
TRAUMA PSÍQUICO

PSYCHIC TRAUMA

Juan Larbán Vera*

Etimológicamente, trauma viene del griego, trauma/tráuma, (el genitivo es traumatos /tráumatos, y a partir de él, se forman traumatología y sus derivados), y significa “herida”. No sólo mantenemos su forma y significado, sino también su campo léxico sin variación alguna.

“Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, del funcionamiento psíquico del sujeto, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno”.

“En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis” (González de Rivera J. L. 1990).

Se suele entender por trauma o trauma psíquico, todo suceso o experiencia muy impactante vivida por un sujeto, que le produce diversos trastornos que a menudo dejan secuelas. Se habla propiamente de trauma psíquico cuando el desencadenante del mismo es de tal intensidad que el sujeto es incapaz de responder adecuadamente. El individuo está desbordado por la cantidad o por la fuerza de las emociones vividas.

En cambio se habla de traumatismo para referirse a “lesiones orgánicas producidas por agentes mecánicos (choques, impactos, aplastamientos, torceduras, arrastres, fracturas esguinces, incisiones); por agentes físicos (quemaduras, congelación, electrocución, exceso de radiaciones, efectos de compresión y descompresión

* Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Teléfono: 971393264. E-Mail: juan.larban@gmail.com

por onda expansiva de las explosiones, ahogamiento); y traumatismo por agentes químicos (contacto interno o externo con productos cáusticos, ácidos, etc., intoxicación por gases vesicantes, asfixiantes, lacrimógenos, etc.)”.

TRAUMA PSÍQUICO Y ESTRÉS TRAUMÁTICO

Habitualmente se ha hablado de Estrés traumático refiriéndose a la respuesta de estrés o stress, es decir una reacción de activación básicamente neurovegetativa, y exagerada. Sin embargo la respuesta psicológica frente a un hecho o evento traumático es mucho más amplia.

La respuesta psicológica incluye desde alteraciones físicas y, psicósomáticas, hasta reales alteraciones en la percepción, (lo que vemos, oímos, percibimos), del humor, o del juicio.

Existen una serie de síntomas que diferencian la respuesta frente al trauma, a la del estrés simple:

Conductas llamadas de evitación, en las que la persona no puede hacer o ir a lugares o situaciones que le recuerdan lo temido.

Recuerdos, ideas recurrentes, o pesadillas a veces con temática parecida a lo que pasó.

Un estado de alerta, -como si estuviéramos esperando que algo pasara-, o de sobresalto.

Sensaciones de vacío, de extrañeza, de falta de deseo, de no entender lo que nos pasa, como si por momentos las cosas que nos pasan en nuestra vida, nos fueran extrañas.

Dificultades de concentración, o de memoria.

Dificultad para hacer planes o pensar en otra cosa que ese malestar.

Estos síntomas reactivos a una vivencia estresante y traumática nos ayudan a comprender, si son duraderos, cómo las personas que ejercen la función parental y en especial la persona que ejerce la función materna en la interacción con el bebé pueden presentar dificultades importantes en el ejercicio de su función, con posibles repercusiones en el desarrollo del bebé, tanto si se trata de vivencias traumáticas perinatales como si lo traumático del pasado de los padres es reactivado en el presente con la llegada del hijo/a.

Trastorno por Estrés Post Traumático

El Trastorno por Estrés Post Traumático o TEPT es un trastorno psicológico clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, que sobreviene como consecuencia de la exposición a un evento traumático que involucra un daño físico-psíquico. Es una severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El

factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico-psíquico, o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal, que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo. En algunos casos, puede darse debido a un profundo trauma psicológico o emocional (incluido el “a posteriori” traumático) y no necesariamente a algún daño físico; aunque generalmente involucra ambos factores combinados.

Hay síntomas, que presentes en la madre que sufre este tipo de trastorno pueden tener un efecto de refuerzo de los mecanismos de defensa que el bebé utiliza para evitar que le afecte el sufrimiento vivido en la interacción con la madre. Los síntomas presentes en la madre que me parece pueden potenciar las defensas de evitación de la interacción madre-bebé por parte de este último serían:

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva.
7. Sensación de un futuro desolador, pesimismo.

Frecuentemente estos síntomas, que entre otros, se presentan como consecuencia de un TEPT, se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos y obsesivos.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado que en este caso sería proporcionar la ayuda y el apoyo psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos durables entre la madre y su bebé. Se va generando progresivamente un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo y éste absorberlo, “mamarlo”, con el consiguiente efecto traumatógeno que esto tiene para él.

El bebé se ve así abocado, “obligado” a protegerse y defenderse del efecto desorganizador, del intenso malestar

y sufrimiento psíquico que la situación interactiva de sufrimiento compartido con la madre genera en él. Los mecanismos de defensa que el bebé puede poner en marcha en tal situación son muy limitados y primitivos dada su situación de inmadurez neurobiológica al nacimiento (neotenia) y su completa dependencia del entorno, siendo sobre todo los mecanismos de evitación del sufrimiento o dolor emocional que la situación interactiva con el entorno le genera, los que más fácilmente puede utilizar.

El sufrimiento psíquico o dolor emocional del niño pequeño está muy bien expresado y mostrado en un excelente libro sobre el sufrimiento psíquico del bebé. Reúne una serie de textos fruto de una colaboración interdisciplinaria entre destacados profesionales de la pediatría, psiquiatría infantil, psicoanálisis, ginecólogos y obstetras, médicos generalistas, neurocientíficos, psicólogos clínicos infantiles, neonatólogos, neuropediatras etc. compilados bajo la dirección de Pierre Delion (Delion P. 2002).

Según los mecanismos de defensa empleados por el bebé, podemos asistir desde las primeras semanas de su vida al nacimiento de un proceso evolutivo en el que pueden ir surgiendo los trastornos de naturaleza psicossomática o los trastornos de naturaleza autística.

