***Cap. 4***

***Disociación***

**¿Qué es la disociación?**

La disociación es el proceso de cortar conexiones entre categorías de sucesos mentales, entre eventos que parecen irreconciliablemente diferentes, entre sucesos reales y su significado afectivo y emocional, entre sucesos reales y la percepción consciente (*awareness*) de su significado cognitivo, y finalmente -como en el caso del trauma severo- entre la ocurrencia de eventos reales y su representación mental, verbal y simbólica permanente.

Cuando un niño(a) se ve sometido en forma sostenida a un trauma, por ejemplo el abuso sexual por parte de un padre o madre en quien confía, la traición y la violación física y psicológica son demasiado enormes para que el ego las tolere. El niño(a) siente que su sobrevivencia está en peligro, porque la realidad del abuso pone en riesgo el vínculo con este objeto primario y pone a prueba su capacidad de confiar, y por lo tanto, de depender en forma segura. Para proteger el self de ese miedo abrumador a la aniquilación, y más aún, para protegerse a sí mismo(a) de saber del hecho(s) a nivel cognitivo, la experiencia de consciencia del individuo se escinde (*split*) verticalmente. El estado(s) del ego que sabe del trauma y reacciona afectivamente a él coexiste con un estado del ego que, si bien está un poco empobrecido, ignora los sucesos catastróficos.

Tradicionalmente entonces, la disociación ha sido definida como un proceso mediante el cual un fragmento de experiencia traumática, por ser excesivamente sobre-estimulante para ser procesado y registrado a través de los canales habituales, es aislado y se establece un estado psíquico separado dentro de la personalidad, creando dos o más estados del ego que alternan en la consciencia y, bajo circunstancias internas y externas diferentes, emergen para pensar, actuar, recordar y sentir. Tales estados disociados no están asociativamente disponibles para el resto de la personalidad, y como tales, no están sujetos a operaciones o elaboraciones psíquicas. La mujer adulta[[1]](#footnote-1) sobreviviente a un abuso sexual infantil vivirá los estados traumáticos disociados como recuerdos del trauma que no están disponibles en otros momentos; imágenes intrusivas recurrentes asociadas al trauma, pero que de otra forma resultan irreconocibles; *acting out* violento o simbólico; sensaciones somáticas inexplicables; pesadillas recurrentes; reacciones de ansiedad, y condiciones psicosomáticas.

La patología disociativa de diversos grados juega un papel significativo en la organización intrapsíquica de la mayoría de los pacientes que han sufrido abuso sexual crónico en la infancia. Esto parece especialmente cierto cuando dicho abuso involucra al padre, la madre u otra persona cercana y en quien se confía. Si bien algunos autores han discrepado de esta formulación (Shengold, 1992), los investigadores en el área del *PTSD* (trastorno de estrés postraumático) han seguido demostrando la relación entre trauma severo y disociación (Figley, 1986; Green, Wilson et al., 1985; Herman, 1992; Hilgard, 1977; Kluft, 1990b; van der Hart & Horst, 1989; van der Kolk, 1987; van der Kolk et al. , 1989; Wilson, Smith & Johnson, 1985). Efectivamente, un estudio incluso llegó a concluir que la presencia de disociación podría ser un discriminador diagnóstico válido entre mujeres universitarias abusadas y no abusadas sexualmente (Briere, 1988; Briere & Runtz, 1988).

