daniel Stern (2010) ha retomado esta idea pero definiéndola de otra manera, él la llama vitalidad y en una reciente publicación, él se hace esta pregunta: “¿Sin embargo, qué es la vitalidad? Nosotros sabemos que es una manifestación de la vida, de estar vivo. Nosotros estamos muy alertas a sentirla en nosotros y a sus expresiones en los otros. La vida muestra muchas formas diferentes de vitalidad. Debe haber casi un número infinito de formas de vitalidad. ... A lo largo de los siglos pasados, la doctrina del “vitalismo” afirmaba que la vida estaba causada y sostenida por un principio vital que implicaba un elemento vital (élan vital) que es distinto a todas las fuerzas conocidas, sean éstas físicas, químicas o mentales. Este punto de vista fue abandonado tiempo atrás con el avance de la ciencia. Además, poca atención ha sido prestada con posterioridad.

Sin embargo, el tema de la vitalidad no se ha desvanecido. Sigue permaneciendo como una experiencia real humana. Nosotros vivimos con la impronta de la vitalidad tanto como respiramos el aire. Nosotros de manera natural experimentamos a la gente en términos de su vitalidad. Nosotros de manera intuitiva evaluamos sus emociones, sus estados mentales, lo que ellos están pensando y cuáles son sus significados, su autenticidad, lo que ellos probablemente harán próximamente, también como su salud y enfermedad sobre la base de la vitalidad, expresada en sus casi constantes movimientos. Sin las manifestaciones de la vitalidad, el mundo quedaría despojado de su interés.

Por eso, con la intención de resumir, en este siglo, una exploración de vitalidad, nosotros comenzaríamos definiendo a la vitalidad como una creación mental, como un producto de la integración en la mente de muchos acontecimientos, internos y externos, como una experiencia subjetiva, y como una realidad estupenda. Sin embargo, la

vitalidad debe tener unas bases en la acción física y en las operaciones mentales fáciles de seguir. Nosotros comenzaremos con el movimiento, pero el movimiento no ocurre únicamente cuando lo experimentamos a través de la mente humana. Nosotros comenzaremos con el movimiento, pero tenemos otros cinco acontecimientos, que van vinculados de manera conjunta. Estos cinco acontecimientos, diferentes desde el punto de vista teórico son: el movimiento, el tiempo, la fuerza, el espacio y la dirección/intencionalidad, y que tomados en su conjunto dan lugar a la experiencia de vitalidad. Como una globalidad, estos cinco componentes crean un “quinteto dinámico fundamental”. La vitalidad es un todo, como una Gestalt que emerge desde las experiencias separadas, teóricamente, de movimiento, fuerza, tiempo, espacio e intención”. A través de estas palabras de Daniel Stern, podemos comprobar que al hablar de acontecimientos vitales, estamos haciendo referencia a que cualquier aspecto de la vida del paciente, y no a ninguno en particular, es importante para ser conocido, para ser analizado, para ser pensado, para ser co-mentalizado.

Cuando digo para ser co-mentalizados estoy usando una terminología actual acerca de los procesos mentales, que se refieren al “pensar los pensamientos”, según la terminología de Bion. Según Peter Fonagy (2006), la mentalización implica, centrar los estados mentales en uno mismo o en los otros, particularmente en la explicación de la conducta. Ese estado mental, influencia las conductas que están más allá de las preguntas. Creencias, deseos, sentimientos y pensamientos, bien dentro o fuera de nuestra conciencia, determinan lo que nosotros hacemos. Las explicaciones de la conducta, en términos de los estados mentales de los otros, son relativamente vulnerables, comparados con explicaciones que se refieren a aspectos del ambiente físico. Estos últimos son menos ambiguos, debido a que el mundo físico, es menos cambiante. Cuando adoptamos una postura de mentalización, la mera contemplación de alternativas posibles, puede llevar a que se produzcan cambios en las creencias. Centrarse en la mente, nos lleva más a conclusiones erróneas que si nos centramos en circunstancias físicas, porque se refiere a una mera representación de la realidad más que a la realidad en sí misma. Nosotros podemos actuar, acorde a unas creencias erróneas, acerca de los estados mentales de los otros en una situación particular, y algunas veces con trágicas consecuencias.