Cuando el bebé, de forma activa, se protege del sufrimiento emocional y dolor psíquico vividos, con una desconexión emocional, pero sin evitar la interacción con el entorno cuidador, nos encontramos entonces con una situación de riesgo de posible evolución hacia los trastornos psicossomáticos precoces en el bebé. Cuando el bebé se protege utilizando como defensa la evitación y el rechazo de la interacción, tanto a través de la mirada como a través de las dificultades que este presenta para calmarlo o las dificultades para atraer su atención así como para lograr un buen ajuste corporal y tónico-postural en el regazo materno, cuando tiene tendencia a refugiarse en el sueño y se duerme en momentos tales como después del amamantamiento, -momentos en los que los bebés suelen estar atentos y presentes en la interacción con la madre-, entonces, estamos ante un posible riesgo de inicio de un proceso autístico en el niño.

La detección perinatal de los factores de riesgo de origen traumático en la interacción madre-bebé, así como las posibles tempranas desviaciones del desarrollo del bebé hacia la psicopatología permiten, con un diagnóstico y tratamiento adecuados hacer una labor de prevención primaria y secundaria, con la consiguiente evitación de la aparición del trastorno y de su instalación en el psiquismo temprano del bebé, tanto si el trastorno

es de tipo psicossomático como autístico.

Resiliencia y Trastorno por Estrés Post Traumático

Es importante señalar que un porcentaje importante de personas que tienen en el momento del acontecimiento traumático una buena capacidad de resiliencia pueden afrontar el acontecimiento traumático y recuperarse de él sin enfermar o sin presentar el síndrome o trastorno por estrés post traumático. En estos casos, la situación existencial de estrés post traumático que vive la persona sometida a un traumatismo psíquico puede transcurrir sin abandonar su vida habitual, integrando la nueva situación en su historia biográfica y adaptándose progresivamente a ella.

Con el descubrimiento de algo que ya estaba ahí, (cosa que ocurre muchas veces con la ciencia) como es el caso con la resiliencia, y con las investigaciones recientes realizadas en este campo, se ha dejado de ver a las personas que afrontan y superan bien las situaciones de crisis psicológica y de estrés post traumático como personas en situación de riesgo pues antes, se interpretaba su reacción como una actitud defensiva de negación del sufrimiento y/o de la situación traumática vivida. Se pensaba que más adelante tendrían que pagar un precio en salud por no haber afrontado en su momento la situación estresante vivida. Sin quererlo, se estaba propiciando e induciendo una evolución hacia lo que se podría llamar “la victimología” al tener una visión deformada, tanto por lo psiquiátrico como por las clasificaciones diagnósticas, de la realidad y de la normalidad.

Trauma psíquico, situación traumática, y “après coup” o “a posteriori” traumático

El concepto de trauma psíquico hace referencia a la noción de daño psíquico producido por un acontecimiento traumático o situación traumática.

La diferencia sustancial entre ambos conceptos, trauma puntual y situación traumática la encontramos en que la dimensión devastadora del primero comprende el desborde económico del aparato psíquico, mientras que la situación traumática aporta la dimensión dinámica y cualidades de afectos y efectos dentro de una complejidad intrasubjetiva e intersubjetiva.

Desde Freud, el concepto de trauma tiene varios puntos de inflexión que lo hacen complejo y por los cuales se diferencia: el trauma como concepto médico, el trauma de seducción, el trauma sexual infantil, la neurosis traumática y la situación traumática entre otros. El trauma (Freud, 1916, 1917) se acerca más al concepto médico

de efracción y se define como la invasión disruptiva del psiquismo, con ruptura de las barreras defensivas que tanto pueden ser externas al sujeto -objeto protector auxiliar que funciona como defensa antiestímulo- o internas del propio sujeto. Representa un estado psíquico de desamparo con parálisis de la capacidad de respuesta del sujeto y un tipo específico de angustia que Freud (1920, 1926) denominó “automática”. Desde este modelo económico, entre estímulo y respuesta psíquica, lo disruptivo supone un daño infligido al aparato psíquico que obstruye su capacidad de ligadura representacional.

El trauma psíquico puede ser conceptualizado como “violencia que impide la función permanente de autoconstrucción de sentido, la producción simbólica, un desgarrar en la existencia psíquica”. Otros autores plantean que la necesidad de precisar y restringir el concepto de trauma se basa en sus consecuencias: la sobrecarga del yo, considerando la parálisis de sus funciones y la regresión del psiquismo a un funcionamiento más primitivo, de menor integración, cohesión y discriminación yo-no.

Si seguimos con Freud (1920), la situación traumática se extiende de su noción inicial de trauma puntual, a las múltiples experiencias de pérdidas que suceden al individuo a lo largo de su vida y que lo sumergen en estados de desvalimiento y de impotencia psíquica y motriz, por lo cual reacciona con angustia. Desde esta angustia puesta a trabajar psíquicamente, emerge la señal de angustia como recurso yoico que anticipa el peligro promoviendo actitudes y acciones preventivas a fin de evitar la angustia automática. De la pasividad experimentada en la angustia automática a la repetición con recursos activos de la señal de angustia se ha producido una transformación progresiva y siempre más protectora del sujeto.

Este aspecto acumulativo de la experiencia es válido también para la experiencia de satisfacción, y por ello no se da por cierto el hecho de un acontecer por única vez, sino la sucesión de hechos que aportan cualidades perceptivo-sensoriales, propioceptivas, de movimiento y de exploración, que acumulan estímulos placenteros que terminan de dar forma al placer como experiencia originaria que se inscribe como huella mnémica (Freud S. 1915).

Es mérito de Masud Khan (Khan M. 1980) el haber introducido la noción acumulativa del trauma y diluir el concepto de trauma puntual. Khan introduce la cronicidad de las sucesiones prospectivas y retrospectivas de confirmación y rectificación de la vivencia sobre los acontecimientos y sobre sus efectos. Esta noción de

repetición permite comprender que no es suficiente con una única situación traumática, así como no siempre son éstas evidentes sino silenciosas e imperceptibles, sucediéndose en formas diversas y en una espiral que las une.

“APRÈS COUP” O “A POSTERIORI” TRAUMÁTICO

Freud emplea este término para señalar la reorganización “après coup”, es decir, “a posteriori”, efectuada por el psiquismo de acontecimientos pasados, resignificándolos, dándoles un sentido, y/o un nuevo sentido e incluso, un poder patógeno.

