



# La traumática

Historia del trauma

2016 Autor: Francisco Traver Torras

## LA TRAUMÁTICA HISTORIA DEL TRAUMA

**Francisco Traver Torras**

## INDICE

- 1.- La historia del trauma.
- 2.- Freud, Janet, Oppenheim
- 3.-El caso Sason.
- 4.-Freud en Viena.
- 5.-El trauma según Freud.
- 6.- Kardiner y el trauma de combate.
- 7.-Putnam y la disociación
- 8.-La culpa de las víctimas.
- 9.-Los niños sexualmente abusados. El caso Rhodes.
- 10.- Niños abandonados
- 11.- Maltrato infantil.
- 12.-Ferenczi y la identificación con el agresor.
- 13.-El síndrome de Estocolmo y el síndrome del cautivo.
- 14.-El espectro traumático.
- 15.-Scaer y la congelación
- 16.-¿Trauma sexual o sexualidad infantil? El caso Dora.
- 17.-Edipo en evolución.
- 18.-El síndrome de Briquet.
- 19.-TLP o trastorno límite de la personalidad.
- 20.-Perpetradores.
- 21.-Una epistemología de la ayuda. ¿Qué es lo que no tenemos que hacer?
- 22.-Luz de gas.

23.-Violencia sexual y prevención de los abusos sexuales.

24.-Abusos encubiertos.

25.-El duelo traumático.

27.- Un epílogo.

## 1.- La historia del trauma.

No se preocupe, no se trata de un error tipográfico y ha leído usted bien. Inicio aquí una serie acerca de las relaciones entre la histeria y el trauma y sus sucesivas conceptualizaciones.

Lo propondré desde esta pregunta, ¿Es la histeria y el estrés postraumático la misma enfermedad? ¿Es el TLP y los trastornos alimentarios -tan prevalentes hoy- la emergencia clínica de lo que otrora llamábamos histeria? ¿Es verdad la idea de Janet acerca del origen traumático de la histeria?.

Y para ello no tenemos más remedio que volver a prestar atención a la historia de los síntomas, tanto histéricos como postraumáticos y hacerlo además de forma contextual. Es muy probable que el diagnóstico y la presentación u observación de un síntoma solo sea posible cuando determinados cambios sociales lo hagan posible.

El diagnóstico de histeria ya no existe en los manuales operativos psiquiátricos pero quedan algunos restos: el trastorno de conversión, los trastornos somatomorfos, y el trastorno por disociación, restos fragmentados como pecios. El naufragio de la nosología.

Si usted aún no conoce el TEPT y sus criterios diagnósticos puede [visitar este post.](#) Conté en él algunas vicisitudes que había sufrido este concepto de “trauma” y dije que:

*De manera que el trauma psíquico ha sido desde su origen (y por las razones que más abajo explicaré) víctima de sí mismo y de las sucesivas conceptualizaciones que cada época ha ido añadiéndole. No existe ninguna otra entidad psicológica, mas politizada que el TEPT: feministas, seguros, políticos, gobiernos, militares, médicos y víctimas han ido tensando la cuerda de este concepto hasta el punto en que hoy “el trauma” forma ya parte de la jerga común de nuestros conciudadanos y quizá por la misma razón se encuentra desacreditado entre los médicos que asocian trauma a reivindicación, querulancia, histeria, simulación y búsqueda de exenciones, prebendas, ventajas o indemnizaciones.*

### **Janet y el trauma: el origen traumático de la histeria.-**

Pierre Janet, sobrino del filósofo Paul Janet, era ya profesor titular de Filosofía en la Universidad, cuando empezó a estudiar Medicina. Lo hizo, bajo la influencia de su hermano un cirujano llamado Jules, para poder tomar parte en las investigaciones que llevaba a cabo Charcot para desentrañar los secretos de las manifestaciones histéricas. Charcot se prometía de la ayuda de Janet una aportación de un pensador conocedor de conceptos muy útiles en la sistematización ordenada de los variopintos

síntomas histéricos. Por esta razón acogió a Janet en su clínica de París en la que estaban alojadas unas 3000 pacientes que, debido a las drásticas manifestaciones sintomáticas convulsivas que presentaban, habían sido excluidas de las instituciones psiquiátricas.

## 2.2. Metódica

A diferencia de Charcot, Janet profundizó quizá por primera vez en la historia de la medicina en la idiosincrasia y sintomatología de cada paciente, es decir en su vida interior y sus recuerdos, registrando y documentando a lo largo de años y años las más finas variaciones de sus manifestaciones clínicas.

No olvidó en esta tarea apuntar “palabra a palabra” todas las manifestaciones de las pacientes al mismo tiempo que fijaba sus propias observaciones minuciosamente, también aquellas que no podía sistematizar adecuadamente. Pues, precisamente aquellos hallazgos que en principio no encajaban en el cuadro clínico observado hasta ese momento, podían volverse posteriormente una pieza fundamental en la comprensión global del acontecer histórico (sobre todo en lo que posteriormente analizaremos con el término de “contraposición” o “contrasentido”).

Esta paciente dedicación médica debe ser considerada también como única, porque aquellas a las que iba dirigida eran las mujeres desechadas de otros lugares, “depositadas” en la Salpêtrière y por tanto carentes de oportunidad alguna, muchas de ellas con experiencia de cárcel y prostíbulo.

A estas “olvidadas” ofreció el investigador Janet el honor de manifestarse y de mostrar su insustituible aportación al entendimiento y comprensión de la histeria.

Como consecuencia de la aplicación del método comunicacional, registró la aparente variabilidad anárquica de los fenómenos corporales de las pacientes, detectando una agrupación sintomática de la que se ponían de manifiesto claras regularidades y leyes. Más concretamente: los preceptos clínicos encontrados por Charcot en 1886 contenían una base conceptual mas amplia y sólida. Muchas características clínicas de la histeria pudieron ser entendidas mejor de esta manera, incluso algunas pudieron ser descritas y apreciadas por vez primera.

## 2.3 Dinámica del trauma

El concepto de Janet sobre el origen y la formación de los síntomas histéricos solo puede ser mencionada aquí de forma esquemática. Remito a su obra, p.ej.”The major symptoms of Hysteria”.

<http://www.archive.org/details/majorsymptomsofh00janeiala>

New York, London: Hafner. Janet, P. (1929) y a la página web de Onno van der Hart (<http://www.onnovdhart.nl/>) o a la del Instituto Pierre Janet (<http://pierre-janet.com/>).

En cualquier caso, queda claro que el trauma psíquico juega un papel destacado. El razonamiento en el que se basa este aserto es el siguiente: con frecuencia, las experiencias traumáticas debido a su carácter insoportable, no pueden ser integradas en el mundo experiencial y en el recuerdo. Las fuertes impresiones psíquicas y los pensamientos catastróficos ligados con el trauma quedan – como medida de protección – separados (“desagregados”) del resto del psiquismo y llevan una vida propia en el subconsciente. Allí quedan fijados, cristalizados o congelados permaneciendo ininfluenciables o inmodificables a través de las funciones superiores de la consciencia capaces de “corregir” dicha impresión en un Yo que, por otro lado, sigue con su desarrollo evolutivo.

La inevitable y necesaria expresión de la experiencia traumática, en constante y repetido intento de elaboración e integración en el flujo de la consciencia, sucede exclusivamente y de manera involuntaria separada de esta. Esta separación que llamamos disociación se expresa, demasiadas veces, solo a través del cuerpo. Es en la corporalidad donde se expresa en clave lo acontecido y padecido (aunque también en las fantasías y afectos derivados de ello).

Esta expresión “en clave” en lo corporal, se torna descifrable si se comprende la condición disociada o disociativa y su forma de expresión. Es decir, si se entiende que una parte de las funciones corporales queda separada del resto, se disocia, y se pone al servicio de la elaboración traumática. La correspondiente función corporal disociada – p.ej. en un grupo de movimientos o en algún lugar y en diversas calidades de la sensibilidad – queda “ocupada”, tomada, por el recuerdo traumático y por ello inservible y en disposición de ser usada para otras funciones y tareas (Janet, 1893).

Los síntomas disociativo / histéricos – los psíquicos como estados de sonambulismo con amnesias y los físicos como parálisis, contracturas y anestias – reflejan con precisión los procesos internos escindidos, disociados del resto. De acuerdo a Janet, los síntomas corporales se corresponden con los psíquicos y ambas formas de la elaboración de lo traumático pueden representarse mutuamente y las unas arrojar luz sobre las otras.

Ambas siguen las mismas leyes y muestran en gran medida idénticos rasgos o características entendibles desde la dinámica de lo traumático: en ambos, los síntomas psíquicos y físicos, impone su excesiva intensidad y su súbita aparición.

Los rasgos o características más importantes se mencionan a continuación, especialmente al hilo de los síntomas corporales:

(Janet, 1893; 1909; 1929;

Los síntomas histéricos se expresan siempre de forma excesiva, correspondiéndose con la presión

excesiva de los recuerdos y afectos largamente encapsulados así como correspondiéndose con la intensidad del shock invasivo de la propia experiencia traumática original. Ésta, enterrada en el subconsciente, incapaz de ser ordenada y controlada por las fuerzas de la consciencia, mantiene por ello su violencia arcaica de manera intacta a lo largo del tiempo.

Con la fuerza desbordante del ataque histérico, esta violencia se reescenifica en el presente, como si la escena traumática estuviera aconteciendo de nuevo en ese momento (por ello, la meta de toda terapia del trauma es que este pueda volverse pasado).

Los síntomas histéricos, sobre todo los determinados por el trauma, muestran un comienzo súbito y se manifiestan a lo largo de la evolución en forma de ataques o crisis debido a que entre medias vuelven a funcionar los mecanismos protectivos de autodefensa, es decir la disociación es efectiva. Esto quiere decir que, en fases con sintomatología pobre, en la que solo persisten síntomas discretos y en las que el mecanismo disociativo consigue una escisión efectiva en el sistema nervioso, se va acumulando el potencial traumático reprimido y desatendido. En un momento dado, través de una presión interna creciente (o por aflojamiento de la defensa ante una repetición de una situación relacionada con lo traumático) a modo de una erupción volcánica en evolución, explota súbitamente para hacerse con espacio. Así se origina la crisis convulsiva, el temblor o la crisis de dolor .

Al contrario que los trastornos neurológicos que tienen un fundamento anatómico, los trastornos histéricos se ponen de manifiesto según leyes afectivas que ignoran la anatomía del sistema nervioso y que se ajusta al conocimiento experiencial que tiene la persona de su propio cuerpo. Esta noción anatómica está influenciada por diferentes conceptos y creencias populares a veces incluso supersticiosas, en definitiva, completamente subjetivas. Las alteraciones de la sensibilidad son “antianatómicas” y presentan formas “en calcetín”, “en guante” o, incluso como mangas de camisa que terminan abruptamente en el hombro o que se distribuyen como anillos alrededor de las articulaciones. Con frecuencia, partes del cuerpo únicas como genitales, nariz o cavidad bucal quedan o bien afectadas o bien completamente exentas de trastorno en su totalidad.

Las parálisis histéricas o el temblor están acentuados en zonas próximas al tronco al contrario que las parálisis radicales o cerebrales que se establecen por lo general distalmente. El dolor histérico localizado en la cara viaja “como un cuchillo ardiente” desde la mandíbula inferior sobre la mejilla y la frente atravesando las fronteras del territorio del trigémino. El dolor lumbar se proyecta en ambas piernas, hacia arriba o unilateralmente en la ingle, y como muy tarde cuando al paciente se le doblan las rodillas y la cadera, se hace evidente que se trata de un acontecer histérico.

Con frecuencia antecede al síntoma histérico una afección en el cuerpo: una operación, una infección, **lo más frecuente un accidente**. La anestesia, la regresión de la infección originan una disminución (aflojamiento) de las defensas de forma que el potencial de trauma puede hacerse con un espacio en el cuerpo. El accidente, el shock, la súbita interrupción de la rutina diaria, la conmoción de la seguridad personal, la real o temida herida de la integridad corporal, todos estos aspectos muestran una fatal similitud con la vivencia original traumática (pues representan una pérdida de control) y ocasionan que el accidente sufrido se convierta automáticamente en una situación de repetición insuperable. Muchos dolores persistentes misteriosamente, situaciones penosas de algunos enfermos tras latigazo cervical, o bien parálisis o contracturas que se ven en las consultas ambulatorias de Trauma y Medicina de Urgencias pueden encontrar una explicación en conocimiento de esta dinámica (Extraído de [este post](#) de Francisco Orengo).

Vale la pena retener -para finalizar este capítulo- que Janet fue el primero en relacionar la histeria clínica que presencié en la Salpêtrière con los abusos infantiles, explotación, maltrato, y abusos sexuales de sus pacientes. Para Janet, la histeria era un foco de necrosis (Orengo), una herida abierta que solo podía curar en segunda intención, de dentro afuera, dejando salir el pus.

Una idea que Freud rescató y que llamó abreacción.

## **El entorno cultural y político de la Francia de Charcot.-**

Francia vivió desde 1789, año de la revolución y la toma de la Bastilla hasta 1870 -año en que se consolida la República- un periodo de crisis institucional, de desastres, guerras y calamidades políticas que dejaron un lastre de atrocidades que aún resuenan en la memoria de los franceses de hoy. Fue en este convulso periodo donde Charcot y la psiquiatría francesa alcanzaron la hegemonía científica mundial. Lo que estaba en juego en aquella época era una guerra entre el “*ancien regime*“, aristócratas y eclesiásticos frente al poder republicano civil y laico. Ni que decir que las ideas de aquellos médicos se alienaban con el progreso que representaban las nuevas ideas que pretendían imponerse en Francia y arrinconar a los antiguos poderosos a lo que son hoy, un poder marginal.

Es posible decir que las ideas laicas de la revolución francesa se impusieron por fin, no solamente en Francia sino en toda Europa. La izquierda (por así decir) le ganó la batalla a la derecha. Aunque debo decir en este momento que las ideas de izquierda y derecha se hallaban muy lejos de los contendientes de aquel tiempo, se trataba de otra guerra. El conflicto izquierda-derecha es un conflicto más bien del siglo XX.

Lo que se debatía en aquel entonces era si la histeria era una enfermedad que pudiera ser estudiada

mediante el método científico o si era constitutiva de un defecto moral, la consecuencia de la debilidad psicológica de las mujeres, o el fruto de sus intentos manipulativos o de su tendencia a la emotividad, sugerentes de un estado de minusvalía mental con respecto al hombre. Las mujeres en aquel entonces eran consideradas casi como irresponsables, tanto como un niño, no había por así decir, un discurso femenino.

Pero sea como fuere lo cierto es que en aquella batalla entre laicos y aristócratas hubo dos perdedores muy claros: las mujeres y los niños. Es curioso que ninguno de los contendientes recordaran las condiciones de miseria moral, política y sexual que las mujeres de aquel tiempo arrastraban, cercenadas y amputadas en sus derechos civiles tanto por los antiguos como por los modernos poderes; tan solo [las sufragistas](#) emergieron públicamente para llamar la atención de sus gobernantes de que las mujeres no podía n votar en aquella sociedad civil, laica y republicana. Es curioso señalar que hasta 1848 Francia no concedió el derecho al voto a las mujeres, España aun tardaría 20 años más.

Es en este contexto histórico donde la histeria adquiere visibilidad y acapara el interés de aquellos médicos progresistas de entonces. La histeria aparece como subproducto de esa confrontación entre lo nuevo y lo viejo.

Pero para entender algo de esta historia es necesario que el lector entienda quién o quienes vivían en aquel lugar llamado la Salpêtrière.

Seguramente ustedes pensarán que allí habitaban sobre todo “enfermos mentales” pero esta idea no es cierta. En aquellos lugares se daban cita tanto “enfermos mentales verdaderos” como maleantes, oligofrénicos, dementes, alcohólicos, psicópatas, ladrones, holgazanes diversos, prostitutas, huérfanos, mujeres repudiadas por sus maridos o criadas repudiadas por sus amos. El pabellón que atendía Charcot albergaba a las histéricas que no eran sino mujeres campesinas, analfabetas que habían sufrido enormes malos tratos, abusos sexuales, explotación y toda clase de atrocidades en su vida hasta llegar a aquel lugar de asilo. Vivir allí, era para ellas un seguro de vida dado que el alta de aquella institución era una condena a muerte segura. No es de extrañar que estas mujeres se hallaran tan dispuestas a prestar sus servicios al teatro de Charcot.

Un teatro donde acudieron a estudiar Psiquiatría grandes médicos como Babinsky, Briquet, Janet o el propio Freud. La historia de la histeria comenzó siendo idéntica a la historia del trauma puesto que Freud se llevó de París esa idea: **la histeria es una enfermedad causada por un trauma usualmente sexual.**

## 2.-Freud-Janet-Oppenheim.

Freud abandonó París y la Salpêtrière de Charcot en 1886 y volvió a Viena, donde abrió consulta llevándose consigo una idea y una herramienta. La idea era la de Pierre Janet: que la histeria era una enfermedad de causa traumática, y más concretamente que se debía a un trauma sexual. La herramienta era la hipnosis con la que había trabajado Charcot y el mismo Janet. El tratamiento consistiría en averiguar qué sucedió escarbando en los recuerdos reprimidos de los pacientes.

Se suponía que la hipnosis podía hacer emerger recuerdos olvidados o experiencias fuera de lo común que se hallarían en el origen de lo traumático. Bajo su influjo el paciente podría recordar aquellas escenas temidas que había sepultado en su inconsciente y que emergerían en forma de síntomas psíquicos. Freud siguió trabajando con la hipnosis durante sus primeros años en Viena en colaboración con Josep Breuer, su mentor con el que escribiría sus "[Estudios sobre la histeria](#)", pero tardaría poco en abandonar la hipnosis y sustituirla por la asociación libre, consciente en estado de vigilia. Pero no adelantemos acontecimientos, pues antes de hablar de la peripecia intelectual de Freud me gustaría retroceder un poco en el tiempo para situar al lector en los entornos culturales que se debatían en Europa en aquellas fechas cuando el siglo XIX estaba ya a punto de extinguirse.

[Herman Oppenheim](#) fue un neurólogo alemán al que se le atribuye el término "neurosis traumática", que describió (1889) -entre los supervivientes de un accidente ferroviario masivo que tuvo lugar durante su época-, como una [afección orgánica](#) consecutiva a un [traumatismo](#) real que provocó una alteración física de los centros nerviosos, acompañada de síntomas psíquicos: [depresión](#), [hipocondría](#), [angustia](#), [delirio](#), etcétera.. El problema que tuvo Openheim es que nadie creía en aquel entonces en que los acontecimientos de la vida pudieran generar síntomas neurológicos o psiquiátricos y que se atribuían a la pereza, la cobardía o a ciertas "debilidades" del carácter: la idea esencial era la falsificación. La sociedad de entonces era fuertemente tradicionalista y existían además razones económicas de fondo: de admitirse que los afectados por accidentes desarrollaban enfermedades postraumáticas las empresas y las instituciones deberían afrontar grandes gastos en indemnizaciones. De modo que las teorías de Oppenheim fueron derrotadas en un congreso que tuvo lugar en Berlín al despuntar el siglo.

Y comenzó la primera guerra mundial (1914-1918): una guerra de trincheras y de combates cuerpo a cuerpo en la que perecieron ocho millones de hombres y que generaron entre los combatientes

(usualmente del bando aliado) episodios de parálisis, déficits sensoriales o síntomas histéricos que representaron un enorme problema para los psiquiatras militares de aquella contienda, uno de cada 4 soldados presentaron “histerias de combate” usualmente en forma de mutismo o parálisis. Los soldados que presentaban aquellos síntomas eran evacuados y tratados en hospitales de campaña con el fin de devolverlos inmediatamente al combate.

Los médicos se preguntaban si aquellos cuadros psiquiátricos se debían a algún efecto físico de las bombas, pero al final cayeron en la cuenta de que eran **efectos psicológicos del miedo** y de que aquellos síntomas se parecían de un modo siniestro a los que Freud, Charcot, Janet, Babinsky o Briquet habían descrito en sus investigaciones sobre la histeria en las mujeres en la Salpêtrière. Pero en este caso eran hombres los que sufrían esta enfermedad ¿eran los hombres también histéricos?

Naturalmente no todos los médicos militares estaban dispuestos a creer algo así, la histeria era cosa de mujeres, y las histerias que presentaban los soldados podía n interpretarse como simple cobardía. Su antídoto no podía ser otro sino el honor y el patriotismo, los soldados eran constantemente arengados en este sentido o bien corrían el riesgo de ser castigados por traición a la patria.

Los oficiales alemanes que siempre habían rechazado las ideas de Oppenheim tenían orden de fusilar a los cobardes de tal modo que las bajas por enfermedad fueron muy superiores en el bando aliado. Paradójicamente los alemanes no admitieron las ideas de su compatriota Oppenheim hasta mucho tiempo después

### 3.-El caso Sassoon.

[Siegfried Sassoon](#) fue un combatiente británico de la primera guerra mundial que llegó a alcanzar el grado de teniente y que era considerado un héroe de guerra. Durante su estancia en el frente perdió varios compañeros y si hoy conocemos su periplo es gracias a Robert Graves que fue compañero suyo en el frente. El caso es que Sassoon tuvo problemas “histéricos” y fue hospitalizado en varias ocasiones hasta que en uno de esos episodios presentó una sintomatología nueva. Ya no se trataban solo de pesadillas y *flash backs* sino de un cambio de personalidad. Sassoon que se había comportado de forma heroica durante múltiples combates llegando a ser considerado como “Jack el loco” se hizo antimilitarista y comenzó (aun de uniforme) a realizar mitines contra la guerra y contra el propio ejército (un adelanto de lo que sucedería en Vietnam años más tarde). Naturalmente esta actitud llamó la atención de sus superiores que le pusieron en tratamiento psiquiátrico.

Sassoon tuvo la suerte de que le encargaran a un médico “progresista” que creía en la neurosis

traumática de Oppenheim y que charlaba con sus pacientes interesándose por su experiencia interior y no solo por sus síntomas. Rotuló esos síntomas como una reacción al propio trauma, no tanto al miedo sino a la pérdida de ciertos camaradas muy queridos. Sassoon no podía ser un cobarde, (ya había dado suficientes muestras de su temeridad) era una víctima. Una víctima que estaba apresada en lo que hoy conocemos como [“síndrome del superviviente”](#) pero que en aquel entonces no se consideraba como una forma de estrés postraumático. Sassoon se sentía culpable de haber sobrevivido, una suerte que no pudieron seguir sus camaradas caídos.

Por primera vez se describió un cambio en la personalidad como un síntoma más del trauma y el propio Sassoon dio una lección a los psiquiatras militares al exigir que le devolvieran al frente. No se combate por abstracciones como el honor, la patria o la bandera, se combate por los compañeros.

Los psiquiatras militares aprendieron la lección y a partir de aquella guerra se dedicaron a aplicar la enseñanza de Sassoon a todo entrenamiento militar. “Nunca dejar a un compañero atrás” se convirtió en un dogma de fe en tiempos de combate. La segunda guerra mundial por el contrario no tuvo tantos accidentes históricos, pero también es cierto que ya no se combatía en trincheras inertes y los soldados se movían con más facilidad.

Lo importante de todo esto es que por primera vez los médicos tuvieron que admitir que la histeria no es una enfermedad exclusiva de las mujeres (a pesar de su nombre) y que los hombres podían padecerla cuando eran apresados por el terror y que muy probablemente la histeria de las mujeres respondía a otro tipo de terror, un terror privado que se vivía de puertas para adentro.

La histeria y la neurosis traumática eran la misma enfermedad si bien se desarrollaban en contextos bien distintos.

#### **4.-Freud en Viena.**

Freud llegó a Viena en 1886 y se asoció con [Josep Breuer](#) un otorrinolaringólogo con mucho prestigio en la sociedad vienesa y que descubrió el papel del oído interno en el mantenimiento del equilibrio, y que puede considerarse su mentor al menos en una primera fase de su establecimiento como médico. Fue Breuer quien le inició en su teoría de [la abreacción](#): la descarga de emociones y afectos ligados a recuerdos, generalmente de experiencias infantiles penosas o dolorosas y que por esta razón habían sido reprimidas. En el contexto terapéutico, el supuesto es que el sujeto, al revivir las situaciones

originarias a través de la palabra y otras expresiones conductuales o gestuales adecuadas, se liberaría de la tensión afectiva ligada a esas representaciones. La abreacción formaba parte del [método catártico](#) y se llevaba a cabo en estado de trance hipnótico, recordaba a las primitivas [ideas de Janet](#) sobre su concepto de “herida psíquica” y una cura en segunda intención (de dentro afuera y favoreciendo el drenaje).

Pero las pacientes de Breuer poco tenían que ver con las pacientes de la Salpêtrière. Se trataba de las hijas de la burguesía victoriana vienesa y no de muchachas analfabetas, abandonadas, maltratadas y asiladas que Freud había conocido en París. Sin embargo sus cuadros histéricos eran muy parecidos a los que padecían aquellas, si bien sus síntomas parecían un poco más elaborados y no tan dramáticos.

El método catártico fue el embrión sobre el que se edificó el psicoanálisis y Anna O fue su madrina y la primera que le puso nombre a la técnica: “*talking cure*” (cura por la palabra).

## **El caso de Anna O. (Berta Pappenheim).-**

El primer caso que compartieron Breuer y Freud fue el de [Anna O.](#) nombre ficticio con el que publicaron su caso. Anna O, de origen judío, no era una simple histérica sino que presentaba un cuadro clínico muy abigarrado y complejo, tanto es así que merecería hoy al menos tres diagnósticos, el trastorno somato morfo, el trastorno por conversión y el trastorno disociativo múltiple. Lo que interesa saber en estos momentos es que entre Breuer y Anna se produjo un cierto “enamoramiento” debido a la atención que le prestaba Breuer con sus visitas casi diarias. Algo que llamó la atención de la esposa de Breuer que sería la responsable de que abandonara su tratamiento después de que Anna fuera divulgando por ahí la idea de que estaba embarazada de Breuer. Según todas las fuentes informadas [la pseudociésis](#) de Anna no fue interpretada correctamente por Breuer que probablemente supuso que se trataba de una especie de acoso cuando en realidad se trataba de un deseo de Anna que se manifestaba precisamente en esa forma histérica en que los deseos se manifiestan

Breuer se dio cuenta de que los síntomas de Anna desaparecían o mejoraban mucho cuando ella hablaba de ellos, sin embargo no fue capaz de darse cuenta de que los empeoramientos de Anna -que precisaban incluso ingresos periódicos en sanatorios- estaban relacionados con las ausencias del médico. Breuer no fue capaz de caer en la cuenta de que Anna mejoraba o empeoraba en función de la atención que le prestaba (lo que hoy conocemos como amor de transferencia) y probablemente tampoco cayó en la cuenta que al abandonarla la estaba condenando a la cronicidad. Anna O tuvo una evolución tórpida con recidivas, nuevos ingresos y remisiones pero terminó sus días ingresada en un sanatorio y adicta al [láudano](#).

Oigamos brevemente la descripción que hace el mismo Breuer sobre Anna O. en “Estudios sobre la histeria”:

*A) La señorita Anna O., de 21 años cuando contrajo la enfermedad en 1880, parece tener un moderado lastre neuropático a juzgar por algunas psicosis sobrevenidas en su familia extensa; los padres son sanos, pero nerviosos. Ella siempre fue sana antes, sin mostrar nerviosismo alguno en su periodo de desarrollo; tiene inteligencia sobresaliente, un poder de combinación asombrosamente agudo e intuición penetrante; su poderoso intelecto habría podido recibir un sólido alimento espiritual y lo requería, pero éste cesó tras abandonar la escuela. Ricas dotes poéticas y fantasía, controladas por un entendimiento tajante y crítico.*

*Este último la volvía también por completo insugestionable; sólo argumentos, nunca afirmaciones influían sobre ella. Su voluntad era enérgica, tenaz y persistente; muchas veces llegaba a una testarudez que sólo resignaba sumeta por su bondad, por amor hacia los demás. Entre los rasgos más esenciales del carácter se contaba con una bondad compasiva; el cuidado y el amparo que les brindó a algunos pobres y enfermos le prestaron a ella misma señalados servicios en su enfermedad, pues por esa vía podía satisfacer una poderosa pulsión. Mostraba siempre controladas por un entendimiento tajante y crítico.*

*B)*

*La enfermedad manifiesta: durante el periodo de agravamiento del padre, con Anna O. en cama hasta el 1 de abril de 1881. El 5 de abril, cuatro días después, muere el padre de la paciente.*

*Presenta una psicosis peculiar, parafasia, estrabismo convergente, perturbaciones graves de la visión, parálisis por contractura, total en la extremidad superior derecha y en ambas inferiores, parcial en la extremidad superior izquierda, paresia de la musculatura cervical. Progresiva reducción de la contractura en las extremidades del lado derecho. Alguna mejoría interrumpida por un grave trauma psíquico (muerte del padre).*

*C)*

*Periodo de sonambulismo permanente, que luego alterna con estados más normales; continuación de una serie de síntomas duraderos hasta diciembre de 1881.*

*D)*

*Paulatina involución de estos estados y fenómenos hasta junio de 1882, fecha de la terminación definitiva de la enfermedad. En julio de 1880, el padre de la paciente, a quien ella amaba con pasión, contrajo un absceso de peripleuritis que no sanó y a consecuencia del cual murió en abril de 1881. Durante los primeros meses de esa enfermedad, Anna se consagró al cuidado del enfermo con toda*

*energía, y a nadie sorprendió que se debilitara mucho. Pero poco a poco empeoró tanto su estado de debilidad, anemia, asco ante los alimentos, que para su máximo dolor la alejaron del cuidado del enfermo. La ocasión para ello fue una tos intensísima, a raíz de la cual la examinó Breuer por primera vez:*

*Era una típica tussis nervosa.*

De esta descripción señalaré lo siguiente:

- 1.- Antecedentes psiquiátricos en la familia.
- 2.- Un carácter intenso y una inteligencia superior.
- 3.- Una depravación educativa precoz.
- 4.- Su padre padecía una tuberculosis.
- 5.- Estaba muy unida a su padre.
- 6.- Se dedica a cuidar a su padre.
- 7.- El comienzo de su enfermedad coincide con la muerte del padre.

Dicho de otra manera, parece que el desencadenante de la enfermedad de Anna estaba relacionada con la muerte del padre. Podríamos hablar pues de una pérdida traumática.

Pero hay más y dejaré para el próximo capítulo la concepción del trauma en Freud, pero me parece oportuno señalar algunas cuestiones en relación con la situación de Anna y de la mujer en aquella época.

Niños y niñas eran educados en escuelas parecidas, pero las niñas salían de la escuela en la pubertad mientras los niños seguían estudiando para formarse y llevar los negocios de sus padres o bien dedicarse a otras profesiones. Pero esta depravación educativa no era lo peor. Una mujer podía ser en aquella época de 4 formas diferentes: monja, prostituta, madre o solterona. Lo interesante es que los padres elegían una hija para que los cuidara en su vejez, mientras las demás eran entregadas en matrimonio. Usualmente la hija elegida solía ser la más espabilada.

Las pacientes que Freud y Breuer describen en su libro “Estudios sobre la histeria” pertenecen a esta clase de mujeres “sacrificadas” en la pira del cuidado de sus padres (excepto Miss Lucy). Llama mucho la atención que Freud no atendiera a esta circunstancia y la pasara por alto. El trauma de aquellas muchachas es que estaba condenadas a vestir santos, a no poder estudiar y a no poder elegir su propio destino. No podían tampoco enamorarse, de manera que vivían una vida de condena al celibato que no habían elegido. **Dicho de otra manera estaban confinadas en el hogar paterno.**

Histeria y trauma están pues relacionados de la siguiente manera:

“Hay algo de traumático en la histeria pero la historia del trauma es definitivamente histórica”.

Definitivamente amnésica.

## 5.-El trauma según Freud.

La palabra histeria procede del griego (útero) y siempre estuvo vinculada a un prejuicio a la vez que a una observación clínica: el prejuicio era acerca del supuesto carácter de las mujeres que se consideraban lunáticas, mentirosas, falsificadoras e hiperemotivas. La observación irrefutable era que los síntomas histéricos eran más frecuentes en mujeres.

Es por eso que los clásicos consideraron que el útero tenía algo que ver en ello, inventaron una supuesta movilidad del órgano para explicar los síntomas usualmente digestivos que presentaban estas enfermas. Pero el otro, el utero-metáfora de lo sexual- siempre acompañó a la supuesta etiología de la histeria. Sin decirlo, la alusión continua a lo sexual formó parte del mito y de la explicación de los síntomas histéricos.

Es tan así que incluso algunos médicos inventaron un instrumento -el vibrador- para conseguir masturbar a estas mujeres. Un tratamiento que podemos observar en esta película, llamada [Hysteria](#) en la suposición de que el goce sexual podía ser un tratamiento eficaz para la histeria. Evidentemente estos médicos debían suponer que las mujeres no se masturbaban espontáneamente. Más aún: que carecían de sexualidad.

Aun hoy el mito más difundido sobre este tipo de mujeres es dual: o bien están enfermas por depravación sexual o bien son insaciables desde este punto de vista: la ninfomanía, una categoría psicológica hoy inexistente formaba parte y se encuadraba con los desarrollos más probables de la histeria o al menos emparentada con ella.

Hay algo de cierto en todos estos prejuicios y ya hemos estado viendo en los anteriores posts que la histeria es una patología basada en lo sexual, un traumatismo sexual. No tenemos más remedio que recorrer el camino epistemológico de este “traumatismo”. ¿Qué significa un traumatismo sexual?

### El trauma según Freud.-

A lo largo de su vida Freud cambió varias veces de opinión respecto a qué es trauma, de manera que brevemente contaré sus principales cambios de opinión en este sentido.

En su época de París hizo suyas las ideas de Janet acerca del traumatismo sexual: obviamente las

pacientes de la Salpêtrière presentaban abusos sexuales infantiles, repetidos y graves, pero también otro tipo de abusos. Cambió de idea cuando comenzó a explorar y tratar otro tipo de pacientes: cuando su población de pacientes cambió. Para entonces Freud había elaborado la siguiente idea:

*“Trauma es una impresión sensorial que supera la capacidad psíquica de descarga, mediante la motilidad y la representación mental”.*

Sin embargo Freud no siempre hallaba este antecedente de abuso sexual en la infancia de sus pacientes. Hubo más: Freud se dio cuenta de que sus pacientes -sometidas a hipnosis- acababan contándole lo que él quería oír. Se preguntó si aquellas confesiones no serían recuerdos falsos generados por la misma hipnosis y el deseo de agradarle. Poco a poco fue sustituyendo el trance hipnótico por una nueva técnica: la **asociación libre**. Una forma de tirar del hilo de los recuerdos en estado de vigilia. Fue así como Freud cambió de opinión respecto al trauma sexual, me refiero a la idea de que el abuso o incesto había ocurrido en la realidad.

[Un caso de dolor neuropático. El caso Elisabeth von R.](#)

## **El trauma en dos tiempos.-**

Para Freud el trauma por sí mismo carecía de importancia, no le prestó nunca atención específica a pesar de que sabía que el origen de la histeria era traumático, Freud se ocupó sobre todo de las operaciones mentales que hacían los pacientes con la impresión recibida, es decir los conflictos con su subjetividad. El concepto de estrés postraumático que requiere un criterio de estrés objetivo, intenso o prolongado en el tiempo es un desarrollo posterior al concepto freudiano de trauma. El TEP es un concepto que procede de la observación de veteranos de guerra y se debe a [Kardiner](#) y Oppenheim entre otros, un concepto mucho más restrictivo que el concepto freudiano.

Mediante el mecanismo de disociación los contenidos representacionales del afecto se separan siendo expulsados de la conciencia aquellos que entran en antagonismo con lo que Freud llamó “**impulsos inaceptables**”, que no siempre coinciden con el miedo insuperable (del trauma del TEP) y que en aquella época solían ser pulsiones eróticas que entraban en conflicto con la moralidad victoriana.

La disociación ya había sido descrita por Janet y no hace falta decir que es el mecanismo inverso de la asociación: el mecanismo que aglutina o une aquellos elementos mnésicos que aparecen juntos en la impresión sensorial. Al parecer la disociación es un mecanismo vestigial cuyo objetivo es procurar analgesia y anestesia cuando se percibe una amenaza que supera los mecanismos ancestrales de lucha o huida. La disociación tiene efectos sobre la cognición, la percepción, la memoria y la conducta y es un mecanismo para el que existe una facilitación individual que tiene que ver con la capacidad de

sugestión, autosugestión e hipnotizabilidad. **Existen personas que practican un virtuosismo disociativo especial.**

Existe una fase de latencia durante la cual no hay síntomas pero posteriormente en un estado de agotamiento o estrés inespecífico se desarrolla un síntoma orgánico que sirve de matriz (de recuerdo) para desarrollar más tarde la conversión. La conversión siempre se asienta sobre un terreno predispuesto, en el caso de Isabel R, los dolores de piernas que aparecieron durante la enfermedad del padre son para Freud de carácter reumático (por enfriamiento), en el caso de Miss Lucy, la conversión se asienta sobre un órgano enfermo (la nariz, miss Lucy padecía una rinitis purulenta)

Muchas de las pacientes de Freud enfermaron después de haber cuidado de sus padres enfermos (en el caso de Isabel R (y Anna O) 2 años después, aunque coincidiendo con la enfermedad de su madre), pero tuvieron sus primeros síntomas durante la enfermedad de su padre, en el caso de Isabel se observa que los primeros dolores aparecen durante la enfermedad y que la enferma los atribuye a haberse resfriado al levantarse de noche descalza. Freud hace una disgresión sobre los efectos patógenos sobre el cuidador y lo atribuye a la retirada del interés sobre el Yo, es decir a una supresión narcisítica, “dejar de pensar en uno mismo, mientras se dedica a la tarea de cuidado”. Además llama la atención sobre **el falso enlace**, es decir la falsa atribución que el paciente hace de sus síntomas.

Más tarde se produce otro estímulo o impresión sensorial que puede ser banal pero emparentada con aquella original de especial significancia subjetiva para la enferma.

Es decir el trauma se desarrolla en dos tiempos, (y además sus efectos son acumulativos), porque aunque casi siempre la segunda impresión es banal en relación con la primera puede darse la situación inversa, sin embargo es condición para la conversión este desarrollo en dos tiempos, no sólo por el efecto acumulativo del trauma sino porque hace falta un tiempo de preparación del terreno histórico sobre el que se asienta el síntoma. El parentesco entre ambas impresiones está ligado a la cadena asociativa que puede explorarse en el recuerdo.

Entonces se desarrolla la conversión sobre el recuerdo de aquel dolor orgánico y con los materiales del síntoma histérico (deseo+prohibición)

El síntoma histérico es una condensación entre el deseo (en el caso de Elisabeth R el deseo erótico con el cuñado) y su prohibición (la reciente muerte de la hermana). La conversión es un recuerdo traumático que opera de forma inversa a la inervación normal (de arriba abajo) y sólo está en el cerebro y no en el órgano periférico. La elección de órgano en este caso (la zona histerógena) es artificial y no cumple ninguna ley de la anatomía, al tratarse de un camino equivocado que toma la conversión para

su expresión sintomática. Freud aclara que no es que la conversión represente un lenguaje simbólico, sino que como el lenguaje común extrae del símbolo su gramática y su semiótica. El símbolo sería el precursor del lenguaje y también de la conversión.

Lo que se convierte es aquello que fue desechado de la conciencia en primera instancia, siendo el segundo “trauma” un recuerdo encubridor del primero.

En este sentido el recuerdo por parte de Isabel R. de sus devaneos con el acompañante no representa el trauma en su estado original sino el recuerdo que sirve para obturar a la conciencia el paso de la huella mnémica que representó aquel pensamiento en la cama mortuoria de su hermana “ahora ya está libre, puede hacerme su esposa” y que fue el punto de arranque de la hipótesis de Freud y su interpretación.

Freud se pregunta cómo es posible que Isabel R. enfermara de su dolor en las piernas antes, mucho antes de que se produjera esta escena, pero una vez descubierta este enamoramiento, la propia paciente fue capaz de recordar otras escenas que se habían producido antes de que su hermana se casara, concretamente mientras eran novios y describe la escena en que le conoció: concretamente él se confundió de persona e intimaron enseguida... Lo que significa que el enamoramiento de Isabel fue fraguándose en su conciencia y rechazándose al mismo tiempo, durante largas temporadas, es decir la conversión no se articuló de un día para otro, sino que fue edificándose ladrillo a ladrillo. Isabel sabía y al mismo tiempo ignoraba su enamoramiento por el cuñado, no se trataba de un deseo reprimido sino suprimido de la conciencia por la instancia moral (el impulso inaceptable), posteriormente el recuerdo se olvidó, como sucede siempre con los traumas originales aunque pudo recuperarse con la libre asociación.

## **Trauma positivo y trauma negativo.-**

*Los eventos traumáticos están relacionados con impresiones de naturaleza sexual o agresiva, y sin duda también a lesiones tempranas del Yo (mortificaciones narcisistas): los efectos son de dos clases: positivos y negativos. Los primeros son intentos de poner al trauma en operación nuevamente –esto es recordar la experiencia olvidada o mejor aún, hacerla real, experimentar su repetición de nuevo o, aun si fue solamente una temprana relación emocional, revivirlo en una relación análoga con algún otro. ...Las reacciones negativas tienen el objetivo opuesto: que nada de los traumas olvidados se recuerde. (Freud, 1927, Construcciones en el análisis).*

Vemos como Freud va oscilando entre la definición del trauma como algo meramente derivado de lo cuantitativo a una segunda definición en la que lo importante es el conflicto, que se va superponiendo

y termina ocupando el primer plano, viéndose entonces cómo lo económico se integra a lo dinámico. Y avanzando hacia lo que sería el concepto de trauma ampliado.

Lo que es lo mismo que decir que una vez establecido el trauma, algo que podríamos contemplar como un agujero negro del psiquismo, **una especie de singularidad bioeléctrica**, existen dos destinos para el mismo: el primero es la repetición, lo que hoy llamamos reexperimentación y el otro es la amnesia, el olvido, como si en ese agujero no existiera el tiempo, como si carecería de historicidad. Quiste y repetición, como si el trauma pugnara por presentarse en el presente constantemente, como si el trauma quisiera no saberse a sí mismo.