La mentalización es una actividad mental predominantemente pre-consciente e imaginativa. Es imaginativa porque nosotros tenemos que imaginar lo que otra persona puede estar pensando o sintiendo. Si le falta homogeneidad, es porque la historia de cada uno es personal y la capacidad de imaginar puede llevarnos, a diferentes conclusiones acerca de los estados mentales de los otros. Nosotros, algunas veces necesitamos hacer una clase de salto imaginativo, para comprender nuestras propias experiencias, particularmente en relación a temas cargados emocionalmente o a reacciones impulsivas irracionales o inconscientes.

Centrarse en los estados mentales, parece ser una auto-evidencia, para aquellos que se ocupan de tratar a individuos con desórdenes mentales. Pero aún nosotros, que estamos ocupados en nuestro trabajo clínico diario, también podemos fácilmente, olvidarnos de que nuestros pacientes tienen una mente. Por ejemplo, muchos psiquiatras biologicistas, se sienten muy contentos, al pensar en términos de neurotransmisores que distorsionan expectativas o auto-representaciones. También padres, con niños que tienen problemas psicológicos, a menudo prefieren comprender a éstos, en términos de

predisposiciones genéticas, más que pensar que la causa podría deberse al ambiente social del niño. Aún algunos psicoterapeutas, pueden hacer suposiciones injustificadas, acerca de las teorías sobre su enfermedad que traen sus pacientes.

La mentalización es procedimental, mayormente es no consciente. Es decir, que ocurre en su mayoría, fuera de nuestro control consciente, automáticamente, en respuesta a los innumerables eventos sociales que ocurren a nuestro alrededor. No es meramente cognitiva y ciertamente los aspectos cognitivos están estrechamente vinculados a los afectivos. La mentalización es en su mayor parte, una intuitiva y rápida reacción emocional. Los sentimientos dentro de nosotros, con nuestras impresiones de los otros, nos proveen una considerable información, acerca de los estados mentales que apuntalan la conducta de los otros. Probablemente, nuestra experiencia del tono afectivo de una interacción, puede llevarnos a una relativamente compleja elección, entre un conjunto de creencias. Por ejemplo, si nosotros experimentamos a un individuo como amenazante, esto nos puede llevar a formular relativamente teorías complejas acerca de sus intenciones hostiles.

La mentalización, también nos puede ayudar a regular nuestras emociones. Las emociones se relacionan directamente con nuestra capacidad de logro o con un fallo en esa capacidad, con unos deseos específicos o con ansias. Además, las creencias acerca de tener objetivos logrados o deseados, inevitablemente generarán una respuesta emocional. Los niños pueden comprender diferentes estados emocionales, antes de que ellos puedan comprender los conocimientos o creencias. Los infantes están predisuestos a aprender acerca del mundo desde un adulto confiable. El tono emocional del adulto en relación a una experiencia específica, puede ofrecer al infante una clave acerca de si está seguro, y más generalmente el niño espera recibir, todo tipo de conocimiento acerca del mundo, a través de la mente de otro confiable.

La mentalización implícita, de las propias acciones de uno mismo, es un estado emocional, caracterizado por un sentido de uno mismo como un agente. En general, la conciencia de nuestra conducta, como dirigida por estados mentales, nos da un sentido de continuidad y control, que genera la experiencia subjetiva de mediación, la cual está en el núcleo de un sentido de identidad. Nosotros hemos descrito la experiencia simultánea y el conocimiento de la emoción como afectividad mentalizada. Muchas terapias dinámicas, se dirigen a hacer posible la conciencia de los afectos de uno mismo, mientras permanecen en ese estado emocional y entendiendo ese estado como importante. Nosotros entendemos, que la afectividad mentalizada es crucial para la regulación de las emociones, ya que sin ella, la capacidad para identificar, modular y expresar los afectos propios, está desde luego muy limitada.