Sólo recientemente, con el interés renovado en los efectos de largo plazo del abuso infantil, el concepto de disociación ha retornado a la literatura psicoanalítica. Si bien ha sido mencionado ocasionalmente en el pasado (Dickes, 1965; Fairbain, 1954; Fliess, 1953; Sullivan, 1956), su completa integración a nuestra comprensión de los procesos psíquicos reguladores parece haber sido prohibida junto a cualquier consideración seria de la influencia de los sucesos reales en la estructuración psíquica. Cuando el concepto aparece, tanto en los años intermedios como en el presente, parece haber sobrevivido más o menos intacto e inalterado por el tiempo. Tal como el proceso que describe, por largo tiempo la disociación fue olvidada, surgiendo ocasionalmente, pero esencialmente no modificada ni elaborada a través del tiempo. La conmovedora descripción de Bromberg (1991), si bien se ubica en un marco más interpersonal, ofrece una perspectiva psicoanalítica contemporánea enteramente compatible con las descripciones iniciales de Janet. Bromberg señala que: “Así, la experiencia disociada tiende a permanecer no simbolizada por el pensamiento y el lenguaje, existe como realidad separada, fuera de la auto-expresión, y queda excluida de la auténtica vivencia relacional humana (*human relatedness*), e impedida de una participación completa en la vida del resto de la personalidad... Una existencia significativa en el presente es reemplazada por el pasado traumático, repetitivo y sin tiempo, y el presente es poco más que un medio a través del cual se puede conocer este pasado no procesado” (págs. 405-406). La relevancia clínica de estos procesos en adultos sobrevivientes a un abuso infantil (al igual que en otros casos) permanece, con pocas excepciones (Davies & Frawley, 1992a; Dickes, 1965; Ferenczi, 1932; Fleiss, 1953; Shengold, 1989) prácticamente inexplorada. A continuación nos dedicamos a una exposición más completa de este proceso clínico y su importancia para esta población específica de pacientes.

**Disociación y Abuso Sexual en la Infancia**

Nuestro propio concepto de disociación, aún cuando abarca todas las características mencionadas, avanza un paso más allá al articular un supuesto clínico fundamental. Entendemos que la internalización del abuso sexual infantil ocurre dentro de un modelo relacional del desarrollo similar al descrito por la teoría del suceso de Fast (1985). Pensamos que los sucesos o eventos se incorporan y en último término se comprenden en relación a las matrices particulares de experiencias del self y el objeto en las cuales están insertos, y que están unidos y organizados considerando específicamente las intensas experiencias emocionales que los acompañan. Por lo tanto, no sólo el suceso traumático se vuelve significativo, sino que es de igual importancia la experiencia y la representación del self de la persona traumatizada dentro de los eventos de abuso, y su experiencia e internalización de los demás en su mundo, tal y como se los representa en dichos momentos de abuso. Aquí las implicancias clínicas son de la mayor importancia. La literatura sobre trauma y abuso sexual –de hecho, incluso la literatura psicoanalítica relevante- tiende a enfatizar la necesidad de que el paciente recupere recuerdos disociados de los *sucesos patogénicos*, que los exprese con una descarga afectiva total. Pensamos que la sobre-simplificación del proceso terapéutico ha contribuido parcialmente a la creciente controversia con respecto a la confiabilidad del recuerdo traumático que hoy en día inunda los medios de comunicación (véase también el capítulo 6).

Recordar el evento traumático es sólo un aspecto del trabajo clínico que es necesario realizar. Dado que consideramos que estas experiencias traumáticas están insertas en la constelación completa del mundo objetal interno y aspectos concomitantes de la experiencia del self de la paciente, pensamos que la meta terapéutica primordial es la aparición, la contención, la codificación y la integración de este aspecto totalmente escindido de la experiencia.

Nuestra comprensión del “self infantil” disociado al que nos referimos incluye entonces una organización totalmente separada de representaciones del self y el objeto; los recuerdos de sucesos traumáticos que mantienen unidas estas representaciones; estados emocionales intensos y no modulados que son específicos al trauma; y un nivel de organización del ego específico para la etapa evolutiva en la cual tuvieron lugar el evento traumático y la disociación patógena del ego. Es esperable que las elaboraciones fantaseadas de estas experiencias hayan sido excluidas por la reacción al trauma, pero emerjan -de acuerdo a la fijación evolutiva- durante la integración que forma parte del proceso del tratamiento. Hacemos énfasis aquí en que nuestro concepto de “self infantil disociado” no tiene ninguna semejanza con el concepto de “niño interno”, hoy bastante difundido. El niño o la niña interna tal como nosotros lo entendemos es un ser completo con múltiples experiencias integradas, tal vez más en línea con el concepto de “self verdadero” (*true self*) de Winnicott. Nuestro “self infantil disociado” es una organización específica de la representación del self y el objeto, única para el conjunto de eventos de abuso, y contiene las elaboraciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y fantaseadas de aquellos eventos, en un estado del ego aislado, que no es accesible al resto de la personalidad mediante asociaciones.