Pero definitivamente lo que define y diferencia al trauma freudiano del trauma simple, objetivo y medible, es la dicotomía trauma infantil/trauma del adulto. Para Freud el trauma es aquel trauma primigenio el que se da en edad infantil y sobre el que se irán conformando traumas posteriores (retraumatización). Pero para entender mejor esta idea de “trauma infantil” es necesario conocer de cerca la sexualidad infantil, algo que fue negado desde los orígenes de la humanidad, como si los niños carecieran de sexualidad, como en las mujeres, su sexualidad solo sería reconocida a partir de las ideas de Freud.

Cuando Freud cayó en la cuenta de que no todas sus pacientes habían sido víctimas de abusos sexuales durante su infancia abandonó la teoría del trauma “janetiana” si bien mantuvo los ejes de su pensamiento en torno a dos cuestiones seminales: había un trauma sexual y sin embargo ese abuso sexual no parecía haber sucedido en la realidad aunque si en la imaginación de sus pacientes.

Esto no quiere decir que abandonara la etiología traumática sexual de las neurosis, -como lamentan algunas pensadoras del mundo feminista- sino que perfeccionó su teoría para entender mejor qué había sucedido históricamente con sus pacientes.

Pues la infancia es un territorio de enorme vulnerabilidad, allí donde el individuo ha de tejer las relaciones más significativas de su vida, la urdimbre de sus deseos, y la dirección que ha de tomar en vida adulta, tanto su personalidad como su identidad. Eso no significa que Freud diera por falsas las apreciaciones que había aprendido en su época de París o que el abuso sexual no fuera frecuente en aquella época, pero el abuso sexual no era el único trauma que podía encontrarse en las historias de sus pacientes, había otros traumas que explorar mucho más sutiles.

Es por eso que tuvo que construir una **teoría sobre la sexualidad infantil**. A nadie se le había ocurrido que niños y mujeres tenían sexualidad y sus hallazgos fueron en este sentido revolucionario. Al poner de manifiesto que un niño pasaba por distintas etapas psicosexuales sentó las bases de la comprensión

de “traumas” que vistos de otro modo. -solo con la exploración de eventos gruesos o robustos- no alcanzarían a ser contemplados como lo que realmente son: eventos traumáticos. Freud puso el microscopio sobre donde nadie había mirado antes.

En [Tres ensayos para una teoría sexual](#) Freud nos ilustra como el desarrollo psicosexual avanza en cuatro fases: oral, anal, fálica y latencia para llegar hasta la adolescencia y estallar allí coincidiendo con la maduración sexual completa. Es importante comprender que lo que nosotros entendemos -como adultos- como sexualidad no es trasladable a lo que sucede en los niños. Los niños tienen una sexualidad infantil (que Freud llamó libido) que va madurando a través de orificios (boca, ano, ojos, uretra) y arrastrando tras de sí ganancias madurativas y cognitivas en otros niveles. Por ejemplo, para un niño en fase anal lo importante es el control, conocer sus capacidades de control y saber cómo puede resistirse al control de los otros, es por eso que la [teoría de la reactancia](#) considera a la edad de 2 años de un niño (Los terribles 2 años) como la época en que va a oponerse y va a consolidar sus habilidades de resistirse a los demás y a dominarles. O bien a someterse y no resistir, obedeciendo las indicaciones que le den sus cuidadores.

Los traumas infantiles han de leerse en este contexto de evolución de la libido, no es lo mismo perder a un progenitor a los 7 años que a los 4 años. No es lo mismo sufrir abusos a los 2 años que a los 14.

Y no lo es porque hay que distinguir los abusos que son expectativa de vida (abusos constantes y crónicos) que un abuso puntual y aislado. Lo que Freud descubrió fue que los traumas de la infancia eran **abusos durante toda la infancia**. Si un niño tiene un padre alcohólico que maltrata a su madre y a los hermanos, esa pauta se convierte en habitual y es traumática aunque ese padre nunca ejerciera violencia directa contra él. Vivir en ese entorno aterrizante e incierto da lugar a desarrollos especialmente neuróticos y mucho más vivos y duraderos que un contacto sexual aislado.

Naturalmente el trauma padecido por una crianza de este estilo desarrollará a largo plazo una clínica bien distinta a aquel que ha sufrido abusos sexuales. Es por eso que algunos autores como Bessel Van del Kolk han hablado [del espectro del trauma](#): los desarrollos posteriores al hecho traumático dependerán en gran manera de la cualidad del trauma, del tiempo de exposición y de los mecanismos puestos en marcha por la víctima para sobrevivir. A veces no se trata de sobrevivir sino de emanciparse, evitar la vergüenza o la culpa, de adquirir una identidad propia distinta al magma de lo común. Lo que queda como resto no digerible es el trauma en sí mismo, una especie de chicle.

## 6.-Kardiner y el trauma de combate.

[Abraham Kardiner](#) fue un psiquiatra americano interesado en el tema de las neurosis de guerra, que había seguido las ideas de Oppenheim y que además estaba interesado en el psicoanálisis. En 1921 se trasladó a Viena y fue analizado por Freud, fue así que Kardiner promovió en estados Unidos al establecerse en New York, las ideas del psicoanálisis difundiendo la teoría freudiana e intentando aplicarla al campo de su interés. A él debemos nuestra concepción actual del TEPT (trastorno de estrés postraumático): la idea de que las neurosis de guerra -básicamente observaciones sobre veteranos de la primera guerra mundial- dejaban un trauma de por vida, un cuadro de curso crónico que tenía sus propias características clínicas y que era bastante distinto a las histerias (agudas) de combate. Hoy diferenciamos entre el trastorno por estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático.

Si recordamos el caso Sassoon ([del que hablé aquí](#)) podremos recordar que la clínica predominante en este caso estaba relacionada con un cambio de personalidad. Sassoon que era un escritor y un poeta antes de la guerra, después de su experiencia bélica se convirtió en un agitador político, su carácter se modificó en el sentido de convertirse en una persona bien distinta a la que era antes de la guerra, padecía ataques de rabia y sobre todo continuas pesadillas que no cedieron en toda su vida.

Para entonces había quedado establecido que el origen del trauma era una situación de indefensión con la que se vivía una situación de inmenso terror vivido en combate y la indefensión puede definirse de la siguiente manera: “no hay manera de escapar de esa amenaza”, algo que sobrepasa los mecanismos de “lucha o huida” que se ocupan de la preservación de la vida. No era por las bombas, ni por el deseo de los soldados de escapar de aquella situación por cobardía sino que era un síndrome bien establecido que afectaba a la mayor parte de soldados expuestos al combate en trincheras, sometidos al fuego enemigo, que veían caer constantemente a sus compañeros y expuestos a combates cuerpo a cuerpo o a ataques químicos. Lo importante es que más allá de los efectos agudos de estos eventos el cuadro adquiría una consistencia clínica en su desarrollo a largo plazo, y es por eso que se le llamó postraumático. Duraba toda la vida y estaba presidido por un cuadro clínico uniforme y común en los veteranos de guerra.

### El recuerdo traumático.-

Desde Janet sabemos que el mecanismo que subyace en todos los fenómenos psíquicos traumáticos es la disociación. Y la disociación afecta a la memoria, al recuerdo, de tal modo que los recuerdos traumáticos pueden identificarse precisamente por su morfología. Concretamente Janet que exploró en profundidad estos recuerdos traumáticos concluyó que:

“El recuerdo traumático en realidad no es un recuerdo”, pues no puede construirse un relato sobre el mismo, está compuesto por imágenes, sensaciones o percepciones fragmentarias y ahistóricas, de tal modo que no pueden ordenarse en una narrativa coherente sobre lo que sucedió. El recuerdo traumático recuerda mucho a los sueños en su fragmentación.

## **Establecimiento del cuadro por estrés postraumático.-**

La tríada postraumática se caracteriza por estos tres elementos:

- 1.- Hiperactivación autonómica.
- 2.- Reexperimentación.
- 3.- Constricción.

Sobre ellos hablaré más adelante, pero lo que me interesa señalar en este momento es que este desarrollo clínico es muy diferente al que llevan a cabo los “traumatizados infantiles” a los que más arriba me refería. Para diagnosticar un TEPT es necesario que exista un estrés objetivable, intenso y que produciría síntomas en la mayoría de las personas. Hablamos de desastres, accidentes, muertes colectivas, presenciar atrocidades, o ser víctima de violaciones, apaleamientos, o violencia física.

El estrés postraumático tiene una morfología y unos desarrollos más bien distintos a los “traumas infantiles de Freud”.

Y sin embargo son la misma enfermedad.

Las sociedades han de cambiar para que acepten como genuinas determinadas enfermedades y sufrimientos. Del mismo modo que la “neurosis de guerra” no fue aceptada por la Psiquiatría ni por la sociedad mientras vivíamos de ideales como la valentía, el honor y el patriotismo. Y la histeria no fue reconocida hasta que ciertos médicos comenzaron a escuchar a las mujeres, no para saber qué decían sino para introducirse en su mundo interior, los desarrollos infantiles del trauma no serán reconocidos hasta que se acepte la sexualidad infantil y sus múltiples e inciertas derivas.

La segunda guerra mundial cogió sobre aviso a los médicos militares que habían aprendido bien la lección de la gran guerra del 14-18. Evidentemente, la segunda guerra mundial se llevó a cabo con características técnicas bien distintas de la primera. Básicamente no fue una guerra de trincheras, sino con ejércitos móviles y organizados del modo que el conocimiento del caso Sassoon había propiciado: pequeños pelotones al mando de un suboficial con liderazgo sobre sus hombres. El apoyo mutuo de los soldados pasó a ser un seguro de vida más allá de las abstracciones que habían gobernado la vida de los soldados en la primera guerra mundial.

Se evitaron así, las histerias de combate pero no los casos psicósomáticos que más abajo veremos ni los de estrés postraumático que por aquel entonces y gracias a los psiquiatras como Kardiner habían pasado a oficializarse entre los mandos militares. El diagnóstico de estrés postraumático se había consolidado como un diagnóstico con entidad propia en la nosología psiquiátrica.

Más concretamente en la segunda guerra mundial aparecieron entre los combatientes síntomas psicósomáticos que hasta el momento no habían sido descritos:

En 1945 Roy Grinker y John Spiegel observaron que los síntomas gastrointestinales fluían en abundancia y en variedad, en contraste con los frecuentes síndromes cardíacos observados en la guerra anterior (corazón de soldado), pues para 1941, los problemas de enfermedad ácido péptica no ulcerosa representaban el mayor problema médico en las Fuerzas Militares, si bien estos trastornos eran más frecuentes entre los combatientes que necesariamente debían actuar de forma pasiva que frente a aquellos que adoptaba una actitud más productiva. Concretamente eran más frecuentes entre los tripulantes de bombarderos que entre los pilotos de caza.

Durante la segunda guerra mundial Abraham Kardiner publicó un libro sobre neurosis traumática de guerra que se convirtió en el punto de partida para definir posteriormente los síntomas que conformarían el TEPT. Hizo descripciones clínicas como la presencia de hipervigilancia permanente o de sensibilidad aumentada a los estímulos ambientales, similar a la que se presentaba en el campo de combate, pero que permanecía durante el proceso de reorganización emocional, estableciéndose en muchas ocasiones de forma crónica. Kardiner, junto con Herbert Spiegel, desarrollaron además, tratamientos para integrar las experiencias traumáticas

Uno de los dilemas que ha presentado este diagnóstico puede ser explicado en este párrafo:

*El concepto de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) ha evolucionado de acuerdo a como se han ido presentando los síntomas en los afectados, existiendo muchos debates en psiquiatría sobre su etiología (27). ¿Es acaso el propio trauma lo que causa la presentación del cuadro clínico? ¿O es la vulnerabilidad que tiene el individuo lo que hace que lo desarrolle? ¿O por el contrario, sólo la incapacidad del individuo de asumir su propia vida y enfrentarla, es lo que lo lleva a escapar de la realidad a través de la enfermedad?*

Dicho de otra manera ¿Existen personas con una personalidad especial que les hace vulnerables al TEPT? La respuesta es no, pero es muy posible que haya personas que sean más resistentes a la presentación de este cuadro clínico. La personalidad puede estar implicada (sin que sepamos qué rasgos protegen del impacto del trauma) pero hay otro factor: **el apoyo social**. No es lo mismo volver

del campo de batalla como un héroe que como un villano, como les sucedió a los combatientes de la guerra de Vietnam.

Pues entre la exposición al evento traumático y la eclosión de un TEPT existe un tiempo muerto o con escasos síntomas. Sin embargo existe un criterio mayor (el criterio A) para poder diagnosticar un TEPT según el DSM. Es este:

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido dos condiciones:

- 1.-La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- 2.- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

Es decir, el criterio A discrimina ya de entrada que el evento traumático ha de ser objetable, algo lo suficientemente intenso para provocar sufrimiento en una mayoría de personas. Y añade algo más: basta con haber presenciado tal evento, aunque no se haya participado directamente. El evento es una amenaza para la integridad física y se presentó en tal forma que cualquier persona reaccionaría con horror. Y el evento se experimenta con desesperanza o desvalimiento, es decir no hay manera de poder neutralizarlo ni a través de la lucha ni de la huida.

El criterio A incluye desastres, accidentes de tráfico, asesinatos múltiples, atrocidades de guerra, violaciones, maltrato, etc. pero como veremos pronto no incluye toda la variedad de sucesos traumáticos que una persona puede llegar a sufrir. Parte del motivo que me llevó a escribir esta serie de posts es hacer un recorrido histórico para iluminar la idea de que con independencia del “trauma”, muchos desarrollos clínicos mantienen relaciones con eventos bien sutiles que a la larga tienen el mismo efecto con distintos desarrollos y síntomas. Por ahora el TEPT es el prototipo de desarrollo central e incluye:

## **1.- Reexperimentación.-**

Los sucesos traumáticos se reviven en el presente no importa el tiempo transcurrido, a veces ciertos estímulos operan como gatillos y la memoria traumática nos envía a la conciencia imágenes aterradoras (las que se vivieron en el momento del trauma), hablamos entonces de [flash backs](#). Se trata de una memoria involuntaria, recurrente e intrusiva que re experimenta la experiencia pasada totalmente o en parte.

El flash back no es un síntoma patognomónico del TEPT, lo podemos observar en el TOC (trastorno obsesivo-compulsivo), en algunos casos de trastorno bipolar y en intoxicaciones por drogas sobre todo por LSD (*acid flash back*). Dicho de otra manera es un síntoma compartido por muchas enfermedades mentales además del TEPT. Se ha descrito incluso un síndrome alucinógeno persistente en consumidores de drogas.

Los sueños repetitivos traumáticos (pesadillas) son la otra forma que toma la reexperimentación.

## 2.- Hiperactivación.-

La hiperactivación es un estado de alerta permanente que incluye sobre todo al sistema nervioso autónomo. Es algo así como una avería del encendido, como si el peligro no hubiera pasado, como si estuviéramos todavía sufriendo las consecuencias antiguas del trauma, una presentificación del peligro, una alarma innecesaria.

Durante la segunda guerra mundial los trastornos por hiperactivación fueron muy prevalentes como ya he dicho anteriormente y es por esta razón que Kardiner había hablado de **fisioneurosis**. Y no fue sino después de la guerra de Vietnam que se admitió que determinadas quejas psicósomáticas estaban relacionadas con una hiperactivación simpática postraumática mantenida.

Del mismo modo las pesadillas son también en parte fenómenos de hiperactivación, hoy sabemos que las pesadillas no son sueños REM sino que se producen en periodos no REM y que utilizan un sistema neurofisiológico distinto al sueño normal de los adultos. Bessel Van del Kolk (1984) sugiere que este tipo de parasomnias son muy parecidas al sueño de los niños, una especie de estimulación neurofisiológica arcaica, presidida por imágenes sin narrativa como por cierto sucede con los recuerdos traumáticos (memoria icónica).

Los trastornos del sueño son constantes y muy variados con múltiples despertares nocturnos y una reacción continua de sobresalto, tanto durante el sueño como en la vigilia. Como si el cerebro hubiera perdido ese filtro que nos permite ignorar los estímulos irrelevantes.

A otro nivel son comunes los ataques explosivos de cólera y ciertos cambios de la personalidad, sobre todo los que afectan a intereses y creencias anteriores.

## 3.- La constricción.-

El trauma desconecta al individuo de lo humano que hay en él y de los suyos, destruye la salud, la familia, la confianza y el amor. También la iniciativa y la prospección del futuro.

Ya hemos dicho que la personalidad se resiente dando lugar a un humor plano, una especie de

restricción afectiva y los trastornos del humor son muy prevalentes. La dificultad para sintonizar con intereses ajenos, disfrutar de placeres ya experimentados y el sentimiento de desapego y de aislamiento son comunes. El pesimismo ante el futuro y la depresión, el alcoholismo y el suicidio son complicaciones frecuentes del TEPT.

Y todo esto puede suceder con o sin disociación. De ello hablaré en el próximo epígrafe.

## 7.-Putnam y la disociación.

La disociación es un mecanismo arcaico que representa el *tertium inter pares*, entre los dos grandes: la lucha y la huida. Está muy representado en toda la escala animal. Al menos entre los mamíferos y ha recibido varios nombres: el “*freezing*”, la congelación o la convulsión crítica. Algo así como “hacerse el muerto” que es una manera de despistar al depredador que está cableado para perseguir comida viva.

Pero la disociación tiene costes y a pesar de que es una estructura neurológica evolucionada para procurar analgesia y anestesia para momentos difíciles, como por ejemplo en las experiencias cercanas a la muerte, pero también tiene costes derivados de su ejecución a largo plazo. La disociación es un mecanismo que puede operar e interferir no solo sobre la motilidad (convulsiones disociativas, o parálisis conversivas, sino también sobre la memoria (amnesia disociativa), sobre la sensibilidad (dolor), sobre la identidad sexual (confusión de identidad sexual), sobre los objetos protectores o amenazantes (como en algunos trastornos de la personalidad) y sobre la identidad personal (no recordar nada sobre la propia historia), sobre la conducta y sobre la cognición. La disociación es un mecanismo robusto con pocas sutilidades que ejerce su función a través de la **compartimentalización**: desagrega contenidos del recuerdo y separa lo que necesariamente ha de estar unido. La disociación es como una maleta abandonada en una estación. No sabemos lo que contiene ni a quién pertenece.

### La disociación según Putnam.-

De acuerdo con Putnam (Putnam, 1994), disociación es un proceso que produce una alteración en los pensamientos, sentimientos o actos de una persona de forma que, durante un periodo de tiempo, ciertas informaciones que llegan a la mente no se asocian o integran con otras, como sucede en condiciones normales.

Por otro lado, M. Steinberg (Steinberg, 1994) comenta que las experiencias disociativas se caracterizan

sobre todo por una “compartimentalización de la consciencia”. Esta expresión se refiere al hecho de que ciertas experiencias mentales de las que se espera normalmente que se procesen juntas y al mismo tiempo (pensamientos, emociones, sensaciones, recuerdos y el sentido de la identidad), se encuentren aisladas funcionalmente unas de otras permaneciendo en algún caso inaccesibles a la consciencia o a su recuperación amnésica voluntaria.

En este sentido, la disociación puede ocurrir en el ámbito de la percepción (p.ej. atención focalizada como en la absorción), conducta (p.ej. acciones automatizadas como conducir un coche), afecto (p.ej. el embotamiento de la respuesta emocional ante circunstancias abrumadoras), memoria (p.ej. amnesia de acontecimientos traumáticos) e identidad (como la inseguridad respecto de la propia identidad durante una despersonalización).

## El “continuum” disociativo.-

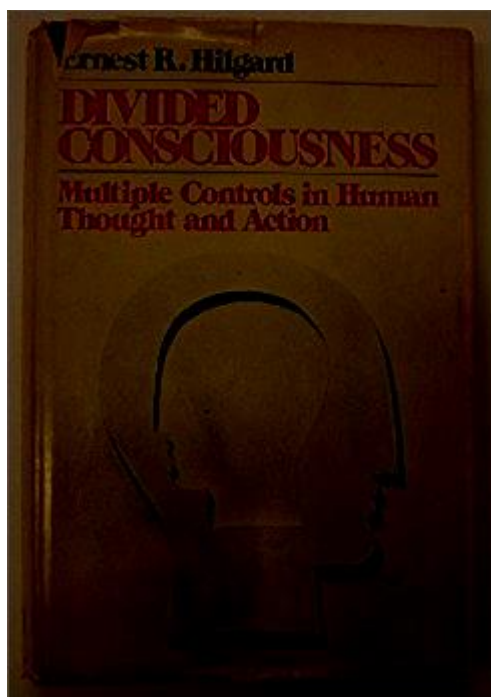
Esta gradación de menos a más de fenómenos disociativos estaría constituida por una secuencia que iría de uno a siete, de la siguiente manera:

1. Estados de absorción (\*)
2. Despersonalizaciones transitorias
3. Fenómenos hipnóticos
4. Trastorno de despersonalización
5. Amnesia disociativa
6. Trastorno de somatización
7. Trastorno de identidad disociativo

Todos ellos van desde la normalidad constituida por los fenómenos de absorción a las más graves formas de Trastorno de identidad disociativo.

La disociación explica nada más y nada menos que los siguientes trastornos o fenómenos psicopatológicos:

Despersonalización, desrealización, pensamientos / sensaciones intrusas, *flashbacks*, pérdidas de control y sentimientos de “lo ya hecho”, atención disminuida, estados de posesión y trance, sugerencias hipnóticas, absorción, atención dividida, amnesia psicógena, alteración de identidad e identidades múltiples, confusión de identidad, y los llamados síntomas médicos “inexplicables”.



## La teoría neodisociativa de Hilgard (1977).-

Ernest R. Hilgard en su libro [“Divided Consciousness. Multiple controls in human thought and action. 1986.”](#), introduce algunos conceptos fundamentales:

Sus planteamientos han sido considerados, por algunos autores, como el resurgir de las concepciones clásicas de Janet y, por otros, como una posición menos extrema y más innovadora que la postura clásica. El principal postulado de esta teoría afirma que el funcionamiento mental está organizado en una serie de subestructuras de control de la conducta y pensamiento dispuestas en un orden jerárquico y de interdependencia. La teoría neodisociativa asume tres ideas básicas sobre el funcionamiento cognitivo (Hilgard, 1994): 1) Existen sistemas cognitivos subordinados o subestructuras de control, cada uno con cierto grado de unidad, persistencia y autonomía de funciones; 2) Existe algún tipo de control jerárquico que maneja la interacción o competición entre las estructuras; y 3) Debe existir una estructura de control a un nivel superior. Para Hilgard (1977) la «superestructura de control central» o ego ejecutivo unifica la experiencia consciente, planifica, maneja, y controla las funciones y conductas iniciadas por el resto de subestructuras.

Con el término «Neodisociación», Hilgard propone una nueva visión de los fenómenos disociativos y establece alguna discrepancia respecto a la teoría clásica de Janet. Así, la disociación “*per se*” no es un fenómeno patológico puesto que abarca experiencias que van desde la normalidad (p.ej., automatismos) hasta la patología, planteando ya la idea del «continuo disociativo» (Bernstein y Putnam, 1986; Frankel, 1990, 1996) que comenté más arriba. Por otra parte, y al igual que Janet, asume la noción de

disociación parcial, en la que se dan interferencias entre las estructuras porque la desconexión no es total (Hilgard, 1991)

Interesa estos tres conceptos: el concepto de “**observador escondido**”, es decir de aquella instancia psíquica que “se percata pero no sabe” junto con los de “distanciamiento” y “compartimentalización”.

Esta conceptualización “del que se percata pero no sabe” se encuentra en relación con la forma de percibir no consciente, implícita, fruto de la investigación en la hipnosis clínica y de la percepción inconsciente (Perrig, Wippich y Perrig – Chiello).

Todas estas aproximaciones de larga tradición en Psicopatología nos permiten acercarnos paso a paso a las más recientes concepciones de J.R. Brown (Brown, 2006) sobre la reorganización nosográfica de los dos grandes grupos de fenómenos disociativos, es decir, los fenómenos llamados de **compartimentalización** y los denominados de “**distanciamiento**” o “**desvinculación**” (**detachment**). La vieja idea de Freud de que el trauma unas veces se comporta como un quiste y a veces como una repetición.

La teoría neodisociativa de Hilgard supone una organización horizontal de la conciencia en lugar de una división vertical como Freud supuso en su conceptualización de lo inconsciente y se aproxima más a la idea clásica de Janet.

Veamos en primer lugar el grupo de los fenómenos de distanciamiento o desapego (detachment).

## **DISTANCIAMIENTO / DESAPEGO**

Este grupo lo constituyen, de acuerdo con el planteamiento de Brown, las siguientes experiencias psicopatológicas:

- 1) EMBOTAMIENTO EMOCIONAL
- 2) DESPERSONALIZACIÓN
- 3) DESREALIZACIÓN
- 4) EXPERIENCIAS DE FUERA – DEL – CUERPO (Heautoscopia)
- 5) AMNESIA POR DEFICIT DE CODIFICACIÓN

## **COMPARTIMENTALIZACIÓN**

Por otro lado, entre los fenómenos de **COMPARTIMENTALIZACIÓN** encontramos los siguientes:

- 1) SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS NO EXPLICABLES

- |    |   |             |    |            |
|----|---|-------------|----|------------|
| 2) |   | FENÓMENOS   |    | HIPNÓTICOS |
| 3) | EXPERIENCIAS                                | DE          | LO | “YA HECHO” |
| 4) |   | IDENTIDADES |    | MÚLTIPLES  |
| 5) | AMNESIA DEBIDA A UN DEFICIT DE RECUPERACIÓN |             |    |            |

Habría un síntoma que se describe “a caballo” entre ambos grupos que sería la llamada “confusión de identidad”, es decir la sensación subjetiva de incertidumbre, perplejidad o conflicto en relación con la propia identidad de uno.

A continuación veamos las bases biológicas de estos dos tipos de fenómenos psicopatológicos.

## **Bases biológicas del distanciamiento o desapego.-**

*Según Holmes (2005), siguiendo a Sierra y Berrios (1998), se trata de un mecanismo de defensa biológico desarrollado para minimizar los efectos potencialmente debilitantes de una experiencia emocional extrema en situaciones de amenaza. Se desencadenaría cuando un aumento importante de la ansiedad provoca que desde el lóbulo prefrontal medial se inhiba el procesamiento emocional por el sistema límbico consiguiendo así una respuesta simpática reducida. El resultado es un estado privado de experiencia emocional que facilitaría la conducta adaptativa frente a una amenaza.*

*Como respuesta a corto plazo ante situaciones ocasionales de peligro es eficaz, pero se torna contraproducente para el sujeto si persiste o debe cronificarse ante amenazas traumáticas continuas. Así se construiría por ejemplo un trastorno de despersonalización.*

*A nivel psicofisiológico se caracteriza por:*

*Medidas de la reactividad emocional:*

- 1) Reducción significativa de las amplitudes de la conductancia de la piel y*
- 2) Latencias de conductancia cutánea aumentadas A ESTIMULOS DESAGRADABLES pero no a neutrales o inespecíficos.*

*Y, en relación con respuestas neurales ante imágenes aversivas:*

- 1) Respuestas neurales reducidas en regiones cerebrales típicamente activadas por estímulos emocionales (ínsula y cortex occipito – temporal) y*
- 2) Respuestas neurales aumentadas en regiones asociadas con la regulación emocional (cortex prefrontal ventral)*

## **Bases biológicas de la compartimentalización.-**

1) *El fenómeno, según Holmes et al. (2005) y Cardeña (1994), incluye un déficit en la capacidad de controlar deliberadamente acciones o procesos que se encontrarían normalmente bajo control: incapacidad para codificar de manera integrada (p.ej. procesos o acciones inconciliables)*

3) *El déficit no puede ser superado por un acto de voluntad*

4) *El déficit es, en principio, reversible. Y*

5) *Puede ser demostrado que las funciones aparentemente interrumpidas operan normalmente y continúan influenciando los procesos cognitivos, las emociones y la acción.*

*Esta definición incluye síntomas como:*

*Amnesia disociativa, fugas, T. de Identidad Disociativos, síntomas físicos de conversión y somatoformes.*

*Fenómenos similares como amnesia, anestesia, pseudoalucinaciones, alteraciones motoras etc. que pueden ser producidos usando sugestión hipnótica también se incluyen dentro de los fenómenos de compartimentalización (Orengo).*

En otro orden de cosas recientemente escribí un post sobre la histeria y que titulé “[Sick or disease](#)” ya hablé de estos fenómenos disociativos en la histeria, de modo que no voy a volver a repetirlos aquí sino para señalar que:

La disociación que observamos en la histeria es el mismo fenómeno que observamos en otros desarrollos distintos de la esfera del trauma. Y: que la conversión no es posible sin disociación. **De manera que la disociación es el fenómeno central de todo proceso psicotraumático.**

Contrariamente a esta idea, no todos los sujetos traumatizados desarrollarán disociación, de donde podemos deducir que la disociación puede explicarse mejor desde una psicofisiológica del “terreno”. Algunas personas son más susceptibles de disociarse que otras, mientras que una minoría de entre ellas pueden disociarse a voluntad: hablamos entonces de virtuosismo disociativo.

## **Disociación y neurociencia.-**

Otra forma de pensar la disociación es a partir de ciertos postulados o hipótesis que la neurociencia ha ido poniendo a punto desde Freud para acá. Me refiero sobre todo a la hipótesis de Fodor de que la mente está fragmentada o compartimentalizada. En este post de [Pablo Malo](#) podemos leer algunas cuestiones relativas a este hecho.

Lo más importante de la teoría modular de la mente son estas cuestiones relevantes:

- 1.- Los distintos módulos de la mente están especializados en cierto tipo de tareas, del mismo modo que los órganos de cuerpo.
- 2.- Cada módulo evolucionó con independencia de sus vecinos por tanto es posible que un módulo lleve su tarea con completa ignorancia para su vecino.
- 3.- Ciertos módulos se encuentran en la conciencia o cerca de ella, mientras otros son inconscientes.
- 4.- Los módulos no ocupan un lugar determinado sino que se encuentran distribuidos por toda la red.
- 5.- Los módulos representan subrutinas del mismo modo que sucede en los sistemas operativos de los ordenadores, algunos colaboran unos con otros, otros compiten pero la mayoría ni siquiera se conocen.

Significa que un módulo puede operar competitivamente con otro, mientras otros pueden cooperar entre sí. Si un módulo desconoce las actividades de otro representaría una explicación de la disociación: sencillamente una parte de nuestros módulos querría una cosa y otra serie de módulos perseguiría otros objetivos y más sencillamente: lo que aquí es displacer allí puede ser placer. **Lo que aquí se conoce allí es un insabido.**

## 8.-La culpa de las víctimas.

[Leo Eitinger](#) fue un médico eslovaco y judío que sufrió persecución por parte de los nazis y anduvo deportado en Auschwitz; después de la guerra se estableció en Noruega y comenzó a especializarse en Psiquiatría y más concretamente en estrés postraumático.

Para entonces el TEPT se encontraba bien definido y admitido por todos los agentes sanitarios pero los supervivientes de los campos aún tenían que enfrentarse a otras sospechas. Más concretamente la sospecha era que los judíos no habían sido lo suficientemente resistentes a sus oprobios y humillaciones. Se les acusaba de haber sido mansos y haber acatado su confinamiento sin hacer nada. Otra vez el mundo reaccionaba dándole la culpa a las víctimas.

### La culpa de las víctimas.-

Lo interesante del trauma es que siempre que exista un perpetrador y una víctima se genera una dialéctica infernal: el perpetrador quiere silencio y olvido y la víctima quiere compromiso, memoria y acción. Lo interesante de esta dialéctica es que la sociedad suele ponerse también de parte del perpetrador y suele o bien “negar” lo sucedido, o bien relativizarlo con acusaciones de que la víctima

exagera, miente o busca algún tipo de “compensación económica” o de cualquier otra naturaleza.

Lo cierto es que los supervivientes judíos no encajaban en el lecho de Procusto que significan los diagnósticos operativos. El TEPT **diferido** que muchas de aquellas víctimas presentaron tardíamente (a veces 20 años después) era bastante distinto al TEPT de los combatientes, o al TEPT de los accidentes o desastres naturales. Es por eso que la conceptualización de los TEPTs hubo de cambiar de nuevo: el confinamiento o la cautividad por sí mismas podían resultar tan perturbadores como aquellos que señala el criterio A del diagnóstico de TEPT.

De manera que podemos adelantar una cuestión fundamental que iré desarrollando de aquí en adelante: los criterios categoriales no hacen sino oscurecer la multiplicidad de posibles desarrollos de un evento traumático único o un evento traumático continuado. Es por eso que algunos autores como Bessel Van der Kolk han propuesto hablar de “espectro traumático” algo muy parecido a los que sucede con los trastornos del espectro autista: no se trata de una enfermedad única sino de varias enfermedades emparentadas y relacionadas con el neurodesarrollo infantil y con distintos destinos, algunos de los cuales son tan raros que no poseen ni nombre.

Algunos autores han propuesto definir el trauma en dos grandes grupos: el trauma tipo 1, que es único, como por ejemplo una violación y el trauma tipo 2 que es crónico y que forma parte de la expectativa habitual, traumas que están relacionados con la crianza, la convivencia o el confinamiento. Un ejemplo de trauma tipo 2 sería el niño que crece en una atmósfera presidida por un padre alcohólico y violento, impredecible que genera a su alrededor un clima de terror.

Probablemente la variable crítica en un trauma está relacionada con el miedo, la violencia, y la indefensión. En este sentido no todos los traumas tienen el mismo peso en el desarrollo psicopatológico posterior al mismo y las secuelas son más importantes cuando han sido continuados que si han sido puntuales. De entre ellos vamos ahora a explorar los traumas infantiles.

## **10.-Los niños sexualmente abusados. El caso Rhodes.**

Aunque cuando hablamos de abuso infantil estamos siempre pensando en los abusos sexuales mi opinión profesional es que los abusos sexuales son una pequeña parte de los abusos de otro estilo que los niños soportan en su infancia. Por otra parte no hay estadísticas fiables sobre este asunto por varias razones:

1.- Los pacientes que han sufrido abusos sexuales en su infancia suelen olvidar este tipo de recuerdos, sin embargo es mucho más frecuente que estos recuerdos persistan en la memoria con mayor o menor

supresión voluntaria.

2.- Además, los abusos sexuales suelen perpetrarse en condiciones de “silencio forzado” por el abusador de manera que el secreto impuesto puede estar operando incluso años después del mismo abuso.

3.- El abusado, acuciado por sentimientos de vergüenza y culpa puede mantener ocultos estos abusos hasta muchos años después.

4.- El abusado puede contar su abuso a alguien (usualmente la madre) y no ser creído.

5.- Un niño puede ser inducido por alguien a tener un recuerdo falso. Algo que debemos precisamente al mismo Freud. Hoy sabemos que es uno de los peligros de la hipnosis y no sólo de la hipnosis sino de algunas formas de folkterapia.

Los falsos recuerdos son la copia-pega de nuestra memoria

6.- Los traumas graves no se suelen reprimir sino que se caracterizan por la reexperimentación, excepción hecha de los muy precoces que suelen encontrarse muy oscurecidos.

Hay que andarse con mucho cuidado con la forma en que intervenimos para extraer información de nuestros pacientes pues podemos influir sobre narraciones falsas de los hechos. Cuando lo que está en juego es una intervención judicial, hay que ser muy cuidadosos y saber que los recuerdos pueden ser fácilmente trasplantados. Está documentado el hecho de que una persona puede llegar a declararse culpable por crímenes que nunca cometió.

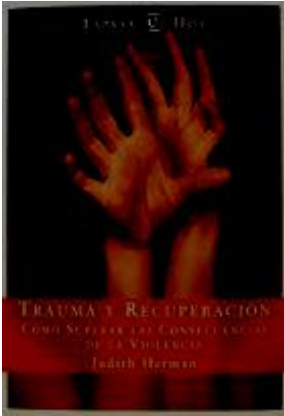
7 En ciertos países como en USA el número de abusados sexuales en la infancia es sustancialmente superior (según las estadísticas) a los europeos. Nadie sabe explicar las causas de este fenómeno cultural que probablemente tenga relación con el crédito que algunas culturas -las más conservadoras o moralistas- dan al abuso sexual o a la misma definición del mismo. También es posible que la densidad de “terapeutas” sea mayor en USA que en otros lugares, y es seguro que aquellos terapeutas que practican ciertas formas de terapias o sostengan ciertos tipos de creencias demoniacas encuentran más recuerdos de abusos que otros.

8.- Un niño por debajo de 5 años no puede diferenciar entre algo que oyó, o le dijeron, y algo que le pasó.

Así y todo los abusos sexuales existen y pueden ser investigados a través del juego, lo que interesa no es la discusión sobre su existencia sino comprender qué fenómenos están involucrados con su desarrollo a largo plazo ¿Existe una personalidad postraumática? ¿Tiene algo que ver el TLP con

traumatismos sexuales como sostienen algunos psiquiatras?

Los niños abusados inventan juegos muy relacionados con las escenas de abuso aunque no las recuerden, lo que habla en favor de la idea de que el abuso -aunque no se recuerde- habita en la memoria.



Según [Judith Herman](#) los niños abusados desarrollan talentos especiales, a veces casi sobrenaturales, pues han sido “entrenados” en detectar pequeñas variaciones en el estado de ánimo de los demás, a detectar pequeños signos de excitación sexual o de cólera, a adelantarse a los deseos de los demás o a satisfacerlos o adivinarlos. Hablamos entonces de la hiperempatía, que [se ha descrito en los borderlines](#), una especie de superempatía paradójica. La paradoja está entonces en que tienen mucha habilidad para leer las emociones pero también una tendencia a la distorsión de las mismas. La hiperempatía deviene inadaptativa pues leer las emociones ajenas -aun sin errores- no asegura la coherencia de las propias e interfiere probablemente en la construcción de la identidad.

Lo que parece ser cierto es que [los abusos emocionales en la infancia y la negligencia](#) parecen tener más importancia en el desarrollo adulto de un trastorno de personalidad que los abusos sexuales con lo que nos volvemos a dar de bruces con la idea original de Freud.

Nuestra especie es probablemente la más vulnerable de todas las que pueblan la tierra y lo es porque nacemos muy inmaduros. Necesitamos al menos 12 o 13 años (en condiciones de una buena alimentación) para llegar a la madurez sexual. Pero aun así y debido a la complejidad con que hemos hilvanado nuestras sociedades necesitamos aun algunos años más para emanciparnos de nuestros progenitores, para conseguir las destrezas necesarias para mantener y retener una pareja, para conseguir las suficientes habilidades a fin de poder mantenernos a nosotros mismos y a nuestros hijos y que, a su vez, estos lleguen a la madurez sexual.

Pero el camino está lleno de peligros y lo está porque la infancia es un territorio de una gran vulnerabilidad. Y aunque no es la única causa posible podemos afirmar que la mayoría de las enfermedades mentales existen porque existe ese algo que llamamos infancia. Entendiendo infancia como ese periodo de tiempo que va desde que somos engendrados hasta que logramos emanciparnos del nuestro hogar. Además hay que contar con otra infancia: la infancia de la humanidad, que es el soporte biológico que nos viene de serie y uno de esos soportes es precisamente **la disociación**. [El almacén de adaptaciones de nuestra especie es el inconsciente](#).

De tal manera que es posible afirmar que la disociación está siempre señalando a un trauma, un daño recibido (bien en forma de herida o bien en forma de toxicidad) durante ese periodo que llamamos infancia con distintas reactivaciones en la edad adulta o retraumatización. No es que los adultos no podamos ser traumatizados -como hemos visto ya en los procesos postraumáticos de guerra o de combate o desastres naturales-, sino que el trauma infantil y el trauma del adulto tienen distintas consecuencias tal y como conté en anteriores capítulos (recordemos el [trauma en dos tiempos](#) de Freud). Así, es bueno recordar que para Freud, el trauma es siempre el trauma infantil, aquel que se sufre en edades bien vulnerables donde el pensamiento, el Yo o las distintas estrategias que están ensayándose, se están conformando y no acaban de estar disponibles. La infancia es el lugar donde se codifica la concepción del mundo y es por esta razón que la infancia es un periodo vulnerable y con pocos recursos psicológicos para neutralizar el daño que podamos recibir.

Aunque los niños existieron siempre, la infancia es algo reciente. Me refiero a su entidad jurídica. No es posible conocer el concepto que se tenía de los niños en la Edad media pero es posible imaginar que los niños solo han sido vistos como portadores de derechos desde hace poco tiempo y no es un fenómeno universal a juzgar por los niños abandonados que pueblan las calles del tercer mundo, o son obligados a trabajar como esclavos, a guerrear como soldados o a servir como esclavas sexuales -en el caso de las niñas- en algunos países del mundo.

Lo importante es saber que no podemos saber nada de los niños o de sus sufrimientos y traumas mientras estos niños no sean sometidos a cierta tutela por parte del estado. Dicho de otra manera: el maltrato, abuso o negligencia con respecto a los niños solo es posible cuando la infancia es reconocida como algo con entidad jurídica propia. Lo mismo sucedió con las mujeres: se suponía que no tenían sexualidad hasta que emergía la histeria del XIX. La histeria siempre existió pero solo fue reconocida como enfermedad en el momento en que la mujer -merced a la Ilustración- comenzó a tener voz. Algo parecido sucedió con [la histeria masculina](#): solo comenzó a reconocerse cuando se cambió la percepción que de la guerra tenían las respectivas sociedades. De cobardes a víctimas, de víctimas a

pacientes psiquiátricos y de ahí a supervivientes, ha sido un largo viaje donde el trauma con sus amnesias selectivas ha jugado más de una mala pasada.

Las condiciones políticas y sociales configuran y validan o rechazan el sufrimiento traumático. Y validar una experiencia es necesario para que la experiencia se integre en algo más abarca TiVo. Si no hay validación emerge la disociación.