Aplicación psicoterapéutica del concepto acontecimientos vitales para ser co mentalizados

Después de haber intentado definir el concepto de acontecimientos vitales para ser co-mentalizados, comentaré el caso de una persona, mujer de 36 años, que estuve tratando durante un año y medio y que acudió a la consulta, porque padecía repetidas crisis de ansiedad, que se le manifestaban con mucha frecuencia, teniendo que acudir al hospital, porque creía que se iba a morir de un infarto. Sentía todos los síntomas de un infarto y cuando llegaba a urgencia y la atendían, le decían que no tenía nada orgánico y

que sería mejor que la viera un Psicólogo. Así fue y estuvo yendo a varias consultas, pero sin resultados satisfactorios para ella. De modo que cuando llega, y me cuenta esto, le digo que me quedan pocas esperanzas de que pueda ayudarla, pero que si ella me lo permite lo intentaré. Entonces, empieza a relatar, que esto que le pasa, ella cree que le pasa desde que salió de su pueblo, porque ella vivía en un pueblo de la provincia de Sevilla, y trabajaba en un Banco y la trasladaron a Sevilla capital, hace unos 8 años, y desde entonces no puede centrarse en nada. También relata que a nivel afectivo, tiene problemas porque no puede encontrar una pareja estable, sale con “chicos” pero no suele durar mucho con ellos. Y desde hacer un par de años vive en un piso pequeño sola y también cuenta que le cuesta estar sola.

Entonces le digo, que a pesar de que no le ha ido bien con los otros psicólogos, me parece, que el hecho de que todavía lo siga intentando, merece un reconocimiento y que me parece, que ella es más fuerte de lo que ella cree y que ya iremos, poquito a poco, tratando de averiguar porqué, teniendo estas capacidades, se siente tan mal.

Ella entonces dice, que ella no se ve así, porque si fuera así, no estaría viniendo a una consulta de un psicólogo. Pero que si, es verdad que algunas veces cuando le gente le dice de lo que ella es capaz, a ella le parece que no hablan de ella.

El tratamiento continuó, bajo estas mismas premisas iniciales. Yo, tratando de que ella pudiese pensar, reflexionar, mentalizar, acerca de qué creía ella que hacía, para conseguir aquello que se proponía y qué pasaba en su mente cuando no lo conseguía.

Poco a poco fue mejorando, los síntomas comenzaron a remitir, y el conocimiento de su funcionamiento mental fue creciendo, hasta que acabó la terapia y ahora estamos en una etapa de seguimiento donde nos vemos una vez por mes.

¿Ahora, qué pasaría si yo contara, que a esta mujer de pequeña, desde los 6 años hasta los 10 años fue abusada sexualmente por el marido de su madre? Supongo, que de entrada quedaríamos impactados por ese dato de su biografía. Me imagino, que muchos de nosotros, le otorgaríamos a ese acontecimiento de su vida, la categoría de evento traumático y a lo vivido por esta persona lo denominaríamos trauma. Seguramente estaríamos en lo cierto, pero ¿para que nos sirve esa “etiqueta”?, ¿en que nos beneficia saberlo?, ¿nos aportaría mayor tranquilidad diagnóstica saber que en su niñez sufrió abusos sexuales?

Particularmente creo que no, más bien, considero que probablemente pasaría lo contrario, que quedaríamos con la mente atrapada por ese dato, creyendo que desde ahí podríamos entender el resto de sus comportamientos y vivencias. Que ha vivido, bajo la sombra de ese hecho tan cruel y tan horrible, y que por lo tanto se entiende que esté tan mal. Pero creo que es al revés como habría que enfrentarse terapéuticamente a esos hechos, que yo considero **acontecimientos vitales para ser co-mentalizados**.