Para entender la importancia de los procesos disociativos en la vida de mujeres adultas que fueron abusados sexualmente cuando niñas (Davies & Frawley, 1992a, 1992b) es importante entender las diferencias entre el concepto de disociación y la noción más común de represión. La represión es un proceso activo mediante el cual el ego alcanza un dominio sobre material conflictivo. Por otro lado, la disociación es el último esfuerzo de distanciamiento de un ego sobrepasado, para salvar algo semejante a un funcionamiento mental adecuado. En esto nuestras ideas coinciden con las de Fairbain (1954), que ve la disociación como un resultado de la desintegración del ego: “un proceso pasivo; un proceso de desintegración debido a una falla en la parte de la función cohesiva normalmente ejercida por el ego... por lo tanto tiene un marcado contraste con el concepto de represión formulado un poco más tarde por Freud” (p. 105). La represión ocasiona el olvido de contenidos mentales que alguna vez fueron familiares (por ej., eventos, emociones, identificaciones, etc.). La disociación en cambio, conduce a un corte de la conexión entre un conjunto de contenidos mentales y otro. La disociación puede ocurrir entre categorías de eventos mentales, por ejemplo, experiencias buenas y malas con el mismo objeto, entre ciertos sucesos y su representación emocional (la alexitimia de Krystal, 1988); entre eventos y el significado de dichos eventos (Grotstein, comunicación personal, 1992), quizás incluso entre eventos y palabras que los representan simbólicamente. Por lo tanto, una paciente puede darse cuenta de un trauma por abuso en un estado, y en otro estado no darse cuenta de su existencia en absoluto. Del mismo modo, una paciente puede mantener recuerdos de un suceso, pero no tener acceso alguno a su impacto emocional, excepto estando en un estado alterno de consciencia. Por tanto, la elaboración (*working-through*) de contenidos reprimidos incluye el proceso de recordar. La elaboración de estados disociativos involucra un esfuerzo sostenido para integrar contenidos mentales desconectados por una regresión traumática y mantenido estados del ego separados a los cuales se accede en forma alternada.

La represión deja al individuo con la experiencia de tener un mayor dominio de su entorno; la disociación se vive como una respuesta inadecuada, una sumisión y renuncia a la inevitabilidad de un miedo que sobrepasa e incluso adormece psíquicamente. La represión crea un contexto para la ansiedad señal (*signal anxiety*) o la formación de síntomas, que mantienen fuera de la consciencia los contenidos mentales repudiados. Por el contrario, la disociación representa el fracaso de dichas funciones de señal para poner en marcha cualquiera de las diversas defensas capaces de prevenir la bifurcación de la realidad y el estrechamiento de la experiencia y vida emocional inherente a la patología disociativa. En palabras de Harry Stack Sullivan, “la personalidad disociada tiene que prepararse para casi cualquier emergencia imaginable que pudiera sobresaltarle a uno y hacerle darse cuenta del sistema disociado.” (1956, p. 203).

Es posible hacer otra distinción entre represión y disociación. La represión es una operación mental que (dependiendo de la orientación teórica que uno suscriba) se lleva a cabo sobre deseos, pensamientos, aspectos de identificaciones o eventos *conocidos para el o la paciente*. Al recuperarlo por medio del trabajo psicoanalítico, el material reprimido se vivencia como algo que alguna vez fue familiar, aspectos redescubiertos de la vida mental; la experiencia del paciente aquí es de reconocimiento. Las experiencias que re-emergen, ya sea verbalmente o vía actuaciones o manifestaciones de la transferencia contratransferencia, fueron experimentadas previamente, digeridas psicológicamente, codificadas y luego olvidadas. En la situación del tratamiento, el o la paciente puede operar psicológicamente sobre los contenidos reprimidos; pueden mantenerse fuera de la consciencia, distorsionarse, elaborarse psíquicamente por medio de la fantasía, de manera que sus derivados (*derivatives*) pueden ser expresados verbalmente dentro de la sesión analítica. A pesar de que ocasionalmente las experiencias reprimidas son intratables, éstas reaparecen en forma más o menos lineal, son susceptibles de interpretación, y una vez recordadas por lo general son accesibles durante el resto del trabajo analítico.