Sigmund Freud introdujo el concepto en 1896, para designar un proceso de reorganización o de reinscripción por el cual, los acontecimientos traumáticos no adquieren una significación para el sujeto más que en el “après coup”, o “a posteriori”, es decir, en un contexto histórico y subjetivo posterior, dándoles a dichos acontecimientos traumáticos, una nueva significación.

Este concepto desplaza la visión metapsicológica de Freud de una concepción traumática linear heredada de la neurología. El ejemplo más conocido es el de una paciente de Freud llamada Emma, que es mencionado por él en su obra “Estudios sobre la histeria”.

Caso Emma:

Se trata de una mujer adulta que sufre de una fobia ansiosa que se manifiesta al entrar en las tiendas. En el transcurso de la cura, se descubre que de adolescente, se había sentido traumatizada por la risa de de dos jóvenes que trabajan en una tienda, gustándole uno de ellos. Emma, huye entonces de la tienda y desarrolla una fobia a las tiendas. Continuando con las asociaciones de ideas, se descubre un segundo traumatismo; un abuso sexual cometido por un comerciante dueño de una tienda cuando Emma tenía 8 años. Emma ha asociado inconscientemente la antigua huella mnémica inactiva, con el nuevo episodio de la escena de los jóvenes que se ríen, apareciendo entonces esta escena como un extraño acontecimiento que la traumatiza sin relación alguna con el primero que es la escena del abuso sexual. La connotación traumático-sexual de la primera escena, la del abuso, solamente entonces aparece como tal para la joven mujer que la reprime y forma entonces su sintomatología hístico-fóbica. En la segunda escena que aparece en el tratamiento, hay una excitación no metabolizable psíquicamente que es connotada y resignificada como sexual en la escena de adolescente. Como vemos en este ejemplo, el “après coup” reposa

sobre una visión temporal dinámica-interactiva entre el primer traumatismo y el segundo. Freud sale de esta forma de la visión de un trauma original, a descubrir para curarlo; proceder que domina todavía en la mayoría de las intervenciones psicoterapéuticas llamadas “modernas”.

De una visión temporal extraída de la neurología, Freud y sus sucesores han elaborado una concepción que desborda el marco de una visión dinámica. Del simple hecho de retroceder en el tiempo para encontrar el origen de un síntoma, -un traumatismo sexual por ejemplo- se pasa al concepto de “l’après coup”, o el “a posteriori” traumático, concepto que se convierte en la piedra angular de la metapsicología freudiana. Los hechos no quedan fijados para siempre y de manera rígida en el aparato psíquico de quien los vive sino que son transformados en el interior del sujeto en función de las circunstancias de su biografía.

Laplanche dice recientemente lo siguiente refiriéndose a este concepto: “La noción del “après-coup” es importante para la concepción psicoanalítica de la temporalidad. Establece una relación compleja y recíproca entre un suceso importante y su resignificación en el a-posteriori por medio del cual el suceso adquiere nueva eficiencia psíquica”... (Laplanche J. 2002).

Winnicott (Winnicott W. D. 1974) se refiere a este hecho sin nombrarlo cuando interpreta que el colapso mental, el derrumbe psíquico que el paciente teme que ocurrirá inexorablemente en el futuro, ya tuvo lugar cuando todavía no había, hablando psicoanalíticamente, ningún sujeto (constituido) de la experiencia. Lo que sucede en el presente, (temor al colapso mental) se vincula a lo que ya ha ocurrido (una agonía primitiva), basado en una relación de significación. Y esta relación se establece como una operación de “l’après-coup”, con la forma de una construcción.

Se podría decir que una construcción provee un nuevo nexo inédito en el “après-coup” por medio del cual el pasado se constituye como tal y el paciente adquiere una historia. “Un pedazo de la historia temprana que el paciente ha olvidado”, como Freud escribe...puede ser equivalente al desastre que ya tuvo lugar cuando no había sujeto de la experiencia...mencionado por Winnicott.

Cabe señalar que si en psicoanálisis estamos habituados a pensar desde una noción lineal en experiencias pasadas que condicionan el presente y el futuro del sujeto, también hemos de reflexionar en torno a una temporalidad tal, que partiendo de acontecimientos del presente, incide sobre los contenidos de la memoria inconsciente, en un movimiento que modifica retroactivamente el estado y

condición de las huellas representacionales, las cuales pueden adquirir nuevos sentidos y así accionadas, repercutir sobre el presente y el futuro.

En el fenómeno del “après coup”, el pasado es remodelado por el presente. Se podría decir que este concepto hace referencia a una reactualización en el presente del sentido atribuido por el pasado a un acontecimiento traumático reprimido-olvidado.

Freud, a partir de su correspondencia con Fliess va abandonando progresivamente su primera teoría sobre la neurosis traumática, -en la que tomaba en consideración la vivencia traumática del sujeto como reacción a una situación traumática ocasionada desde la realidad externa- y su teoría de la seducción, para ocuparse prioritariamente de la realidad interna a partir del descubrimiento del “fantasma o fantasía inconsciente” como hemos visto a través de lo comentado hasta ahora y en especial, en el caso Emma descrito por Freud. La construcción metapsicológica de la teoría freudiana se desarrolla a partir de este punto de inflexión. El 21 de septiembre de 1897, Freud escribe a Fliess “He renunciado a mi neurótica”, refiriéndose a su primera teorización sobre la neurosis traumática.

Si bien al principio el “fantasma” o fantasía inconsciente no se opone a la realidad vivida, considerándolo como su heredero, progresivamente, Freud y la mayor parte de sus discípulos, -a excepción de Ferenczi-, al focalizar exclusivamente su mirada en la realidad interna y las fantasías inconscientes, desviaban la mirada de una realidad externa insoportable. Es decir, negaban la existencia real de víctimas traumatizadas por abusos y agresiones de todo tipo. Podríamos decir que es gracias a ese abandono de las víctimas, -que han vivido y sufrido realmente una situación traumática- a esa ausencia de escucha del sufrimiento, a esa ceguera teórica, que el psicoanálisis ha podido construir su inmenso “cuerpo teórico”. En este contexto, tomar en cuenta la realidad externa del paciente era vivida por los colegas, formadores y supervisores como un “ataque” a la importancia de lo inconsciente (Bohleber W. 2007).