No perdamos de vista que desde el psicoanálisis relacional, lo central es la relación y sus vicisitudes. De modo que, si mi mente queda atrapada, por ese acontecimiento vital sin poder co-mentalizarlo con la paciente, todas las elucubraciones que pueda hacer, servirían sólo para cerrar mi capacidad de mentalizar en lugar de abrirla.

Precisamente eso fue lo que me dijo esta persona cuando me contó lo que le pasó desde pequeña y le resalté de manera especial, los recursos mentales tan válidos que poseía, que le habían permitido, seguir en su vida hacia adelante, pudiendo estudiar, buscar un trabajo, conseguirlo y mantenerlo, seguir intentando estabilizar su vida a nivel afectivo y continuar con sus amistades. Y ella, en ese momento, me comentó, que los otros profesionales, cuando ella les contaba esta etapa de su vida, notaba que se centraban tanto, en algo que para ella, si que había sido doloroso, pero que formaba parte de su vida y no creía que ahondar y ahondar en ello sistemáticamente, le ayudaba y entonces dejaba esas terapias, porque solamente se centraban en esa etapa. Por supuesto, que alguna vez, esta etapa de su vida apareció en la terapia, pero más como una manera de ayudarla, a conocer sus modelos operativos internos, sobre todo en relación a su madre, y no porque, lo que había vivido, estaba en el origen de todos sus sufrimientos.

Ahora, quiero compartir otro caso, de una persona que pide ayuda, porque lleva mucho tiempo sintiéndose angustiado, sin dormir bien, y alguna vez, ha tenido que ir a urgencia, por creer que se iba a morir, porque no podía respirar, se ahogaba. Entonces, a petición mía, acerca de qué le está pasando ahora, me cuenta que está casado, tiene 42 años, es Catedrático de Universidad, y que se ha enamorado de una mujer más joven que su esposa y está saliendo con ella, pero que no puede dejar a su mujer, con la que lleva 18 años de relación, entre noviazgo y matrimonio y tiene un hijo de 8 años, y no se imagina vivir el resto de su vida sin ella, pero que le gusta mucho su amante y está hecho un lío.

Entonces comenzamos la terapia y a lo largo de la misma, que llevó cerca de 2 años y medio, por parte del paciente, la temática giró alrededor de qué hacer con su mujer y con su amante y por mi parte, tratando de lograr que el paciente, pudiera pensar, acerca de porqué creía él, que le estaba costando tanto tomar una decisión. Al final, se fue aclarando acerca de la situación vital que estaba viviendo a nivel personal individual y que era, que tenía que asumir, que lo habían propuesto para un cargo en el equipo directivo de la Universidad y le estaba siendo difícil aceptar esa realidad. Finalmente, aceptó el cargo y pudo darse cuenta que el tema de su amante era algo que él, se lo había inventado, porque su amante, solamente estaba “jugando” con él y siguió con su mujer.

Pero si ahora yo os comento que cuando esta persona, estaba en el vientre de su madre, en el cuarto mes de embarazo de su madre, su padre se mató en un accidente, y ante el estado emocional de shock de su madre, apenas nació, se fue a vivir con unos tíos a otra ciudad, durante toda su infancia hasta que terminó la educación primaria y al volver a su casa con su madre, ella se había vuelto a casar y él tuvo que compartir a su madre con su marido, seguramente quedaríamos impactado con esa realidad y nos habría resultado bastante difícil, poder seguir pensando en cómo ayudar a esta persona.

Podría seguir aportando casos para seguir pensando pero estoy seguro que a todos vosotros esta temática os será conocida, porque no es más que la vida de las personas, y como tenemos el privilegio de poder conocerlas desde lo más íntimo, también podemos darles ayuda, aunque para ello, me parece importante conceptualizar esos relatos tan impactantes como acontecimientos vitales para ser co-mentalizados por

parte de la pareja terapéutica.