En contraste con la represión, la disociación implica clausura, una no elaboración de contenidos psíquicos. Dado que no ha existido un trabajo psíquico interno que modulara la experiencia aterradora y patogénica del paciente, su resurgimiento es esencialmente una repetición del estado traumático original. No hay codificación verbal mediante la cual se pueda atribuir significado a la representación mental de estas experiencias. Por lo tanto, tienden a emerger como imágenes visuales fragmentadas y sin significado; estados fisiológicos rápidamente cambiantes; pesadillas; pensamientos intrusivos, etc.. Para la mayoría de los pacientes la experiencia es aterradora, una vez más sin palabras, y los analistas que no están familiarizados con las manifestaciones de este tipo de reedición (*revival*) traumática en el trabajo clínico frecuentemente quedan a la deriva, atrapados y controlados por un proceso que parece tener vida propia.

No es infrecuente que los analistas sientan que estas pacientes están a punto de una descompensación psicótica, y que sin darse cuenta recurran a medidas heroicas de rescate (sobre-medicación inadecuada, hospitalización, incluso tratamientos de shock) en un esfuerzo por contener la marea de lo que parece ser una floreciente psicosis. Desafortunadamente, tales medidas suelen restablecer la clausura psíquica que creó originalmente los problemas de la paciente, y le comunican a ésta la incapacidad del analista de comprender el material que está emergiendo, y la reacción de temor de la paciente ante él. Sin bien en ocasiones se necesita medicación y hospitalización con el fin de apoyar a la paciente durante el resurgimiento de esas caóticas experiencias (véase el capítulo 11), es importante que el analista no sobre-reaccione. Tales recomendaciones, cuyo objetivo es ayudar a la pareja analítica a contener actuaciones traumáticas el tiempo suficiente para organizarlas y darles significado, deben entenderse como medidas de apoyo temporales, no como soluciones adecuadas a largo plazo. Efectivamente, la comprensión del analista de que estas experiencias desorganizadoras no representan los desvaríos psicóticos de una paciente descompensada sino más bien lo valientes intentos de una paciente previamente traumatizada de darle sentido a sus estados disociados, podría contribuir en gran medida a establecer el tipo de significado psíquico que ayudaría a contener dichos episodios en el tratamiento. Cuando sean necesarias, tales medidas de apoyo serán vistas por la paciente como medios para ayudarla a completar el trabajo psíquico necesario, y no como intentos de terminar un proceso que amenaza con sobrepasar y asustar al analista. Aquí resulta clave la experiencia y comprensión que tenga el o la analista de los procesos disociativos y las diferencias inherentes a las distinciones entre “el retorno de lo reprimido” y “el retorno de lo disociado”, en especial en términos de cómo moldean las configuraciones de transferencia-contratransferencia.

**La Manifestación de Estados Disociativos**

La mayoría de las sobrevivientes de abuso sexual infantil enfrentan el dilema de tener que negociar los mundos externos interpersonales de la amistad, la escuela, la autoridad, la carrera, etc., a pesar del hecho de que han sido traicionadas, relativamente temprano, por una persona con la cual comparten una de las relaciones más íntimas de sus vidas. Es notable observar hasta qué punto la mayoría de las sobrevivientes logran, por medio de la disociación, crear con gran esfuerzo algo parecido a un self funcional, adaptado y capaz de relaciones interpersonales alrededor de un centro formado por una niña herida y abandonada que grita. Este self adulto tiene una doble función: permite a la persona moverse en el mundo de los demás con relativo éxito, y al mismo tiempo protege y preserva a la niña abusada que sigue viva, que todavía busca ser reconocida, validada y compensada. Ahora nos centraremos en el impacto de esa escisión (*splitting*) y disociación esencial en el corazón de la personalidad, y sus efectos sobre todo el desarrollo posterior de ésta.

Para integrar la extensa literatura sobre trauma con la teoría y técnica psicoanalíticas, hemos intentado demostrar un aspecto de crítica importancia. La paciente que fue abusada sexualmente en su infancia no es una paciente adulta con recuerdos especialmente vívidos de experiencias infantiles dolorosas que existen en el contexto de otros momentos más amorosos y felices. Esta niña es un self alternativo totalmente desarrollado, organizado en forma más bien primitiva y disociado. Es imperativo que la terapeuta que inicia el trabajo con una persona adulta sobreviviente de abuso sexual significativo en la infancia comprenda que en realidad está iniciando el tratamiento de dos personas: un adulto que lucha por tener éxito, relacionarse, lograr aceptación, y en último término olvidar, y un niño que a medida que el tratamiento avanza lucha por recordar y por encontrar una voz con la cual gritarle al mundo su furia.