En el contexto mencionado anteriormente, Sándor Ferenczi, psicoanalista de origen húngaro, discípulo destacado de Freud, constituyó la excepción. Analista entre otros de Melanie Klein y amigo de Groddeck, quien es considerado como el “padre” de la corriente psicósomática en psicoanálisis, Ferenczi ha sido considerado también como el “padre” de una corriente inconformista, muy creativa e innovadora dentro del psicoanálisis. Su huella se percibe en destacados

psicoanalistas posteriores como Michaël Balint, Heinz Kohut y Donald Winnicott, así como en los psicoanalistas americanos llamados “relacionales”

Con la desaprobación de Freud y exponiéndose a ser repudiado por él como había ocurrido con Adler y Jung entre otros, Ferenczi, tuvo el coraje de apoyarse en la evidencia de su experiencia clínica para reivindicar el impacto traumático y el daño psíquico también originados desde la realidad externa del sujeto que los padece, tanto si se trata de abusos y agresiones de tipo sexual como de “heridas” de tipo narcisista. Su escrito conocido con el título “Confusión de lengua entre los adultos y el niño; el lenguaje de la ternura y de la pasión” que originalmente llevaba por título, “Las pasiones de los adultos y su influencia sobre el desarrollo del carácter y de la sexualidad del niño” es un vivo testimonio de su posición al respecto que hizo pública al presentarlo en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Wiesbaden, en septiembre de 1932. Tras la exposición de su trabajo en el citado congreso, Freud le negó el saludo dándole la espalda. Este polémico y valioso trabajo en el que Ferenczi no solamente denuncia sino que además, teoriza acerca de la frecuencia del abuso sexual contra la infancia, fue conocido en 1949, gracias a Michaël Balint (Roazen P. 2001).

“Nunca se insistirá bastante sobre la importancia del traumatismo y en particular del traumatismo sexual como factor patógeno. Incluso los niños de familias honorables de tradición puritana son víctimas de violencias y violaciones mucho más a menudo de lo que se cree. Bien son los padres que buscan un sustituto a sus insatisfacciones de forma patológica, o bien son personas de confianza de la familia (tíos, abuelos), o bien los preceptores o el personal doméstico quienes abusan de la ignorancia y la inocencia de los niños” (Ferenczi S. 1933).

Más adelante, Ferenczi dice que esos adultos con predisposiciones patológicas confunden los juegos y conductas de los niños con los deseos de una persona sexualmente adulta, confusión que los lleva a abusar de las criaturas. El niño puede intentar protestar, pero a la larga es vencido por la fuerza y la autoridad aplastante del adulto. Llevado por el temor y la indefensión, se doblega a la voluntad del agresor y lo interioriza, para poder seguir sosteniendo con él un vínculo de ternura. A este mecanismo de defensa psíquico Ferenczi lo llamará “identificación con el agresor”. El concepto de identificación al agresor, atribuido Anna Freud (1936), lo desarrolla años antes Ferenczi, empleándolo en un sentido

muy especial en este escrito: la agresión a la que se hace referencia es el atentado sexual del adulto, que vive en un mundo de pasión y de culpabilidad, sobre el niño que se supone inocente. El comportamiento descrito como resultado del miedo es una sumisión total a la voluntad del agresor; el cambio provocado en la personalidad es “(...) la introyección del sentimiento de culpabilidad del adulto”.

Freud y Jones se opusieron a su publicación después de su presentación oficial en 1932, impidiendo que Ferenczi pudiese verlo publicado en vida ya que poco tiempo después, en mayo de 1933, muere de una anemia perniciosa sin ver cumplida la promesa que le hizo Ernest Jones de publicarle “Confusión de lenguas entre los adultos y el niño” en la *International Journal of Psycho-Analysis*. Poco antes de morir Ferenczi, Freud le escribe a Jones una carta en la que dice que una paciente de Sándor, la señora Severn, parecía haberle provocado a su analista una “pseudología fantástica”. En junio, Jones le contesta diciéndole que la “paranoia” de Ferenczi se había puesto en evidencia “a la vista de su último artículo para el congreso” y que veía contraproducente publicar, ahora que él había muerto, su último artículo, ya que sería un perjuicio y un descrédito para el propio autor. Y agrega: “Sus postulados científicos y sus declaraciones sobre la práctica analítica no constituyen más que una sarta de errores que solamente sirven para desacreditar al psicoanálisis y dar pábulo a sus enemigos” (Monzón I. 1999).

Es importante señalar que Freud posiblemente entró en crisis tras la muerte de Ferenczi, ya que dejó de publicar sus trabajos desde mayo de 1933, fecha de la muerte de Sándor, hasta enero de 1936. Hacia el final de su vida, Freud vuelve a considerar la importancia de la etiología post-traumática y de los abusos de los adultos sobre los niños en sus escritos de 1938-1939 (Freud S. 1938-1939).

Afortunadamente hoy día, Ferenczi, está siendo ampliamente reconocido y valorado, saliendo del ostracismo y aislamiento al que le sometieron la mayoría de sus pares de la época. Además, actualmente, el psicoanálisis alberga en su seno diferentes corrientes y tendencias que lejos de hacerlo desaparecer, contribuyen a fortalecerlo y revitalizarlo.

No parece ser fruto del azar si hoy día el retorno del interés por lo traumático en psicoanálisis, ocurre al mismo tiempo que el resurgir del interés por Ferenczi y su valioso legado. La presencia en la escena terapéutica psicoanalítica actual de aspectos relegados como la importancia de la teoría de la seducción, el importante

papel de lo emocional y de la empatía en la interacción terapeuta-paciente, la concepción del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica como una tarea de mutua colaboración entre paciente y terapeuta, la necesidad de adaptar la cura psicoanalítica típica a las necesidades del paciente y no al contrario, la necesidad para el psicoanalista de un tratamiento psicoanalítico personal (no solamente didáctico) más prolongado y profundo que el que se efectúa con los pacientes, el interés por la relación intersubjetiva y no solamente por lo intrapsíquico del ser humano, así como el importante papel de la transmisión intergeneracional y transgeneracional de contenidos psíquicos inconscientes parecen testimoniar de ese punto de inflexión y de reanudación del proceso de maduración y crecimiento en que parece encontrarse el psicoanálisis hoy día (Samaniego M. 2009).