Siguiendo a Putman consideraremos que los estados disociativos son un continuo, que va desde los más simples (como este fenómeno que más abajo pudimos clasificar como absorción) hasta los más complejos. Lo importante es que no todos los fenómenos disociativos son destructivos, algunos son benefactores o incluso en cierto modo noéticos (experiencias de pasividad y estados segundos), mientras que otros son neutrales (como el amigo imaginario o el déjà vu). Otros son muy disadaptativos como la fuga disociativa, la amnesia psicógena o los estados de despersonalización-desrealización. Naturalmente estos estados son mucho más perniciosos en función de su duración y de los secuestros cognitivo-mnésicos involucrados, siendo el trastorno disociativo múltiple el que afecta de un modo más global a toda la conciencia.

## **Un ejemplo de absorción.-**

*¿Pues cómo traducir en palabras ese instante de júbilo, de felicidad inexplicable que no responde a ningún dato objetivo de la realidad, que no puede asociarse con nada concreto? No se trata de una comprensión súbita al estilo del insight, es más parecido al éxtasis. Pero tampoco es un éxtasis propiamente dicho pues no va unido a imágenes, ni a recuerdos, no hay memoria, ni existe aquella quietud que describen los místicos con el nombre de arrobamiento o “pajarismo” y que invoca una contemplación preñada de quietud o de estrechamiento del campo visual. Al contrario, es una experiencia sensible pura, sin cognición, ni memoria y que no impele a conducta alguna. Ningun observador podría apercibirse de que “eso” está ahora en mí. Pues uno sólo puede saber algo de “eso” cuando eso está en él, desafortunadamente la mayor parte de las personas reaccionan como yo al principio de todo, con miedo o con indiferencia. ([Extraído de este post](#))*

En cualquier caso los trastornos disociativos se parecen de forma siniestra a lo que en el medioevo se conocía como posesión. No sabemos cuántos “endemoniados” fueron asesinados por la Inquisición o perseguidos por instancias religiosas o políticas. Lo que es cierto es que las personas que han sido sometidas a traumas infantiles repetidos y graves desarrollan una especial facilidad para disociarse, dicho de otra manera la hipnotizabilidad (el trance) es más frecuente entre personas que han sufrido abusos infantiles del tipo que sea.

## La función parental.-

En la buena crianza los padres han de proporcionar al menos 1) Alimentación, 2) Seguridad y 3) Certidumbre.

Cuando estas tres condiciones se cumplen hablamos entonces del establecimiento de la confianza básica, en palabras de Balint, el apego seguro en palabras de Bowlby o la madre lo suficientemente buena de la que hablaba Winnicot. Y cuando no sucede así hablamos de negligencia y abuso (maltrato) o abuso sexual. Aunque lo más probable es que los tres tipos de abuso coexistan en una misma crianza. La constelación que con más frecuencia da lugar a este tipo de entornos familiares son: la pobreza extrema, la enfermedad mental de uno de los padres o de los dos, el alcoholismo y la violencia doméstica usualmente del padre. El incesto es particularmente desestabilizador y sabemos que es más frecuente de padrastro a hijastra. También sabemos que existen [constelaciones intergeneracionales](#) que predicen abusos y maltratos.

Wilson y Daly (1982) son dos psicólogos canadienses que han publicado en pareja artículos relacionados con la elección, el mantenimiento de la pareja, el cuidado de los hijos, los celos y el homicidio doméstico siempre desde una perspectiva evolucionista. A ellos debemos un artículo esencial (abajo indicado) donde explican el por qué los celos son distintos en el hombre y la mujer (siempre desde una perspectiva evolucionista). Y también una conocida y controvertida explicación sobre el abuso y maltrato de niños –[el efecto Cenicienta](#)– que encontraron más frecuente entre los padres adoptivos que en los genéticos.

Lo cierto es que la violencia de los hombres y de las mujeres contiene diferencias tanto cuantitativas como cualitativas. Es poco frecuente que las mujeres asesinen a sus parejas pero es mucho más frecuente que las mujeres dañen a sus hijos (antes o después de nacer). La agresividad del hombre está vinculada a la defensa de un territorio mientras que la agresividad de la mujer está más relacionada con su nido y como usualmente no hay víctimas llamativas pareciera como si la agresión femenina no existiera: lo cierto es que se encuentra enmascarada en otro tipo de fenómenos como el aborto, el abandono o descuido de los hijos, la agresión destinada a no dejarles emancipar, el infanticidio, la sobreprotección o la educación diferente entre niños y niñas, una diferencia de trato que a mi parecer se encuentra en si no en la base si en los aprendizajes colaterales de la agresión de los hombres hacia sus parejas.

Los hombres son más agresivos con las mujeres que al revés pero estas lo son más con sus hijos, bien es cierto que sin resultados visualmente dramáticos, es lo que llamamos algunos y en clave

psicoanalítica, el estrago materno, los daños colaterales de la crianza materna.

Y es lógico que así sea -es lo que cabe esperar en una interpretación evolutiva del fenómeno-, no tanto por la famosa testosterona sino porque la agresión simiesca de los humanos está distribuida de forma que el hombre defiende un territorio y la mujer un nido donde las hembras de todas las especies se emplean con inusitada fiereza contra cualquier intruso.

Bien es cierto que la agresión de los hombres hacia sus parejas tiene una lectura más psicológica: los hombres creen que las mujeres les pertenecen, son de su propiedad. Algo parecido les sucede a las madres con sus hijos. Ambos pues son víctimas de errores cognitivos fuertemente interiorizados y que representan la hegemonía de un cerebro reptiliano que parece funcionar de modo autónomo al raciocinio del Sapiens.

Pero hay además un punto de vista complementario: los hombres también creen que los hijos son propiedad de la madre (como ellos mismos saben) y las mujeres llegan a creerse que son propiedad de su macho. Sin legitimación del otro, estas ideas tendrían sus días contados. El problema no está sólo en que los hombres tratan a sus parejas como propiedades sino que hay algo en las mujeres que les legitima en esa creencia errónea.

Todo aquello que afecte a las anteriores condiciones es una amenaza para la vida, la integridad física del niño que pondrá en marcha mecanismos ancestrales para su defensa: el más conocido sea la disociación pero hay otros vinculados a la mentalidad y cogniciones infantiles del niño de los que hablaremos más adelante.

Hay dos formas de pensar “lo traumático”, la primera es una herida, tal y como la imaginara Janet, una herida que solo puede curar en segunda intención, de dentro a fuera. La segunda forma de imaginarlo es como un agujero, un hueco sin rellenar.

Un agujero negro es una región finita del espacio que es considerada una singularidad. Es decir un lugar donde no se cumple ninguna ley de la física pues la concentración de masa en su interior es de tal magnitud que ninguna partícula material -ni siquiera la luz- puede escapar a sus efectos gravitatorios. Dicho de otra manera el agujero negro atrapa cualquier cosa que pulule por sus proximidades a la vez que emite cierta radiación (radiación de Hawking).

La gravedad de un agujero negro, o «curvatura del [espacio-tiempo](#)», provoca una [singularidad](#) envuelta por una superficie cerrada, llamada [horizonte de sucesos](#). Esto es previsto por las [ecuaciones del campo de Einstein](#). El horizonte de sucesos separa la región del agujero negro del resto del universo y es la superficie límite del espacio a partir de la cual ninguna partícula puede salir, incluyendo los [fotones](#).

Dicho de otro modo: en el agujero negro el tiempo no existe o al menos se comporta de un modo bastante distinto a nuestro Cronos. Para un astronauta lo mejor es no caer allí, ni acercarse por sus inmediaciones para no ser capturado por su enorme poder de deglución. Lo mejor es **evitar** sus proximidades.

Es por eso que la metáfora astrofísica tiene tanto interés para nosotros a la hora de pensar “lo traumático”, pues el trauma es precisamente eso, un agujero en la red de significados que tejen las neuronas a través del recuerdo, de la identidad, de la personalidad y de la conducta, una discontinuidad en esa narración que llamamos vida. Un agujero traumático es aquel lugar donde falta algo, y ese algo que falta -ese desgarró- es lo que en términos psicoanalíticos llamamos **símbolo**. Algo que sirve para nombrar y protegernos de lo real. Una especie de toldo.

No todo lo real puede nombrarse, recordemos el *noumeno* kantiano. Hay ciertas realidades que escapan a nuestro etiquetado y donde no hay etiquetas no puede haber navegación. Uno de estos “*noumenos*” es la muerte. La muerte es algo que no puede ser simbolizado, pues nadie tiene la experiencia previa, por tanto cualquier idea sobre la muerte es imaginaria y procede de racionalizaciones más o menos elaboradas procedentes casi siempre de creencias religiosas. La muerte es un insabido, y no es de extrañar que su proximidad, su olor o incluso cualquier evento que nos ponga frente a frente con ella lastimen nuestras conexiones nerviosas. Aquel que ha conocido el terror a la muerte, aquel que la ha vivido, o la ha presenciado -como anticipo de la propia- como sucede cuando presenciamos un crimen, tiene un agujero que procede de aquel horror. Naturalmente estoy hablando de la muerte propia.

Otro insabido es la sexualidad, me refiero a la sexualidad infantil. Cualquier excitación sexual en la infancia no puede codificarse en términos de esos símbolos que llamamos palabras. Es por eso que la intrusión de la sexualidad adulta en la infancia resulta siempre perturbadora. Se trata de algo bien establecido: las experiencias sexuales con adultos o inducidas por adultos se saldan con distintos grados de perturbación mental en la edad adulta. Pero no es necesario que exista un abuso infantil para que el agujero negro se conforme dando lugar a esa singularidad que llamamos trauma, **puesto que el trauma original es la sexualidad misma**.

Son Internet, la TV, el cine, las redes sociales y la pornografía las intrusiones sociales que lleva a cabo la sociedad en la vida infantil de nuestros niños. El problema es que paradójicamente a la protección que llevan a cabo los estados modernos con los derechos de los niños, la infancia está desapareciendo.

¿Pues cómo vamos a convencer a los adolescentes para que renuncien a ver pornografía, al guasap, a las revistas donde dan consejos verdes, a la mitología de las dietas, al sexo como mercancía de consumo?

¿Cómo vamos a convencer a las chicas de que lo que importa es el curriculum académico y no la figura atractiva, que renuncien a ser la más deseada, que se preocupen más de valores interiores y no tanto de la apariencia?

¿Cómo vamos a hacer para que la infancia vuelva a ser lo que era, con aquello que se vino en llamar fase de latencia?

¿Alguien sabe cómo se consigue esto?

No, no lo sabe nadie, porque el mal está incrustado en la sociedad, es un mal sistémico y no se cura con educación, ni con pastillas, ni con psicólogos. Se cura cambiando la sociedad.

¿Y qué habría que cambiar en la sociedad?

Para responder a esta pregunta el lector debe recordar ahora un cuento infantil titulado “Peter Pan”. Y si quiere profundizar más sobre este caso puedes visionar [este post](#) que lleva incrustado este video.

Si no te apetece ver [el seminario completo](#) confórmate con saber que [Peter Pan](#) era un niño que no quiso crecer y consigue vivir una vida de juego, aventuras y diversión habitando una isla llamada “Nunca Jamás”.

Hoy se conoce con el nombre de síndrome de **Johnny Depp** a esa manía que les ha dado a los adultos por parecer niños y que afecta por igual a hombres y mujeres. Madre e hija, parecen hermanas y solo la altura parece señalar alguna distancia entre ellas. No es sólo que las niñas se sexualicen precozmente sino que sus mamás aparentan menos edad de la que tienen: a todas las iguala el peso. Todo pareciera indicar que se han borrado las diferencias de edad con lo que la infancia parece haberse diluido en un campo de Campanillas de bajo peso.

Las niñas simulan ser adultas simétricamente a la simulación que llevan a cabo sus madres. Y nuestro cerebro no evolucionó para eso. Tenemos un problema. Pues el acceso a la sexualización precoz no va acompañada de la necesaria madurez para hacer frente a tanta excitación.

## **La neotenización del mundo occidental.-**

El aspecto externo de los humanos ha sufrido presiones evolutivas muy importantes y no sólo relativas al desempeño sexual o al tamaño de los individuos sino también relacionadas con el atractivo. Estos cambios relativos a los gustos y preferencias individuales se conocen con el nombre de selección sexual.

Los que leyeron [este post](#) ya conocen la deriva genética que acaeció en Europa central durante la última glaciación que aisló en aquel nicho geográfico a una población que se tradujo en mutaciones específicas para esa población. Hablábamos allí de que la neotenia era producto de una selección sexual

muy intensa que se llevó a cabo en aquella población pero no necesariamente en otras latitudes geográficas o no a la misma velocidad.

La selección sexual es la forma en que la evolución introduce novedades guiada por los gustos y preferencias de los sexos y sobre todo por la precariedad, es decir **la falta de parejas**.

Algo así parece que sucedió en el paleolítico y en Europa central que quedó aislada por los hielos. Las mujeres derivaron hacia rasgos neoténicos guiadas precisamente por la falta de machos de su especie y sin pretenderlo favorecieron la monogamia.

La neotenia, es decir **la persistencia de rasgos infantiles en los individuos** tuvo premio evolutivo y una característica psicológica ligada a ella: el retraso de la maduración hace a los individuos más plásticos y con mayor apertura a la experiencia. El cierre de la ventana plástica que regula los aprendizajes y que llamamos “maduración” tienen sus pros y sus contras, así las personas más maduras o que maduran más precozmente tienen ventajas sociales pero menos ventajas cognitivas. Por decirlo de una manera más gráfica: **los aprendizajes se endurecen y se hacen más rígidos a medida que maduramos**.

Estamos asistiendo pues a una intrusión masiva de sexo en la vida de nuestros niños, lo que explica el mayor número de patologías psiquiátricas en esta población traumatizada por los medios.

Los niños no fueron nunca tan inocentes como creyeron nuestros abuelos pero la edad de inocencia relativa en que crecimos los que alcanzamos la mayoría de edad en la década de los sesenta ha desaparecido. Un niño hoy puede asesinar a otro niño sin que tenga el desarrollo cognitivo necesario para discriminar lo que sucede en una pantalla del televisor de la vida real... [En este artículo](#) por ejemplo señalan los autores los juicios contra niños asesinos que han acaecido este año en Inglaterra. Lo curioso del artículo es que se da por sentado que estos niños son psicópatas sin caer en la cuenta de que muy probablemente eran niños intoxicados por imágenes y con déficits de procesamiento en la información en sus cerebros agujereados. Se trata de niños victimizados.

## **El caso Rhodes.-**

*En todo entorno en el que hay poder, se acaba dando un abuso de ese poder (James Rhodes)*

*La vergüenza es el legado que dejan todos los abusos. (James Rhodes)*

Una pregunta interesante y procedente desde el punto de vista psicológico es ésta: ¿Por qué las víctimas de abusos sexuales -bien aquellos acaecidos en la infancia o bien en edad adulta sienten vergüenza o culpa?

¿Por qué la víctima se siente culpable si el culpable es el perpetrador? ¿Por qué sociedad culpabiliza también a las víctimas de su desgracia?

[James Rhodes](#) es un famoso pianista que recientemente ha escrito un libro autobiográfico donde cuenta su historia de abusos sexuales a los 6 años y su largo periplo psiquiátrico hasta su redención por medio de la música. Cuenta que un profesor de deportes de su colegio lo violó repetidamente desde los 5 años sin que nadie se diera cuenta de su sufrimiento, en el libro da todos los detalles de su infierno, posteriormente se metió todas las drogas inventadas en el universo, intentó suicidarse y estuvo internado en un psiquiátrico varias veces. Desarrolló todas las enfermedades mentales posibles, tics, síndrome de la Tourette, episodios bipolares, TEPT, trastorno límite de la personalidad y un TOC. Diagnósticos y tratamientos. Y las autolesiones. A propósito de las mismas dice:

*“Es lo que tienen las autolesiones: no solo te colocan, sino que también te permiten expresar el asco que te inspiran el mundo y tu persona...” “Aquello era como tener una aventura sexual especialmente obscena, aunque sin gastarte una fortuna en habitaciones de hotel...”*

*Y la constatación de otra gran verdad íntimamente relacionada con la experiencia traumática límite sufrida:*

*“Hay un nudo peculiar en mi interior que me impide disfrutar de las cosas que me gustan si no es a escondidas.*

*Con la única excepción del tabaco, todo lo que me brinda placer me da vergüenza.*

*Sexo: en secreto y con las luces apagadas.*

*Piano: con los postigos echados, la puerta cerrada, nunca delante de otras personas si no han pagado una entrada.*

*Drogas: solo y en una habitación mugrienta, sin que me molesten.*

*Autolesiones: detrás de la puerta cerrada de un baño.*

*Comer: normalmente de forma rápida y acelerada en la cocina,*

Pero el punto es que eso no es lo que más me importa de este relato, porque historias de superación hay a montones, y muy buenas. El tipo es un crack, muy tarado (y él lo reconoce), pero lo importante es que está enamorado de la música clásica”.

Respecto a las preguntas que hacía más arriba Rhodes nos da algunas respuestas:

*“La vergüenza es el legado que dejan todos los abusos. Es lo que garantiza que no salgamos de la oscuridad, y también es lo más importante que hay que comprender si queréis saber por qué las víctimas del abuso están tan jodidas”.*

Es importante señalar que tanto la vergüenza, como la culpa y la victimización operan como recompensas cerebrales, y una vez establecidas el traumatizado seguirá intentando preservarlas a cualquier precio.

El diccionario define la vergüenza del siguiente modo:

‘Una dolorosa sensación de humillación o congoja causada por la conciencia de haber actuado mal o con insensatez’. Y esta definición me parte un poco el corazón.

Todas las víctimas consideran en determinado momento que lo que les han hecho son actos malos e insensatos que ellas han cometido. A veces, si tienen muchísima suerte, pueden darse cuenta y aceptar a un nivel profundo que se equivocan, pero normalmente se trata de algo que en el fondo siempre creen, que siempre creo, que es cierto.

Dicho de otro modo: **alguien puede hacerte un daño que tú mismo has cometido.**

## **El silencio forzado.-**

El perpetrador quiere olvido, silencio y secreto, la víctima puede guardar el secreto hasta 30 años después, algunos incluso toda una vida: “si olvidó algo, este algo nunca sucedió”, es la amnesia disociativa, la necesidad de olvidar. Dice Rhodes a propósito de su secreto:

“Si pasas el tiempo suficiente pensando que si revelas tus secretos morirás, al final te lo acabas creyendo. Si un violador le repite a un niño de cinco años que le van a pasar cosas espantosas si se lo cuenta a alguien, eso se asimila sin ser cuestionado, se acepta como si fuera una verdad absoluta.

Y yo se lo había revelado a alguien y ahora el reloj había comenzado a correr y se agotaba el tiempo, y estaba más jodido de lo que jamás había creído posible.

A todos los efectos prácticos, me había convertido en un niño de cinco años que fingía ser un hombre de treinta y uno, indefenso, sin capacidad de disimulo a la que recurrir, que no conocía ninguna salida y solo podía seguir hacia adelante.”

Es interesante señalar que un terapeuta no debe hacer nunca preguntas directas sobre el trauma y debe dejar que sea la víctima quien elija contar, no contar o cuando contar su episodio traumático. A veces incluso en un tratamiento largo no sucederá nada, el paciente no nos contará lo sucedido pero nos dará las suficientes pistas como para suscitar nuestra curiosidad y probablemente excitar nuestra morbosidad. Querer saber los detalles de una violación (pues de una violación se trata y no de abusos

sexuales) es retraumatizar al paciente, volverlo a violar, esta vez con las palabras.

Escuchar a un psicotraumatizado requiere de una enorme cantidad y cualidad de empatía para no añadir aún más desolación al relato. Ciertas intervenciones como esta son abyectas:

“La primera amiga de la familia a la que le conté lo de los abusos me conocía de toda la vida. Yo tenía treinta años cuando se lo dije, y, literalmente, lo primero que me soltó fue:

-Bueno, James, eras un niño preciosísimo.

Más pruebas de que esto lo causé yo. Eran mis coqueteos, mi belleza, mi dependencia, mi libertinaje, mi maldad, lo que les obligaba a hacerme esas cosas”.

## **Ternura y sexualidad.-**

Una de las consecuencias – a largo plazo- que tiene el abuso de un niño es una confusión permanente entre el deseo sexual (propio o ajeno) y la simple simpatía, ternura o cariño. Cada vez que sienta esa corriente de simpatía hacia alguien o bien de alguien hacia él, se excitará sexualmente. Se confundirá de registro y podrá “pasar al acto”. Buena parte de los pederastas o perpetradores tiene también esta confusión, pues ¿no es cierto que muchos de ellos suelen decirnos: “él o ella me provocó, los niños nos seducen, les gusta “o bien “se lo estaba buscando”.

Las víctimas sin embargo están convencidas de que lo que les sucedió es algo malo y si les sucedió algo malo es porque ellos son malos y son- por extensión- también malos todos aquellos que son impuros, aquellos que han tenido sexo adolescente de forma consentida por ejemplo. El propio Rhodes nos explica cómo funciona la mente de un superviviente de violación infantil: siempre construyendo relatos interiores de expectativa de engaño, de celos y de obscenidades. Es como si deseara que todo lo que imaginó ocurriese. Es como estar convencido de que ha sucedido en realidad. No hay ninguna diferencia entre lo que se pensó y la realidad. Rhodes nos da así pistas para entender las celotipias.

Ser la pareja de un víctima es muy complicado pues cualquier goce será siempre clasificado como prohibido, como producto de un vicio, de una perversión abyecta.

Rhodes nos cuenta como cuando llora tiene una erección, como si hubiera un vínculo secreto entre lo que sintió mientras era violado y la excitación sexual que la violación por si misma le deparó. Los dos sentimientos se fundieron en uno sin posibilidad de discriminación pues ambos se forjaron sin solución de continuidad, el dolor de la penetración anal provocó una desrealización y en la memoria de Rhodes quedaron ambos estímulos fundidos para siempre: una condensación de goce: culpa, dolor, placer, sentirse muy especial y el asco y la autoevaluación.

No cabe duda de que existe la posibilidad de que los abusos sexuales provoquen en un niño ciertos fenómenos comprensibles, un niño tímido, apocado, delgado y aislado de sus compañeros de clase puede agradecer las preferencias y la dedicación de su profesor perpetrador. “Nuestras miradas se

encontraban con facilidad y frecuencia, cuenta Rhodes”, pero lo que para el niño era una búsqueda de cariño para el profesor de gimnasia era una seducción en toda regla que atribuía al niño. Una confusión de registros.

El silencio forzado de las víctimas puede ser comprensible pero la negación que llevaron a cabo familiares, alumnos y el resto de profesores es difícilmente explicable, tanto más cuando James Rhodes cambió totalmente su personalidad durante el tiempo en que fue víctima de reiteradas violaciones, nadie sospechó nada, ni su desbordada madre llegó nunca a pensar que algo grave le estaba pasando a su hijo. Solo una profesora se dedicó a perseguir el asunto cuando comprobó sangre en las pantorrillas de James hasta que por razones académicas fue apartada del grupo. Siempre pensó que algo le estaba pasando aunque según su propia declaración nunca pensó en un ataque sexual.

Una vez más los testigos inocentes miraron hacia otro lado.

Todos los abusos se dan en entornos de poder, en primer lugar en la familia (de padres a hijos entre hermanos), después en el colegio (de profesores a alumnos o entre alumnos) y más tarde en el trabajo (de jefes a empleados o entre empleados). Allí donde hay relaciones de poder es donde podemos encontrarnos abusos de poder y el propio Rhodes nos hace pensar en esta cuestión que muchos de nosotros, los médicos no tenemos en cuenta a la hora de relacionarnos con nuestros pacientes. No somos demasiado conscientes del enorme poder que un médico tiene sobre un paciente si bien es cierto que los pacientes también ostentan el poder de la enfermedad. Sería ingenuo ignorar que la enfermedad confiere también un enorme poder y que la victimización tal y como contaba más arriba es una recompensa cerebral que si ha pervivido como conducta social es por el éxito que tal estrategia ha tenido evolutivamente.

En cada época los niños han sido víctimas por distintas razones.

## 10.-Niños abandonados.

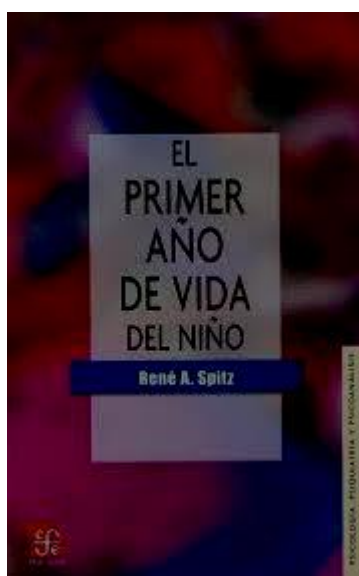
Después de la segunda guerra mundial hubo muchos niños que quedaron huérfanos o a cargo de madres solteras que acababan internados en esas instituciones totales que llamamos orfanatos. Afortunadamente en estos orfanatos trabajaron psiquiatras de orientación psicodinámica que nos legaron sus observaciones sobre los traumatismos precoces que procedían del abandono y la institucionalización.

Uno de estos psiquiatras fue René Spitz el descubridor de un síndrome que llamó **hospitalismo** y otros como depresión anaclítica, junto [con otros descubrimientos de interés](#).

Otro psiquiatra de este mismo corte fue [John Bowlby](#) cuyas aportaciones (la teoría del apego) han llegado hasta nuestros días: la separación precoz de la madre era origen de grandes trastornos mentales durante la infancia y la madurez. Por primera vez se demostraba que la deprivación materna tenía efectos mentales y físicos en los niños: una fuente de estrés (que incluso hoy se utiliza para ensayos con animales) o de traumatización precoz en nuestro argumento. La deprivación materna crea un agujero en la mente que evita el despliegue de todas las potencialidades ontológicas que el ser humano lleva a cabo cuando tiene los cuidados y atenciones necesarios.

La observación más importante de aquellos psiquiatras fue que la deprivación constelaba en los bebés un cuadro parecido a la depresión de los adultos. La falta de estimulación, los cuidados impersonales brindados por monjas o enfermeras poco motivadas para estas atenciones y sobre todo por la precariedad de sus medios, daba lugar a un cuadro de desinterés, anorexia, balanceos (autoestimulación) que Spitz llamó la depresión anaclítica que podía revertirse si el niño recuperaba un estilo amoroso adecuado bien por parte de su propia madre o por un sustituto pero que acaba en un cuadro intratable si pasaba demasiado tiempo e incluso a la muerte por marasmo.

Más tarde sería un psicólogo-primatólogo llamado [Harry Harlow](#) quien se encargaría de demostrar que el contacto físico era la variable crítica en este asunto de la privación materna y aunque en demasiadas ocasiones se han utilizado los experimentos de Harlow para refutar al psicoanálisis y el desarrollo sexual de la libido, en realidad no hay que olvidar que los experimentos de Harlow se hicieron con simios mientras que las observaciones de Bowlby o de Spitz se llevaron a cabo con bebés derivados. Aquí hay [un buen post](#) anti-freudiano que conviene leer para los que quieran ahondar en esta cuestión.



No deja de ser curiosa esta frase con la que el autor pretende demostrar su tesis:

*“Los experimentos de Harlow ya no están de acuerdo con las teorías de Bowlby de que la madre es el organizador psíquico necesario y suficiente. “Este hallazgo contrasta con las teorías psicoanalíticas y psiquiátricas actuales que enfatizan la importancia del papel de la madre y minimizan la parte que juegan las interacciones con los iguales en el desarrollo normal de la personalidad del adulto”.*

Olvidando la idea de que la muestra de los niños de Bowlby o de Spitz eran bebés de un año de vida. Pocos iguales aparecen a esa edad.

La madre es la organizadora psíquica del niño, sin ninguna duda y lo hace a través de una modificación de la conciencia [que Bion llamó rêverie](#).

## 11.-Maltrato infantil.

Niños han existido siempre, pero la infancia como entidad jurídica es bastante reciente. Hasta hace poco tiempo los hijos y los niños eran propiedades de sus padres y por tanto estos podía n hacer con ellos lo que quisieran, incluso maltratarlos. Se trataba de un asunto privado.

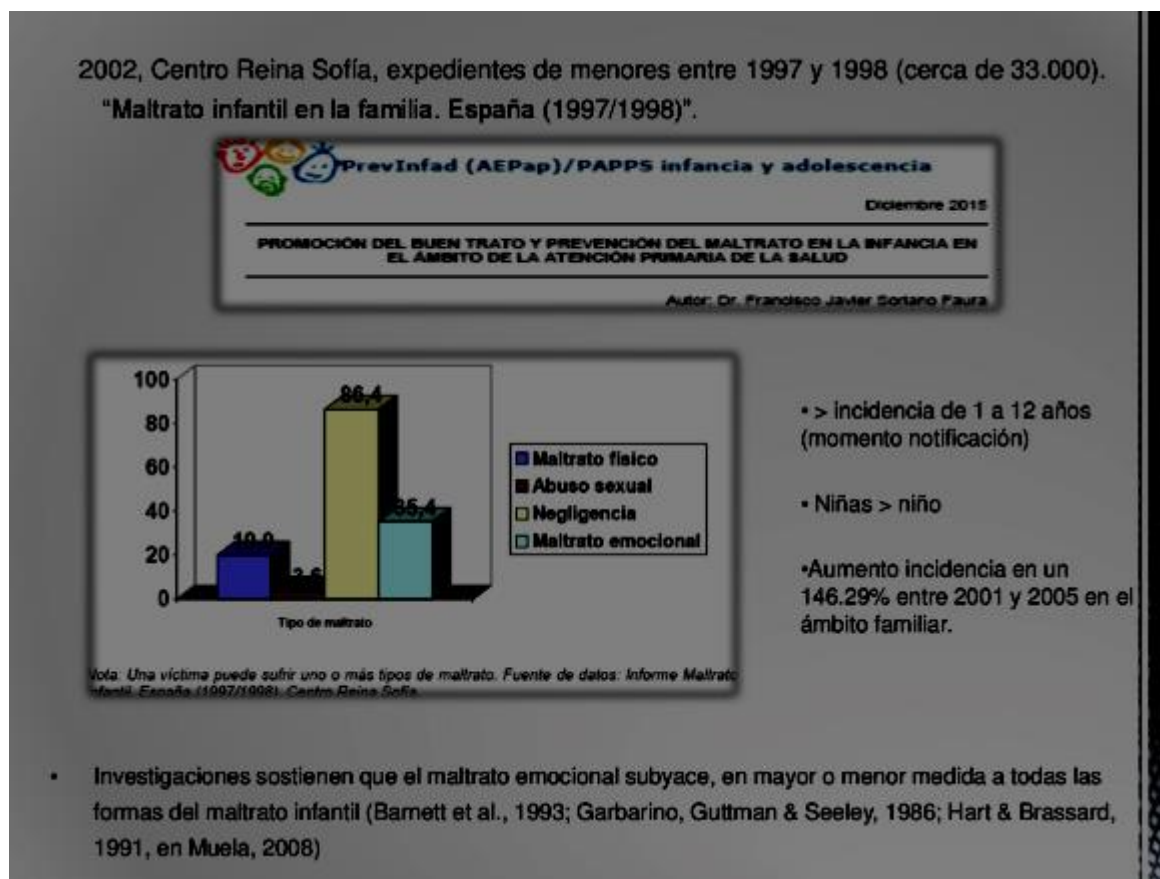
El primer caso conocido de maltrato infantil documentado fue el de Mary Ellen cuya [historia podéis leer aquí](#). Y que data de 1876. Mary Ellen fue una niña huérfana adoptada en dos ocasiones y que estuvo encerrada y fue sistemáticamente golpeada, azotada, infra alimentada y utilizada como criada por sus padres adoptivos, hasta que debido a sus quejas, lamentos y gritos continuos una vecina decidió tomar cartas en el asunto denunciando su caso a los jueces en la Ciudad de New York. El problema es que no había ninguna ley a la que acogerse y al final la benefactora vecina tuvo que recurrir a un defensor del maltrato a los animales para que alguien tomara cartas en el asunto. Mary Ellen - irónicamente- fue rescatada gracias a una ley contra el maltrato animal.

Más tarde (1962) el maltrato físico de niños mereció la atención de radiólogos y pediatras pero no de psicólogos ni psiquiatras hasta que Henry Kempe -un pediatra alemán- describió [el síndrome del niño golpeado](#), al tiempo que todas las legislaciones del mundo occidental aceptaban la idea de que el maltrato de niños aun en ámbitos privados debía de tener una consideración pública y un reproche moral y jurídico. El cuadro clínico de maltrato infantil ha ido refinándose más y mejor hasta llegar a la descripción del [“síndrome del niño zarandeado o sacudido”](#) una forma de maltrato en bebés con lesiones más sutiles.

Hoy poseemos una buena clasificación acerca de los tipos de maltrato que un niño puede sufrir y los

clasificamos en estos cuatro ítems:

- 1.- Negligencia
- 2.-Maltrato psicológico o emocional.
- 3.- Maltrato físico.
- 4.-Abuso sexual.



Ordenados de mayor a menos frecuencia, como podemos ver en el gráfico el abuso sexual no es ni de lejos el maltrato más frecuente de adultos a niños. El más frecuente es la negligencia que puede definirse como la desconsideración e inatención a las necesidades básicas de un niño: alimentación, cuidados básicos, cuidados médicos, limpieza, abrigo, obligatoriedad de escolarización, prevención de daños, etc. La excesiva permisividad es un subtipo de la negligencia pero se diferencia de ella en que: Los padres de este estilo **se caracterizan tanto en la poca restricción, disciplina, exigencia, y comunicación como en la poca calidez**; ellos no imponen límites, inclinándose a dejar que sus hijos hagan lo que quieran, porque su propia vida es tan estresante que no tienen la energía suficiente para conducir a sus hijos, teniéndolos sin cuidado a causa de la baja responsabilidad de los padres. Los

padres negligentes no desempeñan ningún papel ni muestran mayor interés en dirigir el comportamiento del niño, por lo tanto el niño posee libertad de atender o desatender los deseos de los padres.

Estos padres *son muy parecidos al estilo permisivo*, pero la principal diferencia se centra en la poca atención a las necesidades de los hijos y las escasas muestras de afecto que les brinda.

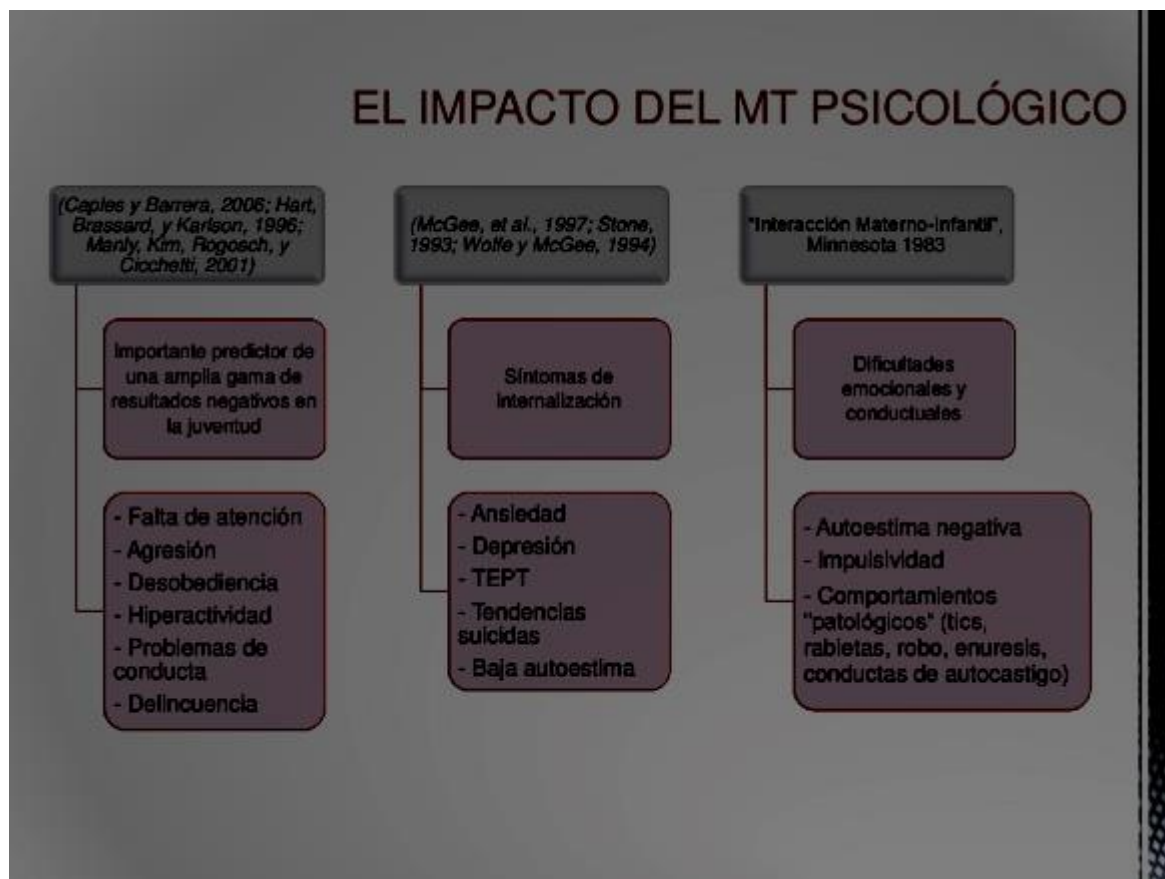
[El síndrome de Munchausen por poderes](#) también se ha citado como un subtipo de maltrato físico.

## **Formas de negligencia.-**

- Abandono del niño en manos de cuidadores o bien dejándole solo o a cargo de otros menor.
- Condiciones higiénicas o de riesgo en el hogar.
- Excesos de disciplina o disciplinación arbitraria y/o caótica
- Falta de estimulación cognitiva y desatención emocional a las necesidades del niño, **falta de validación.**

Naturalmente los padres negligentes suelen ser enfermos mentales o bien padres que han sufrido el mismo tipo de apegos inseguros cuando eran menores. Parece que existe un patrón de maltrato generacional que fue descrito por Green (1998). También el consumo de alcohol, drogas o deprivaciones sociales importantes (pobreza, hacinamiento, etc) pueden tener alguna relación con el maltrato por desatención.

La negligencia crea heridas inaparentes, heridas que no se ven y aunque esta clasificación es intencionalmente artificiosa, pues toda forma de maltrato suele solaparse con otros estilos, lo cierto es que los resultados dan también un amplio espectro de trastornos traumáticos como los que podemos ver en el siguiente esquema:



Dicho de otro modo: el maltrato psicológico -genéricamente hablando- puede provocar cualquier tipo de trastorno mental indiferenciable de los del espectro traumático.

Y más concretamente: los jóvenes con antecedentes de maltrato psicológico muestran niveles equivalentes o superiores de conductas de riesgo y deterioro funcional en comparación con los abusados física o sexualmente.

Y: la concurrencia de maltrato psicológico al abuso físico o emocional se asocia a peores resultados clínicos.

## 12. Ferenczi y la identificación con el agresor.

*Los niños víctimas de la pasión del adulto (sexual y/o agresiva) o de su rechazo ponen en marcha un proceso de disociación, de fragmentación, que implica la amputación y expulsión hacia fuera de una parte de ellos mismos; el lugar vacante será ocupado por un implante desde el afuera. "Implante" que en otros escritos asimila a un teratoma. (Ferenczy)*

Sandor Ferenczi fue el discípulo húngaro de Freud y uno de sus seguidores más importantes que llevó

a cabo múltiples aportaciones a la teoría analítica no siempre dentro de la línea ortodoxa que Freud impuso a su movimiento.

Ferenczi se especializó muy pronto en casos graves y en sus investigaciones sobre lo traumático, aquellos a los que Freud suponía que eran inanalizables debido a que no realizaban neurosis de transferencia y que Freud catalogaba como “neurosis narcisistas”.

Su primer desencuentro tiene que ver con la contra-transferencia es decir con la supuesta neutralidad que debiera presidir -según Freud- las relaciones entre paciente y terapeuta. Ferenczi que estuvo siempre interesado en redefinir el concepto de “trauma”, propone una conducta más activa y empática y también un análisis didáctico más largo y profundo para los terapeutas. Era un hombre muy comprometido con los movimientos sociales de su tiempo, más concretamente con los derechos de los homosexuales.

## **Lo traumático en Ferenczi.-**

Ferenczi escribió dos textos fundamentales, uno de ellos este [“La confusión de lenguas”](#) (1932) que subtítulo como: “El lenguaje de la ternura y la pasión”. Otro texto seminal es “Sin simpatía no hay curación” también de 1932 que fue sin duda una de los trabajos que le valieron más polémicas con su maestro. Ferenczi apunta en este texto hacia la dirección que hoy mantienen los psicoanalistas de tercera generación como Kohut o Kernberg que han mantenido siempre la idea heterodoxa de que para tratar psicosis o trastornos narcisistas graves son necesarias modificaciones en la técnica, las más importantes son de carácter contra-transferencial.

Para Ferenczi el trauma es una condición de la vida psíquica, algo inevitable a la vez que considera que todas las neurosis tienen una causa traumática. Tenemos traumas porque la vida es traumática y somos muy vulnerables a eventos a veces imperceptibles, desde el nacimiento y la vida con esos personajes que llamamos padres y que hablan una lengua bien distinta a la nuestra. Esta idea le lleva a reflexionar sobre la persistencia del niño en el adulto como un fenómeno de pervivencia o fijación.

Uno de los hallazgos más importantes que se deben a Ferenczi es el mecanismo de defensa conocido como “identificación con el agresor”, una descripción que algunos psicoanalistas atribuyen a Anna Freud en 1936 en su libro “El Yo y sus mecanismos de defensa” Sin embargo y pese a las opiniones encontradas entre detractores y defensores de su autoría es obvio que este mecanismo fue descrito por Ferenczy con anterioridad a la publicación por Anna Freud de su libro.