El self infantil disociado tiene una estructura del ego/yo diferente, un sistema de defensas más primitivo y frágil, un conjunto de recuerdos más completo y más vinculado a las emociones, y se ha convertido claramente en el depósito de una rabia, vergüenza y culpa intensas y a menudo abrumadoras. A menudo encontramos a la niña o niño con diferentes vestimentas, expresiones faciales, posturas, tipo de voz y expresiones lingüísticas. “Ella” asume el personaje o la parte (*persona*) de la niña pequeña y tímida; “él” muestra aires de preadolescente torpe cuya sexualidad se ha demorado más que la de sus amigos en aparecer.

Hay que hacer notar que la disociación existe a lo largo de un amplio continuo de estados de ego alternativos que coexisten, que se mueven en patrones permanentemente cambiantes de auto-reconocimiento mutuo y alienación. No es infrecuente que el self infantil contenga varias partes diferentes, muchas veces con acceso a información histórica y recuerdos distintos. Comunes entre estas partes son el niño(a) bueno(a) perfecto(a), el niño(a) malo(a) omnipotente, y en último término el niño(a) abusado(a) y aterrado(a). Dada la frecuente coexistencia de estos estados alternativos, no parece que ellos representen verdaderas organizaciones de personalidad múltiple, cuya aparición ocasional se aborda de manera específica más adelante en este mismo capítulo. En la mayoría de los casos la persona adulta y la niña están al menos parcialmente conscientes de la existencia de la otra; lo que la adulta ignora completamente es el secreto incestuoso de la niña y su rabia abrumadora.

Si bien la mujer adulta y la niña están la mayoría de las veces conscientes de la existencia de la otra, no son amigas. Tienen objetivos emocionales completamente distintos, y viven en un estado de guerra constante por definir si se dará prioridad a las necesidades de una u otra en cada momento específico. Cada una se siente totalmente abandonada por la otra. La niña piensa que la adulta se ha “vendido” al proseguir su vida como tal. Después de todo los adultos son malos y hacen cosas malas. Transformarse en uno de ellos es la máxima traición. Por lo tanto, la niña usa cualquier oportunidad para ir contra los intentos de la adulta de separarse del pasado y de su identidad como víctima para volverse parte del mundo exterior. Ella usa las técnicas que aprendió de su padre (u otro) abusador para minar su confianza en sí misma: seducir, engatusar, manipular y amenazar con abuso (en este caso hacia sí misma). Del mismo modo en que se sintió invadida, invade a menudo la consciencia (*conscious sensorium*) desprevenida de la mujer adulta de maneras inapropiadas y disruptivas, causando gran confusión y desorientación, a veces deteniendo cualquier actividad en que la adulta estaba involucrada en ese momento. Se enfrenta a su self adulto, como una provocadora, con la dedicación de un terrorista a un plan de rebeldía sin tregua.

Por su parte, la persona adulta “odia” a la niña sádica y disruptiva con amarga intensidad. A nivel más consciente, la adulta ve a la niña como un dolor de cabeza demandante, exigente, rebelde y petulante. Si recuerda haber sido abusada sexualmente en la infancia, culpa a su self infantil por ello, reforzando así su insistencia en la completa y total maldad de la niña. Ella fue “la seductora”, y como señaló una paciente con un rencor reconcentrado en su primera sesión: “Ella recibió lo que se merecía. . . era lo que venía”. Para nosotros es casi incomprensible que aquí la paciente está hablando de sí misma, la parte de sí misma que fue abusada por su propio padre de manera más bien sádica cuando era niña. Sin embargo, podemos ver la efectividad de la disociación que evita que la parte adulta y el padre reciban el impacto de la furia de la niña. El odio se dirige hacia la niña, quien después de todo, ha sido bien entrenada en auto-victimización.

En situaciones en las cuales la paciente aún no ha recuperado recuerdos reales de abuso sexual en la infancia, permanece frente a su self infantil demandante y disruptivo como una intérprete pasiva y perpleja; ella da voz a las pataletas, cambios de ánimo y demandas de la niña sin entender exactamente por qué. “Es como que una voz surge dentro de mí”, refirió una paciente. “Sé que es mi voz. . . reconozco su sonido. . . pero es tan extraño, no tengo idea de qué va a decir la voz. Lo único que sé es que generalmente dice algo para meterme en problemas.”