Conclusión

Sabemos que todo ser humano, en su desarrollo vital, se verá afectado por distintas situaciones que le dejarán una huella, que si la elabora adecuadamente le permitirá fortalecerse y seguir adelante sin detectar ninguna detención, pero que si no logra conseguir ese objetivo, entonces le generará una detención, que le provocará un déficit en su desarrollo, que a su vez le generará, una serie de limitaciones, que se verán reflejadas tanto en sus relaciones con los demás, como en su cuerpo o a lo mejor en su propia mente. Estos acontecimientos vitales deficitarios, puede que le generen una serie de comportamientos para seguir adelante, que no sean los más adecuados para el desarrollo de su vida. Como consecuencia de estas limitaciones, puede expresar una serie de comportamientos psicopatológicos, que le van haciendo una vida menos agradable de vivir. Estos acontecimientos vitales deficitarios, requieren que el niño y más tarde el adulto, recurra a mecanismos primitivos de auto-protección, que incluye a la disociación como un mecanismo específico, para protegernos de un dolor psíquico insoportable. Este mecanismo defensivo es el responsable de mantener vivo el mundo interno peligroso del paciente, en la relación con los demás y por lo tanto con el terapeuta. Pero al mismo tiempo le impide poder desarrollar la actividad de mentalización.

Como nos señala David Wallin (2007, *Attachment in psychotherapy*), “como seguidores de Freud, en lo que él llamaba “la profesión imposible”, nuestra misión con tales pacientes, es aprovisionarlos con una experiencia diferente y con un modelo diferente de relación. O sea, nosotros necesitamos generar una nueva relación de apego, que sea segura, confiable y en la cual las perturbaciones puedan ser reparadas. Estas relaciones, también deberían promover, el desarrollo de los recursos del paciente, incluyendo aquellos necesarios para resolver los traumas del pasado”.

Uno de los temas más comunes en los pacientes con déficits, es el problema que tienen, para tolerar una relación segura, con un terapeuta que sintonice con empatía. Esta es una paradoja, que define muy bien, la mayoría de los abordajes terapéuticos. Crear una relación, en la cual el paciente pueda sentirse seguro, es algo esencial y difícil. Esto debería ser considerado el objetivo último de la terapia, como así también una precondición para comenzar a resolver los traumas del paciente. Esta forma de ponerlo así, a lo mejor crea una contradicción, pero puede que lo sea hasta que se pueda captar que crear una relación segura y confrontar los traumas, son procesos que están entrelazados. El logro creciente de un sentido de seguridad, en relación al terapeuta, hace que se resuelva el trauma, al mismo tiempo que una creciente resolución del trauma, gradualmente, obvia la necesidad en el paciente, de re-experimentar la relación terapéutica (y con los otros) como una cita con viejas amenazas.

No obstante, tenemos que recordar, que el camino hacia una creciente relación segura, no es algo fácil de conseguir, debido precisamente al uso de la disociación, como mecanismo defensivo, que el paciente usa, para evitar el pasado doloroso que a menudo concluye en una re-creación en el presente. El desafío terapéutico, entonces, es responder a esta evocación del pasado, a través de una forma empática y firme, que establezca una cuña, entre las anteriores relaciones de apego que enfurecen y

aterrorizan al paciente y la nueva relación de apego cuyas prometedoras posibilidades de mejoría, el paciente, apenas inicialmente puede imaginar.

Dicho de otra manera, nuestro objetivo es permitir a los pacientes, -quienes están absolutamente absorbidos en sus experiencias y además inclinados simplemente a igualar cada uno de sus sentimientos y creencias con la realidad- a ver fugazmente un mundo que puede ser extraño a aquellos sentimientos y creencias. A lo largo del tiempo, la combinación de verse a ellos mismos a través de nuestros ojos y participando en las distintas interacciones que no le confirmen sus expectativas sostenidas de manera rígida, pueden comenzar a iluminar sus capacidades para considerar más de una perspectiva de sus experiencias, o sea, pensar sus pensamientos o mentalizar.