Así describió Ferenczi su “identificación con el agresor”:

*Cuando nos sentimos agobiados por una amenaza ineludible, nos “identificamos con el agresor”. Con la esperanza de sobrevivir, sentimos y nos “convertimos” precisamente en lo que el atacante espera de nosotros, en cuanto a nuestra conducta, percepciones, emociones y pensamientos. La identificación con el agresor está en estrecha coordinación con otras respuestas al trauma, incluida la disociación. A la larga, puede volverse habitual y llevar al masoquismo, a la hipervigilancia crónica y a otras distorsiones de la personalidad.*

Parece tratarse de un mecanismo de urgencia, algo relacionado con la supervivencia y que relacionamos con los traumas graves sin embargo, la identificación con el agresor no precisa de un evento tan grave para establecerse como mecanismo central de la identidad lo que hace surgir la posibilidad de que ciertos eventos, generalmente considerados como no constitutivos de trauma, sean frecuentemente experimentados como traumáticos. Siguiendo a Ferenczi, es posible que el abandono emocional o el aislamiento y el estar sujeto a un poder superior, son eventos de esta índole. Además, la identificación con el agresor es una táctica típica de personas que se encuentran en una posición débil; como tal, desempeña un papel importante en la interacción social de la niñez.

Para Ferenczi, se trataba de un concepto extenso en dos sentidos: describía el penetrante cambio en el mundo perceptual de una persona, más que el evento limitado que discutía Anna Freud, y hablaba más de protegerse realmente a sí mismo que de sentirse simplemente más seguro. He aquí el concepto de Ferenczi: explorando los recuerdos tempranos de sus pacientes adultos que sufrieron abusos siendo niños, Ferenczi (1933) halló evidencias de que los niños que son aterrorizados por adultos que están fuera de control, “se someterán como autómatas a la voluntad del agresor para adivinar cada uno de sus deseos y gratificarlos; completamente olvidados de sí mismos, se identifican con el agresor... La personalidad débil y poco desarrollada reacciona al displacer súbito no con defensas, sino con una identificación guiada por la ansiedad y por introyección del agresor o persona amenazante”. El niño “deviene uno” con el atacante.

Aquí Ferenczi describe tres acciones virtualmente simultáneas que constituyen la identificación con el agresor. 1) nos sometemos mentalmente al atacante. 2) este sometimiento nos permite adivinar los deseos del agresor, penetrar en la mente del atacante para saber qué está pensando y sintiendo, para poder anticipar exactamente lo que el agresor va a hacer, y de esta manera saber cómo maximizar nuestra propia supervivencia. Y 3), hacemos aquello que sentimos que nos salvará: por lo general, nos hacemos desaparecer a nosotros mismos a través de la sumisión y una complacencia calibrada con precisión, en sintonía con el agresor. Todo esto sucede en un instante. El resultado final con frecuencia

es el opuesto a lo descrito por Anna Freud (1936): complacencia, acomodación y sumisión en la situación amenazante, más que agresión desplazada a un tiempo posterior o a otro campo de batalla.

¿Cómo funciona la identificación con el agresor? El niño, esforzándose constantemente en vivir interiormente y descifrar la experiencia de la otra persona, llena el vacío dejado por la disociación de sus propios sentimientos y percepciones con una inteligencia sobrecalentada y siempre alerta, podríamos decir hiperempática y casi sobrenatural en su capacidad de adivinar (bastaba una mirada suelen decir). De esta manera, trata de anticipar los peligros que puedan provenir del atacante para poder eliminarlos.

La identificación con el agresor también incluye sentir lo que se espera que uno sienta, lo cual puede significar tanto sentir lo que el agresor quiere que sienta su víctima particular, o sentir lo que siente el propio agresor. El niño puede incluso compartir el placer que el abusador obtiene haciéndole daño: Ferenczi (1932) observó que un niño traumatizado puede “volverse tan sensible a los impulsos emocionales de la persona a quien teme, que siente la pasión del agresor como propia. ([Extraído de esta web](#))

Es así como el miedo deviene adoración.

**Identificación -en este sentido de Ferenczi- significa tratar de sentir algo que algún otro siente, esencialmente, entrando en la mente del otro, moldeando la propia experiencia en la del otro.**

Y aquí adquiere todo el sentido el título del libro de Ferenczi: “La confusión de lenguas”, la autoridad de los padres sean agresores o no hace aparecerles ante el niño como fuentes de displacer o de temor, “la identificación con el agresor” puede darse sin presencia de trauma, pues el trauma -según Ferenczy- está en la relación asimétrica que el niño adopta con sus padres. Algo así sucede en [el experimento Milgram](#) donde todo parece indicar que el sometimiento a la autoridad es la variable crítica para que una persona normal y corriente ataque sus propios valores mientras trata de contentar a una supuesta autoridad.

Ferenczi puso el dedo en la llaga cuando advirtió que la relación psicoanalítica podía reproducir el mecanismo de identificación con el agresor, no solo transferencial o contratransferencialmente sino por la misma dinámica de su encuadre. El terapeuta puede operar sin caer en la cuenta como los examinadores de Milgram, dando rienda suelta a su sadismo inconsciente.

Dicho de otro modo y siempre según Ferenczi: el ejercicio asimétrico del poder es traumático y genera identificaciones con el agresor -entendiendo este fenómeno de forma extendida- o de forma cotidiana. Su omnipresencia es probablemente debida, en gran parte, al hecho de que el abandono

emocional y la impotencia relativa son experiencias de las cuales no se puede escapar por completo.

¿Dónde descubrimos la identificación con el agresor en la vida cotidiana?

La podemos encontrar en la virtualmente universal tendencia a “aceptar” las identificaciones proyectivas de los otros. Además, Eric Fromm exploró el anhelo prevalente de “escapar de la libertad”, de renunciar voluntariamente a la propia autonomía y de identificarse con una figura percibida como fuerte; y Hoffman (1998), habló acerca de la tentación universal a buscar refugio en algo más extenso que nosotros mismos para evitar la terrible soledad y en consecuencia, la necesidad de asumir la responsabilidad por nuestras propias elecciones.

La identificación con el agresor posee un claro valor evolutivo, tanto en sus formas extremas como en las cotidianas, **se trataría pues de una adaptación**, una especie de peaje por nacer tan inmaduros y depender tanto tiempo de nuestros cuidadores, no es de extrañar que la adolescencia se caracterice por una rebeldía y un enfrentamiento frontal a los valores que nos impusieron durante toda nuestra infancia. Frente a una amenaza extraordinaria, el niño que se identifica con el agresor sabrá, sentirá y hará lo necesario para sobrevivir. En su versión menor (identificación con una autoridad esencialmente benigna, tal como padres lo suficientemente buenos esgrimiendo amenazas de desaprobación, (menos terribles que las de muerte) el niño se mantiene en la fila, se ajusta a los valores y normas familiares y cumple con las expectativas. Esta versión menor de identificación con el agresor ayuda al niño, y no de una manera despreciable, a integrarse mejor en su cultura y medrar socialmente.

En resumen, Sandor Ferenczi no solo describió el mecanismo a través del cual los niños abusados disocian su psiquismo sino que además nos advirtió de que venimos de serie destinados a traumatizarnos, pues no cabe duda de que no existe niño que pueda sobrevivir sin insertarse en unas reglas cuya gestión no dependen de su voluntad y que además pueden dañarle más allá de si existe un claro deseo o actitud de dañar.

Toda crianza es pues dañina.

### **13.-El síndrome de Estocolmo y el síndrome del cautivo.**

El 23 de agosto de 1973, en la ciudad sueca de Estocolmo, tuvo lugar un atraco con rehenes. Jan Erik Olsson, un presidiario de permiso entró en el banco Kreditbanken de Norrmalmstorg, en el centro de la ciudad. Al ser alertada la policía, dos oficiales llegaron de forma casi inmediata. El atracador hirió a uno de ellos y mandó al segundo sentarse y cantar. Olsson había tomado cuatro rehenes y exigió tres

millones de coronas suecas, un vehículo y dos armas.

El gobierno se vio obligado a colaborar y le concedió el llevar allí a Clark Olofsson, amigo del delincuente. Así comenzaron las negociaciones entre atracador y policía. Ante la sorpresa de todos, una de los rehenes, Kristin Ehnmark, no solo mostraba su miedo a una actuación policial que acabara en tragedia sino que llegó a resistirse a la idea de un posible rescate. Según decía, se sentía segura.

Tras seis días de retención y amenazas del secuestrador, de cuyo lado se puso la propia Ehnmark, la policía decidió actuar y cuando comenzaron a gasearles, los delincuentes se rindieron. Nadie resultó herido. Tanto Olsson como Olofsson fueron condenados y sentenciados, aunque más tarde se retiraron los cargos contra Olofsson, que volvería a delinquir. Jan Olsson, en cambio, tras cumplir 10 años de prisión saldría de prisión totalmente rehabilitado y manteniendo una legión de fans.

Durante todo el proceso judicial, los secuestrados se mostraron reticentes a testificar contra los que habían sido sus captores y aun hoy manifiestan que se sentían más aterrados por la policía que por los ladrones que les retuvieron durante casi una semana.

El criminólogo Nils Bejerot acuñó poco después y a consecuencia de aquel caso, el término [Síndrome de Estocolmo](#) para referirse a rehenes que se sienten este tipo de identificación con sus captores. El síndrome de Estocolmo es en realidad una forma de “identificación con el agresor” descrito en el anterior post, aunque contiene una variante: suele darse entre víctimas de un secuestro o retención en contra de su voluntad y la víctima desarrolla una relación de complicidad y un fuerte vínculo afectivo, con quien la ha dañado física y/o psicológicamente.

Naturalmente el propósito de este mecanismo es sobrevivir y salir sin daños de esta situación y curiosamente también puede darse entre los perpetradores. Este comportamiento surge debido a la presión psicológica que tiene el rehén al saberse aislado, abandonado, amenazado y quizás olvidado por la policía. Y se trata del mismo fenómeno que observamos cuando los policías buenos y malos se reparten los papeles para conseguir confesiones.

El síndrome de Estocolmo es pues una alianza siniestra con el perpetrador a fin de no resultar dañado durante su liberación. Sin embargo los efectos a largo plazo se mantienen o al menos parte de estos. Se supone que el síndrome de Estocolmo es reversible y podemos observarlo también en las relaciones que mantienen algunas mujeres con sus maltratadores. Algo parecido sucede con los supervivientes de campos de concentración.

**El caso de Patricia Hearst.-**

Probablemente el caso mejor conocido y documentado de síndrome de Estocolmo fue el protagonizado por [Patricia Hearst](#),

Patricia era una chica de 19 años, ni muy guapa ni muy fea, ni mil lista ni muy tonta, pero sí una rica heredera de un imperio periodístico. Poco sabemos de sus antecedentes emocionales aunque es posible aventurar que presentaba algunos déficits afectivos si bien estos podían ser compensados con bienes materiales. Una millonaria que se convirtió en la guerrillera Tania.

*La noche del 4 de febrero de 1974, Patty Campbell Hearst atiende a una llamada a la puerta de su apartamento al sur del campus de la Universidad de Berkeley, California, donde la joven de 19 años cursa el segundo curso de Historia del Arte. Al abrir se encuentra ante ella al matrimonio Harris, William y Emily, miembros del SLA, grupo terrorista ultraizquierdista conocido como el Ejército de Liberación Symbionese. Con la excusa de hacer una llamada telefónica, la pareja aprovecha la amabilidad de Patty para reducirla violentamente. Llevada escaleras abajo a empujones, es encerrada en el maletero de un Chevrolet blanco robado y conducida al que será su hogar durante los siguientes 20 meses.*

*Nieta del magnate editorial estadounidense William Randolph Hearst, convertido en el mítico 'Ciudadano Hearst' por obra y gracia de la batuta cinematográfica del celeberrimo director Orson Welles, su secuestro copa los titulares de la prensa internacional.*

*Pocos días después, sus secuestradores hacen públicas sus pretensiones: Patty será canjeada por dos militantes del SLA encarcelados en San Quintín acusados por el asesinato de un inspector escolar de Oakland, Markus Foster. Las autoridades rechazan someterse al chantaje. Atento al desmesurado eco mediático obtenido por el secuestro, el líder del grupo decide entonces obtener mayor notoriedad ayudando al tiempo a los más desfavorecidos: su segunda reivindicación a la familia Hearst exige la entrega de comida a este sector ciudadano. La operación alcanza un coste aproximado de 400 millones de dólares. Los padres de Patty exigen entonces pruebas de que su hija sigue con vida. Al poco tiempo reciben una carta manuscrita en la que la joven da fe de su bienestar así como de su racionalidad. Pese a que Randolph Apperson, su padre no era sino uno de los múltiples herederos del titán periodístico y dista de ser multimillonario, atiende a las exigencias repartiendo cerca de seis millones de dólares en víveres en el área de la bahía de San Francisco. Pero la SLA, rechaza liberar a su rehén, 'por la escasa calidad de lo entregado'.*

*Durante los 20 meses siguientes Patty, aquella chica normal, rica, pero 'extremadamente práctica' como afirmaría Steve, su novio de por aquel entonces, menos rico que ella, será Tania. Tras ser*

*sometida a abusos sexuales y maltrato físico, la joven se transforma en una auténtica guerrillera convirtiéndose en la terrorista urbana más famosa del mundo. Se transforma en la heroína de millares de jóvenes rebeldes norteamericanos. La niña bien es el tormento del FBI, que pasa de considerarla víctima de un secuestro a ‘delincuente común’.*

*Detenida en septiembre de 1975, carabina en ristre, será juzgada por el asalto al Banco Hibernia, en las cercanías de San Francisco, y condenada por el juez Carter a la máxima pena que podía recibir, 35 años de cárcel. Alertado por la posibilidad de que Patty podía haber sido víctima de un ‘lavado de cerebro’, el juez no obstante la dirigirá a un psiquiatra para que analice su estado mental. Otro juez reducirá la pena a siete años, y tras varias entradas y salidas de prisión, surgirá en todo el país un movimiento pro liberación de Patty. El 11 de mayo de 1977, el New York Times se adhería al mismo en un editorial y el 29 de enero de 1979, lo hacía Jimmy Carter, la única autoridad de EEUU para conmutar penas. El 1 de febrero Patty era puesta en libertad tras cumplir 22 meses de reclusión gracias a una amnistía concedida por este último. Enamorada del guardaespaldas contratado por su propia familia contrajo matrimonio con él poco después. Convertida en amante esposa y madre, se centró en el cine alternativo y en la cría de perros. En 2001 el presidente Clinton la indultaba en su despedida de la presidencia junto a 130 personajes polémicos más. “El abuelo Hearst podía al fin descansar en paz y Patty pasar página”. ([La Vanguardia](#)).*

La historia nos recuerda mucho a los métodos que aun hoy utilizan algunos ejércitos revolucionarios para la captación de soldados, esclavas sexuales o de niños soldado. La clave parece ser la violación reiterada, la amenaza constante de la vida y la ilusión de alternativas: Unete o muere. Es a través de la violación junto con la tortura (Patricia estuvo mucho tiempo encerrada en un armario) como el perpetrador consigue vencer las resistencias de la víctima. Es cuando ella ya ha abandonado toda esperanza de salir ilesa o ser rescatada de esta situación cuando el desvalimiento comienza a asomar el hocico. El individuo sabe que haga lo que haga no podrá modificar su situación y es entonces cuando emerge la identificación con el agresor. Convertida en Tania llegó a participar en atracos y actividades armadas de aquel exótico movimiento. Podríamos hablar incluso de un “lavado de cerebro”, el individuo llega a expulsar totalmente sus principios y se hace uno con el perpetrador, [tal y como nos enseñó Ferenczi](#).

Merece la pena en este momento dedicar un momento a una disgresión sobre este mecanismo de la identificación.

**La identificación es un mecanismo dual.**

Los que leyeron el post anterior ya sabrán que hubo una polémica intensa en el círculo analítico de los años 30 acerca de a quién correspondía la autoría de este mecanismo, para unos Ferenczi fue el primero, para otros fue Anna Freud.

Lo cierto es que Anna y Sandor habían descrito cada uno de ellos las dos caras de la identificación. Es por eso que hoy los psicoanalistas hablan de introyección-identificación, las dos caras de la misma moneda.

A través de la introyección hacemos nuestros (nos apropiamos) de ciertos rasgos de personas que amamos, admiramos o tememos. Así un hijo puede seguir la tradición de su familia y terminar siendo médico, como su padre o su abuelo. O bien todo lo contrario, la introyección también supone un rechazo de todo aquello que nos recuerde al modelo original, un padre (o madre) rechazados pueden provocar desarrollos en sentido contrario: un padre serio, convencional y/o religioso y un hijo anticonvencional, revolucionario políticamente o cómico. De manera que la introyección tiene aspectos positivos o negativos pero cuando hablamos de “identificación con el agresor” estamos hablando de un mecanismo bien distinto: aquí el individuo no preserva nada propio sino que se convierte en Uno con el perpetrador, asume sus valores, moldea su personalidad, afina su empatía, se convierte en anticipador de todos y cada de sus deseos e incluso puede llegar a desarrollar un afecto extraordinario e incluso llegar a amarle.

No hace falta ser psicoanalista para caer en la cuenta de que Patricia Hearst una vez amnistiada por la intensa cantidad de protestas contra su encarcelamiento -en el que no se tuvo en cuenta su experiencia traumática- acabó casándose con su guardaespaldas y dicen que fue sensatamente feliz.

## **14.-El espectro traumático.**

Aquellos lectores que hayan llegado hasta aquí siguiendo esta serie que he titulado “La traumática historia del trauma” quizá ya hayan aprendido que la historia del trauma o de nuestras ideas sobre lo traumático se caracteriza por un vaivén entre reconocimientos y olvidos de todo aquello que para nosotros los humanos puede resultar traumático e incidir de modo negativo en la construcción de la identidad y la personalidad. También habrán llegado a conocer algunos de estos eventos -quizá los más graves de entre ellos- así como la historia de las ideas sobre lo psicotraumático desde Janet hasta nuestros días.

## **Itinerarios del trauma.-**

Las víctimas de un traumatismo severo siguen dos itinerarios bien diferenciados, el primero es convertirse en un paciente psiquiátrico y otro en una persona antisocial, un delincuente, a veces incluso es posible un cierto solapamiento entre ambas posibilidades, hay que recordar que en nuestro país entre la población penitenciaria actualmente en prisión hay un 25% de patologías psiquiátricas graves (1 de cada 4) y que estas cifras son más contundentes en el caso de los hombres.

El siguiente paso -necesario para salirse del campo de lo psiquiátrico- es **la supervivencia**, convertir a la víctima en un superviviente. El superviviente ya no es un paciente psiquiátrico, ha logrado trascender su sufrimiento en la medida en que ha renunciado a las ventajas de la enfermedad y también ha logrado encontrar algún elemento que de sentido de continuidad a su vida. Pero existe un atrapamiento muy frecuente y que puede impedir el desarrollo hacia la supervivencia y es el afán de venganza o de revancha: **la querulancia**, no me refiero a la [querulomania](#) que es una forma de paranoia, sino a ese objetivo tan comprensible de que la víctima busque justicia, condena para el perpetrador, publicidad para su causa, comprensión y simpatía sociales, acción y compromiso. Lo cierto es que con independencia de los reproches judiciales que cada perpetrador merezca para su crimen, la mejora psicológica de un “traumatizado” no depende del destino del perpetrador sino más bien de los apoyos y mecanismos puestos en juego para escapar de **la victimización**.

La victimización es uno de los escalones más débiles en la cadena de salida del trauma, es la posición más cómoda y también la más pasiva, la que convoca un mayor cantidad de sentido y simpatías. Pero desde el punto de vista de la salud mental es la peor estrategia que podemos elegir. Pues el victimizado no puede dejar de ser víctima.

Convertirse en un enfermo mental crónico también tiene sus ventajas: nos hace irresponsables, nos adormece, nos anestesia, nos quita de la vorágine social, nos hace pasivos y dependientes y nos permite mantener oculto todo aquello que nos angustia.

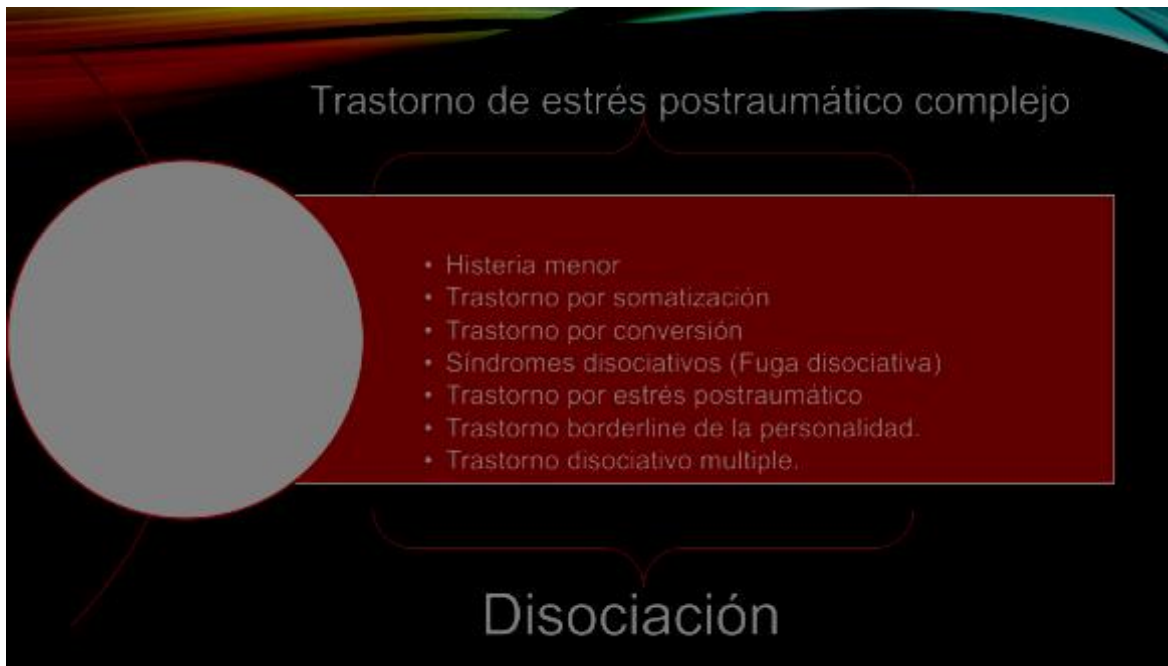
También hemos aprendido que no todos los traumas tienen idénticas consecuencias y que en la patología del adulto pueden emerger trastornos que siendo traumáticos no necesariamente están señalando hacia un trauma determinado. Existen condiciones biológicas especiales y en cierta manera desconocidas que hacen que ante un mismo trauma dos personas desarrollen trastornos bien distintos y aun: ningún trastorno en absoluto y también que distintos traumas pueden dar lugar a un mismo desarrollo patológico.

Es por eso que algunos autores como Bessel Van der Kolk han hablado del espectro traumático.

**El espectro traumático.-**

# La traumática historia del trauma

Convertirse en un enfermo mental es el itinerario más concurrido en aquellos que han sufrido traumas severos (y a veces no tan severos). Lo interesante es señalar que existe una especie de *continuum* entre las distintas patologías de etiología traumática, desde la más común: la histeria que hoy conocemos como trastorno histriónico de la personalidad, hasta las formas más complicadas de evolución y que representa el trastorno disociativo múltiple que acaso tiene alguna relación con la llamada y mal conocida psicosis histérica.



Como podemos observar en el esquema superior, las enfermedades que componen este espectro están presididas por un mismo fenómeno: la disociación, mientras que algunos autores como Judith Herman han propuesto la exigencia de un nuevo diagnóstico: **el trastorno de estrés postraumático complejo** para dar cabida a distintos síndromes con morfología bien distinta al TEPT o a los síndromes somatoformos clásicos de la histeria. Del mismo modo se considera que el TLP o trastorno border-line de la personalidad pertenece a este cluster o espectro de enfermedades centradas en lo traumático.

Otros autores hablan de un trastorno postraumático ampliado e incluyen en esta categoría a algunos trastornos adaptativos, como el duelo. Efectivamente, algunos duelos como por ejemplo la pérdida de un hijo parece que encajan mejor en una visión traumática que en una adaptativa.

## Un ejemplo clínico.-

Una mujer de 42 años llega tarde al trabajo, sale de su garaje y se encuentra la salida bloqueada por un automóvil mal aparcado, comienza a encolerizarse porque al parecer no es la primera vez, busca al ocupante de ese vehículo y no le encuentra, llama a la policía ya en un estado de ira notable, al llegar

la patrulla comienza a discutir con ellos y termina agrediendo a un agente. La policía la detiene y ante la imposibilidad de calmarla la llevan a urgencias, allí continúa su estado de agitación, le administran un sedante y la dejan en observación.

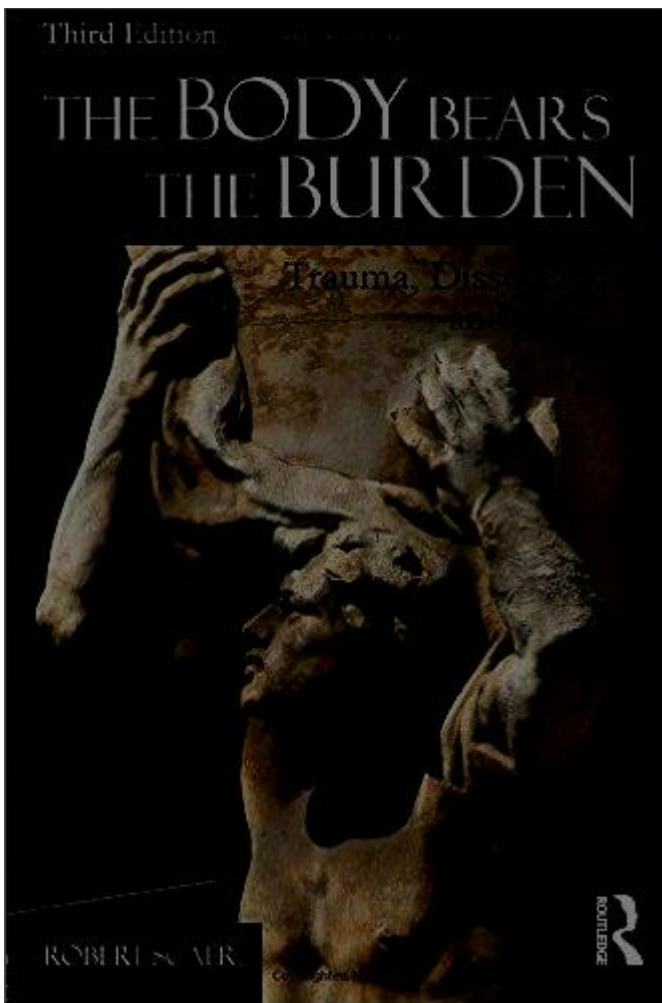
Al pasar las horas la mujer ya calmada se despierta, sus familiares que han sido avisados, se la llevan y el médico le da el alta con el diagnóstico: **trastorno de agitación**. Una intervención puntual y urgente.

La mujer al cabo de unos días presenta una denuncia contra el Hospital y la policía por haber sido detenida, ingresada y sedada en urgencias. La atiendo personalmente con la evidencia de que ha desarrollado un TEPT es decir un trastorno de estrés postraumático, un síndrome recortado con hipervigilancia y amnesia del episodio. Naturalmente la paciente no recuerda nada de su agresión a la policía ni las razones por las que fue llevada a urgencias, solo recuerda la humillación sufrida. Pero a este TEPT le falta algo: el criterio A, es decir un evento de la suficiente importancia para poner en riesgo la preservación de la vida. Obviamente la paciente se desorganizó (se disoció) por la ira, pero clínicamente su cuadro fue un sucedáneo del TEPT y así fue tratada en los próximos meses.

En mi opinión este ejemplo sirve para entender una cuestión fundamental sobre lo traumático: **hay algo profundamente subjetivo** en la consideración del trauma, hasta tal punto que incluso una intervención en un hospital puede llegar a sentirse como algo forzado, sin sentido y arbitrario.

Pues el poder siempre es arbitrario y por eso sabemos que es poder.

## 15.-Scaer y la congelación.



*En cualquier caso es el cuerpo quien soporta la carga*

Me preguntaba en el capítulo anterior cómo era posible que la paciente que describí hubiera desarrollado un TEPT en ausencia del criterio A, es decir el desencadenamiento a través de un estrés agudo, intenso y objetivo. Para intentar arrojar un poco de luz sobre este tipo de episodios leves pero con consecuencias clínicas graves, hemos de considerar dos aspectos fundamentales:

Por un lado los afectos de **la retraumatización**, es decir el efecto sumatorio de microtraumas sobre un trauma silenciado más antiguo u original, algo que podríamos comprender desde la teoría del kindling (1) y por otro lado los efectos de una descongelación abortada (Scaer, 2001) para lo que he rescatado este texto del propio Scaer (traducido por F. Orengo).

### **La anomalía humana en la congelación o freezing (2).-**

Poca literatura se dedica a trabajar el tema de la respuesta de congelación en la especie humana. Incluso en el caso de una amenaza muy importante es raro para un ser humano colapsarse y aparecer

inconsciente sin herida física. Aunque algunas personas tiemblan y presentan ligeras sacudidas después de un evento que les produce un shock, raramente desarrollan la conducta relativamente estereotipada que se ve en animales. Por el contrario, éstos comentan frecuentemente que se sienten como si estuvieran “en shock”. Ese estado se describe como con una sensación de despegamiento, de acorchamiento emocional o afectivo e incluso de confusión. El tiempo con frecuencia parece quedarse quieto. Algunos pacientes informan que se encuentran como si estuvieran “fuera de sus cuerpos”, comentando los acontecimientos traumáticos como si los estuvieran viendo en una tercera persona. Aunque algunos comentarán que se encuentran “llenos de adrenalina”, muchos otros comentan la sensación de sentir una calma notable. Aunque pueden haber ocurrido serias heridas, el dolor normalmente no es intenso durante este periodo, un acontecimiento en consonancia con el papel que juegan las endorfinas en la respuesta de congelación. Los psicólogos y psiquiatras se refieren habitualmente a este fenómeno con el término disociación que se define como “un proceso inconsciente por el cual un grupo de procesos mentales se separa del resto del curso del pensamiento, resultando en un funcionamiento independiente de dichos procesos y en una pérdida de las relaciones habituales entre contenidos mentales como, por ejemplo, la separación del afecto de la cognición”. La disociación muy probablemente constituye un elemento muy fundamental de la respuesta de congelación y las personas que refieren síntomas de shock y acorchamiento emocional después de un evento traumático y exhiben síntomas de disociación, están en ese momento en plena respuesta de congelación. De hecho, muchos de los síntomas postraumáticos que ocurren con frecuencia durante años

después del trauma irresuelto son característicos de la disociación o de la recurrencia de los síntomas de congelación.

El punto más importante en este contexto es que el ser humano parece recobrase de este estado de shock sin ninguna de las actividades muscular y física observadas en los animales cuando se recuperan del acto de la congelación después de una amenaza. Rara vez ve uno víctimas de un acontecimiento traumático agudo caerse al suelo, temblar, sacudirse o sudar recuperándose a continuación con una respiración profunda y lenta. Uno está tentado a considerar esta respuesta como una adaptación positiva a la conducta animal básica como resultado del neocortex frontal en desarrollo que nos permite pensar, resolver problemas y planificar sin tener que estar sometidos a la tiranía del instinto más primario. Sin embargo existe una real preocupación de que en la especie humana esta aparente falta de descarga de la energía autónoma después de haber ocurrido una congelación, pueda no ser de hecho un mecanismo adaptativo funcional. En vez de ello, podría representar una peligrosa supresión de la conducta instintiva, resultando en una agravación de la experiencia traumática en la memoria

inconsciente y en los sistemas de excitación y alerta del cerebro.

El proceso de culturalización de la especie humana ha resultado en un patrón creciente de vida urbana en un hábitat o confinamiento cerrado que de manera intrínseca puede inhibir la capacidad instintual de huida o de defensa de uno mismo bajo amenaza. Esto, a su vez, puede instaurar un estado de indefensión, predisponiendo una respuesta de congelación en los humanos cuando se encuentran bajo amenaza. Este mismo estado de inmensa proximidad e interdependencia cultural puede también actuar inhibiendo la descarga natural de energía autonómica de congelación en estos casos.

Una repuesta a este dilema puede residir en la observación de la conducta animal. Levine describe una conversación que tuvo con cazadores africanos. Cuando son capturados, los animales entran habitualmente en una repuesta de congelación o inmovilidad. Después de su suelta, éstos atraviesan por un repertorio de conductas típica de la descarga de congelación descrita anteriormente. Si no pasan por el periodo de sacudida y temblor, generalmente mueren después de ser soltados de nuevo al medio salvaje. Este hecho puede llevarle a uno a especular que la retención de la tremenda energía autónoma de la respuesta de lucha / huida / congelación en el cuerpo y en el Sistema Nervioso Central de estos animales les reduce su capacidad para adaptarse a las amenazas y demandas de una existencia en un ambiente salvaje.

Normalmente, la conducta autoprotectiva en los animales es posible que sea inhibida por una conducta análoga a un estado de disociación intermitente en humanos. De hecho, existe evidencia de que la descarga de congelación puede ser inhibida en los animales mantenidos en cautividad crónicamente como es el caso de animales domesticados o de laboratorio o animales que residen en zoos o circos. De hecho, estudios antiguos sobre la respuesta de estrés en animales de laboratorio estaban limitados por la excitación intrínseca asociado con el manejo de los mismos que llevaba una respuesta de congelación y a una consecutiva o subsecuente “neurosis experimental”.

Los modelos teóricos de kindling (1) como un posible acontecimiento neurofisiológico en el desarrollo de síntomas de estrés postraumático se presentan más adelante. La circuitería auto perpetuada incluida en el kindling es asombrosamente compatible con la ausencia de descarga de las secuencias sensoriomotrices defensivas de la conducta que precede a la respuesta de congelación o inmovilidad: La retención en la memoria procedimental de esta experiencia puede servir como un elemento interno recurrente de patrones de excitación continuos alternando con embotamiento y disociación, constituyendo la naturaleza fundamentalmente bipolar y autopropagativa del trastorno de estrés postraumático hasta que este acto de huida o autodefensa ha sido

completado. El “cerebro de supervivencia” por tanto puede continuar percibiendo que la amenaza continua existiendo siendo incapaz de relegarla a la memoria como una experiencia pasada.

## **Conclusiones.-**

La teoría que sostiene que la traumatización humana tiene sus raíces en la inhibición de la descarga de congelación después de haber sobrevivido a una amenaza de muerte tiene importantes implicaciones para el tratamiento de los trastornos físicos y emocionales en víctimas de trauma. Los acontecimientos neurofisiológicos y neurohormonales incluidos en la respuesta de lucha/huida/congelación tienen profundos efectos sobre todos los órganos y sistemas del cuerpo. Creo, en esa medida, que los efectos de la respuesta de congelación irresuelta sobre el cuerpo y el cerebro tienen importantes implicaciones sobre la concepción y el tratamiento de la enfermedad humana en general.

**La descarga de congelación truncada o abortada** parece ser el acontecimiento fisiológico que inicia los cambios en el sistema nervioso central que llevan al trastorno de estrés postraumático. Muchas de estas enfermedades crónicas entre las que se encuentran las más comunes y ante las que la Medicina alopática se ha mostrado más inefectiva al tratarlas, puede muy bien tener sus raíces en los insidiosos efectos sistémicos a los que da lugar la traumatización. De hecho, creo que la queja más común en la actual práctica médica es decir, aquella del dolor crónico persistente e inexplicable, tiene sus raíces en los cambios persistentes en la circuitería cerebral asociada con una traumatización irresuelta por un lado, por otro por la tendencia continuada a disociar que acontece y se desarrolla frente al estrés o la amenaza.

Como habíamos comentado, el patrón de movimiento defensivo en el momento del evento traumático queda almacenado en la memoria procedimental con fines adaptativos ante amenazas futuras relacionadas e incorporadas con todo detalle en un patrón postural neuromuscular que a su vez se programa dentro del ciclo del trauma. Por el mismo principio, la entrada al tálamo de impulsos somestésicos y nociceptivos asociados con la misma amenaza, se almacenan en la memoria procedimental condicionada, llevando a la perpetuación de la experiencia de dolor como un instrumento de supervivencia disfuncional.

Como habíamos señalado anteriormente la mayor parte de mi experiencia relacionada con el trauma humano se encuentra en relación con accidentes de tráfico, siendo el diagnóstico más común en este paciente **el de síndrome de latigazo cervical**. La belleza de usar este síndrome como modelo para el trauma es el hecho de que los pacientes que han experimentado esta lesión presentan de rutina un sorprendente conjunto de síntomas similares, muchos de los cuales desafían una explicación médica.

Como se puede ver, todos estos síntomas variados y multisistémicos son explicables cuando son vistos e interpretados desde el modelo de una descarga de congelación abortada y de sus implicaciones neurofisiológicas y conductuales, en ausencia de una lesión física tangible. El latigazo cervical y su complejo sintomático asociado representan una muestra única de las consecuencias somáticas de la traumatización vistas como una función de una descarga de congelación truncada o abortada.

## (1) ¿Qué es el *kindling*?-

*Kindling* puede ser traducido como encendido o más bien como sensibilización o sea lo contrario de la habituación. Se trata de un hallazgo de Goddard que buscaba un modelo animal de epilepsia para el laboratorio, trabajando con ratas y varias especies animales descubrió que las repetidas señales eléctricas subconvulsivas podía operar a medio y largo plazo de forma acumulativa y disparar una convulsión. Una vez establecida este nuevo umbral ya no era necesario seguir estimulando al animal que quedaba así convertido en epiléptico, es decir tenía convulsiones en ausencia de los estímulos.

El *kindling* puede establecerse mediante descargas subconvulsivas eléctricas pero también con sustancias químicas (picrotoxina, lidocaina, etc) y también – y de ahí su interés en la patología humana – mediante experiencias ansiógenas o eventos estresantes. Un evento estresante cualquiera (en una personalidad vulnerable) puede encender el mecanismo que después irá incrementándose en la evolución del individuo y más tarde independizándose del sistema haciéndose automático (caótico en cuanto a desordenado pero previsible). El *kindling* se estableció como un modelo explicativo de muchas enfermedades mentales sobre todo para el trastorno de pánico, la dependencia al alcohol, y la cocaína, así como un modelo perfecto para estudiar las oscilaciones del humor del trastorno bipolar y también los trastornos de personalidad interictales de la epilepsia, o la adicción al alcohol.

## (2) ¿Qué es el *freezing*?-

Cuando la huida o la lucha ya no son físicamente posibles, y el animal que va a ser cazado está en un estado de indefensión, con frecuencia entra en un estado de congelación o inmovilidad que representa un reflejo totalmente instintivo e inconsciente. Esta conducta es común en la mayoría de las especies incluidos reptiles, pájaros y mamíferos. Dado que este tipo de reflejos se han desarrollado como un medio de perpetuación de la especie, la respuesta de congelación es claramente de importancia crítica para la supervivencia. En un sorprendente número de casos, el ataque del predador puede ser instigado por la simple presencia de la pieza a cazar más que por el hambre, en cuyo caso la respuesta de congelación de la presa puede

abortar el ataque instintivo del predador con el resultado de la supervivencia de la misma.

*Tendría unos 16 o 17 años y corría un encierro delante de los toros, lo hacíamos todos los años con todos nuestros amigos de entonces, pero aquel día algo se torció y me caí casi cuando el toro que me perseguía acababa de entrar en la plaza, creo que tropecé, el toro me miró (según me contaron) pero no me embistió. No sufrí ningún daño pero quede congelado por el terror. Durante un tiempo indeterminado no sentí nada aunque mantuve la conciencia, lo sé porque recuerdo que me protegí la cabeza, un estado de calma, un estado endorfinico.*

*Cuando el toro se fue, mis amigos me levantaron y se burlaron de mí, se me llevaron detrás de una barrera y me quedé solo tratando de descongelarme, lo hice pensando en lo que había pasado (aunque no pude recordar los detalles), moviéndome, sacudiéndome el polvo y volviendo al ruedo.*

Aquellos lectores que leyeron el post anterior donde hablé de las hipótesis de [Robert Scaer](#) sobre el trauma ya tendrán bien claro que sus ideas sobre el trauma aportan una lectura neurofisiológica muy alejada de las hipótesis psicológicas que usualmente nos sirven como apoyatura a nuestra concepción de lo traumático.

No es de extrañar puesto que Scaer es un médico rehabilitador y su especialidad son los accidentes de tráfico. Dicho de otro modo, sus pacientes son supervivientes de este tipo de accidentes, algunos de los cuales sufrieron síndromes postraumáticos en ausencia de daño, es por eso que Scaer propone el “síndrome de latigazo cervical” como modelo traumático puesto que – en sus propias palabras- **“es la experiencia traumática en sí misma la responsable del desarrollo del síndrome** y no el daño sufrido en estructuras tendinosas u oseas”. Naturalmente si hay daño físico el traumatismo se amplifica, pero la idea original de Scaer es que no es necesario el daño físico para que aparezca ese curioso síndrome sin explicación médica que llamamos “síndrome postconmocional” o “síndrome de latigazo cervical”. Este modelo sirve además para explicar otros síndromes dolorosos inexplicables con el dolor lumbar [y otros.](#)

Más concretamente, Scaer propone una lectura del trauma en clave de biología evolucionista.

Recordemos:

Los efectos sobre el Sistema Nervioso Central puestos en marcha por la suelta de noradrenalina incluyen un estado de alerta aumentado y dan lugar a una facilitación inmediata de la memoria a corto plazo, a una dilatación pupilar y a una divergencia de los globos oculares al mismo tiempo que provocan un incremento del tono muscularesquelético.