TRAUMA PSÍQUICO PRECOZ

Masud Khan, (Khan M. 1980), discípulo destacado de Winnicott, ha desarrollado la importancia que tiene el micro-traumatismo y traumatismo repetitivo y acumulativo durante el temprano desarrollo del psiquismo del bebé en la interacción con su entorno cuidador. Son pequeños traumatismos repetitivos y acumulativos que implican una alteración y herida narcisista que permanece abierta en el bebé, al producirse en los momentos iniciales de la constitución del yo y dejan al mismo, a su “self”, a su “sí mismo”, en situación de suma fragilidad, insuficientemente investido e inerme ante posteriores vivencias que se convertirán en traumáticas al incidir sobre un aparato psíquico incapaz de elaborarlas.

Los continuados, repetidos y duraderos desajustes no reparados, (herida narcisista no cicatrizada en la madre y en el hijo) producidos en la relación y comunicación empática madre-bebé, con la consiguiente cascada de desencuentros interactivos frustrantes y dolorosos para ambos, producirían en el bebé un efecto traumático y traumatógeno acumulativo con ruptura del sentimiento de continuidad de la propia existencia (Winnicott) que se expresaría posteriormente en el niño con funcionamiento autista a través de angustias primitivas tales como la sensación de anihilación, de disolución-desaparición, y de no existir.

A su vez, estas angustias catastróficas movilizan la necesidad en el niño de protegerse de ellas con mecanismos defensivos de naturaleza autística. Los déficits cognitivos, así como emocionales y sobre todo de la capacidad de interacción social (empáticos) que el funcionamiento defensivo produce como secuelas en el

bebé, en un momento evolutivo esencial y crítico para el desarrollo de la intersubjetividad, de la simbolización y de las bases de la comunicación y del lenguaje preverbal y verbal en el niño, refuerzan en él la necesidad de protegerse de dichas dificultades con defensas de tipo autístico. El niño se encuentra cada vez más atrapado y encerrado en un laberinto sin salida. Al mismo tiempo, es cada vez más difícil para el adulto cuidador penetrar dichas defensas para comunicarse con el niño/a.

Este círculo vicioso defensivo e interactivo entre el bebé y su entorno cuidador se va haciendo cada vez más autónomo e independiente de la actitud de uno y otro, constituyendo un circuito automático (inconsciente) de repeticiones que se podría llamar en lenguaje de Freud, “automatismo o compulsión a la repetición”. (Freud S. 1914), y sobre todo, en lo relativo a su elaboración sobre la “neurosis traumática” (Freud S, 1920).

La compulsión a la repetición, en psicoanálisis, es un concepto que designa una fuerza interna que obliga al sujeto, bajo la amenaza permanente de un incremento del nivel de angustia, a realizar una determinada acción o conjunto de acciones o a organizarse en una forma defensiva determinada, o a pensar incesantemente en alguna idea.

En un sentido más general, y a partir de 1920 Freud habla de compulsión a la repetición para señalar la condición en la cual el sujeto se coloca en situaciones penosas, sin ser conciente de que éstas reproducen experiencias antiguas y, por lo tanto, hallándose nuevamente indefenso ante ellas.

Como vemos por lo expuesto hasta ahora, cuando hablamos de trauma psíquico tendríamos que referirnos a un proceso de traumatización que incluye la situación traumática y sus efectos inmediatos y tardíos.

En cuanto a la respuesta patológica no sólo es de amplio rango, pues incluye inhibiciones, trastornos de carácter, alteraciones psicósomáticas, desórdenes afectivos, etc., sino que sobrepasa los diagnósticos de neurosis traumática y estrés post-traumático.

Juan Manzano en su pertinente y acertado artículo advirtiéndonos de la necesidad de conocer y reflexionar sobre el falso traumatismo nos dice:

“El interés teórico y clínico de la noción de traumatismo es innegable. Sin embargo es importante precisar el concepto y evitar generalizaciones abusivas. Errores diagnósticos o conceptuales, con repercusiones para la prevención, la teoría y práctica en psicoterapia y psicoanálisis, son facilitados por la existencia, en mi opinión, de una fantasía universal que se manifiesta como

una necesidad de creer en traumatismos”.

En su texto y basándose en su dilatada experiencia clínica y docente como psicoanalista, nos muestra su comprensión del origen y de la naturaleza de esa fantasía subyacente. Nos muestra que no siempre hay factor traumático externo ante una vivencia traumática vivida como tal por el sujeto y que la vivencia traumática puede estar ligada al propio desarrollo del ser humano.

“Se trata de las características psico-biológicas (neotenia) asociadas a la lenta y progresiva estructuración y maduración del sistema nervioso desde el nacimiento en un proceso que ha sido seleccionado por la evolución por sus ventajas adaptativas. El hecho de no estar completamente organizado ha permitido que nuestro cerebro sea plástico, remodelable y abierto a las experiencias exteriores”.

“El yo, (la parte organizada de la personalidad) se ve amenazado desde el nacimiento por la desorganización, el aniquilamiento y la muerte. Se trata de una amenaza interna propia de la estructura. Esta amenaza interna destructiva se proyecta inmediatamente hacia el exterior, como un modo defensivo (paranoico) de organización. De esta manera el yo está seguro y permanece positivo e ideal. Este estado de perfección ideal del yo, (narcisismo) se perderá, con la desilusión del contacto con la realidad y le conducirá a asumir la responsabilidad de sus angustias, así como sus tendencias autodestructivas y heteroagresivas. Pero el deseo de reencontrar este estado paradisiaco “perdido” persistirá y, con él, la tendencia a considerar nuestros males como si llegaran del exterior. Se trata pues, de una resistencia al reconocimiento de nuestra desilusión narcisista, de nuestras debilidades y nuestros riesgos internos, que se encuentran en la base de esta creencia en un “traumatismo exterior exclusivo. “El factor traumático externo no siempre existe, aunque estemos convencidos de ello. En otros casos existe pero no es necesariamente un agente causal o incluso no se encuentra allí donde pensamos; se encuentra en otro lugar” (Manzano J. 2003).