Si la disparidad entre la intensidad de la furia y la vergüenza de la niña y el contenido de los pensamientos de la paciente se vuelve suficientemente grande, ésta puede experimentar episodios disociativos completos, donde se da a la niña toda posibilidad de expresar, recordar, actuar (*reenact*), sin recuerdo consciente de la experiencia. Al igual que en las verdaderas personalidades múltiples, las pacientes refieren una pérdida del tiempo, encontrándose de pronto en medio de una situación, pero no recordando cómo llegaron allí, etc. Una paciente relataba con cierta regularidad que se sentaba a escribir informes de negocios y se encontraba con que ya estaban listos, ¡y perfectos! “Es como el zapatero y los duendes” decía. “Me voy a dormir, y cuando me despierto, ¡ahí está!” Esta paciente en particular ingresó a tratamiento por problemas persistentes en su trabajo. Si bien se hizo claro inmediatamente que su vida personal también estaba extremadamente restringida, mantuvo estos temas fuera de la etapa inicial del tratamiento, insistiendo en que para ella la vida social no tenía ninguna importancia.

En su trabajo la paciente era considerada una pensadora brillante e incisiva, cuyos análisis escritos fundamentaban y dirigían gran parte del trabajo en curso de su empresa. Sin embargo era totalmente incapaz de presentar su trabajo escrito, tanto dentro de su empresa como frente a los clientes. Le tenía terror a que la miraran, a sentirse expuesta y penetrada por las miradas de los demás. Una severa inhibición, basada en gran medida en necesidades exhibicionistas disociadas, originaba las experiencias más paralizantes de humillación y vergüenza en estas situaciones. La inhibición era tan completa que a menudo se le pedía a otras personas que presentaran el trabajo de la paciente a los clientes. Para empeorar las cosas, se la consideraba voluble y demandante, y entre sus colegas tenía la reputación de ser “exigente y difícil de tratar”.

Aun cuando no tenía ningún recuerdo consciente del permanente abuso sexual de su padre cuando ella tenía entre 7 y 12 años, la paciente había recreado perfectamente el clima emocional de estos confusos años de su infancia en su vida laboral actual. Era dotada, especial y favorita en alguna forma que seguía siendo un misterio para ella. Como no se acordaba de haber escrito sus “brillantes” informes, le era difícil valorarse a sí misma por haberlos escrito, como los demás la valoraban. A pesar de su vaga sensación de ser especial, también se sentía despreciada y abusada por sus colegas. Sentía que se merecía este abuso porque estaba de acuerdo en que frecuentemente su conducta era demandante e impredecible. La propia paciente vivía estos abruptos cambios de estado de ánimo y estas conductas explosivas de exigencia y demanda como intrusiones de un ego ajeno, y ocasionalmente, cuando la emoción era muy intensa, no tenía ningún recuerdo de ellos. Sin los recuerdos que podrían generar compasión hacia este “otro self”, la paciente estaba llena de miedo y desprecio por sí misma:

PACIENTE: “Es como que tengo esta parte bebé. . . a veces está asustada y se lamenta, y la odio por eso. . .pero luego se vuelve odiosa y demandante. . . nada la satisface. . . Lo intento, pero no puedo. Quiere más y más pero no sé de qué. No me deja tranquila y no crece. A veces pienso que se toma toda la escena, y parte de mí se asusta por lo que ella pudiera hacer. Pienso que me voy a ir, apenas soporto escuchar.”

TERAPEUTA: Me da la impresión de que ella probablemente se quedará hasta que alguien oiga lo que está tratando de decir.

PACIENTE: Mientras menos atención reciba, mejor. Lo único que puedo hacer es ignorarla. . . no alimentarla. . . de otra manera nunca se irá. Si no le doy absolutamente nada tal vez se vaya y me deje sola. (Quedamente) Tal vez se muera. Realmente quiero que muera.

Aquí aparece nuevamente el odio y el deseo de muerte hacia el self infantil. No se trata de la seductora omnipotente a quien la adulta culpa por su propio abuso, sino la niña furiosa y exigente, que deja claro su dolor pero mantiene el origen de éste en el misterio, incluso ante sí misma. Sin haber entrado en la escena analítica todavía, pero luchando por emerger, está la niña aterrada. Viviendo en un mundo disociado de abuso perpetuo, aterrada no sólo por las acciones de otro, sino también ante la posibilidad de pronunciar sus propias palabras y conocer su propia mente.