# La traumática historia del trauma

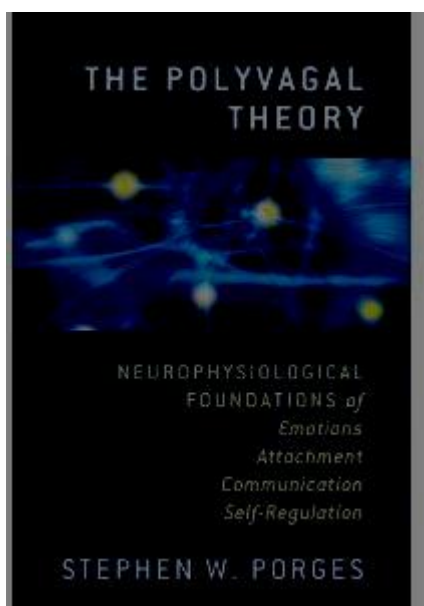
Los efectos inmediatos de la adrenalina y noradrenalina preparan el organismo para una actividad muscular intensa, requerida para asegurar la supervivencia en presencia de una amenaza: es lo que conocemos como respuesta de lucha/huida. Estos efectos promueven la preparación por parte del cerebro de una respuesta a corto plazo ante una alerta intensa. Al mismo tiempo, se prepara una actividad intensa de los sistemas neuromusculares y cardiovasculares a través de una activación del músculoesquelético y de un gasto energético elevado. La activación de la respuesta lucha/huida puede ser disparada, por supuesto, tanto por excitación como por amenaza. La respuesta fisiológica básica de la víctima en respuesta a la amenaza tiene su imagen especular en la del predador que prepara su ataque. Temblores de excitación antes de la caza, miedo escénico, excitación sexual, la angustia de la montaña rusa... todas estas experiencias reflejan sensaciones físicas asociadas con la excitación ante la amenaza. Lo que diferencia la experiencia de la respuesta lucha/huida de la de la excitación anticipatoria como las anteriores es, por supuesto, el significado del evento para el que participa en ella.

Dicho de otra manera: las respuestas fisiológicas en la lucha y en la huida son similares en toda la escala animal, pero existe otra posibilidad que se pone en marcha o se activa en situaciones de indefensión, es decir cuando el animal percibe que haga lo que haga no le va a permitir escapar de la amenaza, se llama congelación o *freezing* que ya describí en el post anterior como parte del repertorio defensivo frente al estrés severo.



Los animales, sin embargo han desarrollado una estrategia de descongelación, mientras que esta estrategia en los humanos parece no desempeñar ningún papel relevante pues probablemente ha sido sustituida por la mentalización y otras estrategias cognitivas relacionadas. Los animales se descongelan moviéndose, agitándose, convulsionando, o sacudiéndose, del mismo modo puede ser “congelados” experimentalmente a través de la inmovilización. Los humanos también podemos desarrollar convulsiones críticas (pseudconvulsiones después de un susto importante) pero la tesis de Scaer es que en los humanos por lo general este mecanismo se encuentra inhibido o domesticado de tal manera que no se completa nunca o casi nunca el ciclo de la descongelación.

La teoría de Scaer explica además otros misteriosos fenómenos relacionados con el trauma: lo que Freud llamó **la compulsión repetitiva** y que ahora llamamos reexperimentación. Scaer relaciona esta conducta repetitiva con los fenómenos fisiológicos de la congelación.



## ¿Qué sucede en la congelación?-

La suelta de endorfinas como parte de la excitación también tiene interesantes implicaciones en lo que se refiere a los mecanismos de recompensa cerebrales en la conducta humana. Dado que la activación relacionada con la predación o excitación está vinculada a la suelta de endorfinas, es fácil darse cuenta que la recompensa que se encuentra en actividades de recreo de alto riesgo está asociada con un “fogonazo de adrenalina”, ya que esta experiencia también incluye una gratificación endorfinica simultánea o inmediatamente posterior.

Eso es precisamente lo que le sucede al corredor de encierros que preside este post, donde podemos observar la secuencia completa: excitación, congelación y descongelación.

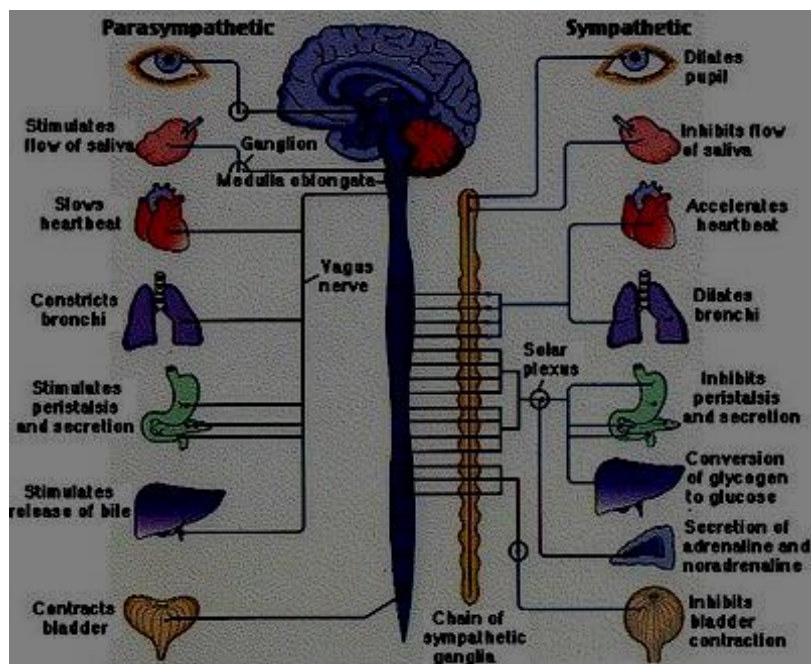
La excitación derivada de las conductas de riesgo parece exclusiva de la especie humana y parece claro que ciertos rasgos de personalidad (la búsqueda de sensaciones) pueden predisponer a esta conducta.

Incluso hay alguna evidencia de que este rasgo puede estar presente de forma regular en la infancia. En la congelación suceden otros fenómenos no tan obvios como la inmovilidad (hacerse el muerto), la pérdida de la noción del tiempo y una intensa anestesia y analgesia lo que señala directamente hacia la disociación. En la congelación hay una intensa disociación, así como bradicardia, bajada de tensión y a veces un estado de intensa calma o indiferencia. Dicho de otra manera **la congelación es cosa del vago.**

## **Cosas del vago. –**

El nervio vago contiene no pocos secretos evolutivos se trata de un par craneal (nace en el cerebro) que es mixto, es decir tiene fibras motoras y fibras sensitivas, es además parasimpático. Inerva la lengua posterior, la faringe, la laringe, el esófago, el estómago, el corazón, los pulmones y el intestino. Las fibras motoras van hacia abajo, es decir llevan la corriente desde el cerebro a las vísceras (hasta el ombligo) y las fibras sensitivas llevan las impresiones sensoriales viscerales de abajo hacia arriba. Este doble flujo arriba (sensorial) y abajo (motor) tiene una traducción inmediata, el impulso que viaja hacia abajo (eferente) tiene una función motriz y secretora para todas las vísceras que dependen de él mientras que la función aferente tiene como objetivo informar al cerebro como andan las cosas por allá abajo, de manera que nuestro cerebro límbico o visceral tiene información constante de las vísceras alejadas del cerebro y al mismo tiempo es capaz de influir en ellas ralentizando el corazón y la digestión, cerrando el cardias y contrayendo la luz bronquial que para eso es parasimpático, es un nervio muy *yin* por decirlo en la terminología china.

Lo usual es que pensemos el sistema parasimpático como un ahorrador de energía mientras que el simpático lo relacionamos con el gasto de energía. Y a sus transmisores: la acetilcolina en el caso parasimpático y la noradrenalina en el caso del simpático.



*Sistema nervioso autónomo o vegetativo (simpático y parasimpático) con especial atención al vago.*

Nos imaginamos a estos sistemas como complementarios y sujetos a una cierta oscilación, cuando nos excitamos estamos bajo los dominios del simpático y cuando dormimos del parasimpático. Pero hay algo que mantiene al sistema dentro de unos parámetros de normalidad y de tensión, por eso no nos morimos de un acelerón de noradrenalina ni de un síncope vagal.

Según Stephen Porges el vago tiene dos secciones, una amielínica y otra mielínica. **El vago amielínico es el responsable de los estados de congelación** y fue el primero que evolucionó en la escala animal, se trata de un **resto reptiliano**, mientras que el vago mielinizado evolucionó como parte del cerebro social y está muy bien representado por la cara. En la cara está reflejada el alma de cada individuo y también los malestares que le aquejan, algo que el propio Darwin investigó en un libro muy citado pero poco leído tal y como conté [en este post](#).

Otra idea importante de Porges es que el SNA (sistema nervioso autónomo) está organizado jerárquicamente, es decir tiene un funcionamiento discreto por niveles de definición donde cada nivel superior abarca a los inferiores, lo que en términos comprensibles significa que el pensamiento (y por tanto la conducta) es algo que emerge de ciertos estados de conciencia que muchas veces pertenecen a niveles arcaicos de pensamiento o de reacción. No pensamos siempre con nuestro cerebro cortical, con nuestro cerebro inteligente sino que las más de las veces estamos prisioneros de una preconceptualización arcaica que impone sus leyes desde niveles inferiores evolutivamente hablando.

El vago, es en este sentido muy traidor.

A veces pensamos con las tripas.

Si la teoría de Robert Scaer resultara cierta tendríamos pistas no solo para desarrollar una teoría neurocientífica sobre el trauma sino además indicaciones para resolverlos, es decir para recuperarse de un trauma.

Se trataría de volver a “congelar” al sujeto para completar el ciclo de congelación-descongelación. De lo que se trataría es que la enorme cantidad de energía congelada y procedente del SNA (sistema nervioso autónomo) pudiera ser descargada, tal y como hacen los animales que han sufrido un estado de congelación. En realidad la congelación afecta las emociones, usualmente rabia, miedo, vergüenza y culpa.

Peter Levine es un psicólogo americano que ha desarrollado su carrera profesional en torno a este tipo de ideas y que le llevaron a escribir el libro que preside este capítulo y que en castellano se ha traducido como “Curar el trauma” y que se basa en una teoría desarrollada por él mismo en torno a la idea de “[La experiencia somática](#)” que metafóricamente ha titulado “Despertar al tigre”.

Se trata de una forma de terapia dirigida a aliviar y resolver los síntomas de [trastorno de estrés posttraumático](#) (TEPT) y otros problemas de salud relacionados con el trauma físico y mental, centrándose en las sensaciones del cliente percibidas del cuerpo (o experiencias somáticas). En el libro, analiza en profundidad sus observaciones de los animales en la naturaleza, y cómo hacen frente y se recuperan de situaciones que amenazaron su vida. Llega a la conclusión de que su comportamiento nos da “una pistas en el proceso de curación biológica” y que “la clave para la curación de los síntomas traumáticos en los seres humanos radica en que seamos capaces de reflejar la adaptación de flujos de los animales salvajes” ya que evitan la traumatización de reaccionar a las situaciones que amenazan la vida.

Las sesiones se realizan normalmente cara a cara, e implican que el paciente siga su propia experiencia corporal. Se trata de una alternativa a las terapias convencionales que por lo general son largas y tienen resultados bastante decepcionantes, sobre todo las terapias reconstructivas donde sobre todo el terapeuta trata de que el paciente recuerde, hable y reviva su foco traumático. El problema que tienen las terapias centradas en la palabra y el recuerdo es que muchas veces el paciente no conoce, sabe o no recuerda en absoluto su trauma original y aun así a veces,- en el caso de traumas más graves- el paciente se niega a hablar de ello. No se trata simplemente de adquirir una representación de lo traumático sino una renegociación.

La técnica de Levine trata de promover el conocimiento y liberar la tensión física que se mantiene en las secuelas de traumatismos. Esto ocurre cuando las respuestas de supervivencia (que pueden adoptar la forma de orientación, lucha, huida o” congelación no están completamente descargadas después de la situación traumática.

## **Trauma y chamanismo.-**

Un chamán es un individuo que ejerce en un entorno tribal ciertos poderes que se le atribuyen en relación con la curación de ciertas enfermedades. El chamán es una especie de intermediario entre lo visible y lo invisible, es el único al que se le atribuye el poder de comunicarse con los espíritus, una especie de *daimon* viviente. Usualmente la función del chamán es la de hacer volver el alma al cuerpo de los enfermos.

Se trata de una concepción de la enfermedad muy cercana a nuestro concepto de disociación, el enfermo sería una persona que ha extraviado lo humano que había en él, una especie de pérdida que se trataría de restablecer a través de un ritual.

Usualmente se trata de rituales en los que se utilizan drogas psicoactivas que propician visiones pero que sobre todo crean un entorno mágico de conexión y de regresión a través de la danza y el movimiento. Para mí es importante retener esta cuestión: el ritual provoca una especie de estado alterado de la conciencia, una especie de trance que favorece ese viaje de reencuentro con el alma perdida, y que se hace a través de una experiencia corporal, es decir **una experiencia de movimiento**.

De lo que se trata es de que el alma regrese al cuerpo o dicho de una manera más actual: favorecer la integración de las experiencias traumáticas en la totalidad mental del sujeto.

## **¿Qué es un ritual?**

Un ritual es una conducta demostrativa que tiene lugar entre dos o más individuos y que se lleva a cabo en función **de su valor simbólico**. Por ejemplo el homenaje a una bandera, los desfiles militares, las tradiciones, las celebraciones familiares en Navidad o los ritos y liturgias religiosos se llevan a cabo a través de la captura facilitada por las creencias o los recuerdos compartidos de aquellos que conviven en un determinado entorno y que consensuan como definitorios de su cultura o de sus expectativas. Se trata de movimientos relacionados con nuestro cerebro reptiliano.

## **Características de los rituales.-**

- 1.-Son conductas que escapan a la razón y mantienen un cierto aspecto de supersticiones.
- 2.- Son repetitivas y automáticas.

- 3.- Su supresión desencadena perplejidad, confusión, ansiedad o agresión.
- 4.- Son antieconómicos, en el sentido de que representan conductas redundantes, hacen perder tiempo y representan esfuerzo.
- 5.- Son reconocidos por los miembros de la misma especie o por los individuos que comparten una misma cultura.
- 6.- Son extraños para aquellos que no comparten una misma cultura o para individuos de distintas especies e inducen conductas de desasosiego o de interpretaciones erróneas.
- 7.- Su propósito es inhibir la agresión, señalar la jerarquía o la disponibilidad sexual, además de -por efecto contrario- profundizar los vínculos entre individuos.
- 8.- Son exagerados, dramáticos y exhuberantes y recuerdan a la farsa teatral.
- 9.- El ritual desencadena algún tipo de modificación de conciencia, desde el rapto hasta el trance.
- 10.- El ritual suprime la conciencia racional del individuo y nos secuestra hacia un estado en el que el individuo se siente arrastrado por su potencia, siempre y cuando, claro está se crea en él.

En definitiva, el ritual nos posee por su potencia simbólica y suprime transitoriamente la cognición racional, podríamos decir que el Yo desaparece lo que le emparenta con el [mindfulness](#).

## 16.- ¿Trauma sexual o sexualidad infantil? El caso Dora.

Uno de los aspectos sobre el que me gustaría volver es el concepto de trauma. ¿Qué entendemos por trauma hoy?

Recapitularé sobre esta historia del trauma y avanzaré una hipótesis de por qué estamos hablando de una historia traumática.

El lector que haya llegado hasta aquí recordará que fue Pierre Janet el primero en advertir que la histeria tenía un origen [traumático y sexual](#). Sus enfermas le contaron que habían sido víctimas de abusos sexuales repetidos y graves en su infancia, fue así como Janet comenzó a tirar del hilo. Un hilo al que se sumó bien pronto Sigmund Freud.

Sin embargo ya conté que Freud no solo abandonó bien pronto esta hipótesis del trauma sexual sino que abandonó también la hipnosis al caer en la cuenta de que sus enfermas podía n ser sugestionadas por él mismo a contar incidentes que jamás habían ocurrido. El lector puede leer [este post](#) sobre “falsos recuerdos” donde podrá seguir las “modas” y por consiguiente las “epidemias” que se han desatado a

partir de este mito del abuso sexual como origen obligado del traumatismo histérico.

Este cambio brusco en la opinión de Freud, ha sido considerado por algunos terapeutas -sobre todo por las militantes del feminismo de género- como una traición. De entre ellos señalaré a Judith Herman una de las psiquiatras vivas que más saben del trauma pero que, desgraciadamente no ha podido liberarse de sus propias creencias para analizar la historia de lo traumático en su verdadera dimensión. Freud no se equivocó sino que cayó en la cuenta -al cambiar su clientela- que efectivamente el abuso sexual no estaba entre los antecedentes infantiles más frecuentes entre sus pacientes.

De hecho el lector puede volver a [leer este post](#) para que contemple el “ranking” sobre abusos infantiles quien ocupa el *top* de los mismos. La negligencia es el primer ítem y el abuso sexual el último de entre cuatro modalidades diferentes de abuso.

Lo cual no significa que el abuso sexual no exista. Existe y es la causa principal de trastornos psiquiátricos muy graves en los adultos, pero esos mismos trastornos aparecen en ausencia de este antecedente, esta es la verdad. Y aún más: recordar que se ha sufrido un abuso sexual puede ser inducido por la propia exploración que llevan a cabo terapeutas bien formados, pero también charlatanes y embaucadores diversos.

En el citado post dice Pablo Malo a propósito de estas falsas creencias:

*“Creencias como que si te traumatizaron de pequeño probablemente has reprimido el recuerdo. Si lo reprimiste, la hipnosis te ayuda a recuperarlo. Si estás convencido de que tus recuerdos son reales probablemente lo sean (uno de los errores más graves con respecto al funcionamiento de la memoria: el convencimiento subjetivo acerca de la fiabilidad de un recuerdo no tiene nada que ver con su validez). Si tienes pesadillas de abuso sexual es que está aflorando un recuerdo auténtico. Los niños nunca mienten acerca de temas sexuales. Si los niños tienen pesadillas, mojan la cama, necesitan una luz encendida para dormir o se masturban todo eso quiere decir que ha sido abusado.*

*Lo malo no es que todas esas creencias erróneas las tenga la gente normal. Lo malo es que todas ellas vinieron de profesionales de la salud mental que las diseminaban en conferencias, revistas, libros y en los medios de comunicación y que se presentaron a ellos mismos como expertos que podía **determinar la validez de unos recuerdos**. Si algunas mujeres que desarrollaban depresión, ansiedad o trastornos de alimentación, habían sufrido abusos, entonces toda mujer que sufre depresión o un trastorno de alimentación debe haber sufrido abuso sexual.*

Lo que sucede es que el abuso sexual es un relato fácil de entender y muy explicativo para aquellos

que sufren trastornos mentales inexplicables de otro modo. Lo cual nos lleva a explicar cómo funciona la memoria.

## **La memoria traumática.-**

La mayor parte de la gente cree que la memoria es como una copia cinematográfica o fotográfica de algo que realmente sucedió. Si yo recuerdo tal cosa es porque esa cosa realmente me sucedió a mí. Naturalmente esta idea es falsa.

La memoria es más bien un puzzle en el que además faltan piezas que rellenamos con datos que no tienen nada que ver con lo sucedido, sino que tratan de obtener sentido en una narración actual. No guardamos en nuestra memoria imágenes sino imágenes asociadas a emociones y lo primero que hacemos a través del olvido es descartar aquellas que nos resultan más penosas, de modo que esas piezas que faltan forman parte del proceso normal del olvido. Pero hay más: la memoria se puede reescribir y es por eso que los recuerdos se pueden falsear, a partir de sugerencias, ideas de otros, comentarios o incluso órdenes hipnóticas surgidas en la transferencia terapéutica.

De esta evidencia surge una indicación precisa, los terapeutas no deben sugerir cuando tratan de explorar un episodio de estas características, no hacer preguntas cerradas. ¿Sufrió ud abusos sexuales en su infancia?, sino dejar hablar y asociar al paciente según su propio estilo narrativo. Y hay que hacerlo no solo por una cuestión ética, sino también por una cuestión científica de peso: no importa mucho saber qué sucedió en realidad, pues no tenemos acceso a la verdad literal ni nosotros ni el propio paciente. Todo suceso antiguo se encuentra contaminado por los efectos retrospectivos de la experiencia adulta. Y todo el mundo sabe que en ciencia los métodos retrospectivos no tienen la misma potencia que los prospectivos, pues el método retrospectivo ya da por supuesto que el abuso ocurrió.

Hay que tratar a los recuerdos como lo que son: piezas de un todo que se perdió en la bruma de la historia, tomarlos con cierta distancia y no tomarlos con literalidad.

La pregunta que viene a continuación es ésta, ¿Si el abuso sexual es tan raro de qué hablamos cuando hablamos de trauma infantil?

## **Freud y Dora.-**

Hacia 1900, Freud tomó en tratamiento a [Ida Bauer](#) (conocida por Dora), se trataba en palabras del propio Freud de una “*petite histerie*”, en realidad lo que hoy llamaríamos un síndrome psicossomático múltiple con varios síntomas médicos inexplicables entre los que destacaba la “tos nerviosa”.

Para entonces Freud ya no utilizaba la hipnosis y la había sustituido por el método de la asociación

libre. Pero su renuncia a la idea de abuso sexual infantil había dejado a su técnica bien coja, pues seguía pensando que la histeria era de etiología sexual. ¿Si no había trauma que perseguir entonces qué había sucedido en la infancia de los sujetos tan significativo como para dar lugar a las neurosis de la edad adulta?

Fue así que Freud inventó o mejor conceptualizó su teoría de la libido, que viene a decir algo así como que los niños también tienen sexualidad, solo que los objetos de ella son primarios (ciertos orificios y los vínculos con los padres). Se trata de una sexualidad primitiva de la que el complejo de Edipo es probablemente su constelación triangular más conocida. Pero no es del complejo de Edipo de lo que voy a hablar ahora, sino del gran error de Freud en el tratamiento de su paciente Dora. En este momento baste solo recordar que el complejo de Edipo [es una metáfora corpórea](#). (Muñoz 2010, Lakoff 1999), es decir una meta-entidad conceptual y que como tal no es ni verdadera ni falsa, sólo puede resultarnos útil o resultar banal. Una metáfora que nos permite inferir conceptos.

La historia resumida de Dora la podeís leer en “Análisis fragmentario de un caso de histeria”, pero me gustaría señalar una cuestión. El adjetivo “fragmentario”. Efectivamente el análisis de Dora fue a saltos, breves encuentros y despedidas más o menos forzadas por la incomprensión de Freud (de la que hablaré más tarde). Fragmentaria como esas piezas de la memoria a las que me refería más arriba como piezas de un puzzle. El tratamiento de Dora funcionó mal debido fundamentalmente a la invalidación que Freud hizo de su narrativa. El propio Freud sabía que el caso había quedado inconcluso. Veamos por qué.

Dora era una muchacha despierta e inteligente (inteligencia clara y juicio independiente, muy orientado hacia el padre en palabras de Freud) de 18 años cuando en 1900 se recostó en el diván de Freud, que presentaba -como dije antes- un cuadro psicósomático múltiple a raíz de un episodio amoroso o mejor de decepción con respecto al Sr K.

El Sr y la Sra K eran amigos de sus padres y pasaban largas temporadas de vacaciones en aquellos lugares un tanto siniestros llamados sanatorios. Al parecer Dora sospechaba que entre su padre y la Sra K había un vínculo de intimidad, una sospecha que no hizo sino crecer y probablemente presenciar descuidadamente una posible relación de la Sra K a su padre.

Casi simultáneamente Dora es acosada por el Sr K, quien le “echa los tejos”, utilizando el argot actual, hasta que en la célebre escena del lago, el Sr K, le roba un beso y ella le plantifica una soberbia bofetada. Es después de este incidente cuando la paciente debuta con ese cuadro neurótico que hoy llamaríamos somato morfo.

Del análisis de Dora se desprende que ella sentía que su padre la había utilizado de moneda de cambio con la Sra K, es decir sospechaba una especie de contubernio entre su padre y el Sr K que consentía esta relación a cabo de los favores de Dora.

Freud le interpretó que Dora deseaba en realidad al Sr K, debido a su proximidad simbólica con el padre y es obvio que Dora pudo sentirse “muy importante” en esta situación morbosamente erótica, pero también es cierto que debió sentirse muy abandonada y resentida con su padre al pensar que la estaba usando como intercambio.

Freud insistió en varias ocasiones en su interpretación del deseo incestuoso de Dora como origen de este problema, Dora salía y entraba de la consulta de Freud hasta que dejó de acudir, bien enfadada con él.

El enfado de Dora estaba justificado pues su “trauma” no estaba en desear al Sr K, sino en sentirse desprotegida por la actitud del padre en este embrollo. ¿Cómo se sentiría usted (mejor si es mujer) si su padre la estuviera usando como moneda de cambio en un lío sexual con la mujer de un amigo?

Ahí, hay algo que se rompe, la confianza básica se resiente. Si aquellos que deberían protegernos se dedican a comerciar con nuestro cuerpo. La confianza anclada en las figuras protectoras de nuestra infancia se disocia, ya nunca podrá volver a ser igual, lo que debería ser protección se sexualiza y se carga de rabia y resentimiento. Obligada por las circunstancias Dora no pudo conseguir de Freud la validación de sus sentimientos y abandonó airadamente a Freud y al psicoanálisis.

Si Freud se hubiera dedicado simplemente a ponerse de su parte en este combate emocional que se libraba en su interior Dora hubiera mejorado y hubiera proseguido su tratamiento, pero Freud estaba más interesado en alumbrar su teoría sexual de la histeria que en entender a Dora. Freud se equivocó, **Dora no había sido abusada en su infancia pero lo que le sucedió a los 18 equivale a una violación.** Fue un daño moral que tuvo las mismas consecuencias que hubiera tenido un abuso real. Disoció su cuerpo como sucede en todas las formas de histeria y dijo con el cuerpo aquello que no podía decir con palabras.

No me extraña nada que la tos fuera el síntoma principal, una tos destinada a expulsar lo que sus pulmones no podían gritar.

## 18.-Edipo en evolución.

Como vimos en [el post anterior](#) donde hablé del caso Dora, su histeria (la de Dora) tenía mucha relación con ciertas vicisitudes de la relación con su propio padre, una relación que hoy no dudáramos en calificar de “traición” como mínimo si no de una conducta abiertamente incestuosa, donde la barrera generacional no fue respetada.

Es interesante señalar en este momento un hecho que creo fundamental y que creo de relevancia para explicar la patoplastia de las enfermedades mentales. Aunque la histeria hoy es un término obsoleto que ha sido barrido de las clasificaciones psiquiátricas convencionales, el término sigue teniendo mucho peso empírico por tratarse de un eje vertebrador de los sucesos que acaecen en la mente de una niña mientras pivota alrededor de la influencia (en este caso nociva) con su padre.

La histeria es el núcleo de las distorsiones de las relaciones entre una niña (sobre todo) y su padre.

O mejor dicho entre la niña y la paternidad, entendiendo como paternidad a una función simbólica que tiene que ver con la autoridad, el sexo, la identificación, la identidad y el poder pero también con la seguridad, la protección y la confianza si bien estos últimos sentimientos se comparten también con la madre. Este eje vertebrador puede pivotar también en la madre y más adelante veremos cómo los cambios sociales que se han producido al menos en el mundo occidental durante los últimos 50 años han modificado también la presentación de la enfermedad mental.

Pero la histeria está relacionada con un reparto de roles y poder que tiene que ver con lo que ahora [llamamos patriarcado y sus valores](#). Recordemos cuales son los valores patriarcales de las sociedades tradicionales:

## **Memes de valor patrifocales.-**

- Todo está impregnado de orden, ritualismo, severidad y sencillez. En India, los invasores arios llaman “los sin-rito” a sus enemigos de raza oscura.
- En el Patriarcado el hombre domina sobre la familia. Hay siempre una especie de patriarca supremo, líder, rey o emperador. Los niños crecen teniendo en mente su deber de relevar en el poder a la generación de sus padres. El primogénito depredador del poder es la esperanza del porvenir, y es quien da carácter a su sociedad. La hegemonía social corresponde al guerrero joven, vigoroso, de impulsividad agresiva, y sediento de poder y de dejar su sello sobre el mundo.
- Se dicen las cosas de frente, de modo pragmático y casi crudo, y nadie se siente ofendido por

ello (pensemos en los modernos países bálticos y eslavos). Abundan las peleas y los duelos de honor.

- Se otorga valor al valor en sí, y las posesiones materiales sólo tienen valor por representar un estatus (como las armas, el escudo, la armadura, el caballo y el botín saqueado, que expresaban otrora la posición de la casta militar). Asimismo, se da gran valor a lo que es difícil de lograr, a aquello que está al alcance de la minoría selecta.
- El tiempo libre se ocupa principalmente con el deporte, la caza, el estudio, la meditación religiosa y el entrenamiento militar. Todo ello resulta en un pueblo atlético, guerrero, vigoroso, espiritual y depredador. Esparta es el modelo.
- Carácter inquieto, curioso y creativo. Aparecen grandes exploradores, filósofos, científicos y artistas.
- Se valoran la sencillez, la sinceridad, la naturalidad, la austeridad y la dureza. Ello da lugar a vidas espartanas, de endurecimiento constante.
- El patriarcado da preferencia a los fuertes y rinde directamente culto a la guerra, al valor, al arrojo, al riesgo y al heroísmo. Florecen las sociedades severas y agresivas, tendentes a invadir, conquistar y poseer tierras nuevas, bajo la mentalidad de que [“la fuerza hace el derecho”](#). De este modo, el Patriarcado es el sistema capaz de dar a luz a héroes: mediante una vida patriarcal, se forjan pioneros, exploradores, hombres buscadores e inquietos, rebosantes de ambición y de voluntad de poder.
- Son odiados a muerte el cobarde, el dócil, el inútil y el amanerado.
- Se valoran la audacia, el honor y el valor. Se respeta la agresividad, la dureza, la fuerza e incluso cierta violencia y brutalidad. Se acepta el riesgo con morbo, se juega con la muerte y con el dolor, y se coquetea con el malestar, con el estrés, con el horror y con el miedo, pensando que ello fortalece a los hombres. Se valora una vida con honor y con gloria, aunque sea muy corta (esta elección está condensada en la genial figura griega de Aquiles). Se rinde culto al heroísmo y al sacrificio, aunque ello implique una vida sufrida y esforzada. La [eugenesia](#), la camaradería, la sacralidad de la relación maestro-alumno, la *mors triumphalis* y la [eutanasia](#) son ideales de la mentalidad patriarcal.
- El placer y los lujos son tomados con suma desconfianza, y tratados con muchísimo cuidado, o hasta desterrados. La disciplina, el ascetismo, el autocontrol, la voluntad, el entrenamiento,

el carácter altivo, rústico, agresivo y militar toman su lugar. Los fenómenos del soldado y del militarismo, así como del atletismo, son productos típicos de la acción social del patriarcado a largo plazo. Esto da lugar a pueblos imperialistas que glorifican la guerra. La [feminista](#) Marilyn French (1929- ) establece (*Beyond Power*), no sin cierta repugnancia por su parte, que el patriarcado es un sistema que “otorga preeminencia al poder sobre la vida, al control sobre el placer y al dominio sobre la felicidad.” Podríamos añadir que el patriarcado otorga también importancia al control sobre las emociones, los sentimientos, el sufrimiento y el dolor (a los niños se les dice que “los hombres no lloran”), y al poder sobre la Tierra y sobre la materia.

- Se busca endurecer y fortalecer la vida exponiéndola al malestar y blindándola así contra malas experiencias futuras. Las frases más representativas de esta mentalidad son “es por tu bien” y “en el futuro me lo agradecerás”. La lucha y la ascensión prevalecen sobre la búsqueda del placer.
- En el patriarcado los saludos son sobrios y simples, como el [saludo romano](#). Se tiende a la discreción, a la simplicidad y a los modos estáticos y solemnes, casi marciales en su rectitud [rúnica](#). El patriarcado está influenciado por la filosofía y el modo de hacer las cosas de las [männerbunden](#) (“sociedades de hombres”, o ejércitos), que constituyen una de sus señales distintivas y piedras angulares.
- El patriarcado porta formas sociales jerárquicas de un carácter que hoy denominaríamos “[fascista](#)“, en las que el orden lo decide todo. El Estado y el Imperio son instituciones originariamente patriarcales. En el reino animal, por ejemplo, los lobos viven en un sistema casi patriarcal, regido por los machos dominantes que se van renovando al paso de las generaciones. Toda la manada participa en el entrenamiento y el aprendizaje de los cachorros, y los padres expulsan del hogar a los hijos una vez que han alcanzado la madurez suficiente para buscarse su propio sustento.

Es en este entorno donde aparecen los malestares históricos clásicos, los malestares que presencié Freud y que se extendieron durante todo el siglo XX y que podríamos clasificar como malestares procedentes de la disociación entre mente y cuerpo en las mujeres y a la desconexión en el hombre entre su cuerpo y las emociones expresadas. Lo que en el hombre es contención, en la mujer es expresión: pero una expresión metafórica utilizando el cuerpo como coartada. Sin embargo, y aunque la histeria existió siempre como rotulo de diversos malestares, lo cierto es que la epidemia que tuvo lugar en el siglo XIX no se debe a la pervivencia de este modelo sino a los cambios en la mentalidad

humana que se produjeron después de la Ilustración.

No es de extrañar que Freud encontrara que todas sus pacientes tenían algo en común, algo que no era solo la moral victoriana que suprimía y demonizaba el impulso sexual sino que más allá de eso, las muchachas que componían su clientela se hallaban prisioneras por padres tiránicos que las mantenían dedicadas de por vida al cuidado de ellos mismos y solo cuando morían estas mujeres podían liberarse de su yugo y pasar a ser tías de los hijos de sus hermanos. Las madres tampoco ofrecían un modelo atractivo para sus hijas, condenadas como estaban al mismo cautiverio. En este entorno no es de extrañar que Freud observara en sus pacientes una clara orientación por el padre (o los hermanos varones) y más en aquellas que calificó como “independientes de criterio” como la misma Dora. Tampoco es nada raro que entendiera que aquellas muchachas sufrían de “envidia del pene” y que muchas de ellas, -las más inconformistas- albergaran el deseo de ser hombres o al menos de emular a sus hermanos varones. Los hombres podían ser independientes y ellas estaban condenadas al matrimonio o a la soltería orientada al cuidado de sus padres. Otras, sin embargo no corrían mejor suerte al tener que arreglárselas por sí mismas, es decir trabajar para sostenerse, una dedicación poco deseable para la mayoría de las mujeres de aquella época y a la que sólo podían dedicarse las mujeres solteras y pobres.

Quizá el lector entienda ahora por qué la histeria ha prácticamente desaparecido de los manuales psiquiátricos y de la clínica diaria. El mundo no sólo ha cambiado mucho sino que se han socavado todos los valores de la sociedad patriarcal, lo más curioso de este fenómeno es que no ha resuelto el asunto del sufrimiento sino que lo ha modificado y en cierto modo lo ha agravado, como iremos viendo poco a poco.

De manera que el trauma de las histéricas del siglo XIX y del siglo XX, no estaba tan solo en el hecho de haber sufrido abusos sexuales o de otro tipo en su infancia, sino que el descubrimiento de la sexualidad y el posicionamiento concreto de cada una de ellas en relación con la sexuación era el trauma propiamente dicho, es por eso que clásicamente se viene diciendo, al menos entre los psicoanalistas que la histeria es una neurosis edípica.

Pues es en ese nudo que llamamos “Complejo de Edipo” donde se configura el deseo.

## **Edipo en el mito.-**

Probablemente el mito de Edipo sea el más conocido de la mitología griega y parte de esa fama se deba a que Freud le tomó como piedra angular de su teoría de la libido. Para Freud, el niño pasaba por una fase que llamó “complejo de Edipo” donde real y fácticamente deseaba poseer a su madre y albergaba

deseos de asesinar a su padre, razón por la que se sentía en peligro de castración.

El niño desarrollaba en esta etapa un miedo-deseo de ser como el padre para poder así poseer a la madre, un miedo-deseo que implicaba fuertes componentes de agresión y sexuales, que se saldaba con la identificación con el padre y la renuncia a la madre. En realidad, mi primera crítica a esta idea está relacionada con una lectura inexacta del mito: lo que sucede en el mito de Edipo nada tiene que ver con lo que Freud especula. En primer lugar, es Layo, el padre de Edipo, el que se deshace de su hijo cuando es advertido por el oráculo con la predicción de que su hijo le dará muerte.

En segundo lugar, Edipo, alcanzada la madurez, abandona la casa de sus padres adoptivos y asesina en un cruce de caminos a Layo, sin saber que está dando muerte a su padre verdadero al que sigue sin conocer. En tercer lugar, cuando entra triunfante en Tebas después de haber dado muerte a la Esfinge y se casa con Yocasta, no sabe que es su madre. Cuesta entender por qué Freud utilizó el mito de Edipo para ilustrar lo que según él acaecía en el interior de un infante desde los 4 a los 8 años. Más relevante o comprensible me parece si hubiera echado mano del mito de Cronos y Zeus: efectivamente en este mito es Zeus el hijo el que da muerte y castra a su padre Cronos con la ayuda de su madre Rea. Creo que esta historia se ajusta mejor a la intención de Freud de dar a entender que los niños pasan por una fase donde se dan cita en ellos este tipo de anhelos y afectos divididos.

El mito de Edipo señala en una primera lectura en otra dirección un poco más sutil: en primer lugar Edipo es un huérfano que ha sido abandonado a su suerte por su padre –temeroso de que le asesine según la predicción del oráculo– y que se educa en casa de Pólibo creyendo que es hijo suyo en unas versiones, y a sabiendas de que no es su padre verdadero en otras. Sin embargo, lo cierto es que Edipo al llegar a la adolescencia, como todos los héroes griegos, parte en busca de aventuras. Esta salida del hogar es interpretada por autores diversos como una búsqueda del principio paterno. Del mismo modo Parsifal, que sabe que es huérfano de padre y vive con su madre, también parte en busca del Grial en un periplo similar. Lo hace Teseo, y Perseo, Heraclés y Orestes, Jasón y Ulises, el héroe siempre sale, vuelve, da vueltas perdido, combate monstruos, acaba con una plaga o pone fin a una maldición; su misión es siempre la redención de algo que ha sido maldito por el pecado de alguien anterior. Los héroes del mito o de la leyenda parten siempre abandonando a sus madres, hermanas o padres adoptivos en busca de algo que al parecer no pueden encontrar permaneciendo en su hogar, pero añaden una novedad respecto a las aventuras de sus predecesores: en estos dos casos (Edipo o Parsifal) no hay aventuras bélicas, ni lucha contra el monstruo a brazo partido, ni fuerza bruta como método para enfrentarse a la desgracia, sino preguntas, conocimiento y sabiduría. Así, la Esfinge sólo puede ser vencida si el héroe resuelve los dilemas que le plantea y Parsifal sólo podrá acceder al Grial si hace la

pregunta correcta al anciano guardián del castillo.

Al librar Edipo del monstruo a los tebanos, éstos le demostraron su favor y es cuando Edipo desposa a Yocasta, la viuda de Layo, al que el propio Edipo ha dado muerte en un enfrentamiento anterior a su encuentro con la Esfinge. Con Yocasta tiene una hija famosa: Antígona, una heroína a la que Sófocles eternizó en una de sus tragedias. Sucede entonces que se declara una peste en Tebas y, consultados los oráculos, predicen que la peste no cesará hasta que se encuentre al asesino de Layo. Edipo interroga al sabio Tiresias después de lanzar una maldición sobre su asesino (sin saber que está derramando su maldición sobre su propia cabeza). Tiresias, que por su condición de “ver más allá y más profundamente” conoce todo el drama, aunque trata de disimular sus conocimientos no puede evitar que Edipo comience a relacionar la manera en que murió Layo con su propio incidente en el camino. Comienza dudando sobre si él será el responsable del crimen, pero poco a poco van apareciendo las pruebas de que no es hijo de Pólipo sino de Layo. Edipo es culpable del parricidio y del incesto con Yocasta y, una vez desvelada la verdad, ella se precipita desde una almena de su palacio y él se perfora los ojos con una aguja quedando ciego.

Después Edipo es desterrado de la ciudad y comienza una existencia errante. Lo acompaña Antígona, su hija, porque sus otros hijos – Eteocles y Polinices– no han intervenido en su favor y él les ha maldecido. En este errar llega hasta el Atica, donde permanecerá hasta la muerte gozando de la bendición de los dioses.

El mito de Edipo parece orientarse y señalar más bien a un tipo de conocimiento que se inicia con dudas pero que puede alcanzarse plenamente a través de la razón; al fin y al cabo Edipo llega a la conclusión acertada aún a sabiendas de que no es lo más conveniente para él. Una vez alcanzado ese conocimiento que es la verdad histórica, los ojos ya no sirven para contemplar la realidad, más bien son un obstáculo para la visión interior: quedarse ciego no es sólo el castigo por haber pecado o transgredido una ley divina sino también un recurso para resaltar la visión interior y buscar dentro, a través de la introspección, lo que no se halló fuera. El otro ciego conocido de la mitología, Tiresias, había sido cegado por contemplar desnuda a la diosa Atenea –una transgresión intolerable en la mentalidad griega–, pero esta ceguera, más que un problema, parece que se encuentra en la base de sus habilidades adivinatorias. También en el caso de Tiresias parece que el haber sido mujer y hombre en dos secuencias de su vida añade a su conocimiento de la naturaleza humana una cualidad esencial.

En realidad el mito de Edipo **alumbra la búsqueda del padre** o, más bien, del principio paterno que, una vez descubierto, es para contemplar que en él se perpetró (como resultado simétrico de un crimen anterior) un asesinato ritual, el crimen sobre el que se funda precisamente la individualidad, pues algo

viejo debe morir para que algo nuevo fructifique. Otra vez aparece el estribillo sacrificio-muerte-redención. Al mismo tiempo señala que en las familias existe una sustancia común, una herencia psíquica que sólo puede superarse a través de la transformación individual: la que realiza Edipo a través de su búsqueda de la verdad y la asunción de esta verdad como culpa de su estirpe.