EL FENÓMENO DEL “A POSTERIORI” O “APRÉS COUP” TRAUMÁTICO PERINATAL Y SU TRANSMISIÓN

La clínica del “après coup” traumático en lo relativo a los traumatismos perinatales y su posible efecto perturbador sobre la interacción madre-bebé, así como el posible efecto traumatógeno para la madre y el bebé,

nos sitúa en una perspectiva histórica y biográfica de los padres y en especial de la madre, así como en una perspectiva transgeneracional de transmisión de contenidos psíquicos inconscientes. Transmisión que no tiene solamente su fuente original en los acontecimientos traumáticos reales perinatales vividos por la madre sino también, en la reactivación y reactualización de antiguas vivencias traumáticas del pasado de la madre e incluso de generaciones anteriores transmitidas inconscientemente a través del psiquismo de ella. Nos conecta también con la clínica del traumatismo acumulativo de Masud Khan y en el caso que nos ocupa, con los contenidos psíquicos inconscientes ligados a las dificultades para llevar a cabo el proceso de separación-diferenciación-individuación, (transmitidos como un legado que busca, trabajado psíquicamente en negativo y en lo inconsciente de quien lo transmite, el evitar su transmisión) dentro de la misma generación y también, a través de las generaciones, incluyendo los “saltos” generacionales.

Llegados a este punto cabe señalar la importancia del fenómeno del “après coup” traumático sobre la transmisión transgeneracional de contenidos psíquicos inconscientes (basados en la interacción real y fantasmática) del pasado de la madre o de generaciones anteriores, actualizados o resignificados como traumáticos en el presente interactivo con su bebé y transmitidos inconscientemente por ella a través de su psiquismo (Carel A. 1997).

Viñeta clínica:

Daniel Stern, en una de sus filmaciones de una secuencia interactiva sobre la armonización afectiva entre una madre y su bebé de algunos meses, había notado que las respuestas de la madre estaban presentes y mostrando que la madre era sensible a las señales de su bebé. Al mismo tiempo, había visto que sus respuestas parecían lentas y débiles, inscribiéndose dichas respuestas de la madre en un tipo de armonización afectiva calificada de diferida y atenuada.

Al revisar el vídeo con la madre y al mostrárselo, ésta hace un excelente trabajo de elaboración “a posteriori” o “après coup”, respondiéndole lo siguiente: “No me había dado cuenta de lo que me ha mostrado. He pensado que quizás respondía de esa manera a mi hijo porque si respondía demasiado rápidamente y demasiado fuertemente a las señales de mi hijo, podría conducirlo a ser violento e impulsivo como su padre que es un hombre celoso, agresivo y alcohólico”.

TRAUMA, SITUACIÓN TRAUMÁTICA, “APRÈS COUP” TRAUMÁTICO, Y DAÑO PSÍQUICO

“El bebé sería por definición un desamparado sin daño, como también puede llegar a ser un traumatizado con daño. Ambos, por diferentes razones, precisan de una estructura interactiva, particular y sincrónica, ser-ambiente para crear o recrear la provisión real de objetos-sujetos relacionales necesarios, que a la vez que dan soporte objetivo, en el bebé y en el adulto, también crean la ilusión y vivencia de posibilidad, potencia y confianza restauradas, así como de poder superar la condición de desencuentro y/o impedimento. Ambos surgen gracias a una experiencia compartida de consenso, sincronía y reciprocidad.

Las discordancias y desencuentros excesivos o repetidos entre ser y ambiente producen la sensación, en el bebé y en el adulto, de que pierde el sentimiento de dominio y control que atribuye a la esfera de su mundo interno, pasando a dominar la sensación de descontrol e impotencia como independiente del sí mismo, y entonces la vivencia determina que ni la causa del daño está dentro suyo ni tampoco su solución.

Cuando esto sucede, el trauma es siempre externo, en tanto su exceso queda fuera del control omnipotente del ser y de la posibilidad de sensación subjetiva de creatividad e ilusión imponiéndose la vivencia de un “self”, “Si-Mismo”, dañado y defectuoso” (Dryzum J. 2006).

Si el acontecimiento traumático es condición necesaria pero no suficiente para producir un trauma psíquico, la potencialidad creativa del ser humano depende de las condiciones del ambiente, el cual facilita y provee elementos específicos para transformar los efectos dañinos en formas atenuadas, posibilitando vías de superación. Esto representa para el bebé o el traumatizado un desafío al actualizar, activar o reactivar recursos de posibilidad frente a la adversidad.

Rangell (Rangell L.1967), respecto de esta complejidad del psiquismo en interacción constante entre lo externo y lo interno, formuló para la situación traumática el estado de “vulnerabilidad psíquica”, dando cuenta de que su superación determinará en diferentes sujetos diferentes respuestas y en el mismo sujeto diferentes respuestas de acuerdo al momento vital de ese mismo individuo. El acontecimiento es necesario pero no suficiente para comprender esta complejidad.

Daño psíquico

El daño psíquico (Lazarus R. & Folkman S. 1984) supone que un sufrimiento dejó una marca que involucra factores de vulnerabilidad psíquica del sujeto en relación con su medio ambiente y contexto y fijan una posición del sujeto frente a la adversidad. El daño es tanto una vivencia como una estimación subjetiva de la amenaza y de la potencia personal, las cuales muchas veces se afirman por el discurso-reacción del entorno. Retiene una memoria particularizada sobre los hechos causales con atribución estática de significación. Como posición identificatoria asumida puede arrastrar la identidad global del sujeto o corresponderse proporcionalmente con el daño en sí mismo y particularizarse.