Cuando nosotros respondemos al paciente, a la luz de los sentimientos, necesidades y creencias, que subyacen en su conducta, nosotros comenzamos a iluminar su capacidad basada biológicamente para mentalizar. Con esta capacidad, el paciente puede de manera creciente, dar un paso atrás desde su más inmediata experiencia –es decir de su experiencia de terror- para poder comprenderla. Tal reflexión, confiere un gran sentido de control sobre los sentimientos y la conducta y hace a ambos más significativos y predecibles. Esta ayuda genera, a su vez, una cualidad de seguridad que usualmente está muy poco abastecida en los pacientes emocionalmente deficitarios en particular.

Hasta ahora me he estado refiriendo al concepto de trauma, tal como coloquialmente y profesionalmente lo usamos, pero esto es a lo que me refiero con el título de este trabajo. Creo que tenemos que repensarlo, porque la misma palabra ya trae una serie de connotaciones que nos dificulta el pensarlo de otra manera diferente. Le adjudicaremos la categoría de la “causa principal”, “la causa original”, “lo que determinará el desarrollo futuro”, “las profecías auto-cumplidas”. Desde que esta definición llega a la mente del terapeuta, ya es muy difícil poder pensar abiertamente, de otra manera, de una manera diferente. Esto es a lo que se refería Bion cuando hablaba de “*conceptos saturados*” y de “*sin memoria y sin deseo*”. De alguna manera, ya nos estrechan nuestra mente, dificultándonos el “pensar los pensamientos”, o como ahora, con una terminología actual, diríamos que nos dificulta el mentalizar (Fonagy, 2006).

Creo que sería más provechoso, como psicoterapeutas, el que podamos aislarnos, de toda una larga trayectoria que tiene este concepto y que viene de la medicina, y de un enfoque unipersonal y que si bien como ya hemos visto, es un concepto que tiene su historia propia, dentro y fuera del psicoanálisis, para nosotros psicoterapeutas psicoanalíticos relacionales, deberíamos pensarlo, en nuestra práctica psicoterapéutica, en relación a los mecanismos psíquicos que lo producen y en su aparición en el contexto relacional de la psicoterapia. Por eso he tratado de definir, lo que habitualmente llamamos trauma, como **acontecimientos vitales para ser co-mentalizados**, para que nos sirva mejor, a la hora de nuestra práctica psicoterapéutica.

REFERENCIAS

Bion, W. (1970). *Atención e Interpretación*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Fonagy, P.; Bateman, A. (2006). *Mentalization – based treatment for borderline Personality*

disorder. Oxford University Press.

Freud, S. (1892). Extracto de las notas de Freud a su traducción de Charcot, *Leçons du Mardi*. En *Obras Completas*. Amorrortu Editores. Tomo II. Buenos Aires.

Freud, S.; Breuer, J. (1893). *Estudios sobre la histeria*. Amorrortu Editores. Tomo I. Buenos Aires.

Herman, J. (1997). *Trauma y recuperación*. Editorial Espasa. Madrid.

Mayes, L. (2010). *Relational Trauma in Infancy*. Edited by Tessa Baradon. Routledge. London and New York.

Siegel, D. (2003). *Healing Trauma*. Siegel, D. And Solomon, M. Editors. W. W. Norton. New York and London.

Stern, D. (2010). *Forms of vitality*. Oxford University Press.

Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. The Guilford Press. New York and London.

Zulueta, F. de (2006). *From pain to violence*. John Wiley and Sons, Ltd.

Original recibido con fecha: 6-6-2010 Revisado: 14-9-2010 Aceptado para publicación: 30-9-2010

NOTAS

¹ Psicólogo. Psicoanalista. Miembro de IARPP-España, de la *Sociedad Española de Psicoanálisis* (I.P.A.), de la *Asociación Psicoanalítica de Madrid* (I.P.A.) y del Instituto de Psicoterapia Relacional. Director del *Centro de Psicoterapia Giralda*, Cuesta del Rosario, 7, Sevilla.