**Superar o vencer simbólicamente al padre es la tarea del héroe**, pero, más que eso, la tarea del héroe es transformar a través de la visión interior en qué consistió la culpa de su linaje; en esta tarea el padre real carece de importancia porque Edipo y Parsifal están luchando contra el arquetipo paterno, algo que realizan precisamente por su condición de huérfanos: tanto Edipo como Parsifal carecen de la oportunidad de confrontarse con un padre real al que desconocen. Por otra parte, parece como si la presencia de las mujeres disminuyera o pusiera en peligro las aspiraciones masculinas del héroe; permanecer con la madre no es una opción para los héroes de la tragedia, que parecen estar diciendo que sin alejamiento de los arquetipos femeninos, aun siendo seguros y cómodos, no hay acceso a la masculinidad, algo que se encontraba en la mentalidad griega y que entronca con la prescripción saludable de las prácticas homosexuales en aquella sociedad y que en realidad tiene mucho que ver con la misoginia y el estatuto secundario de la mujer en la sociedad griega. Al mismo tiempo, parece señalar también que en esa tarea de alejamiento pueden cometerse muchos errores, y que el principio masculino, en cualquier caso, tarda mucho tiempo en encontrarse, no antes de la segunda mitad de la vida. Muchos son los obstáculos que se oponen a esa tarea; la primera es la imprudencia del joven que le hace susceptible a encontrarse con muchas oportunidades para perder la vida o arrebátársela a otros (recordemos el trágico encuentro en el camino entre Layo y Edipo o entre Parsifal y el caballero Rojo, dos muertos en realidad gratuitos que hablan de la impulsividad de la juventud, uno de los enemigos en la adquisición del conocimiento). Otro obstáculo es el sexo: ¿cómo acceder a un conocimiento abstracto de tal complejidad si se está disfrutando de los placeres de la carne? ¿Por qué Ulises no puede abandonar a Circe o a Nausicaa por sus propios medios? ¿Por qué no puede llevar a cabo su propósito de seguir camino hacia Itaca? Ulises tiene la suerte de contar con la ayuda inestimable de Hermes, quien le proporciona las claves para eludir los abrazos posesivos de estas diosas amantes. En el caso de Parsifal la tarea tendrá que ser acometida en dos ocasiones distintas: durante su juventud, y a pesar de haber llegado al castillo y haber reconocido al guardián del Grial, es incapaz de hacer la pregunta correcta; en la segunda ocasión, Parsifal opta por la castidad como método de no implicarse en lo humano, y es entonces y sólo entonces cuando consigue hacer la pregunta que desvela la ubicación del Grial.

Hasta aquí una lectura clásica del mito, en el próximo epígrafe hablaremos de cómo entendemos el

complejo de Edipo hoy a la luz de la psicología evolucionista gracias al trabajo de Badcock.

*La histeria es una enfermedad que nunca ha sido ni podrá ser definida (Ch. Lasègue)*

*La histeria es una enfermedad que nunca ha sido ni podrá ser descrita por un....médico (L. Israel)*

Freud intentó siempre dotar de bases biológicas al psicoanálisis y, lógicamente y dados los años en los que escribió y trabajó, estuvo influenciado por la teoría de la Evolución. Lo que ocurre es que se apoyó en dos teorías que hoy se consideran al menos incompletas o erróneas en algunos sentidos, la de la recapitulación de Haeckel y las teorías de Lamarck, no tanto por el propio Darwin. Sin embargo Ferenczi, al parecer si conocía la obra de Darwin y según hemos podido saber recientemente, Freud escribió un texto que no llegó a ver la luz titulado “Fantasía filogenética”, un escrito abandonado en un baúl propiedad de su hija Anna.

Uno de los intentos de Freud consistió en escribir “Un proyecto para una psicología para neurólogos” (1895), un proyecto que abandonó según sus propias palabras porque no disponía de los conocimientos necesarios para terminarlo. El texto quedó inconcluso. El segundo intento fue “Tótem y tabú” donde intenta dar una explicación a la equivalencia entre padre y tótem a la vez que esboza una explicación sobre el tabú del incesto.

## **Una fantasía filogenética.-**

“La idea central de este escrito es precisamente una explicación evolucionista de los trastornos mentales, o de las neurosis, en terminología freudiana. Según este punto de vista, los acontecimientos evolutivos de la especie humana establecieron las neurosis porque las personas neuróticas quedan fijadas en un estadio del crecimiento que las personas normales superan. Dado que el crecimiento individual recapitula el desarrollo evolutivo de la especie cada neurosis se fija en un periodo evolutivo de nuestra especie. Según Freud, estos comportamientos fueron apropiados y adaptativos entonces pero ahora producen neurosis en nuestro mundo moderno. “Lo que ahora son neurosis fueron antaño fases de las condiciones humanas”, dice.

“Podemos ver aquí la gran semejanza con las teorías de la Psicología Evolucionista acerca del Ambiente Evolutivo Ancestral (AEA) y sus propuestas de que existe un desajuste entre nuestros mecanismos psicológicos adaptativos y el mundo moderno. Pero el Ambiente Evolutivo Ancestral que imagina Freud es un poco diferente al que imagina la Psicología Evolucionista. El de Freud tiene tres etapas o épocas: Primero existió una época dorada o edénica en la que todas las necesidades estaban sensatamente satisfechas. Después vinieron las penurias y dificultades, que Freud sitúa en la época de las glaciaciones. La tercera etapa, probablemente ya en el Neolítico es cuando se conforma el poder

patriarcal y el padre pasa a ser el objeto a temor en vez de la naturaleza. A partir de ahí hace una clasificación de las neurosis según su aparición en el individuo y las va situando en ese contexto ancestral. En el individuo la aparición de las neurosis sería primero las transferenciales (neurosis de ansiedad, histeria, trastorno obsesivo, en ese orden) seguidas de las tres neurosis narcisistas (demencia precoz, paranoia y melancolía-manía) y en este orden las sitúa Freud con las más leves (las de transferencia) siendo a la vez las más arcaicas”. . ([Extraído de este post de Pablo Malo](#))

Las intuiciones de Freud mantienen cierto parecido con la hipótesis de Dawkins del gen egoísta y de la teoría actualmente aceptada de la discrepancia que existe entre nuestras adaptaciones ancestrales y el entorno en que vivimos hoy:

El individuo contempla la sexualidad como uno de sus propios fines; mientras que desde otro punto de visto no es más que un apéndice de su plasma germinal, al servicio de la cual pone sus energías a cambio de una prima de placer. El individuo es el vehículo mortal de una sustancia (posiblemente) inmortal –como el heredero que disfruta en usufructo de una propiedad que le sobrevivirá”. (Freud 1957). Es curioso que en la traducción inglesa de este texto se utiliza la palabra “vehículo” que es la misma que Dawkins utilizaría 60 años después en “El Gen Egoísta”. Freud está siguiendo aquí, sin embargo, a August Weismann que fue quien distinguió entre la línea germinal y la línea somática, señalando la inmortalidad del plasma germinal. (Badcock 2000).

En el sentido evolutivo parece obvio que la representación de la boca (libido oral) es anterior a la representación del ano (libido anal) y a la fállica (clítoris o pene). Y en este sentido es obvio que en la maduración neurológica del bebé va trasmutando su interés de un orificio a otro y que en cada cambio aparecen otros hitos que le acompañan: hitos emocionales, conductuales y cognitivos.

Lo curioso de la formulación de Freud, a la que todo el mundo refuta es que ha sido reformulada con otras palabras sin que el fondo de la cuestión haya sido refutado nunca. Por ejemplo [la teoría de la reactancia](#), asume que el niño de dos años (los “terribles dos años”) pasa por un periodo, donde el “No” adquiere una enorme importancia. Es a través de esa negativa que el niño comienza a explorar su poder y el poder de los demás. Esa ganancia de poder tiene además correspondencias musculares, el niño comienza a deambular, se mueve constantemente y comienza a explorar su ambiente, trepa, corre, se agita, se cae y sobre todo se opone. Es obvio que la bipedestación tiene mucho que ver con el ojo y la ganancia de la tercera dimensión. Dicho de otro modo la teoría de la reactancia de Jack Brehm es una reedición de la libido anal freudiana solo que evitando hablar de sexualidad infantil.

Es como si en cada tránsito el niño sufriera una bifurcación que dividiera el mundo en dos mitades que se corresponderían con los siguientes valores binarios:

Fase oral: bueno-malo. Presencia-ausencia

Fase anal: controlar-ser controlado, dominar-ser dominado

Fase fálica: Tener o no tener

Fase genital: Hombre-mujer.

La idea de Freud es una idea evolutiva, no venimos de una pieza y de serie, sino que hemos de ir transitando esos caminos que dibuja lo que llamó, la sexualidad infantil. Uno de esos hitos es el complejo de Edipo, ese nudo de comunicaciones donde el niño ha de hacer frente a la sexuación.

## **El complejo de Edipo.-**

No cabe duda de que el niño tiene sentimientos hacia ambos padres, y de que esos sentimientos son ambivalentes, una mezcla de cariño, nostalgia (en las ausencias), temor, admiración, tranquilización en la presencia, pero también celos, envidia, rencor y rabia contra los progenitores.

La idea simplista con la que se conoce el “complejo de Edipo” está muy cercana a esta idea:

**El niño quiere poseer a la madre y deshacerse del padre al que considera un rival, en la niña sucedería el proceso contrario.**

Esto no es posible porque en la sexualidad infantil, poseer a la madre no tiene el mismo sentido que tiene para la mentalidad adulta y además “deshacerse” o “matar” al padre es también una metáfora y no una literalidad de los sentimientos infantiles cuya sexualidad -volvamos a recordarlo- es infantil, muy diferente de la sexualidad adulta común.

**El niño lo que busca no es sexo sino recursos, es decir atenciones y validación: visibilidad y centralidad.**

Lo que sucede en la realidad es que es inevitable que los niños (y también las niñas) se dirijan hacia el padre más atractivo para ellos o ellas en busca de esos recursos. Que coincida o no con el sexo contrario es lo de menos: todos tenemos la experiencia personal de haber sido atendidos más y mejor, queridos y validados, más por uno que por el otro progenitor y aunque la mayor parte de nosotros hemos logrado llegar a un cierto equilibrio en estos recuerdos infantiles, no cabe ninguna duda que en el balance siempre habrá un progenitor que resulte más beneficiado que el otro en nuestra memoria.

Y construimos narrativas:” yo soy la hija de mi padre”, “mi padre no me atendió nunca”, mi madre era una mujer seca y nada cariñosa, gracias a mi padre que...”.”Soy igualito que mi padre, el mismo temperamento, el mismo carácter” “no quiero parecerme a mi madre”, etc.

Dicho de otro modo: las relaciones entre padres e hijos e hijos entre si forma parte de nuestro destino común como especie, le llamemos complejo de Edipo o como dice Robert Trivers conflictos entre padres e hijos:

En la reproducción sexual dos extraños genéticos (al menos en la exogamia) se unen a largo plazo por el sexo. Se convierten así en progenitores de una descendencia común, en cuya supervivencia (y la de los genes que de ellos han heredado: en teoría un 50% de cada genoma) ambos tienen interés, pues se trata de una inversión genética. Pero dichos progenitores no realizan la misma inversión en la descendencia. Así, Trivers, reflexionó sobre la Inversión Parental (lo que Fisher llamó Gasto Parental), que es el coste que supone para cada progenitor la generación de una descendencia viable, y los conflictos entre los sexos a los que podría llevar la distinta inversión realizada por cada sexo a la procreación y crianza de los hijos.

Otra fuente de conflicto se da entre los mismos hijos que, interesados cada uno principalmente por sí mismos y por los recursos que pueda obtener de sus progenitores, encuentran en sus hermanos de sangre unos rivales encarnizados dispuestos a hacer uso de cualquier rabieta, zalamería o artimaña para centrar la atención (y los recursos escasos de los padres en tiempo, dinero, cuidados...) en sí mismos y obtener un extra de inversión parental a costa de los otros. Esto, además, supone un conflicto adicional nada desdeñable para los propios padres.

En este sentido, los hijos siempre valorarán a la baja los recursos que sus padres les han entregado y exigirán más incluso pasando por encima de las peticiones de sus hermanos, mientras que los padres pugnarán por ofrecer menos recursos a fin de no quedar exánimes. A este conflicto se le conoce como [conflicto padres-descendientes](#) en la teoría evolucionista.

Nuestro concepto del complejo de Edipo hoy está mucho más relacionado con estas ideas evolucionistas de Trivers que con las ideas pansexuales de Freud, al que sin embargo no desmiente en absoluto. El lector interesado puede leer [este post](#) donde hablé precisamente de este tema.

## **El Edipo de Dora.-**

Es interesante señalar que Dora tenía un hermano mayor bastante brillante llamado [Otto Bauer](#). Y es también evidente que Dora prefería abiertamente a su padre -según la propia descripción que hace Freud en su historial clínico- y también nos avisa de que la madre de Dora padecía la “psicosis del ama de casa”. Fue notorio para Freud que Dora era la “hija del padre” orientada decididamente hacia él y por decirlo en palabras comprensibles “enamorada” de su padre.

No es de extrañar que el Sr K, fuera para Dora un sustituto del mismo y tampoco que durante su análisis Freud insistiera una y otra vez en interpretarle tal hecho que sin dejar de ser cierto oscurecía -tal y como conté en el post anterior- el verdadero trauma de Dora, su decepción.

Una nueva subjetividad comenzaba a emerger en la época en que Freud comenzó a investigar sobre la

histeria, las mujeres comenzaron a tener voz y a conectarse con su sexualidad a la vez que los entornos patriarcales seguían operando como modelos imaginarios en la mente de hombres y mujeres.

Se instaló definitivamente [el efecto Bovary](#), (tomado de la novela de Gustave Flaubert): una mujer nueva comenzaba a emerger y también las primeras víctimas que pasaron a engrosar las filas de esa curiosa enfermedad que conocemos como histeria, y lo hicieron disociando su cuerpo de su mente, una enfermedad difícil de definir, misteriosa y mutante. Su trauma era un trauma sobrevenido e instalado en la cultura de su tiempo su trauma era el mismo que el de Edipo y su castigo similar. Un trauma del desarrollo.

## 18.-El síndrome de Briquet.

La histeria clásica.

Hay dos formas de relacionarse con la corporalidad, la primera es entender el cuerpo como prótesis, como algo para la relación con el otro, que conlleva exposición, inclusividad y *performance*, la segunda es la vivencia de un cuerpo para sí, un cuerpo íntimo, clausurado, exclusivo, o velado. El primer supuesto es la vivencia histérica del Yo con el cuerpo, al segundo supuesto le llamamos obsesividad.

Lo importante es señalar que en el eje desde la histeria hasta la obsesividad existen transiciones, y no existe contradicción entre ambas, la línea que podemos recorrer es un continuo, pues se trata de una polaridad: histeria y depresión son entidades subcontrarias, tal y como [conté en este post](#).

El cuerpo obsesivo es un cuerpo que no sirve para relacionarse con el otro, sino un cuerpo detenido, un cuerpo amortiguado que hace honor a la declaración que de él hacen nuestras anoréxicas de hoy: “mi cuerpo es mío” o “yo lo que quiero es estar a gusto conmigo misma”, una declaración que niega la dimensión comunicacional o de intercambio del cuerpo que queda así como un borrador esperpéntico del Ego.

La diferencia con el cuerpo de la histérica -un cuerpo-para-el-otro, es clara: la vivencia del cuerpo aquí es superficial y el cuerpo es un pretexto para obtener la admiración, un cuerpo para mostrar-se. La histérica busca ser mirada y ser admirada por su cuerpo que es usual moneda de cambio en las relaciones interpersonales que sin duda son siempre mucho más superficiales que en la anoréxica obsesiva. Lo que nos lleva a otra dimensión dialéctica: **el manejo del tiempo**.

Lo que en la histérica es impermanencia, mutabilidad, seducción y sentimentalismo en el obsesivo es rigidez, permanencia, rigor, profundidad, detención y poca adaptabilidad. Lo que la histérica quiere es no aburrirse con la repetición y lo que el obsesivo demanda es la quietud psíquica, la inmovilidad y la

congelación emocional a fin de controlar sus pulsiones instintivas. El tiempo corre en el vértice histérico y se detiene en el vértice obsesivo.

No es de extrañar pues que la mayor parte de las formas históricas de la disociación, conversión y somatización afecten al cuerpo. Y más aún: existen formas de transición entre lo obsesivo y lo histérico, pero el virtuosismo disociativo siempre caerá del lado de lo histérico, lo que es lo mismo que decir que las maniobras sugestivas y los efectos placebo serán más profundos en las somatizadoras históricas que en las obsesivas, mejor dotadas para el efecto nocebo y la perpetuación de los síntomas, es común en la historia de una mujer que de joven fuera más histérica que de mayor y que las conversiones con el tiempo hayan dado lugar a somatizaciones más serias. La mutabilidad de las somatizaciones es común en ambos grupos de pacientes y ambas pueden especializarse en lo que hoy conocemos en [el síndrome de Briquet](#).

## **El síndrome de Briquet.-**

Se trata de una forma de histeria, es decir una enfermedad sin explicación médica con conciencia o sin ella por parte del sujeto que la padecía y que se caracterizaba por **quejas somáticas**, casi continuas y fluctuantes que no tenían justificación orgánica. Hoy le llamamos [trastorno por somatización](#) que es una manera de renegar de la historia reciente de la psiquiatría, porque decir somatización no es decir nada en términos de tradición, hay que hablar pues de la histeria, de las históricas de la Salpêtrière, las que estudió Charcot, Freud, Binet, Janet y Babinsky, todas ellas fueron los “conejos de laboratorio” de un gran proyecto histórico que iba a poner patas arriba la concepción somaticista de nuestra disciplina sobre todo después de Freud.

El síndrome de Briquet es un cuadro de somatización múltiple y persistente que presentaban sobre todo aquellas mujeres que Briquet atendía teñido de algo más: ese algo más que presentaban las pacientes de Briquet **es una conducta de victimización**, una conducta de queja, una conducta -tal y como decimos hoy- de enfermedad y de búsqueda de remedios, cuidados médicos o espirituales, exploraciones o consultas. Y que se parece mucho a la histeria de conversión salvo por el estado afectivo predominante: la “*belle indifférence*” en la conversión y la preocupación en la somatización.

Hoy sabemos que el síndrome de Briquet es una afección heredable.

[Lilienfeld en 1986](#) en una sistemática investigación sobre el trastorno por somatización reivindicó de nuevo el nombre de [Pierre Briquet](#); según su investigación en nuestras opulentas sociedades occidentales, el número de afectados por esta enfermedad sigue siendo muy similar a las cifras que había detallado el propio Briquet a pesar de la desaparición de los hospicios y aunque la histeria ya ha

pasado a formar parte de las categorías olvidadas de nuestra época, el síndrome de Briquet sigue siendo estable y afectando al 3% de la población femenina. Lo que nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta ¿Si la histeria ya no se admite como trastorno mental y el síndrome de Briquet sigue siendo estable, donde están las pacientes que antaño llamábamos histéricas o afectadas por un síndrome de Briquet?

Recientemente los hallazgos de Lilienfeld han sido replicados por otros investigadores y sabemos que la psicopatía es al menos moderadamente heredable (Hicks [et al., 2004](#)). Curiosamente, parece agruparse con la histeria en familiares de primer grado, pero la sociopatía se expresa en los machos y en las hembras la histeria. Harpending y Sobus (2015) sostienen que **“la histeria es la expresión en las mujeres del mismo material genético que conduce a la sociopatía en los hombres”**.

Histeria y psicopatía proceden del mismo material genético. Un material que en los hombres daría como resultado una psicopatía y en las mujeres la susodicha histeria. Los mismos genes pero distintos efectos según el sexo. **La histeria sería una forma menor de la psicopatía.**

Dicho de otra forma: la histeria clásica y el síndrome de Briquet son la misma enfermedad, sólo que el síndrome de Briquet es una forma más “evolucionada” de la histeria de conversión. ¿Evolucionada para qué?

Evidentemente para engañar y autoengañarse: si existen genes compartidos entre la psicopatía y la histeria estos genes están ahí para engañar y para ello las pacientes toman prestados los mecanismos que le vienen de serie: la disociación.

[En un post anterior](#) ya conté que no es lo mismo sentirse enfermo que estar enfermo o tener una enfermedad.

En inglés -a diferencia del castellano- hay dos maneras de referirse al hecho de sentirse enfermo: una posibilidad es tener una enfermedad (*disease*) y otra es sentirse [enfermo sin enfermedad](#) (*sick*).

Y si esto es posible es gracias a la disociación y a la capacidad de algunas personas para disociar cuerpo y mente. Así el cuerpo parece haberse vuelto loco mientras que el paciente conserva toda su lucidez mental.

## **Reconsiderando la disociación como mecanismo central para el engaño.-**

La disociación de la conciencia no debe considerarse de ningún modo un hecho patológico, se trata de un mecanismo primitivo de preservación, una especie de alarma neurobiológica diseñada para escapar de la intensa angustia que acompaña a ciertas experiencias que amenazan la preservación, la

disociación es una alarma ancestral que compartimos con todos los mamíferos y que se encuentra filogenéticamente emparentada con la convulsión crítica y con el *freezing* (congelación), sobre la que ya he hablado en esta serie sobre el trauma y también en [este post](#).

La histeria -comentada en el post anteriormente señalado- representaría el encendido (*kindling*) de estas alarmas primitivas en condiciones no relevantes para la vida aunque **con repercusión emocional**. Una especie de alarmismo excesivo e infundado: una hipérbola alarmista. Pues estos mecanismos fueron diseñados para aliviar el tránsito hacia la muerte, la verdadera, no las pequeñas muertes simbólicas que nos acaecen a lo largo de nuestra vida.

Su objetivo es facilitar analgesia, tranquilización y anestesia emocional, es por eso que las descripciones de este tipo de experiencias cercanas a la muerte recalcan la beatitud, la tranquilidad y una sensación de felicidad teñida de luz, de túneles protectores y de hipermnesia (la brusca aparición de escenas de la vida pasando a una intensa velocidad), como si el individuo viera una película de su vida proyectada rápidamente, un documental de su trayectoria. Un epílogo.

Ahora bien la disociación es un mecanismo que hunde sus raíces en algo mucho más profundo y que nos viene de serie: se trata de la asimetría de nuestro cerebro, dos hemisferios no simétricos separados por una grieta fundamental la cisura interhemisférica y que contiene dos cerebros unidos por un grueso cordón que llamamos “cuerpo caloso”. Nuestro hemisferio izquierdo contiene estructuras vinculadas al lenguaje y al habla y aunque estas estructuras se encuentran también en el hemisferio derecho, en éste tiene funciones bien distintas a las originales del área de Broca izquierda.

Muy probablemente y según cuentan todos los psicólogos evolucionistas que han estudiado la adquisición en nuestra especie del lenguaje, todo parece señalar en la dirección de que: el lenguaje está estructurado con una gramática interna que da cuenta de esta disociación. El lenguaje nos divide o profundiza aún más en esta dirección disociativa. No solamente porque lo que designamos con las palabras no es la “cosa en sí” (sino su representación) sino también porque el lenguaje es categorial y binario. Es difícil para nosotros pensar en términos de dimensiones, que operamos por defecto en términos de “sí” o “no” o de “verdadero” o “falso”.

Dicho de un modo más claro: venimos de serie dotados para disociarnos, para escindir el mundo en partes siguiendo el principio del placer. Y lo hacemos desde nuestro nacimiento, así en el primer año de vida nos especializamos en escindir lo bueno de lo malo. Lo que nos aportan nuestros cuidadores (la madre sobre todo) de placentero o displacentero. En el segundo año de vida cuando ya sabemos que estamos separados de nuestra madre entonces abordamos el tema del poder y del control.

Escindimos otra vez el mundo en dos partes, aquello que nos somete y aquello que hacemos para controlar a los demás. Dos partes, en una nos sometemos y en otra reinamos sobre los demás. A los seis años nos especializamos en otra serie de disociaciones relacionadas con la autoestima y la autoafirmación y dividimos el mundo en dos partes: aquellas que favorecen nuestro auto concepto y aquellas que lo cuestionan.

Todo aquello que amenace el principio del placer corre el riesgo de ser disociado de oficio, entre lo bueno o permitido que permanece en la conciencia y lo amenazante o malo que pasa al inconsciente y es sellado por la represión. Es por esta razón por la que lo “traumático” siempre va acompañado de [fenómenos disociativos](#) en el largo plazo.

Ahora bien, la disociación tiene costes, pues no cabe duda que es el proceso contrario a la integración. La disociación mantiene separados elementos que deberían ir asociados y bien cosidos, y puede afectar a la corporalidad como estamos viendo en este post pero también a los recuerdos (memoria) a las cogniciones (pensamientos) a las emociones, a la conducta, la personalidad y la identidad. La disociación al menos rompe la continuidad de nuestra experiencia yoica y añade irrealidades a nuestra comprensión del mundo. La disociación es un mecanismo burdo (robusto) que carece de la gracilidad de la reflexión y la historicidad. Y una vez puesto en marcha se comporta como un vórtice o una espiral: atrapa cada vez más cogniciones, emociones y memorias y lleva la personalidad y la identidad hacia una incierta deriva cuando no hacia una escalada de inadaptación.

En el próximo post veremos qué es lo que se disocia en esta curiosa -y tan prevalente hoy -trastorno límite de la personalidad (TLP), la más grave de las enfermedades del espectro traumático.

## **19.-TLP o trastorno límite de la personalidad.**

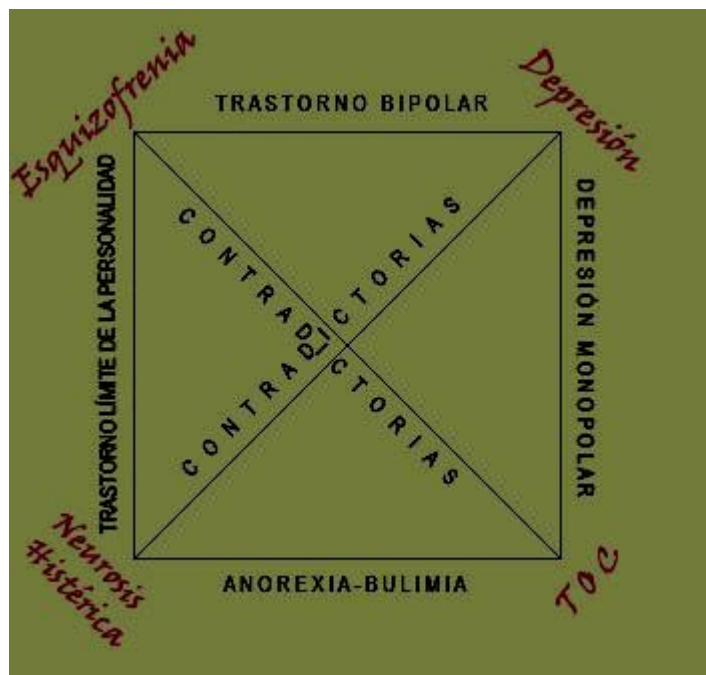
### **El síndrome borderline o trastorno límite de la personalidad**

El trastorno límite de la personalidad es una enfermedad relativamente nueva, fue descrita en 1934 por una psicoanalista llamada Helene Deutsch con el nombre de “personalidad como si”, que hacía referencia a una clínica bien distinta a aquella que clasificaba los malestares mentales en tres grandes grupos de la psicopatología clásica: neurosis, psicosis y perversiones.

El Trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP) no era ni una cosa ni otra y sin embargo poseía y posee elementos de todas las series, síntomas depresivos que no son depresiones, ataques de rabia que no son proporcionales a los estímulos recibidos, una tendencia a la inconsistencia y una

incapacidad de formular proyectos a largo plazo y otros síntomas nuevos como el sentimiento crónico de vacío, o la incapacidad para estar solos. [Aquí](#) puedes ver los criterios diagnósticos para el TLP según DSM.

Dicho de otro modo, se supuso que el TLP sería una forma de transición entre neurosis y psicosis. Para entender mejor qué es una forma de transición, el lector puede visitar [este post sobre dialécticas subcontrarias](#).



Se trataría pues de una forma de transición dialéctica entre la histeria y la esquizofrenia, entre el vértice I y el vértice A. O dicho de otra forma: se trata de una forma “evolucionada” de la histeria, [una histeria desbordada](#), es decir una forma adaptada a las sociedades opulentas y que se caracteriza por una agravación de la clínica clásica.

Del mismo modo, otros autores han hablado de [neoconversión](#) para explicar ciertos síndromes clínicos alejados de la histeria clásica como lo que sucede en el dolor neuropático.

Todo parece indicar que la histeria se oculta cada vez en distintos y más complejos nichos donde la sospecha médica de engaño quede por fin eliminada.

Se trata de una expresión más de la plasticidad con la que los cerebros individuales enfrentan las contradicciones de su tiempo y es obvio que si la histeria emergió en tiempos de la represión sexual, hoy ya se encuentran en franca retirada, pues como decía Foucault:

*“El poder ya no opera a través de la restricción del deseo sino a través de la diseminación y la*

*legitimación de todos los goces”.*

Sobre esta frase de Foucault volveré más abajo cuando hable de la identidad.

El TLP es un trastorno muy prevalente en las sociedades actuales y muy difícil de tratar, y además un trastorno que afecta más a las mujeres que a los hombres y que conlleva un enorme riesgo de suicidio. Con todo se acepta que el TLP tiene una causa traumática, si bien se trataría de traumas precoces vividos durante los primeros años de vida y que afectaría -al contrario de la histeria clásica, no al cuerpo- sino a la identidad y del mismo modo a través de esa “chica para todo” que es la disociación.

El principal factor ambiental considerado en todos los estudios es siempre el trasfondo familiar, aunque se ha visto que no existe conexión entre estas condiciones familiares y las que se dan entre las capas socioeconómicas más bajas (París, 2001). Se darían dos tipologías de familias en las que aparecen casos de TLP (Cierpka, Reich, 2001) aunque existen combinaciones: de una parte, familias «caótico-inestables» y, por otra, «familias negligentes y practicantes del abuso emocional». Las familias caótico-inestables se caracterizan por constantes crisis matrimoniales y disputas familiares, escenarios impulsivos, alcohol o dependencias y utilización de los hijos como chivo expiatorio. El otro tipo de familia tiene como rasgos característicos la frialdad con los niños, desmoralización o invalidación, negligencia, separación temprana de los padres, o fases largas de depresión por parte de los padres (Ruiz-Sancho y Gunderson, 2001).

Un punto adicional es que los investigadores asumen que en las familias en las que se dan casos de TLP y otros trastornos de la personalidad, **los síntomas se pueden transmitir por la conducta** (Cierpka, Reich, 2001). Por tanto, la impulsividad de los padres con TLP puede afectar negativamente a la descendencia, que sufre de ese modo un daño similar al que tuvieron sus padres. Dicho de otra forma: la genética no es la única forma de transmitirse enfermedades o patologías, sino que -como decían nuestros abuelos- el ejemplo es lo más importante (“haz lo que hago y no lo que digo”).

La idea de transmisión de rasgos a través de la conducta observada pertenece a dos autoras, Jablonka y Lamb, el lector puede perseguir su idea de “evolución en cuatro dimensiones” en el vínculo que añado:

*La idea de que una especie posea un rasgo determinado lleva consigo la idea de que este rasgo debe tener cierto soporte hereditario que lo transmita de generación en generación. Desde hace poco se está empezando a dejar atrás el error de pensar **que el soporte es exclusivamente genético**. Sin embargo, se está estableciendo la idea de que existen otras formas de transmisión hereditaria. Según Eva Jablonka y Marion Lamb, existen otras tres vías de evolución además de la genética: **la vía***

**epigenética, la vía conductual y la vía simbólica** [*Así, los rasgos no son genéticos o adquiridos, o genéticos al X% y adquiridos al (100-X)%, sino el resultado la interacción continua de dos tipos de información, la genética y la del entorno, donde el entorno se compone del entorno de cada célula del organismo (epigenético), el entorno del embrión, y el hábitat y el entorno social.*

[Aquí](#) hay un buen artículo sobre el libro de Jablonka y Lamb.

No es raro pues que ya Eric Erickson hablara de [la difusión de la identidad](#). Una explicación de qué es lo que sucede en estos desarrollos anómalos de la personalidad.

## **La inflación de la identidad.-**

No cabe duda de que la proliferación de casos está relacionado con el modelo de sociedad en que vivimos. Creo que soy el primero en decirlo pero si existen tantos TLPs es -como advirtió Foucault- **porque existen muchas personalidades, es decir muchas maneras de ser y todas son legítimas.**

El TLP no podría existir en un tipo de sociedad que restringiera ciertas formas de ser o que mantuviera operativos ciertos mecanismos represivos sobre sus ciudadanos. Es por eso que el TLP no existía en el siglo XIX, simplemente no existía la subjetividad superindividualista que se encuentra en su origen,

Hubo un tiempo en que la mayor parte de las enfermedades mentales dependían solamente para su proliferación de los replicantes genéticos. Pero a medida que las comunidades humanas fueron creciendo en número de individuos y densidad poblacional se acumularon otro tipo de replicantes, los memes. Hasta llegar a nuestros días, donde es posible afirmar que los memes le han ganado la batalla a los genes. **Copiar una enfermedad mental** (la copia fenotípica) es hoy más fácil que padecerla por causa genética a causa de la enorme cantidad de trasiegos interpersonales que realizamos, así como la cantidad de medios disponibles para la dispersión de memes más allá de la familia, email, TV, webs y blogs, teléfono, cine, periódicos, etc.

El meme le ha ganado la batalla al gen y es hoy más probable encontrarse con enfermedades “copiadas” por la vía memética que por la genética, así sucede con el “meme de la delgadez” por ejemplo, el responsable de grandes bolsas de sufrimiento según grupos de edad y sexo. La epidemia de trastornos alimentarios que sufrimos hoy en las sociedades avanzadas y opulentas no puede explicarse a través de la vía genética pero puede hacerse si consideramos al meme como un replicante cultural que parasita los cerebros individual y se trasmite por imitación.

No cabe duda de que existen correlaciones entre el tipo de sociedad en el que vivimos y las expresión de cierto tipo de enfermedades que en cierta manera remedan enfermedades ya conocidas (y las hacen

más frecuentes) mientras que en otros casos estas enfermedades aparecen *ex novo*.

Una forma de definir la identidad es esta: es la relación que toda entidad mantiene consigo misma. Y será en el próximo post cuando exploraré como se forma la identidad y que relaciones mantiene esta construcción con el TLP y el traumatismo psíquico que se le supone.

La histeria de conversión clásica, el trastorno por somatización (síndrome de Briquet) y el trastorno border-line junto con el trastorno disociativo múltiple comparten un origen traumático y también algunas peculiaridades clínicas. Quizá la más importante de todas sea la hipnotizabilidad-sugestibilidad que comparten todas ellas. Muy alta en el trastorno disociativo múltiple (hablamos entonces de virtuosismo disociativo) y muy baja en el TLP.

Sin embargo hay otras características idiosincrásicas y que las diferencian entre sí, por ejemplo los trastornos amnésicos son más frecuentes en los trastornos por disociación y en la histeria clásica que en el TLP.

Lo que caracteriza al TLP y le distingue de las formas históricas clásicas es **el trastorno de identidad** o por decirlo de otra manera: parece que la disociación afecta de un modo más importante a la identidad que a la memoria o al esquema corporal. Todo parece indicar que el TLP afecta con mayor intensidad a las representaciones (Gunderson, 1984) internas de los objetos de cuidado, protectores y de sostén, aquellas imágenes que nos acompañan desde muy niños y que configuran esa atmósfera de confianza y predictibilidad que algunos autores como Balint han llamado confianza básica.

El temor esencial en los TLPs es **el miedo al abandono** y desde ese miedo se construyen algunos de los síntomas que vemos en la clínica y también el efecto de la disociación. Un paciente afecto de TLP no puede estar solo pero cuando se agencia un cuidador lo suficientemente bueno se las arregla para atacarle con violencia inusitada cada vez que se sienta defraudado por él. El paciente no es capaz de preservar “lo bueno” que se le brinda oscilando entre demandas de protección y expulsiones airadas del objeto: sus ataques de cólera son bien conocidos. El paciente no es capaz de integrar lo “bueno” y lo “malo” del objeto y se mueve alrededor del par idealización/desvalorización fluctuando de un polo al otro.

Aquí podemos observar la demanda y su disociación de donde podemos inferir de donde procede el daño psíquico (el trauma de la infancia del paciente) que consideramos precoz en relación con las histerias clásicas cuyos estresores traumáticos fueron más tardíos y siempre relacionados con el valor, la oportunidad, la envidia, la codicia comparativa o los celos infantiles.

El trauma del border-line está relacionado con una inconsistencia en los cuidados recibidos. Madres o

padres con problemas similares que no son capaces de cuidar consistentemente del bebé sobre el que proyectan sus propias dificultades. La negligencia es el estilo de cuidado que podemos reconocer con más frecuencia entre los progenitores de nuestros pacientes que a su vez tampoco dispusieron de una solidez de cuidados en este sentido.

La inconsistencia en los cuidados y la negligencia son el trauma repetido y mantenido de estas personas que con el tiempo desarrollarán un TLP. Tal y como conté en [este post](#), la negligencia es la conducta más frecuente como estilo parental de otras más graves como el abuso sexual.

Sin embargo existen muchos otros autores que señalan con inusitada frecuencia que el abuso sexual infantil precoz sería la causa más frecuente de desarrollos de personalidad tipo TLP pero también de otros diagnósticos psiquiátricos relacionados, vale la pena recordar ahora el caso de [James Rhodes](#). No sólo Judith Herman es de esta opinión sino incluso el propio Peter Levine asegura que la frecuencia de abusos sexuales en TLP ronda el 70%. Sin embargo otros autores que han propuesto metaanálisis de estos datos como Sabo (1997) encuentran una interacción entre trauma en la infancia y rasgos borderline, incluyendo también elementos de apego como factores relevantes. Pero sin embargo cuando buscamos específicamente el abuso sexual, Fossati, Madeddu y Maffei (1999) a través de un metaanálisis de 21 estudios que examinaron la relación entre TLP y abuso sexual en la infancia. Encontraron que el tamaño del efecto es sólo moderado. Sin embargo cuando estudiamos aisladamente el ítem “destructividad”, parece que los antecedentes de abuso sexual [cobran mayor importancia](#)

Mi experiencia personal es que los abusos sexuales pueden evidentemente marcar un desarrollo de personalidad anómalo tipo TLP pero no existe una causa lineal única, tampoco he encontrado esa causa directa con las autolesiones que algunos autores caracterizan como típica en las personas que han sufrido un abuso sexual infantil. Sin embargo las autolesiones contienen un aspecto de imitación social que escapa a las propias motivaciones psicológicas individuales. Las autolesiones son una conducta de escape que se plagia entre personas que comparten un mismo entorno social y que les permite evitar - a través de esta conducta- otros conflictos latentes. Vale la pena no confundir el rasgo que conocemos “autodestructivo das” con la conducta que llamamos “autolesiones”

Probablemente esta disonancia en los datos tenga que ver con la población estudiada, así los psiquiatras que tratan con niños (Putnam, por ejemplo) encuentran con más frecuencia esta relación que aquellos que trabajan con población psiquiátrica general. Por alguna razón que no acabo de entender en USA encuentran más antecedentes de abuso sexual que en Europa, del mismo modo sucede en las investigadoras feministas, pero lo que es seguro es que no es necesario que exista abuso sexual para explicar el TLP.

Por otra parte el TLP es una entidad que probablemente siga un destino similar a la histeria y que termine por amortizarse como diagnóstico: significa muchas cosas bien distintas y ya el DSM-V aconseja una investigación dimensional que explore ciertas dimensiones como el trastorno de identidad, el psicoticismo o la impulsividad por separado. Parece ser que no todos los TLP s son iguales, algunos se encuentran más cercanos a la psicosis, mientras que otros afectan de un modo más intenso a la identidad o conducen a disadaptaciones en otras áreas, lo que explicaría su comorbilidad con otros trastornos como los trastornos alimentarios, el abuso de drogas o la inadaptación sociopática en general.

## **La construcción y deconstrucción de la identidad.-**

La mayor parte de las personas imaginan la identidad como una única pieza, muchas veces oculta y que necesitamos encontrar, la tratamos como un descubrimiento prefijado, algo que está ahí y que tenemos que descubrir a lo largo de nuestra vida, cuanto más pronto mejor. En realidad la identidad es sinónimo de plasticidad, algo que construimos y deconstruimos varias veces a lo largo de nuestra vida con arreglo a las circunstancias, si bien en la mayor parte de los casos no afecta a nuestra esencia más que periféricamente. Y que procede de la siguiente paradoja, ¿cómo mantener la idea de una identidad del Yo si continuamente estamos cambiando? Parmenides y Heraclito vuelven a enfrentarse con fuerza en este relato que titulamos [¿Quién soy yo?](#), un relato sobre el reemplazo: se trata de la conocida [paradoja de Teseo](#) o el calcetín de Locke. Y que se resuelve con la siguiente idea: “sigo siendo el mismo que ayer aunque he cambiado”.

Lo cierto es que tal y como decía Eric Erickson, construirse una identidad propia, desgajada del común, es esencial para nosotros los que vivimos en sociedades donde la individualidad es central en nuestras interacciones con los demás, pero puede ser menos letal en otras culturas donde el colectivismo es tradicionalmente superior a la individualidad. Y es probable que estas tendencias hacia el individualismo y el colectivismo [estén reguladas genéticamente](#). (Chiao y Blizinsky (2009).

Este individualismo tiene una traducción psicológica: se llama narcisismo, no cabe ninguna duda de que ese constructo psicoanalítico que llamamos narcisismo es en realidad una constelación mítica de nuestra cultura occidental. Apañárselas solo, ser independiente, ser fuerte y autosuficiente, competente, no mostrar emociones que muestren debilidad (en los hombres) o deseos de dependencia o cuidado en las mujeres son los valores en los que todos nosotros nos hemos criado y en los que creemos: los socialmente deseables.

El narcisismo consiste precisamente en alejar de la conciencia todas aquellas necesidades que derivan de un sentimiento de vulnerabilidad tal y como conté [en este post](#). Y no hay que olvidar que el TLP es

un trastorno de la órbita narcisista bien estudiada por Otto Kernberg.