El daño remite siempre a una situación pasada ocurrida y algunas veces “fechada” que denota que el sujeto ha sido víctima de una violencia que acaba comprometiendo una porción importante de su capital libidinal y de sus valores narcisísticos en tanto que la marca, la huella del trauma le hace sentirse inferior, limitado o fragilizado.

En la superación de situaciones traumáticas, donde la pérdida de confianza en las figuras significativas ha sido clave, la ganancia de confianza en sí mismo, referida en este caso a la persona que ejerce la función materna, gracias a la ayuda que puede encontrar en su entorno o en la persona del psicoterapeuta durante el tratamiento, son una primera e importante ruta de acceso para transformar las repeticiones traumáticas y traumatógenas en la interacción entorno cuidador bebé, en una sucesión amortiguada de exposiciones mediatizadas de diversa forma, que permitirían posteriormente instancias de elaboración y superación, en primer lugar para la madre, y secundariamente, para su bebé.

El maternaje y los sistemas sociales de contención y seguridad, comparten la importancia estructurante de la “confianza”.

“La confianza es un sentimiento ganado y aprendido en la experiencia. Sus raíces en la personalidad son profundas y su solidez se logra a través de confirmaciones y reconfirmaciones cotidianas, acumulativas e invisibles” (Foucault M. 1998).

“La confianza en uno mismo nace de la confianza del otro en uno mismo y de uno en el otro. Sólo se puede sentir “ser uno mismo” si antes otro nos ha confirmado como persona. Confirmación que resguarda una sensación única y necesaria sobre la certeza incuestionable del sentimiento de existencia. Como tal, se opone a la indiferencia del “objeto” y su efecto devastador. Trabajar para la provisión y recuperación del sentimiento de

seguridad y confianza son tareas conjuntas del sujeto y su núcleo familiar, del sujeto y su red social, así como, objetivos activos del paciente y del psicoterapeuta en su proceso terapéutico” (Dryzum J. 2006).

La confianza es memoria de una necesidad satisfecha, de una promesa cumplida, o de una incumplida pero compensada oportunamente por un consuelo realmente recibido.

TRAUMA PSÍQUICO Y CRISIS PSICOLÓGICA

Crisis vital y trauma psíquico parecen solaparse pues cuando señalamos crisis nos referimos a la crisis psicológica post trauma. También ocurre que la crisis psicológica puede ser traumática para quien la vive. En ambos casos hay coincidencias como ocurre con el hecho de que no son previsible, de que pueden poner en riesgo la vida, de que la vida ya no será igual que antes y que no hay posibilidad de elección.

Diferencias

En cuanto a las diferencias entre crisis vital y trauma, la crisis puede ser desencadenada por estímulos internos y externos mientras que el trauma se refiere sobre todo a situaciones o acontecimientos de origen externo. Las crisis psicológicas vitales, que pueden ser accidentales y evolutivas, se presentan como necesidad y oportunidad de cambio e incluyen, en el caso de las crisis accidentales, cambios que en principio no son traumáticos tales como el matrimonio, la maternidad y paternidad, etc. Otro de los aspectos a considerar es el grado en que otras personas están involucradas. En el caso del trauma, en especial en situaciones sociales de emergencia, éste pone frecuentemente en acción a muchas personas de la comunidad cuando el evento está ocurriendo, o poco después. En la crisis esto puede llevar más tiempo. El trauma es un suceso catastrófico pero no es una experiencia universal, aunque sea una situación extraordinaria. La crisis vital, aunque a menudo es catastrófica, es un fenómeno universal vivido de forma solitaria. El individuo se siente solo y único. En los acontecimientos traumáticos suele haber una situación de alarma pública mientras que en las crisis la estructura social permanece inalterada. El trauma es un evento que evoca roles sociales: “víctima”, “héroe”, “personal de auxilio” por ejemplo y en las crisis no.

En lo que respecta a los acontecimientos traumáticos perinatales, según la clasificación y las diferencias establecidas anteriormente, éstos se podrían considerar

más bien como crisis ya que formarían parte de un fenómeno vital universal. Sin embargo, también podrían considerarse como trauma por el impacto traumatógeno que frecuentemente tienen para la persona que los padece debido a la situación de vulnerabilidad, especial sensibilidad y grado de dependencia que la situación genera en la persona que los vive, que en este caso es la madre o la futura madre, en interacción con su hijo.

Conviene diferenciar el trauma del traumatismo, reservando el primero para los traumas psíquicos y el segundo término para los traumatismos físicos.

Crisis psicológica

Es frecuente asociar la idea de crisis con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante.

Estrés, trauma y crisis psicológica

“Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental. Por eso, las situaciones de estrés se recuerdan muy bien, mientras que los traumas se acompañan siempre de amnesia más o menos parcial. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, del funcionamiento psíquico del sujeto, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno”.

“En el contexto de los síndromes de estrés, puede decirse que una crisis es una experiencia estresante, que en algunos casos llega a ser traumática, y que casi siempre provoca, o viene precipitada por, un cambio vital. El elemento distintivo de la crisis es la convicción o decisión interna de que la situación es insostenible y que es preciso hacer algo para transformarla. La motivación hacia el cambio es una respuesta apropiada a la percepción subjetiva de la naturaleza del estado de crisis” (González de Rivera J.L, 1990).

La crisis se podría definir como un síndrome agudo de

estrés, caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio. El éxito en esta respuesta favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración.

Así, entenderemos como crisis una condición inestable, que se presenta en el curso de un proceso, y cuya resolución condiciona y modula la continuidad del mismo. La crisis implica la inevitabilidad de una transformación. En sí misma, es una organización inestable y transitoria; de ahí el matiz perentorio, incluso angustioso, de su concepto. La incertidumbre y diversidad de posibilidades añade, por otra parte, la sensación de responsabilidad y de riesgo: En efecto, la crisis puede marcar el empeoramiento o la destrucción del proceso, pero también su fortalecimiento y optimización.