Casi siempre es el self de la mujer adulta quien acude al tratamiento. Está luchando ya sea con los recuerdos de pesadilla de su infancia, o dentro de su amnesia, está invadida por una o más de una variedad de quejas vagas y debilitantes: disfunción sexual, depresión, culpa intensa, baja auto-estima, impulsos auto-destructivos, abuso de alcohol o drogas, y otros (Gelinas, 1983). Sólo lentamente, y después de muchos ensayos cuidadosos, la parte infantil empieza a dar a conocer su presencia. Puede presentarse en forma atrevida y dramática, como en el desarrollo de ataques de pánico súbitos, o en la irrupción de quejas somáticas dolorosas y temibles. También puede que la niña se haga presente silenciosa y casi imperceptiblemente. Puede que la terapeuta se dé cuenta de su presencia primero por un gesto extrañamente infantil: la forma de secarse las lágrimas o retorcerse el pelo. Otras veces puede anunciar su llegada con un cambio sutil en el vocabulario, la gramática, las posturas y movimientos del cuerpo, diferentes estilos de vestuario, una expresión facial o una voz especial. Muchas veces la primera consciencia de cambio del terapeuta se relaciona con un cambio percibido en la naturaleza de la transferencia o en su propia experiencia de la contratransferencia. Sin embargo, independientemente de la forma específica de aparición lo más frecuente es que la niña o niño entre en la escena analítica algún tiempo antes de que se inicie la recuperación o develación de recuerdos específicos de abuso en el pasado.

Aquí las razones son claras. Desde el punto el punto de vista de la niña, el analista es, hasta ahora, una incertidumbre, un extraño(a). Es cierto, ha estado escuchando, pero lo que ha escuchado ha estado limitado por la naturaleza de la interacción adulto-analista. Desde el punto de vista de la niña, son la analista y la mujer adulta quienes se entrevistaron y se eligieron mutuamente. Son ellas quienes han desarrollado una relación, han comenzado a definir los límites de su confianza y a abordar temas dolorosos e íntimos. Como sistema de self disociado con un mundo objetal una y estructura del ego separados, la niña se ha mantenido muy lejos del campo analítico. Ha tenido poco o ningún impacto en la relación analítica, y la relación sólo la ha afectado hasta ahora en la medida que ha percibido suficiente confianza entre la analista y la adulta como para alentar su participación. Por cierto, la aparición de la niña en el tratamiento significa que el trabajo previo se ha desarrollado bien y que la parte central del tratamiento está por comenzar.

Entonces hay dos pacientes distintas en la escena analítica. Un self adulto a quien la analista ya ha empezado a conocer, y un self infantil ilusorio que aparece y desaparece a voluntad, introduciendo una permanente confusión en el proceso analítico. Aquí necesitamos hacer una pausa y examinar más de cerca este sistema de self infantil y las formas en que él o ella intenta involucrar al analista en el despliegue de deseos, sueños y temores inconscientes.

Sin duda el punto más importante a entender sobre la niña es que ella existe sólo en el contexto de una relación objetal internalizada de abuso perpetuo. Son este aspecto del self y este aspecto del objeto los que han sido literalmente expulsados del funcionamiento más integrado de la personalidad, y a los que se ha permitido establecer una existencia independiente con el fin de que intenten satisfacer sus propias necesidades. La organización madura de la personalidad es una amalgama e integración de una multiplicidad muy variada de experiencias del self y experiencias del objeto, cada una con su carga específica emocional-ideacional-instintiva (Kernberg, 1976; Ogden, 1986; Volkan, 1976). Idealmente, esta integración conduce a representaciones internas del self y el objeto muy variadas, que por momentos son contradictorias, pero no mutuamente excluyentes. El amor y el odio coexisten, son modulados cada uno por el otro y originan el potencial para la ambivalencia y el duelo, así como la pasión y la ambición intensas.