Lo que se escinde primariamente en el TLP es nuestra vulnerabilidad que se separa de un sentimiento hipertrófico de omnipotencia (que queda consciente), quizá como respuesta a la baja empatía con la que fueron criados. Un entorno de impredecibilidad, rechazo emocional, proyecciones maternas o paternas aniquiladoras, invalidación, desprotección, negligencia cuando no maltrato o abuso emocional.

## 20.-Perpetradores.

Recientemente han aparecido en los medios dos noticias escalofriantes, la última de [ayer en Benicasim \(Castellón\)](#), un individuo de nacionalidad española arremete contra su pareja, un mujer hungara y la asesina a cuchillazos, y poco después contra sus hijos (no sabemos si eran hijos propios o solo de la mujer) dejando herido de gravedad al niño de 13 años y también a la niña de 11 que habían intentado socorrer a su madre.

La otra noticia trata de un acoso sistemático [de un sargento de la guardia civil a una guardia](#), compañera de trabajo del anterior. Se trata de dos casos de violencia de hombres contra mujeres y niños en el primer caso mientras que el segundo caso trata más bien de un acoso sistemático de un jefe contra un subalterno.

En los dos casos sin embargo son de esperar graves secuelas psiquiátricas. ¿Qué sucederá con esos niños que han presenciado escenas atroces si es que sobreviven a sus respectivos apuñalamientos? ¿Qué sucederá con la guardia civil en adelante después de que las autoridades [hayan resuelto a su favor](#) apartando al sargento de sus funciones?

Lo curioso es que no existe en nuestro país ningún programa asistencial a nivel estatal ni tampoco en la CCAA, para prevenir posibles secuelas psiquiátricas en este tipo de personas. Secuelas que son previsibles en el caso de esos niños de Benicasim como tantos otros en la misma situación de orfandad traumática. La sociedad en su conjunto está persuadida de que una vez salvada su vida (la de los niños) y una vez atendidas sus necesidades de alojamiento, alimentación y escolarización, ya hemos terminado, sigue habiendo una negación de las secuelas del trauma. No deja de ser paradójico que una de las patologías psiquiátricas más fácilmente prevenibles sea precisamente ésta: “niños que han presenciado la muerte violenta de un familiar” y que sin embargo no reciban al menos durante algunos años algún tipo de tratamiento que les ponga a salvo de sus complicaciones psiquiátricas más conocidas. Naturalmente estos niños acumulan varios traumas en uno, el principal es la escena traumática, pero

luego quedan otros: ¿cómo asumir que su orfandad procede precisamente de un crimen llevado a cabo por su padre? ¿Al cuidado de quién quedan estos niños? ¿Abuelos, familiares, si los hay o cuidados impersonales en alguna institución? El bucle de lo traumático se cierne sobre ellos, solapándose unos traumas con otros déficits o toxicidades.

Y de todas esas complicaciones hay una que está bien establecida: se trata del **trastorno disociativo múltiple**, una entidad que se ha relacionado con haber presenciado atrocidades en la infancia. Mientras que haberlas sufrido está más relacionado con el “trastorno por estrés postraumático”. Dicho de otro modo, estos niños tienen un altísimo riesgo de convertirse en pacientes psiquiátricos en unos cuantos años si no hacemos nada.

## **El perfil del perpetrador.-**

Sabemos bien poco de los perpetradores, tanto si estamos hablando de violaciones, como de maltrato doméstico, acosadores o crímenes de género. Una de las razones por las que sabemos tan poco es porque estas personas rara vez piden ayuda psiquiátrica o psicológica. Los que más pueden saber son los forenses, es decir cuando ya sus conductas han pasado al terreno de lo judicial y en ese entorno ya es bastante complicado un acercamiento psicoterapéutico eficaz. Los programas que se ponen en marcha en el interior de las cárceles son de dudosa eficacia pues la motivación de los que se acogen a ellos es la redención de pena y no una motivación sincera de cambio o rehabilitación.

Sin embargo sabemos mucho sobre las víctimas e incluso hay una disciplina, “la victimología” que se ocupa del estudio de las mismas pues son precisamente las víctimas las que recurren a los servicios sanitarios con mayor frecuencia. Esta desigualdad permite en la gran mayoría de los casos seguir ignorándolo todo sobre los perpetradores y casi todo sobre las víctimas. Y no cabe duda de que la sociedad en su conjunto protege a los que abusan -en realidad protege a los inculpados- y tiende siempre un velo de incomprensión sobre las víctimas. La idea es que o bien exageran o bien mienten y la mayor parte de las veces ocultan durante años las agresiones que han sufrido, así se supone que en España solo 1 de cada 10 violaciones se denuncia, si bien esta estadística es poco fiable, ¿pues si estas violaciones están ocultas de donde sale la estadística? Menos visibilidad aún tienen las violaciones que se perpetran contra los hombres en terreno carcelario.

Las razones son múltiples, pero han sido señaladas por distintos autores (Herman, 2002), “si quisiéramos inventar un sistema para retraumatizar a los traumatizados por una agresión sexual se nos ocurriría una corte judicial”. [En esta noticia](#) podemos observar como la retraumatización y la humillación son constantes en sede jurídica.

Lo cierto es que la justicia que tenemos es demasiado formal, demasiado protectora y garantista para los agresores pero no con las víctimas que se encuentran desprotegidas durante todo el proceso, si lo hubiere, donde se trate de demostrar que han sido víctimas de un abuso sexual o una violación. No es de extrañar pues que la mayor parte no denuncien.

Y es mayormente comprensible cuando estos ataques son cometidos por alguien conocido (la mayor parte de las violaciones las cometen conocidos de la víctima), tiene lugar en comunidades pequeñas, donde todos se conocen y la convivencia con los agresores o sus familias es constante. No siempre es posible, además conseguir el apoyo de la propia familia que suele dividirse en estos casos, entre los partidarios de denunciar y los que apuestan por mirar hacia otro lado. Naturalmente el no conseguir el suficiente apoyo familiar va a complicar el trauma, pues todo trauma precisa reconocimiento y justicia.

Lo que sabemos es que todas estas agresiones dejan en la víctima un poso de culpabilidad y de vergüenza que paradójicamente no sienten los agresores sexuales. Y lo que sabemos es bien poco:

Sabemos que la mayor parte de ellos no son enfermos mentales (la banalidad del mal descrita por Hanna Arendt), sino personas reservadas, autoritarias, celosas, narcisistas y a veces paranoides pero que no suelen haber tenido problemas con la ley por otros motivos, conocen bien los entresijos y resortes del poder y saben someterse a la jerarquía social. Sus distorsiones proceden más bien del campo del amor y la intimidad.

La idea central en sus distorsiones cognitivas es que “en casa mando yo”, “se hace lo que yo digo” y “pareja e hijos han de someterse a mis dictados y obedecer”.

He conocido profesionalmente muy pocos perpetradores pero sin embargo y por lo que he leído parece que hay un patrón que se repite: la idea de que “ella se lo estaba buscando” o bien “ella me provocaba” o “ella no me obedecía”. Paradójicamente incluso los asesinos de sus propias parejas no se sienten culpables conscientemente al menos, y operan como si hubieran “cumplido con un deber siniestro”, el de dar un buen escarmiento a sus parejas o de vengarse de ellas. Hay por tanto una intención [moralizante](#) en su maltrato.

## **El vínculo traumático.-**

Las relaciones entre un maltratador y su pareja son muy parecidas a las que mantienen el captor con su rehén. Se trata de una situación muy anómala porque el mismo sujeto que castiga es el mismo que a veces y de forma arbitraria provoca alivio. La víctima recorre todos los estados mentales desde el miedo al agradecimiento y para hacerlo no tiene más remedio que escindir su pensamiento de aquella manera que el mismo Orwell escribiera en 1984 y que bautizó como “doblepensamiento”. El

“doblepensamiento” es decir la capacidad para mantener ideas contradictorias como si ambas pudieran ser verdaderas a la vez es lo que probablemente mantiene a la víctima en contacto con la realidad. Es por eso que la víctima puede mantener la idea de que en realidad su pareja la ama y la maltrata al mismo tiempo.

El maltratador por su parte no se conforma con conseguir una sumisión intimidatoria sino que pretende que su pareja no solamente se le someta por miedo sino que se le someta por amor, por propia voluntad, algo que hemos aprendido de ciertas escenas en situaciones de raptos prolongados por móviles sexuales o no como el que narró [Natascha Kampusch](#) cuyo secuestro duró ocho años.

De este episodio que se resolvió favorablemente para la adolescente que mostró en todo momento un estado mental muy “entero” podemos discriminar algunos de los móviles del secuestrador que no son otros sino los de obtener un **control totalitario** sobre su rehén, convertirla en una prolongación de sí mismo, en materia inanimada, despojarla de toda voluntad subjetiva, quizá la única forma de asegurarse un amor incondicional...

Y no deja de ser curioso como este caso sigue estando bajo la mirada de la sospecha tanto de la prensa como de la policía, como si la niña se [hubiera inventado todo](#) o al menos ocultara parte de la verdad.

En cualquier caso los detalles poco importan desde el punto de vista psicológico y sólo pueden interesar a los “voyeurs”, si hubo o no hubo violencia sexual en ese episodio es absolutamente irrelevante pues todo sucedió en otro entorno traumático mayormente abarcativo: **el cautiverio en sí mismo**. Si el raptor actuó solo o en compañía de otra persona puede tener interés para la policía no para nosotros, si estaba implicado en una red de pederastas es otra hipótesis policiaca pero no psicológica pues la propia Natasha ha negado esos abusos sexuales en la entrevista que colgaré aquí abajo.

## 21.-Una epistemología de la ayuda. ¿Qué es lo que no tenemos que hacer?

Lo cierto es que se ha escrito mucho sobre este asunto y lo más frecuente es encontrarse artículos que ponen en duda la narración de la muchacha a partir de contradicciones que encuentran entre los hechos que se conocen y la verdad que cuenta la víctima. No voy a poner aquí ninguno de estos artículos porque no forman parte de lo que quiero decir en este post, pero baste con recordar una idea: el público en general mantiene dudas sobre la verdad de lo que sucedió.

Se comportan en este sentido como periodistas. Y si hablo de oficios es para destacar algunos de los malentendidos con los que cada cual en su profesión ha de enfrentar cuando trata de elaborar un relato

verosímil acerca de un hecho. El rapto de Natasha es un hecho, un hecho que duró 8 años y en esos 8 años evidentemente sucedieron muchas cosas, entre otras posibles un encariñamiento del rehén con su raptor. Recordemos que la muchacha tenía 10 años cuando fue secuestrada y 18 cuando logró escapar.

## **Algunas actitudes antiterapéuticas.-**

Ya he nombrado la labor del periodista, de aquel que trata de componer una historia coherente, se trata de una labor muy parecida al historiador. Sucede que los que investigan en historia lo hacen a través de testigos o de documentos pero investigar algo que ya pasó desde el presente tiene enormes dificultades, a veces insalvables, pues el pasado puede reescribirse una y mil veces. Trate de contestar a esta pregunta ¿Cuáles fueron las causas de la guerra civil española? Evidentemente hay tantas versiones de este hecho como historiadores, cada uno de ellos con su sesgo ideológico. No hay manera de contestar esta pregunta si tratamos de encontrarle sentido pues una de las características de la realidad histórica es que carece de él.

Algo parecido sucede en sede jurídica, hay una verdad formal (jurídica) y una verdad histórica, lo que verdaderamente sucedió en la realidad (no en la imaginación de los actores). A un juez lo que le interesa saber es primero si hay o no un delito, y una vez identificado el imputado saber si es inocente o culpable. Es por eso que cuando termina un juicio la mayor parte de la gente queda decepcionada, pues un juicio no es en absoluto un relato acerca de la verdad.

De manera que la epistemología de un terapeuta, es decir de aquel que presta su ayuda profesional a personas que han sufrido un trauma psicológico, está muy lejos de otros “ayudadores”, a nosotros no nos interesan los hechos, ni la exactitud de los mismos. A nosotros lo que nos interesa es **la experiencia psicológica traumática** y no el trauma en sí mismo. Y es por eso que la verdad es para nosotros algo periférico, no condenamos, ni absolvemos, ni somos abogados defensores y por eso tampoco tenemos la obligación de creer todo lo que nos cuentan.

Sabemos que los sujetos traumatizados siguen varios itinerarios, las víctimas a su vez pueden seguir un itinerario de victimización y querulancia, el segundo itinerario es convertirse en un paciente psiquiátrico que es el lugar donde es posible un encuentro con los mismos. Todo lo que sabemos del trauma, lo sabemos porque nos lo han contado nuestros pacientes en esa especial situación de confianza, intimidad, seguridad y confidencia que es una consulta psiquiátrica. Un lugar donde ni se juzga ni se absuelve, de lo que se trata es de convertir **al paciente en un superviviente**.

## **La contratransferencia traumática. –**

[Ya Sandor Ferenczi](#) nos advirtió de que determinadas actitudes usualmente consideradas como

terapéuticas podían retraumatizar a los pacientes. Algo que sucede porque determinados pacientes como los border-line nos van a poner a prueba a través de un mecanismo que se conoce con el nombre de “identificación proyectiva”.

La identificación proyectiva es un mecanismo de defensa que consiste en inocular en otro un sentimiento propio con el propósito de externalizarlo y controlar o poseer al otro. Así, es frecuente que una víctima de abusos sexuales infantiles lleve a cabo una transferencia muy sexualizada a fin de traspasar ese límite que en una terapia reglada no debe traspasarse jamás. Este tipo de pacientes se especializan en erotizar sus vínculos apenas transfieren sobre sus terapeutas ciertos afectos positivos que reconocen como buenos. La incapacidad de estas pacientes de integrar los aspectos buenos y malos de las personas en una nueva síntesis, las lleva a disociar constantemente los aspectos positivos, de seguridad y protección que ansían desesperadamente, hasta el punto que pueden llevar a sabotear la terapia o bien a abandonarla airadamente si no se cede a sus caprichos.

Naturalmente un terapeuta confrontado con este tipo de relaciones de exigencias o amenazas suicidas puede -si no controla bien sus procesos internos- exoactuar su propia inseguridad, su rabia o su impotencia. Y lo que es peor puede comportarse de forma muy parecida al perpetrador que estuvo en el origen del trauma de esta paciente. Hasta tal punto sucede esto que entre los terapeutas de origen psicoanalítico, la identificación proyectiva, es decir los sentimientos que la paciente nos inocular con esa sensación de miedo, indefensión, rabia e incertidumbre, es la misma sensación que en otro tiempo y con otra persona sufrió.

El “furor curandi” es otra de las perversiones que un terapeuta puede llevar a cabo con sus pacientes. La necesidad de brillo profesional, de éxito, en suma la ambición narcisística del terapeuta puede malograr cualquier tratamiento. La actitud terapéutica -repito otra vez- no es la del detective o la del policía que interroga o presiona al paciente que le diga la verdad, tampoco busca sus contradicciones o puntos débiles, falsas memorias o sobreinterpretaciones del pasado. La actitud terapéutica es compasiva y empática y -como decía Bion-, carece (se vacía) de tiempo y de deseo. Paradójicamente el paciente no puede curarse siguiendo el ideal médico sino transformarse de paciente a superviviente.

Las hipótesis preformadas son otro de los obstáculos que un terapeuta debe conocer antes de sentarse a escuchar a un paciente. Ya he hablado en esta serie del trauma que los recuerdos se pueden implantar sobre todo si los terapeutas trabajan con herramientas como la hipnosis de cuyos peligros hablan [en este post](#). Sucede algo muy interesante que debemos conocer: la memoria traumática no sigue el mismo itinerario de la memoria normal. La memoria traumática es icónica y está basada en la imagen mientras que la memoria normal es verbal. Se supone (Van der Kolk, 1996, 2001) que los sujetos traumatizados

volverían a utilizar la memoria icónica como mecanismo ancestral de defensa contra el “agujero” que deja el trauma, lo que explicaría los *flash backs* y los recuerdos intrusivos de la reexperimentación que se dispara ante situaciones gatillo. Por ejemplo una mujer con antecedentes de abuso puede reaccionar con rechazo hacia el sexo precisamente porque las sensaciones sexuales disparan recuerdos icónicos de tipo traumático de gran intensidad emocional pero escasamente narrativos.

En general, se ha establecido que las memorias sobre sucesos traumáticos que generan intenso miedo e incluso terror, en las que la persona puede llegar a ver peligrar su integridad física, se caracterizan por su poca exactitud para los detalles irrelevantes y una memoria clara y exacta para los detalles centrales del suceso.

La falsa idea es más o menos la siguiente:

*“El problema de la mayoría de la gente que ha sufrido experiencias traumáticas es que no pueden olvidarlas, que les vuelven una y otra vez a la conciencia. La gente no reprime los recuerdos de haber sido torturado, de experiencias de guerra, de haber sido víctima de un desastre natural, aunque los detalles de todo ello sufren distorsiones como pasa con todos los recuerdos. Los eventos traumáticos, sobre todo si son repetidos, es muy difícil que se olviden. Si eso fuera así los supervivientes del Holocausto deberían haber olvidado todo y no parece ser el caso. Pero en este movimiento de recuperación de recuerdos la lógica era imbatible: si recuerdas un trauma ocurrió y si no lo recuerdas también ocurrió porque él no recordarlo es prueba de que lo has reprimido”.*

De manera que la recuperación de recuerdos carece de importancia para la terapia de un traumatizado y simplemente no hay que suponer o dar por ciertas algunas teorías que enfatizan la recuperación de recuerdos y menos si coinciden con lo que esperamos obtener.

## **Escuchar no es oír.-**

La escucha a la que me refiero no es un simple acto de oír y entender lo que nos cuentan.

Oír es identificar con el pensamiento y escuchar es oír sin pensar.

El acto terapéutico en sí es la escucha y no la comprensión.

Escuchar no implica comprender, **escuchar es contener, sostener y validar**. La escucha es la medicina más barata que existe pero que no está al alcance de todos, pues la escucha de una persona traumatizada exige esta modificación del estado de conciencia, esta versión del *flow* que implica atención pero descarta el juicio moral. Se trata de una escucha amoral.

Es la diferencia entre atender a un enfermo y “hacerse o tomar a cargo”. Sin esa toma a cargo no hay

terapia sino quizá solo una forma de adoctrinamiento o comprensibilidad histórica de hechos que aparecen encadenados en la conciencia.

Es por eso que hay terapias personalizadas y terapias impersonales. En las terapias impersonales el terapeuta “ya sabe lo que pasó” o ya “tiene una explicación sobre lo que pasó”, de lo que se trata en este tipo de terapias es que el paciente consiga aprender las relaciones entre lo que pasó y su enfermedad o trastorno actual.

Naturalmente esto no es terapia sino adoctrinamiento, una forma sutil de abuso pero es también posible que el adoctrinamiento tenga un cierto potencial terapéutico similar al que durante muchos años se atribuyó a la hipnosis.

## 22.-Luz de gas.

Luz de gas es una película de 1940 en la que un hombre trata de enloquecer a su esposa a través de una serie de trucos y es el término informal para definir una serie de estrategias domésticas para el dominio de un miembro sobre el otro, usualmente por parte del hombre hacia la mujer (o de un progenitor frente a su hijo) y es equivalente a lo que entendemos como violencia doméstica, maltrato doméstico, abuso emocional y en su grado más grave, crímenes de género.

“Luz de gas” es también una estrategia de tortura (consciente o inconsciente) que consiste en llevar a cabo acciones destinadas a socavar el principio de realidad de la víctima al mismo tiempo que se niega la autoría de tal estrategia. Algo así como un asesinato de la percepción, un **percepticidio**. Algo así como “no lo hice yo”, o “no fue mi propósito” o “lamento que lo hayas tomado así”

Judith Herman es una psiquiatra de Harvard de orientación feminista y seguidora de las tesis originales de Janet que se ha especializado en los temas de estrés postraumático y sobre todo incesto, maltrato de género y abuso sexual infantil. Su libro “Trauma y recuperación” es hoy un clásico del género y en él propone la necesidad de un nuevo diagnóstico que dé cuenta de otras variantes de abuso que puedan explicar la atipicidad de ciertos trastornos psiquiátricos incomprensibles -según ella- con las herramientas diagnósticas al uso.

Pone el énfasis en los criterios diagnósticos del TEPT (trastorno por estrés postraumático). Para el diagnóstico de este trastorno es necesario cumplir el criterio A.

**El primero (criterio A) se refiere a la delimitación del trauma, señalando que un evento traumático es definido como tal si: (a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad**

**física o la de los demás; y (b) la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.**

Es decir ha de haber un estrés identificable, intenso, objetivo y que causaría síntomas en la mayoría de la población que lo haya sufrido, como sucede por ejemplo en los desastres naturales, violaciones, ataques con armas, sucesos de guerra, accidentes de tráfico, pérdidas múltiples, participación o presencia en atrocidades, etc.

Pero aquellos que hayan seguido esta serie sobre el trauma ya habrán observado que la variedad de eventos que pueden llevar a un sujeto a una situación traumática es inmensa, y lo es de tal modo que hoy consideramos que es traumático cualquier evento que convoque dos elementos fundamentales 1) el intenso miedo que compromete la integridad física y 2) la situación de *helplessness*, es decir la indefensión, o lo que es lo mismo, una situación es la que el sujeto siente que haga lo que haga no podrá cambiar con sus esfuerzos la situación en la que vive.

De manera que existen al menos dos tipos de traumas, uno que es único y agudo (traumas tipo I) y otros que son continuados, expectativa habitual e insidioso con periodos libres de miedo/indefensión y reconciliaciones con el perpetrador o dudas con las propias apreciaciones. Todo parece indicar que cada tipo de trauma genera un cuadro clínico bien diferente. El ejemplo de la cautividad es paradigmático tal y como conté en anteriores episodios de esta misma serie.

Judith Herman propone que los diagnósticos actuales se quedan cortos para comprender los cuadros clínicos que se derivan de la cautividad doméstica o aquellos traumas continuados que suceden en la infancia o la adolescencia y es por eso que propone un nuevo diagnóstico: **El trastorno por estrés postraumático complejo** comprendería.

(1) Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos. Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas. Este síntoma indica déficit en la regulación emocional y el autocontrol e incluye las adicciones y comportamiento autolesivo, que son, paradójicamente, a menudo, usadas como salvavidas.

(2) Alteraciones en la atención y la consciencia, tales como embotamiento, lentitud de procesamiento, dificultades atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización. Se considera que la disociación tiende a ser un mecanismo de defensa ante el abuso interpersonal prolongado y severo ocurrido durante la infancia.

(3) Alteraciones en la autopercepción, así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza. Los individuos abusados crónicamente, a menudo interiorizan el abuso como una forma de autovaloración (Courtois, 1979a,

1979b; Pearlman, 2001).

(4) Alteraciones en la percepción del maltratador. Incluye aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias. Estas características organizan las relaciones complejas, el sistema de creencias y posibilitan los abusos premeditados que continúan de forma repetitiva a manos de los cuidadores primarios, en caso de menores.

(5) Alteraciones en las relaciones con los otros. Dificultades para confiar e intimar, desarrollo de fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas. Perciben que las personas con las que se relacionan afectivamente pueden utilizarlos y dañarles sin respeto y consideración de sus propias necesidades.

(6) Somatización y/o problemas médicos. Estas reacciones somáticas y condiciones médicas pueden explicar directamente el tipo de abusos sufridos y algún daño físico, o bien puede ser más difusa y aparecer como somatizaciones.

(7) Alteraciones en el sistema de significados. Los individuos abusados crónicamente, a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro. Así mismo creen que no encontrarán a nadie que les entienda o entienda su sufrimiento. Mantienen un gran conflicto interno, con niveles de angustia altos, e intentan encontrar a alguien que les ayude a recuperarse de su angustia psíquica.

Podríamos considerar que algunos de estos síntomas tratan de organizar el significado del mundo y de las relaciones en un proceso de aprendizaje patológico, que está siendo legitimado por el resto de personas consentidoras. De esta manera, los síntomas disociativos proporcionan una respuesta protectora natural a la arrolladora experiencia traumática, que surgen como una respuesta automática al estrés, en este sentido aparecen como reacciones disociativas primarias el olvido, la fragmentación y el embotamiento emocional (Kisiel y Lyons, 2001), precediendo o acompañando a la despersonalización, desrealización y amnesia. Si es complicada la evaluación del TEPT en la infancia, más difícil resulta encontrar instrumentos de evaluación adecuada y psicométricamente fiables para analizar los diferentes síntomas del trastorno por estrés postraumático complejo.

Algunos autores consideran que las tendencias suicidas, las conductas de riesgo, la revictimización, la labilidad emocional, la impulsividad y la inestabilidad afectiva, generada como respuesta al estrés grave, coinciden con las características del trastorno límite de la personalidad y también encajan con las personas que han sufrido de forma crónica maltrato doméstico.

Que Judith Herman describe con este ítem en sustitución del criterio A:

*A.- El sometimiento a un poder totalitario en un periodo de tiempo prolongado (de meses a años) Los ejemplos incluyen rehenes, prisioneros de guerra, supervivientes de campos de concentración e incluyen a aquellos sometidos a sistemas totalitarios en la vida sexual y doméstica, abusos en la infancia y explotación sexual organizada.*

Herman incluye un listado de síntomas abigarrado y completo que abarca toda la psiquiatría y aquí se encuentra precisamente su punto más débil. Parece aceptar el hecho de que cualquier síntoma psiquiátrico puede derivar de una situación traumática lo que convierte las descripciones sintomáticas en un bucle que parece buscar su causa.

Según Herman el 60% de los pacientes psiquiátricos internados y entre el 40-60% de los pacientes externos tienen historiales de abusos físicos, sexuales o ambos. En un estudio en una sala de urgencias psiquiátrica (Briere y Zadi, 1989) el 70% tenían un historial de abuso.

Y cuando uno lee estos datos no puede sino preguntarse cómo es posible que después de 40 años de ejercicio de la psiquiatría no haya caído en tal evidencia. Lo cierto es que en nuestro entorno no hemos observado tales correlaciones y esto solo puede deberse a dos razones, o bien en España (y Europa) en general tenemos distintas clases de población psiquiátrica o bien nos encontramos frente a [un sesgo de confirmación](#) y uno encuentra lo que quiere encontrar.

Para finalizar el trastorno de estrés postraumático complejo es un buen nicho nosotáxico para encajar los síndromes continuados de maltrato en la infancia más que el síndrome de maltrato doméstico y hay que sospecharlo en aquellos casos que los diagnósticos psiquiátricos son múltiples y diversos o incluyen, trastornos de personalidad (sobre todo el TLP) ,las dificultades de los niños para relacionarse con sus iguales y con sus educadores, el consumo de drogas, la disregulación del humor y las dificultades para regular los impulsos, así como los trastornos de la conciencia y los trastornos de la autopercepción.

## **23.-Violencia sexual y prevención de los abusos sexuales.**

Si usted ha tenido hijos sabrá lo mal que lo pasamos los padres con esas salidas nocturnas de nuestros hijos y que acaban ya al despuntar el día, sin saber dónde se han metido nuestros jóvenes adolescentes

siguiendo los dictérios de esa estúpida moda de vivir de noche.

Y no cabe duda de que la noche es el principal aliado de los perpetradores.

Si usted tiene hijas, es seguro que sufrirá por esos malos encuentros que pueden dar al traste con su vida y si usted tiene hijos se preocupará más probablemente por la posibilidad de que se metan en líos, en peleas o en desencuentros con la ley. Y un sufrimiento común: los accidentes de tráfico, el alcohol y las drogas.

Es seguro que usted les ha advertido y les advierte de los peligros de la noche en cada salida y es también seguro que ellos no le escucharán, y no le escuchan por varias razones: la primera porque las advertencias vienen de usted y son recibidas como muestras de control por su parte, le dirán que es usted un pesado y que no debe preocuparse. Todo intento por su parte de señalarle los peligros de la vida quedarán en nada y la razón más importante por la que no le escucharán es porque ellos viven de espaldas al mal, es decir **se encuentran instalados en la creencia ingenua de que son libres**.

Atrás quedaron aquellas recomendaciones de cuando eran niños, usted les enseñó a cruzar la calle mirando a ambos lados de la calzada, les enseñó a cruzar por pasos cebra o a respetar los semáforos, también a ir en bicicleta, no pudo evitarles alguna caída, pero en aquella época ellos asimilaban sus advertencias de una forma más activa, ahora parece ser imposible, cualquier enseñanza de este tipo de peligros que les acechan hoy es sentida como una retahíla pesada de augurios bien ajenos a su condición.

Pero vivir de espaldas al mal no solo es cosa de adolescentes, pasa en los conductores de vehículos, pasa en los peatones, en los ciclistas y en las mujeres. No cabe duda de que vivimos en un mundo donde todas las cautelas se han disipado o adormecido, como si vivir en un entorno seguro, una democracia, bien tutelados por el Estado hubiera hecho desaparecer todos los controles anticipatorios individuales que debemos engrasar continuamente para evitarnos malos encuentros.

En este sentido dice Camilla Plaglia:

*En mi época de estudiante (1963), declara, las estudiantes universitarias debían estar en sus dormitorios antes de las 11.00 P.M. Luchamos para combatir ese reglamento, queríamos que se nos deje decidir lo que haríamos con nuestras vidas, lo que incluía nuestra vida sexual. Luchamos para que las autoridades universitarias no se metieran en nuestras vidas, en nuestras relaciones personales. Queríamos correr con el riesgo de la decisión”.*

*“Hoy -dice- ocurre lo contrario. Con la bandera del feminismo reclaman que sus derechos no son*

*respetados, que sufren acoso sexual, y solicitan la intervención de las autoridades cuando no saben cómo manejar sus relaciones”.*

Tener preferencia en los pasos cebra no significa que hayamos de cruzar sin mirar, hemos de estar seguros de que el vehículo parará o de que nos ha visto. La preferencia del peatón en un paso cebra no le inmuniza frente al atropello y aunque “la culpa” sea del conductor del vehículo la peor parte se la lleva el más débil en este caso el peatón, el peatón ha de tomar ciertas cautelas antes de cruzar un paso cebra. La mayor parte de ustedes estará de acuerdo en esto pero lo que probablemente nunca hayan pensado es que la existencia de muchos pasos cebra en una ciudad correlaciona con un mayor número de peatones atropellados en esa misma ciudad, aunque no necesariamente en pasos cebra. Es como si nuestro cerebro se sintiera demasiado seguro cuando somos peatones y minusvaloráramos el riesgo.

## **La prevención de la violación y los abusos sexuales.-**

No cabe ninguna duda de que ninguno de nosotros hemos enseñado a nuestras hijas qué hacer en caso en este tipo de malos encuentros, damos por sentado que no sucederán si confiamos en el grupo de personas de su entorno o de que ellas sabrán qué hacer en el caso de que se vean en un problema de este tipo y lo que no sabemos es que nuestras hijas están muy mal equipadas para defenderse de una agresión sexual, no sólo porque no dominan ningún tipo de arte marcial sino sobre todo porque no son capaces de detectar el peligro y si lo detectan no serán capaces de atender a esta primera señal de peligro que su cerebro les manda y menos aún si han tomado alcohol.

La doctrina políticamente correcta de prevención de los abusos sexuales pasa por el adoctrinamiento de los hombres, una creencia ingenua de tipo Rousseauiano que consiste en suponer que reformando a los hombres, eliminando las diferencias entre los sexos, purificando los roles sexuales, reinará la armonía y la felicidad. Y desaparecerán todas las lacras de la sexualidad: el abuso, la violencia de género, la pederastia y otras lacras.

Naturalmente esta creencia es falsa y se inscribe en otra de carácter jurídico sancionada por la Ley, se trata de **la teoría de la visibilidad**. Según dicha teoría hay que luchar para hacer emerger todas las formas de maltrato sexual que aún se encuentran ocultas en la sociedad. Para los defensores de esta teoría el origen de este tipo de agresiones son debidas al “heteropatriarcado” -un constructo teórico nuevo- que viene a señalar en la dirección de la causalidad: si hay agresiones sexuales es porque existe un poder masculino que se transforma en “micromachismos” por un lado y en agresiones sexuales por otro. Según esta idea los hombres (todos) somos sospechosos de ser violadores y las mujeres (todas) son inocentes víctimas que nada tienen que ver con lo que les suceda.

Esta teoría predice que a más denuncias y a más visibilidad social más conciencia se extenderá por todos los rincones de la sociedad y llegará un momento en que los hombres dejarán en paz a las mujeres y dejarán de abusar de ellas.

Los hechos parece que desmienten esta teoría y le dan la razón a la [teoría del copycat...](#) Esta teoría enfatiza el carácter de contagio de este tipo de actitudes violentas. La excesiva visibilización que se da en los medios, la televisión y los informativos con una enorme cantidad de detalles biográficos de la vida corriente de estas personas “da ideas” a otros que siguen su pasos, no sólo en el crimen planeado sino también en la forma en que se lleva a cabo. Este fenómeno que se ha estudiado mucho en los casos de suicidio y que se conoce con el nombre de “efecto Wherter” es calcado del efecto *copycat* y que permite predecir que a menos visibilidad mediática de estos crímenes estos disminuirían.

De manera que estar en contra de la teoría de la visibilización no es ponerse al lado del secretismo sino del contagio social. Las víctimas han de ser atendidas por policías, jueces y psicólogos pero no por periodistas ni mucho menos por políticos. Es difícil entender la publicidad que se da a este tipo de casos tan truculentos que estamos acostumbrados a ver en los informativos y qué ventaja pedagógica puede existir en la divulgación de sus detalles.

Hay muchas opiniones sobre qué podemos hacer para disminuir las agresiones sexuales pero tengo la impresión de que se trata de un “*wicked problem*” es decir de un problema complejo que no admite soluciones simples y que como buen problema endemoniado parece empeorar con cada solución propuesta. La solución más sensata aparentemente es la pedagógica: enseñar desde la escuela a no abusar de nadie y mucho menos de los más débiles. Esta solución que curiosamente es la que funcionó durante décadas se encuentra hoy en franco retroceso por varias razones. La principal es la idea de la igualdad, **una igualdad basada más en el género que la condición de ciudadano**. Los chicos en la escuela y movidos por esa idea de igualdad tienden a maltratar o acosar igual a las chicas que a los chicos más débiles (y lo mismo sucede con ellas) y como al parecer esos abusadores de patio de colegio no desaparecen por más que lo deseemos, lo cierto es que cada vez los acosos son más frecuentes y más graves, sobre todo desde que han aparecido nuevas formas de acoso como las redes sociales.

Otra de las ideas interesantes puede verse [en este video de Ted](#):

Lo que propone Jackson Katz para resolver las agresiones o abusos sexuales es superar el énfasis en la diada víctima/perpetrador y pasar a un enfoque donde los hombres tomen a cargo este problema que según él solo afecta a los hombres. Se trata de un asunto de hombres, dice.

Esta idea es calcada del programa Kiva que recientemente se ha implantado en las escuelas finlandesas

con un -dicen- gran éxito. Se trata de convertir a los “espectadores inocentes” en agentes del cambio. Los niños que presencian abusos en la escuela no deben mirar hacia otro lado, sino que han de participar en desactivar estas agresiones. Pero el entorno de un aula no es el mismo de la vida real: siempre habrá agresiones sexuales (de hombre a mujer u a otro hombre) del mismo modo que siempre habrá mujeres que tratarán de eludir su responsabilidad con denuncias falsas o que tratarán de beneficiarse de su posición de ventaja sea sexual o sea en el ámbito familiar.

La ventaja de este programa es que elude centrarse y enfocar el problema tanto en los abusos como en sus víctimas, traspasando el relevo a esa masa crítica de personas que “miran y saben pero no ven”. Es desde luego una buena idea pero en el caso -y ahora vuelvo al video de Katz- fiarlo todo al concurso o a la pedagogía de los hombres no me parece una buena idea. ¿Por qué los hombres?

Poner el énfasis del cambio de este tipo de actitudes en los hombres es una gran ingenuidad que parece relacionarse más con un castigo infantil: “ponerlos cara a la pared” que con una estrategia bien pensada y que funcione a largo plazo

Antes de seguir con mis argumentos me gustaría intercalar un axioma sobre la conducta masculina: *“El abuso, la intimidación y la amenaza son parte del repertorio de tácticas empleadas en situaciones competitivas de los hombres”*. Dicho de otra manera el cerebro masculino está cableado para la rivalidad con otros machos, es decir para la rivalidad intrasexual.

Algo que podemos ver crudamente en las interacciones de los chicos en la escuela y luego más sutilmente en otras escalas como en el mundo del trabajo, del deporte o explícitamente en la guerra. La pregunta que viene a continuación es ésta: ¿por qué los hombres desvían hacia las mujeres esa hostilidad cableada para lograr un puesto en la jerarquía de los hombres? ¿Qué ha sucedido para que las rivalidades intrasexuales se proyecten en rivalidades extrasexuales y se conviertan en ese acoso detestable que algunos hombres llevan a cabo con sus parejas?

Otra razón es que las mujeres han dejado de ser consideradas “intocables” y han pasado a verse como rivales intrasexuales en una especie de ceguera sexual. De hecho la mayor parte de agresiones de hombres hacia mujeres se realizan por hombres que ocupan un bajo lugar en la jerarquía social (y tampoco sabemos cuántos de ellos son españoles o extranjeros), **los vencidos o perdedores en la competencia agonística con otros hombres son los adultos más peligrosos para las mujeres**. En suma los hombres derivados de sexo y oportunidades, peor si pertenecen a etnias o culturas donde la mujer no es vista como un sujeto de derechos.

Por otra parte y como es obvio el hombre ha de disponer de más iniciativa que la mujer para conseguir

emparejarse de tal modo que es previsible que exista mas acoso (más insistencia) del hombre hacia la mujer que de la mujer al hombre, pero de todos modos lo que es previsible es que existan más hombres que mujeres que son víctimas de otros hombres. Concretamente en 2014 hubo en España 324 asesinatos (el 64,7 de los asesinados eran hombres) y solo 53 mujeres fueron asesinadas por sus parejas o exparejas. Con respecto a la violación no he encontrado cifras oficiales y si muchos posts donde se da por cierto que en España se produce una violación cada 8 horas y una suposición gratuita: solo una violación de cada cinco se denuncia. Lo que no sabemos (si no se denuncian) es de donde salen estas cifras. [Aquí hay una web sobre el tema.](#)

Dicho de otro modo\_ los valores patrifocales fueron protectores para las mujeres de tal forma que lo que estamos viendo hoy no es sino la consecuencia del colapso de estos valores patrifocales.

Pero hay mujeres que ya no quieren ser protegidas, quieren ser tratadas como iguales por los hombres, no quieren ser menores de edad como sus madres y se oponen a cualquier solución que pase por una vuelta atrás en el sentido de una educación diferenciada en la escuela, del signo que caracterizó a nuestra generación, donde se nos enseñaba: “a las chicas ni tocarlas”.

Es por eso que [Kingsley Browne](#) que es un profesor de leyes y que incorpora ciertas intenciones de psicólogo evolucionista en sus trabajos, ha escrito una serie de artículos y de libros esenciales para comprender el tema del acoso, sobre todo en el ambiente laboral del que es, por su profesión, experto.

Y que comienza con una declaración polémica y en cierto modo provocadora: **“Los hombres acosan sexualmente a las mujeres, porque ya no son sexistas”**. En otras palabras, los hombres no están tratando a las mujeres de manera diferente a como tratan a otros hombres pero legalmente sucede lo contrario: **los hombres acosan a las mujeres precisamente porque no hay discriminación entre hombres y mujeres.**

La solución más sensata es repensar [qué es eso de la igualdad sexual](#). Es decir una igualdad que tenga en cuenta las diferencias biológicas, las estrategias que cada sexo pondrá en marcha para maximizar sus resultados, las diferentes expectativas respecto al sexo que tenemos hombres y mujeres, sobre todo en el corto y largo plazo y sobre todo enseñar donde están los riesgos y los peligros que una mujer debe saber evitar cuando se encuentra sola: en suma aprender a discriminar los entornos seguros de los inseguros y sobre todo aprender a gestionar sus emociones y a no lanzar mensajes contradictorios en sus juegos de seducción. El No o el Sí, son mensajes que en gran parte de las ocasiones no son verbales.

Para terminar este post donde he tratado de resumir algunas consideraciones sobre las paradojas de la igualdad me gustaría añadir algunas recomendaciones que da Judith Herman en su libro esencial

“Trauma y recuperación” para la autoprotección de las mujeres:

*“La mayor parte de la gente se arriesga sin necesidad, con frecuencia las mujeres corren riesgos ingenuamente, ignorando el peligro o mostrándose rebeldes y desafiando el peligro. La mayoría de las mujeres no reconocen el grado de hostilidad masculina hacia ellas y prefieren pensar que la relación entre sexos es inofensiva. También les gusta pensar que tienen más libertad y un estatus más alto del que tienen en realidad. Una mujer es especialmente vulnerable a la violación cuando actúa como si fuera libre, cuando no respeta las restricciones convencionales sobre vestido, movilidad física e iniciativa social. Las mujeres que se comportan como si fueran libres a menudo son descritas como “seltas” o “ que no significa sólo a que no están atadas sino a que son provocativas sexualmente.”*

En el próximo post analizaré porqué este tipo de mujeres son el blanco preferido por algunos hombres.

Desde el punto de vista médico-legal la violación es un método coercitivo mediante el cual el perpetrador accede a copular con alguien contra su voluntad. Implica además la penetración, vía vaginal, anal o bucal. Y la manera en que se produce esta coerción está relacionada con el despliegue de cierta violencia y/o intimidación. Dicho de una manera más jurídica para que exista violación es necesario que no exista “consentimiento”. El consentimiento anula la violación, sin embargo la reacción de la mujer ante un intento de violación puede asimilarse a la congelación de la que [hablé aquí](#), y esa congelación no implica consentimiento sino una reacción extrema al miedo.

Sus víctimas más frecuentes son mujeres, jóvenes (entre 13- 20 años), precisamente aquellas más sensibles a la traumatización. La violación también puede darse en hombres sobre todo en entornos carcelarios y tiene distintos efectos según las víctimas siendo el desarrollo más probable el TEPT (el trastorno por estrés postraumático).