Para Caplan (Caplan G. 1961), uno de los fundadores de la psiquiatría comunitaria, la crisis sería “un obstáculo que el sujeto encuentra en la consecución de metas importantes y que no puede ser superado mediante sus estrategias habituales de resolución de problemas”. El papel patogénico de las crisis viene de esta vivencia de incapacidad, de la sensación de ser superado por la situación, que puede acabar en una renuncia masiva al proyecto vital, con pérdida del futuro y desorganización de las capacidades de adaptación y defensa.

La aplicación del concepto de crisis en salud mental presupone un principio de continuidad psíquica, entendido como una experiencia básica subyacente a todas las demás. La interrupción de esta vivencia de continuidad es intolerable, y, si ocurre, debe ser rápidamente reparada. Los seres humanos tienden a buscar una lógica interna en sus vidas, de tal manera que puedan entender su desarrollo y prever su curso. El sentido de la vida viene dado por esta lógica interna. La situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando a veces, a la construcción de un nuevo sentido. Desde esta perspectiva, podemos entender la crisis como: “una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida”. De ahí el riesgo y la potencialidad creativa de las crisis (González de Rivera J. L. 2001).

La crisis psicológica que supone para los padres la paternidad y especialmente para la madre la maternidad, colocan a algunas madres en situación de especial sensibilidad y vulnerabilidad que propician, si no se cuenta la resiliencia o con la ayuda adecuadas, el desencadenamiento del potencial traumatógeno que la crisis lleva consigo.

Las consideraciones negativas sobre el poder patogénico de las crisis no deben hacernos olvidar sus potenciales efectos beneficiosos. Toda crisis es un riesgo, pero también una oportunidad.

Como aspectos positivos, no hay que olvidar el aspecto potenciador de la creatividad que la crisis puede tener en el ser humano así como su capacidad para generar nuevos recursos que permitan afrontarla y superarla con éxito. Se puede salir de ella cambiado, en el sentido de “actualizado”, fortalecido, y enriquecido por la experiencia vivida.

La crisis psicológica podría definirse también como una “ruptura del equilibrio psicodinámico de la persona y de su entorno familiar, social o profesional”. Desde esta perspectiva, su tratamiento tendría como objetivo el crear unas condiciones especiales, un marco de trabajo psíquico propicio para contener y elaborar los determinantes de la crisis gracias al trabajo intrapsíquico de la persona que la padece.

El objetivo del trabajo de crisis sería el de sacar el mejor partido de ese momento de ruptura, considerado como fecundo. Las defensas del sujeto que la padece suelen estar disminuidas y debilitadas, sus emociones, muy intensas, son fáciles de movilizar; todo ello crea unas condiciones muy favorables para intentar desarrollar y utilizar nuevos recursos internos que permitan un funcionamiento psico-afectivo mejor que el que se tenía antes de la crisis. El nuevo equilibrio psico-afectivo conseguido tras superar con éxito la crisis conduciría a un bienestar y a un grado de autonomía personal mayor y mejor (De Coulon, N. 1999).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bohleber, W. (2007). Remémoration, traumatisme et mémoire collective. Le combat pour la remémoration en psychanalyse. *Rev. Franç. Psychanal.*, 71 (3), p, 803-830.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. Grune&Stratton, New York.
- Delion, P. (2002). *La souffrance psychique du bébé*, París, ESF, Editeurs.
- Dryzum, J. (2006). “Daño o desafío: posicionamiento subjetivo ante el trauma”. *Aperturas Psicoanalíticas*, 24. Internet.
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000418&a=Dano-o-desafio-posicionamiento-subjetivo-ante-el-trauma>
- De Coulon, N. (1999). *La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Québec. Gaëtan Morin

- Edit.
- Ferenczi, S. (1933). "Confusión de lengua entre los adultos y el niño". *Obras completas*, tomo IV, 1927-1933, p, 125-135, París, Ed. Payot. 1982.
- Freud, S. (1914). "*Recordar, repetir y reelaborar*" *XII - Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras* (1911-1913), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1980, (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II).
- Freud, S. (1915). "*Pulsiones y destinos de pulsión*". *XIV - Trabajos sobre metapsicología, y otras obras*. (1914-1916), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1979).
- Freud, S. (1920). "*Más allá del principio de placer*", *XVIII - Más allá del principio de placer, Psicología de la masas y análisis del yo, y otras obras*, (1920-1922) (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1979).
- Freud, S. (1939). "*Moisés y la religión monoteísta*" *XXIII, Esquema del psicoanálisis, y otras obras*, (1937-1939), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1980).
- Foulcault, M. (1998). *Las palabras y las cosas*, Méjico, Ed. Siglo XXI.
- González de Rivera, J. L. (2001). "Psicoterapia de la crisis". *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI, p, 35-53, Madrid, Ed. AEN.
- Kahn, M. (1963). "El concepto de trauma acumulativo". En *La intimidad del si-mismo*. Ed. Saltes, Madrid, 1980. p, 47-66.
- Laplanche, J. (2002). "Après-coup", p. 121, In: de Mijolla A, editor. *Dictionnaire international de la psychanalyse*, Paris, Calmann-Levy.
- Lazarus, R.; Folkman, S. (1984) "Coping and adaptation". En: Gentry D. (comp.). *Handbook of Behavioural Medicine*. New York. Ed. Guilford Press.
- Monzón, I. (1999). "*Un psicoanalista peculiar; soñador y sensitivo: Sandor Ferenczi*" (El "enfant terrible" del psicoanálisis) (1873-1933). Ed. PsicoMundo. Vidas y Obras. S. Ferenczi.
- Roazen, P. (2001). "Quel genre de personne était Freud? Etait-ce un "bon type"? *Psychothérapies*, vol. 21, n° 4, p, 243-252
- Rangell, L. (1967). "The metapsychology of trauma". En: *Psychic Trauma*. Comp: Furst S. New York Editorial. Basic Books.
- Samaniego, M. (2009) "Les psychanalyses: point d'inflexion et reprise de la croissance" *Psychothérapies*, Vol, 29, n° 2, p. 109-118.
- Winnicott, W. D. (1974). "Fear of breakdown". *Int. Rev. Psychoanalyse*, 1, p, 103-7.