Existen pocos estudios naturalísticos sobre la violación y probablemente esta ausencia tenga que ver con la repugnancia que recubre todo lo relacionado con esta forma de coerción grave. Se trata de una acción muy traumática para la persona que la recibe y que deja secuelas psicológicas importantes, muy parecidas al síndrome del superviviente en entornos militares. La mujer violada no solo es violada sino que en cierto sentido ha sido deshonrada y su credibilidad social puesta en entredicho. Los sentimientos de culpa y vergüenza forman parte casi obligada del acompañamiento sintomático de la violación, así como los sentimientos de ira, la búsqueda de reparación y la desconexión.

En el estudio natural que propongo y que encabeza este post, Thornhill y Palmer hacen un recorrido acerca del tópico desde un punto de vista evolucionista (y recordando a los lectores la diferencia que existe entre [causa próxima y causa remota](#)) tratando de responder a las siguientes preguntas:

¿Por qué los violadores suelen ser hombres jóvenes?

¿Por qué las víctimas suelen ser mujeres en edad fértil, usualmente jóvenes y postpuberales?

¿Por qué las secuelas son más graves en mujeres con poca experiencia sexual y menos grave en las que tienen mayor experiencia?

¿Por qué las secuelas son más graves en el caso de las mujeres que no se defienden o se oponen por quedar congeladas, que aquellas que se resisten y pelean?

¿Por qué la violación es una conducta que podemos observar en cualquier cultura?

¿Están relacionadas la violación y la guerra?

Todas estas preguntas en clave evolucionista nos hacen dirigir la mirada hacia un lugar, allí donde la crueldad, el sadismo, la humillación del adversario y las estrategias de apareamiento se dan cita en una especie de metaestesia abstracta que nos permite especular sobre la idea de que los programas de reproducción y los agresivos son posibles adyacentes.

## La selección sexual.-

La **selección sexual** es un concepto clave de la teoría de la evolución acuñado por Charles Darwin en su libro El origen de las especies para explicar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios en los seres vivos que parecían no responder a la selección natural, es decir, a la supervivencia del mejor adaptado.<sup>1</sup> En líneas generales, postula que ciertos rasgos presentes son el resultado de la competencia entre individuos de un mismo sexo por el acceso a la cópula (selección intrasexual) y de la selección por parte de uno de los sexos, usualmente las hembras, de individuos del sexo opuesto (selección intersexual) .

Dicho de otra manera, la selección sexual introduce en la selección natural otra variable: el gusto o preferencia de un sexo cuando elige pareja. Las plumas aparatosas del pavo real (selección basada en el hándicap) son un ejemplo que suele ponerse siempre como paradigma de esta conducta de predilección de las hembras de una especie, también la habilidad de tilonorrinco (el pajarero jardinero). Los machos también provocan cambios morfológicos en las hembras de su especie sobre todo cuando están muy cotizados (cuando la sex ratio les favorece). Se entiende que la neotenia, es decir la persistencia de rasgos infantiles en las hembras de nuestra especie procede de la selección sexual y en sentido contrario: la minimización de la agresividad de los machos –la autodomesticación– sería también el resultado de la selección sexual.

La idea fundamental de Thornhill y Palmer sobre la violación, es decir sobre el coito forzado, es que

se trata de una adaptación ancestral. Puesto que es la hembra de nuestra especie la que elige con quién copular y emparejarse, la contraestrategia de los machos -la violación- rompería con la anterior imponiendo un nuevo orden reproductivo. Los machos violadores tendrían un mayor éxito reproductivo (en entornos ancestrales) y por lo tanto habría habido una selección positiva de esta conducta.

Para reflexionar mejor sobre el éxito reproductivo de los machos violadores o al menos polígnicos, vale la pena [leer este post](#) donde nos recuerdan que la mitad de la población europea procedemos de un señor de la guerra del neolítico que acumuló para sí varios cientos de mujeres.

Entre los agresores sexuales se ha señalado (Malamuth 1996), **la depravación sexual** como un factor causal de la agresión. Los hombres prefieren mayoritariamente las relaciones sexuales a corto plazo y es precisamente en ese terreno donde tienen problemas de agresión con sus parejas quizá debido a que sus estrategias de preferencia (el corto plazo) les lleva a sufrir dificultades periódicas en el acceso sexual, al que las mujeres por lo general no acceden fácilmente.

Otros por el contrario no tienen problemas en encontrar parejas eventuales pero si los presentan a la hora de **retener** a sus parejas que sólo consiguen mediante la intimidación. Todo parece indicar que las estrategias a corto y a largo plazo en la seducción de parejas difieren en relación con el sexo y se trata de un programa filogenético distinto a la retención de la pareja a largo plazo y que identifica dos grupos distintos de machos maltratadores.

Ambos patrones parecen corresponderse con dos dimensiones de la personalidad entre los hombres: al primero le llamaremos modo indiferenciado, se caracteriza por el énfasis que realizan en su búsqueda de contactos sexuales a fin de mantener su autoestima y la medida de éxito con sus pares, al segundo le llamaremos hostil, combina inseguridad, hipersensibilidad, celos y un placer en dominar sobre todo a las mujeres.

Los dos modelos, sobre todo el segundo tienden a acumular decepciones y una historia de rechazos por parte de las mujeres en el corto plazo. Los hombres que acumulan este tipo de percepción de humillaciones y manipulaciones en su historia relacional con mujeres tienen más riesgo de resultar agresivos con ellas dado que han llegado a inhibir la empatía y la simpatía necesarias que son los afectos que inhiben la agresión en el ser humano.

Dicho de otra manera: los hombres son hostiles con las mujeres por dos razones, 1) por el rencor derivado de la depravación (el rechazo) en el corto plazo y 2) por celos, posesividad y expectativa de engaño en el largo plazo, y que como [señalan Daly y Wilson](#), los celos provocan en los hombres

reacciones patológicas y patologías más intensas que en las mujeres. Y que diferencian dos grupos de ofensores sexuales:

- 1.- Aquellos que suelen ser desconocidos para la víctima y que representarían a los violadores **por rencor** hacia las mujeres en general. Y que además suelen actuar en grupo.
- 2.- Aquellos que son conocidos para la víctima y a veces parejas institucionales. La violación en estos casos no responde a las mismas causas que en el caso anterior sino a **los celos** o posesividad.

## **Narcisismo y estupidez.-**

La palabra “narcisismo” está envuelta en un halo de incomprendibilidad. La mejor forma filosófica de entenderla es a través del concepto de solipsismo. Una persona narcisista es aquella que cree que solo existe su propio Yo, en el mundo, que solo cuentan sus necesidades y que el otro no existe.

No se trata de que el narcisista no sepa que el otro existe, es algo más sutil, simplemente no le ve como alguien que tiene sus propios deseos, sus propias necesidades y su propia subjetividad, podríamos decir que el narcisista cosifica a los demás a los que percibe como simples apéndices de sí mismo. En un [post anterior](#) sobre este tema rotulé el narcisismo como una estructura, una matriz. No se trata de una enfermedad, ni de una patología individual, ni de una avería del cerebro, es en cualquier caso un repliegue sobre la propia subjetividad, un solipsismo emocional. Es, en todo caso una enfermedad - una anomalía- moral, no médica.

Todos somos en algún sentido narcisistas, pues el narcisismo es necesario como “guardián de la vida”, el amor propio es absolutamente necesario para preservar no solo la vida sino también la identidad, el sentirse como alguien desgajado del común, separado del magma de lo mismo.

Del narcisismo brotan las grandes patologías del carácter y también todos los aspectos psicológicos de la maldad que rompen con la idea médica de enfermedad, donde es el sujeto doliente el que sufre, aquí el sufrimiento se exporta, se proyecta. La psicopatía es un trastorno narcisista, probablemente el más grave pero no todos los narcisistas son psicópatas. Para hablar de psicopatía es necesario que se cumpla la [triada oscura](#).

Para ser un violador no es necesario ser un psicópata, aunque si es necesario poseer algún grado de narcisismo patológico que anule las inhibiciones que nos llevan a respetar la integridad física de los demás. Para ser un violador es necesario admitir en la ecuación otras dos variables: **la agresividad**, pues no hay violación sin agresión y la **estupidez**, pues la violación no es una estrategia reproductiva evolutivamente estable en la actualidad. El sexo consensual ha cerrado ya la grieta entre estrategias

reproductivas entre hombres y mujeres y es por eso que la teoría de Thornhill y Palmer responde a la causalidad última (ancestral o distal) pero ya ha dejado de ser una estrategia eficaz desde el punto de vista del *fitness*.

La estupidez en su grado máximo se alcanza como podemos ver en [esta noticia](#) acerca de la violación en grupo de cinco muchachos durante las fiestas de San Fermin, cuando estos mismos perpetradores graban en video su delito. Podemos observar aquí dos cuestiones, la primera es que el grupo sirve para diluir la responsabilidad individual y como el exhibicionismo narcisista puede llevar a cometer el gran error, dejar constancia de la autoría de un hecho así. La tercera consideración es la nula empatía frente a la víctima a la que se la trata como un desechable.

La violación en este sentido tiene un aspecto de espectáculo lo que nos lleva a dudar del propósito puramente sexual de la misma y nos lleva a otro registro: al de la notoriedad.

[¿Puede la notoriedad volvernos locos?](#)

## **24.-Abusos encubiertos.**

Hasta ahora en esta serie sobre el trauma he hablado de los abusos graves, objetivables y groseros o bien eventos de la vida que por su intensidad o persistencia supongan graves estresores y desarrollos ulteriores de patologías usualmente graves y resistentes al tratamiento. El lector sagaz habrá ya comprendido que además de la intensidad hay otro factor enmarañado que se enreda con esta comprensión de lo traumático y que es de orden político: lo traumático no se ha reconocido de forma natural hasta que ciertos cambios sociales han venido en nuestra ayuda para ayudar a reconocerlos.

Así, la traumatización de la histeria no fue reconocida hasta que la femineidad y la sexualidad femenina no obtuvieron carta de reconocimiento. Lo mismo sucedió con las neurosis de combate y con los supervivientes de ciertas catástrofes. Así mismo y hasta que la infancia no fue reconocida como objeto de derecho, el maltrato a niños no fue reconocido como fuente de estrés traumático.

Pero todavía existen parcelas de lo traumático en discusión. Se trata de las parcelas que tienen que ver con la crianza y que conocemos como estragos parentales, en los que creemos aquellos que como yo tienen una formación psicoanalítica. Hay daños tan sutiles que escapan a la mirada psiquiátrica convencional, pues todo aquello que tienda a culpabilizar a las madres está hoy más que nunca destinado al olvido: conceptos como la “madre-nevera” (Kanner), “la madre narcisista”, “la madre esquizofrenógena” (Sechehaye), la madre perversa (Rosen), son constructos psiquiátricos que han pasado al museo de los horrores de la psiquiatría, al tiempo que cada vez más surgen nuevos estudios

como [estos de Judith Harris](#) que vienen a decir que “la crianza no tiene ningún efecto sobre la personalidad de nuestros hijos”, algo absolutamente cierto en el nivel de lo grosero pero que es absolutamente falso en el nivel de las sutilezas de la salud mental puesto que ningún hermano en un determinado entorno familiar -y aunque compartan el mismo ambiente- están sufriendo a la misma madre (o padre) ni ocupan en su deseo el mismo lugar. Dicho de otra manera, el medio ambiente compartido no existe más que como una atmósfera gruesa común o espíritu hegeliano familiar.

## **La verdad sobre Blancanieves.-**

### *La trama*

Érase una vez en un país muy lejano que vivía una bella princesita llamada Blancanieves, que tenía una madrastra, la reina, muy vanidosa.

La madrastra preguntaba a su espejo mágico y éste respondía:

– Tú eres, oh reina, la más hermosa de todas las mujeres.

Y fueron pasando los años. Un día la reina preguntó como siempre a su espejo mágico:

– ¿Quién es la más bella?

Pero esta vez el espejo contestó:

– La más bella es Blancanieves.

Entonces la reina, llena de ira y de envidia, ordenó a un cazador:

– Llévate a Blancanieves al bosque, máatala y como prueba de haber realizado mi encargo, tráeme en este cofre su corazón.

Pero cuando llegaron al bosque el cazador sintió lástima de la inocente joven y dejó que huyera, sustituyendo su corazón por el de un jabalí.

Blancanieves, al verse sola, sintió miedo y lloró. Llorando y andando pasó la noche, hasta que, al amanecer llegó a un claro en el bosque y descubrió allí una preciosa casita.

Entró sin dudarle. Los muebles eran pequeñísimos y, sobre la mesa, había siete platitos y siete cubiertos diminutos. Subió a la alcoba, que estaba ocupada por siete camitas. La pobre Blancanieves, agotada tras caminar toda la noche por el bosque, juntó todas las camitas y al momento se quedó dormida.

Por la tarde llegaron los dueños de la casa: siete enanitos que trabajaban en unas minas y se admiraron al descubrir a Blancanieves.

Entonces ella les contó su triste historia. Los enanitos suplicaron a la niña que se quedase con ellos y Blancanieves aceptó, se quedó a vivir con ellos y todos estaban felices.

Mientras tanto, en el palacio, la reina volvió a preguntar al espejo:

– ¿Quién es ahora la más bella?

– Sigue siendo Blancanieves, que ahora vive en el bosque en la casa de los enanitos...

Furiosa y vengativa como era, la cruel madrastra se disfrazó de inocente viejecita y partió hacia la casita del bosque.

Blancanieves estaba sola, pues los enanitos estaban trabajando en la mina. La malvada reina ofreció a la niña una manzana envenenada y cuando Blancanieves dio el primer bocado, cayó desmayada.

Al volver, ya de noche, los enanitos a la casa, encontraron a Blancanieves tendida en el suelo, pálida y quieta, creyeron que había muerto y le construyeron una urna de cristal para que todos los animalitos del bosque pudieran despedirse de ella.

En ese momento apareció un príncipe a lomos de un brioso corcel y nada más contemplar a Blancanieves quedó prendado de ella. Quiso despedirse besándola y de repente, Blancanieves volvió a la vida, pues el beso de amor que le había dado el príncipe rompió el hechizo de la malvada reina. Blancanieves se casó con el príncipe y expulsaron a la cruel reina y desde entonces todos vivieron felices.

*Las pistas sobre el trauma de Blancanieves*

## **La madastra y el espejo.-**

La madastra es un personaje que aparece repetidamente en los cuentos de hadas y las versiones que tenemos de ellos han sido edulcoradas por la factoría Disney a fin de aparecer como políticamente correctos. Es obvio que las madastras no quieren a sus hijastros tanto como sus madres verdaderas pero también es cierto que las madres verdaderas pueden no querer en absoluto a sus hijos y/o resultar tóxicas para algunos de ellos, de manera que el recurso a la madastra es una concesión literaria que el autor lleva a cabo para que el cuento sea digerible para los niños.

La verdad del asunto es que los padres y más intensamente la madre se encuentra protegida (del sexo y la agresión) por un arcaico e intenso tabú. Si descontamos el aún más antiguo tabú de alimentarse de carne humana o del [tabú del incesto](#), la madre es una de las figuras más protegidas por todas las culturas. Se trata de un tabú universal común a nuestra especie.

La maternidad está recubierta de un halo sagrado y goza de una protección pública y privada superior a la que gozan los niños. Los hijos siempre están en un segundo plano con respecto a la madre, a la madre se le supone un origen arcangélico a la que en sus desvelos solo se puede pagar con veneración.

Y es precisamente esta **veneración forzada** que los hijos tienen con sus padres la responsable del sufrimiento y de la locura de aquellos miembros de nuestra especie que han tenido la mala suerte de

tener padres tóxicos. Pero el daño no procede tanto de la necesidad sino de la obligatoriedad de amar a los padres, de venerarlos, honrarles y respetarles, incluso a aquellos padres que nos abandonan, nos maltratan o nos hieren.

Vemos que la madrastra de Blancanieves es una mujer que mantiene con el espejo una relación narcisista. Él le devuelve su propia imagen admitiendo que es ella la más bella del reino hasta que alguna otra (su propia hija) le arrebatara este título. Vemos que es la envidia el motor de su venganza.

## **El corazón y el cazador.-**

Pero la hija crece y se convierte en una amenaza para el espejo que siempre nos dice la verdad. La envidia de la madre es la razón por la que decide deshacerse de la muchacha, para ello pide la ayuda de un cazador que la llevará al bosque y allí le dará muerte, devolviéndole a la madrastra como prueba el corazón de Blancanieves.

Arrancarle el corazón a alguien es como convertirle en un zombi, sustraerle su humanidad, en forma de emociones o de afectividad. Es lo que les sucede a las víctimas de una madre narcisista. Una imposibilidad de reconectarse con lo humano.

Afortunadamente el cazador se apiada de ella y la abandona a su suerte en el bosque llevándole a la madrastra como prenda el corazón de un jabalí

## **El exilio y la desconexión de Blancanieves.-**

Es entonces cuando Blancanieves queda sola en el bosque y llora y siente miedo: se ha coagulado su síndrome postraumático, que la lleva a vagar e aquí para allá sin rumbo, desconcertada de todo y de todos. Nadie viene en su ayuda hasta que un día se encuentra en un claro del bosque una cabaña poblada por seres diminutos.

## **Los enanitos.-**

Los enanitos son una metáfora de aquellos que viven en los bordes del sistema, otros exiliados del mundo de los humanos, quizá supervivientes de otros traumas o de otras exclusiones. Son ellos el único apoyo que encontrará Blancanieves, son ellos quienes la toman a su cargo, pues parecen entender todo lo que ha sufrido.

## **La anciana y la manzana.-**

Llegan a palacio noticias sobre el verdadero destino de Blancanieves y la madrastra se empeña en terminar y esta vez por sí misma. El espejo vuelve a devolverle el dato rechazado: Blanca nieves aún está viva. La madrastra no olvida y persiste en su deseo de deshacerse de su rival.

Es factible que el perpetrador parental se presente “camuflado” bajo el disfraz psicológico de alguien inofensivo, amable, pacífico, con una moral intachable, incluso puede mostrarse interesado en ayudar a su víctima. La madrastra se convierte en una indefensa anciana, tan pero tan buena que le ofrece una sabrosa manzana – la culpabilidad en nuestra cultura occidental-. Cuando la víctima muerde el “anzuelo de la culpabilidad”, se “paraliza” (Blancanieves quedó como muerta dice el cuento).

La parálisis o la congelación traumática típica de la víctima deriva del modo enloquecedor con que actúa quien acosa: bajo apariencia de hacer el bien, lleva a su víctima a que se crea culpable de algo que existe sólo en la mente del primero. El acosador necesita para sus planes una víctima paralizada por la culpabilidad, ya que así, le será más simple victimizarla.

## **El príncipe y la redención de Blancanieves.-**

El príncipe es quien deshace el hechizo y lo hace con un beso, tal y como sucede en otros cuentos de los Grimm. Una especie de despertar que solo puede llevarse a cabo a través de un vínculo amoroso y que sea capaz de restablecer las conexiones con lo humano y reparar las heridas emocionales que proceden del estrago materno.

## **Los estragos maternos.-**

En un [post anterior](#) ya advertí que los daños recibidos durante la infancia podrían proceder tanto del padre como de la madre, pero los estragos son infinitamente mayores cuando proceden de la madre, pues es la madre el objeto de las relaciones más tempranas allí donde se establecen las primeras improntas relacionadas con el cariño, la protección, la predictibilidad, la confianza, la contención, el alivio y la voluptuosidad.

Pero la variable crítica de estos estragos no procede del hecho de que las madres sean en su conjunto más perversas que los padres, sino que es la madre la que se encuentra más protegida por el tabú, probablemente porque la prohibición de dañar a la madre (o de cohabitar con ella) son más antiguos que el reconocimiento de la paternidad. Así y todo es cierto que el padre también se encuentra protegido por otros tabúes esenciales, más concretamente por el **tabú del parricidio** tan ligado al “Complejo de Edipo” descrito por Freud en “[Totem y tabú](#)” y otros textos. Es posible afirmar que la cultura humana nace con la aceptación de este segundo tabú: el del parricidio que se forjó sobre los restos arcaicos de un tabú primigenio, la prohibición del acceso a la posesión (sexual) de la madre.

Los daños de las madres (y de los padres) proceden del uso transgeneracional de la proyección, la idealización, o la negación, lo que la madre disoció o ignoró de sus propios padres lo proyectará en la siguiente generación. Es posible afirmar que el uso de los distintos mecanismos de defensa está

relacionados con el deseo de no-saber, de seguir ignorando lo que el cuerpo ya sabe pues aquello que **no se integró vive disociado en el cuerpo**. Y es a través de la proyección que podemos librarnos de los efectos perjudiciales de lo escindido. El uso de la proyección frente a los hijos protege a las madres del sufrimiento, de la enfermedad e incluso de la muerte. Es por eso que algunos prefieren matar a saber.

## 25.-El duelo traumático.

Consideramos que el duelo es un proceso fisiológico, necesario y absolutamente normal. Se trata de un proceso de adaptación a una pérdida, usualmente una pérdida que se refiere a una persona querida, un familiar, un amigo, un hijo o un progenitor. Pero también podemos utilizar la palabra “duelo” para significar otro tipo de pérdidas abstractas, una posición, un trabajo, un entorno o incluso un duelo por una infancia, por un tránsito, por cualquier tipo de cambio, incluyendo los cambios de domicilio (depresión de mudanza). Por último también están sujetos a procesos de duelo las pérdidas motóricas o la pérdida de integridad del cuerpo o su funcionalidad, sin olvidar los procesos oncológicos con o sin amputaciones (como la mama) y los mismos diagnósticos médicos.

Es obvio pues que todo trauma lleva consigo un duelo, un dolor. Pero para que haya duelo es necesario que se cumplan las siguientes condiciones:

- Es necesario que se reconozca la pérdida.
- Es necesario que se reconozca que esa pérdida es algo valioso y significativo.
- La pérdida es irreversible.
- Es necesaria la sanción social, es decir que haya testigos que ayuden a soportar el dolor.

De manera que en algún tipo de situaciones el duelo no puede completarse por la falta o déficit de alguno de estos ítems. ¿Qué sucede con el duelo de una mujer o un niño cuyo padre se ha dado por desaparecido en la guerra? ¿Qué sucede cuando alguien desaparece pero no existe cadáver que haga la muerte literal? ¿Qué sucede cuando en ciertos entornos las víctimas no reciben el apoyo social pertinente como sucedió con algunas víctimas de ETA en el país vasco?

Y hay otras posibilidades para que un duelo pase a convertirse en un trauma por sí mismo, de las que hablaré más abajo.

## El trato con los muertos.-

Quiero ocuparme ahora de otra diferencia que me parece trascendental y es el trato que damos a la muerte y al vínculo con los antepasados. Hace poco tiempo me contaba una muchacha rumana los

conflictos que le genera la integración de los valores de su familia con su entorno actual, el entorno que vivimos hoy en nuestro país.

En los países del este el duelo no es una tarea individual como sucede aquí en nuestro entorno sino que es un trabajo colectivo, un trabajo que implica a todos los miembros de la familia y de la comunidad, vecinos y conocidos. El trabajo de recuerdo de los difuntos es un trabajo periódico, que es en cierta forma inacabable: no solamente hay que velar al muerto en su propia casa durante dos o tres días sino también festejar con manjares a los que se invita a todos los que asumen esta tarea colectiva, en ciertos periodos: a la semana, al mes, a los tres meses, al año y más allá de él.

Según la muchacha rumana que entrevisté lo que aquí llamamos “duelo complicado”, una forma de depresión que no existe en su país. Es muy probable que no exista con la malignidad que se presenta en nuestro entorno según casos, lo que es seguro es que el trabajo de duelo no es individual sino colectivo y atañe a todos. No se trata de olvidar a nuestros muertos y no pensar más en ellos, sino recordar y sobre todo comer. El banquete funeral me parece la clave de este fenómeno, pero para entender qué es lo que nos comemos en un funeral no tenemos más remedio que retomar algunos conceptos del psicoanálisis y del chamanismo.

Lo que es seguro es que nuestro individualismo está muy relacionado con los sufrimientos mentales que nos complican nuestro estilo opulento de vida.

## ¿Incorporar o introyectar?-

Se trata de dos mecanismos bien distintos, el primero descrito por Melanie Klein y el segundo por Sandor Ferenczi y son los precursores ontogenéticos de la identificación. Mientras la introyección consiste en apropiarse de un rasgo, habilidad, una conducta, una manera de hablar, una profesión de alguno de nuestros modelos de referencia, la incorporación es un mecanismo que implica la boca y que está relacionado con comer, tragar o hablar. La incorporación tiene un pálpito canibalístico y tiene como resultado una apropiación indebida, bien distinta a la introyección que es algo muy cercano a la imitación simbólica de algo. La incorporación es literal (en realidad una anti-metáfora) mientras que la introyección es una metáfora.

Mediante la incorporación lo que hacemos es mantener vivo al muerto, y lo hacemos enterrándolo en una cripta, es por eso que Abraham y Torrók han hablado del **fantasma en la cripta**.

**A veces no enterramos a nuestros muertos sino que los escondemos.** Y sucede con más frecuencias cuando los sentimientos de deuda o de culpa nos fijan a objeto perdido.

Es por eso que:

*“Cuando alguien muere sin que un trabajo o duelo le haga llegar a las puertas de la Gran Luz, entonces se crea, entre el muerto y los vivos, esta entidad relacional denominada **fantasma**, que les permite, a los dos, seguir viviendo juntos, aunque ilusoriamente. Sin embargo transmitirse de generación en generación, esta entidad relacional se va convirtiendo en patógena, porque no está al servicio de los proyectos de los vivos, sino de los que el muerto no ha podido realizar.”*

*Pasaje de: Patrice Van Eersel & Catherine Maillard. “Mis antepasados me duelen.”*

De modo que la incorporación lo que hace es mantener vivo al fantasma con todos sus proyectos inconclusos, una entidad relacional entre los vivos y los muertos y es por eso que la prevención del duelo consiste en obligar a los vivos a devorar a los muertos y convertirlos en materia fecal. Es así como se expulsa al fantasma y no mediante el silencio o agrandando la cripta.

## **¿Por qué un duelo puede convertirse en algo traumático?**

Contaba Freud en “Duelo y melancolía” que la causa más frecuente por la que un duelo se convertía en depresión era a causa de la identificación con el finado. Algo así como que nos identificamos de tal modo con el muerto que nos negamos a desprendernos de ese recuerdo que vuelve y vuelve a nuestra conciencia que no deja de reexperimentar el recuerdo traumático, no podemos dejar de pensar en él y solo nos alivia el hecho de hablar sobre los detalles de su pérdida. Nótese que hablar, comer y tragar están relacionados semánticamente. Hablar es una forma de expulsar por un orificio que no es el natural para el desprendimiento.

Decía Freud que el sentimiento de culpa o de deuda son las principales razones por las que un duelo no se elabora de forma fisiológica. Hay pues en la mayoría de casos cuentas que ajustar que no pudieron ser saldadas. Pues no hay que olvidar que deuda y culpa están relacionadas semánticamente. El deudor es culpable decía Nietzsche.

Otra de las razones por las que un duelo puede convertirse en un acontecimiento traumático es por acumulación de duelos anteriores no resueltos o no-elaborados y por supuesto las pérdidas colectivas o aniquiladoras en accidentes de tráfico o catástrofes naturales o bélicas con múltiples víctimas, peor aún si existen lesiones que comprometen la integridad corporal.

## **El caso de Lola.-**

En un post anterior ya [hablé del caso de Lola](#) y me referí a él como un caso de “duelo por poderes”. Significa que a veces en el seno de una familia, un individuo puede tomar a su cargo el duelo que otros

miembros niegan llevar a cabo y ofrecerse virtualmente como chivo expiatoria de la culpa familiar. Naturalmente este tipo de duelos suponen una carga adicional, en la que un individuo lleva a cabo un proceso inacabable e imposible de finiquitar si no se esclarecen sus razones.

Decía en aquel post que:

La depresión por poderes no está establecida en las clasificaciones psiquiátricas y se refiere a qué un miembro de la familia asume el dolor que le correspondería a otro tal y como propone la teoría sistémica con el rubro “paciente designado”. Un elemento de la familia se erige como “chivo expiatorio” de un dolor que no ha sido explicitado colectivamente, ni asumido por ningún individuo concreto sino que se encuentra vacante de destinatario como aquella carta robada de Edgar Allan Poe (el lector puede visitar [este enlace](#) donde hablé precisamente de la construcción de lo imaginario). ¿Pero por qué Lola asumió el dolor que le hubiera correspondido explicitar a la madre?

Los niños que se crían en ambientes impredecibles tratan de articular su vida en torno a ciertas expectativas y a entornos donde sea posible la predicción de los resultados de sus conductas. No es raro que estas personas desarrollen un carácter ciertamente perfeccionista o hiperresponsable, rígido, ordenado, exigente u obsesivo. Han aprendido a parar el movimiento de las cosas de tal modo que los virajes inesperados sean poco probables. Viven en la realidad pero han logrado detener las consecuencias del cambio implícito en toda realidad psíquica, es así como Lola aparece como un muerto en vida, profundamente desvitalizada y clínicamente deprimida, aunque ni ella ni un observador neutral (en este caso yo mismo) logren encontrar razones para su profunda depresión. Una depresión que no procede de la ambivalencia (aunque pudo haberla) o de la identificación (que tampoco se puede descartar del todo) sino con la necesidad de vivir en un universo estable donde la tristeza de la madre falta y ese es el lugar donde Lola se ubicó: **en esa Falta con objeto de tajarla.**

Es como si Lola hubiera decidido convertirse ella misma en el fantasma en la cripta.

## 26.- Un epilogo.

*El culpable es uno (Mario Benedetti)*

*Meditar, más bien, es repetir una serie de preguntas y avanzar alguna respuesta apropiada sobre qué he hecho, bajo qué ideales, con qué repercusión social, qué secretas intenciones guardo, qué víctimas causé y de qué manera cuido el encanto personal. (F. Colina)*

Aquellos lectores que hayan llegado hasta aquí siguiendo esta serie que he escrito sobre “La traumática

historia del trauma”, es posible que ya hayan comprendido que lo que entendemos por “traumatización psíquica” es algo cambiante, proteiforme, y que en cierto modo es un constructo social acerca de aquellos eventos de la vida que pueden llegar a trastornar a cualquiera en función del uso más o menos individual que hagamos del proceso de disociación.

También habrán comprendido ya que la definición de “trauma” está determinada políticamente y que el reconocimiento del daño infligido a una persona está fuertemente vinculado con nuestra idea de lo humano y también con los sentimientos que se derivan de ese [pilar moral](#) que Haidt ha llamado “daño-cuidado”. Y que es algo que cambia en función del tiempo y del contexto histórico. Algunas personas están fuertemente influidos por este pilar moral, mientras que otras como por ejemplo los psicópatas no han sido capaces de internalizar las conductas pro-sociales que derivan de este pilar moral. Es por eso que vamos a encontrar muchos psicópatas entre los perpetradores.

Pero no es necesario ser un psicópata para causar daño a alguien, cada uno de nosotros, si fuéramos capaces de hacer un examen de conciencia podríamos identificar a quién, cuándo y por qué perpetramos algún tipo de daño, aunque lo que mejor se nos da es reconocer cuando alguien nos dañó a nosotros. Lo cierto es que dañar a los demás y dañarse a uno mismo son dos tipos de conductas bien distintas, curiosamente la mayor parte de la gente tiene más miedo de dañar a los demás que a sí mismo, algo que sucede gracias a la empatía uno de los mejores recursos a nuestro alcance para inhibir conductas agresivas. Y aunque la mayor parte de la gente suele “darse la razón” en este tipo de guerras domésticas o laborales que hemos llevado a cabo, lo cierto es que nadie estamos “libres de pecado” en este sentido. Todos hemos sido alguna vez perpetradores y otras veces víctimas.

## **Víctimas y victimización.-**

Ser víctima de una agresión y aparecer victimizado son dos cosas bien distintas. La victimización es un resorte de nuestra mente que viene favorecido por nuestro entorno. Aparecer como víctima de algo es deseable, mucho más que aparecer como perpetrador. La víctima recoge simpatías sociales, y a veces seguidores para una causa. Pero la victimización tiene otras ventajas psicológicas adheridas: la principal es el mantenimiento de cierta autoestima. En la medida en que el culpable es el otro, yo soy inocente. Esta escisión categorial entre culpables/inocentes es una de las variables que han de abordarse en la psicoterapia de un trauma, puesto que el que divide el mundo en esta dualidad está muy cerca de dividir su mundo psíquico en estas dos totalidades: completamente inocente/completamente culpable. Ellos y yo.

De manera que dos de las cuestiones que han de abordarse -y evitarse- necesariamente en una terapia

del trauma son: la posibilidad de retraumatización que [ya señaló Ferenczi](#) y la victimización. La terapia puede resultar violenta para un paciente psiquiátrico traumatizado por una cuestión: revivir el trauma por sí mismo, es decir recordarlo o simplemente hablar de ello pueden resultar insoportables para algunos pacientes que empeorarán necesariamente con cada intento de ayuda. Pues la terapia en su intempestiva búsqueda de la verdad histórica puede dañar más que beneficiar al paciente, recordemos que el paciente traumatizado quiere seguir siendo completamente inocente, no importa si enfermo.

Algunas personas sienten alivio al contar sus experiencias traumáticas y no encuentran en su entorno la posibilidad de hacerlo, puesto que las personas comunes e incluso los familiares de estas personas acaban por aburrirse de los relatos que les cuentan estas personas necesitadas de escucha. Sin embargo otras personas evitan a toda costa hablar de los detalles de su victimización y nos señalan con el empeoramiento de algún síntoma que hemos cruzado una línea roja.

Naturalmente para las personas que se alivian hablando de su trauma se pueden diseñar distintos encuadres terapéuticos, los más conocidos son los encuadres grupales: grupos de duelo, grupos de agresiones sexuales, grupos de discusión sobre problemas diversos, grupos con distintas temáticas que pueden ser de utilidad para pacientes que comparten una determinada cualidad de sufrimiento. Hablar, es decir compartir relatos es muy útil en un entorno de confianza y de seguridad.

¿Ahora bien qué es lo que los pacientes cuentan?

## Ficciones:

Todo trabajo terapéutico se lleva a cabo a través de la narrativa. El paciente tiene que entender que sus dificultades de hoy están producidas por sus traumas de ayer, sin embargo esta tarea no es nada fácil, pues el paciente solo aspira a no ser culpable y/o a culpabilizar a otros. Muchos pacientes prefieren seguir siendo pacientes psiquiátricos antes que sentirse tragado por la ballena de la culpa, no quieren ser Jonás.

La mayor parte de las personas confunden culpa y responsabilidad y sin asumir la responsabilidad individual no puede nadie llegar a cuidar de sí mismo, no puede haber autodirección sin un horizonte ético de responsabilidad.

La cura de un trauma es una cura moral. No se trata de olvidar o de perdonar, pues el perdón cristiano no es más que una constatación de una superioridad moral. Se trata de redimirse a través de la virtud. Virtud entendida de forma griega como [el arete](#) (Jose Carlos Aguirre). Se trata de renunciar a la venganza y a la visibilidad, se trata de evitar caer en las trampas de la justicia, del reconocimiento y de la querulancia. O al menos evitar que la lógica del sistema jurídico obture las posibilidades de

supervivencia que en cualquier caso son psicológicas.

Para terminar esta serie y a modo de corolario me gustaría acercaros unos párrafos de Fernando Colina, psicoanalista del Pisuerga que en un [artículo de ayer mismo](#) decía:

*“Son sujetos impetuosos, que se sienten siempre víctimas inocentes y les cuesta entender la palabra responsabilidad, que carecen de recursos para disfrutar del goce de la lentitud y de la lujuria de la austeridad, que siempre eligen mal a los amigos y que no conciben proyectos ni someten el deseo a una dosis dulce de voluntad. A estos males los han llamado “trastornos límites”, porque ni siquiera como diagnóstico se atreven a ocupar un lugar. Viven en las fronteras de todas las enfermedades y están llamados a ser los representantes genuinos del destierro del hombre actual.” (Fernando Colina).*

Lo cual viene a decir que la prevalencia de lo traumático viene determinada por la pertenencia a una sociedad sin rumbo donde los límites en la patología mental y el hombre corriente se han difuminado de tal modo que todos podríamos ser considerados víctimas de este estado de cosas, pero pocos estarán dispuestos, a su vez a reconocerse como perpetradores.

Por eso:

*Cada vez habrá menos esquizofrénicos y más gente sin rumbo, hemos aprendido a escindirnos (F. Colina)*

## ***BIBLIOGRAFIA Y LECTURAS ON LINE RECOMENDADAS.-***

1. *Un caso de dolor neuropático. El caso Elisabeth von R.*
2. *Sigmund Freud, 1927, Construcciones en el análisis*
3. **Sigmund Freud Tres ensayos para una teoría sexual**
4. **Teoría de la reactancia**
5. **Van der kolk, Bessel: del espectro del trauma:**
6. **Ernest R. Hilgard “Divided Consciousness. Multiple controls in human thought and action”. 1986.**
7. **Hilgard, E.R. (1984). “The hidden observer and múltiple personality”. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 32, 248-253.**
8. **Hilgard, E.R. (1986). “Divided Consciousness: Múltiple Controls in Human Thought and**

- Actions”. (Versión ampliada). Nueva York: Wiley.
9. **Francisco Orengo; Janet y la disociación:***Extraído de este post de Francisco Orengo.*
  10. **Eitinger, L. (1980).”The concentration camp syndrome and its late sequel” New York: Hemisphere.**
  11. Elisabeth Loftus (1997): “Creando falsas memorias”.
  12. *Herman, Judith Lewis (1997) [1992]. Trauma and recovery: the aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York: BasicBooks*
  13. *Arthur Greene 1978: Factors Contributing to the Generational Transmission of Child Maltreatment*
  14. *Christopher Badcock, 1994: “The new synthesis: Darwin and Freud”. Harper Collins. London.*
  15. Daly M, Wilson MI, Weghorst SJ (1982) Male sexual jealousy. *Ethology & Sociobiology* 3: 11-27.
  16. *Daly y Wilson: “The cinderella effect”*
  17. *René Spitz: “El primer año de vida del niño”*
  18. *Sandor Ferenczi: “Confusion de lenguas”*
  19. *Jay Franke: ““Explorando el concepto de Ferenczi de identificación con el agresor. Su rol en el trauma, la vida cotidiana y la relación terapéutica”*
  20. *James Rhodes: “Instrumental”*
  21. *Scaer R.C. “The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease. The Haworth Medical Press. New York. London. Oxford. 2001.*
  22. *Scaer\_The\_body\_bears\_the\_burden Post extraído de este pdf con traducción de Francisco Orengo.*
  23. *Stephen Porges (1995) . La teoría polivagal en pdf*
  24. *Peter Levine: ¿Cómo curar el trauma? <http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/9CPM1T1-Levine-2001-Curar-el-trauma.pdf>*
  25. *Peter Levine: “Waking the tiger: Healing trauma”*
  26. *Pablo Malo: “La catástrofe de los falsos recuerdos” <https://evolucionyneurociencias.blogspot.com.es/2015/05/la-catastrofe-de-los-falsos-recuerdos.html>*
  27. *S. Freud (1905) “Análisis fragmentario de un caso de histeria”*
  28. *Claudia Muñoz, 2010. El cuerpo en la mente*
  29. *Lakoff, G. & Johnson, M. (2004). Metáforas de la vida cotidiana. Madrid: Cátedra.*
  30. *Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). Philosophy in the flesh: a embodied mind and its challenge to Western thought. New York: Basic Books.*

31. Badcock C: “ Edipo en evolución: una nueva teoría sexual”
32. S, Freud: “Totem y tabú” “Tótem y tabú”
33. Badcock C (2000). Evolutionary Psychology. A critical introduction. Polity Press.
34. Badcock C ( 1998) PsychoDarwinism: The new synthesis of Darwin and Freud. In Handbook of evolutionary psychology: Ideas, issues and applications, ed. C.
35. Crawford and D. Krebs, Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum.
36. Robert Trivers. Natural Selection and Social Theory. selected papers of Robert Trivers.
37. Lilienfeld SO, 1986: La relación entre el trastorno histriónico, antisocial y los desordenes psicomaticos.  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=3717392&ordinalpos=56&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=3717392&ordinalpos=56&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)
38. Suzanne O’Sullivan: “Todo está en tu cabeza”
39. Van der Kolk, B.A. (1996). Trauma and memory. En B.A. Van der Kolk, N.C. McFarlane y L. Wesaeth (Eds.), *Traumatic Stress*. Nueva York: Guilford.
40. Van der Kolk, B.A. (1997). The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 16-24.
41. Van der Kolk, B.A. y Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525.
42. Van der Kolk, B.A.; Hopper, J.W. y Osterman, J.E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 4(2), 9-31.
43. KIndsley Browne [http://general.utpb.edu/FAC/hughes\\_j/Browne\\_2002.PDF](http://general.utpb.edu/FAC/hughes_j/Browne_2002.PDF)
44. Thornhill, Randy y Craig T. Palmer (2000), *A Natural History of Rape* (Cambridge, MA: MIT Press).
45. DALY M. WILSON. M (1983): ” Sex, evolution, and behavior”. Belmont. California. Wadsworth.
46. Duelo o melancolia, de Abraham y Torrok  
<https://es.scribd.com/document/202611599/Abraham-Nicolas-y-Maria-Torok-Duelo-o-melancolia>
47. Van Versel y Bayllard: “Mis antepasados me duelen”
48. Janet, P. (1893). L’état mental des hystériques. Paris: Alcan (1911) [Deutsche Übersetzung des 1. Teiles (1894) „Der Geisteszustand der Hysterischen. Die psychischen Stigmata.“ von Max Kahane. Leipzig, Wien: Deuticke. Reprint 2004].
49. Janet, P. (1909). Les Nevroses. Paris: Flammarion.
50. Janet, P. (1929). The major symptoms of Hysteria. New York, London: Hafner.
51. Pierre Janet 1894. . *Les accidents mentaux des hystériques*. París: Rueff.