En la paciente que ha sido abusada sexualmente, el aspecto infantil de la representación del self, junto a la representación del abusador y su complejo sistema de conexión e intercambio emocional, está excluido y aislado del resto de la personalidad. Permanece prácticamente congelado en el tiempo, y sus imágenes no están moduladas por otras de naturaleza diferente, tal vez más amable. Estas imágenes se transforman en la expresión concreta de la rabia asesina y el auto-desprecio dañino que conducen a la niña en sus relaciones con los demás. Por su intensidad ellas alimentan los terrores de nivel psicótico de aniquilación y destrucción del mundo que caracterizan la experiencia interna de la paciente. La niña no puede crecer. Su rabia y el odio hacia sí misma no se atenúan, y por tanto no se integran. El suyo es un mundo de traición, terror y constante inundación emocional. Su realidad ha sido penetrada por una fuerza hostil e invasiva y sus percepciones han sido distorsionadas trágicamente por sus experiencias de abuso. Se le dice que lo malo es bueno; se le ha dicho que lo que la hiere es algo que ella secretamente desea y pide. Su cuerpo duele. Su mente está en un estado constante de agitación y confusión. Cuando de niña acudió hacia los que la rodeaban para encontrar una salida, se encontró ya sea con amenazas y nuevos abusos, o con negligencia y una enorme negación. La niña es incapaz de esperar nada diferente del analista. Se siente aterrada, completamente sola y desamparada. Sólo el self adulto puede pedir y recibir ayuda. La niña no puede pedir y efectivamente, pasa bastante tiempo hasta que la “ayuda” del analista comienza a penetrar las enormes barreras disociativas.

La disociación extrema de la niña abusada en un sistema del self y del objeto separado, es esencialmente un intento de la paciente de reducir los daños. Igual que los médicos cuando tratan de aislar y extraer un cuerpo maligno potencialmente invasivo antes de que pueda afectar al tejido sano, la mujer adulta que sobrevive al abuso sexual infantil intenta aislar y expulsar el introyecto tóxico y la representación del self que lo acompaña antes de que la capacidad de confiar a sí misma y en los demás sea completamente destruida. El self infantil puede quedar condenado a un mundo de paranoia sin fin, pero la parte adulta, habiendo expulsado estas experiencias tóxicas, intenta una integración rudimentaria, donde las representaciones del self y el objeto se fusionan a un nivel más alto de desarrollo. De hecho, la parte adulta de muchas de nuestras pacientes está marcada por un estilo defensivo más bien hipomaníaco, donde la agresión generalmente se proyecta y luego se niega. En estos casos la adulta adquiere un aire de inocencia extraña. A menudo tiene una gran disposición –cuando no una real compulsión- por ayudar a otros. Con una habilidad consumada para negarse a sí misma, la paciente no se da cuenta de las formas en que los demás se aprovechan de su bien intencionada necesidad de ayudar, y tampoco se da cuenta de su resentimiento a raíz de que frecuentemente los demás se aprovechan de ella. Ella intenta encontrarle sentido a su total incapacidad de decir “no”, pero fracasa. Al parecer los demás son capaces de poseerla totalmente.

Claramente el equilibrio logrado aquí entre la adulta y la niña es tenue en el mejor de los casos, con una insuficiencia doblemente condicionada del funcionamiento del ego que hace que la adaptación exitosa sea prácticamente imposible. El proceso secundario del pensamiento está sujeto a constantes intrusiones de pensamientos de ideación más primitiva. La prueba de realidad está dañada por los patrones defensivos patológicos y las cadenas disociativas que hacen surgir una dualidad confusa en el funcionamiento. Las quejas somáticas son múltiples, y la lucha contra las necesidades auto-abusivas es constante e inexorable. A diferencia del tejido enfermo que se vuelve inocuo una vez extraído, el self infantil está completamente consciente de su extradición y puede emprender una campaña insidiosa contra la parte adulta, haciendo así menos probable cualquier adaptación exitosa. No es poco frecuente para una persona adulta sobreviviente que está en tratamiento llegar al punto en que puede articular la lucha que se va desarrollando entre ese aspecto de su personalidad que quiere funcionar independiente y exitosamente, y esos aspectos más infantiles que sienten que tal adaptación representa “venderse” y traicionar a la niña a quien se ha hecho sufrir sin piedad.

A menudo es en este preciso momento de crisis, a medida que la adulta y la niña están empezando a reunirse, cuando el recuerdo del abuso infantil amenaza con surgir y sobrepasar al *sensorium* adulto, cuando puede aparecer una tercera parte: el aspecto de la personalidad adolescente y protector del self, cuya visión del mundo es ruda, callejera e intensamente cínica. Viene equipado con un deslumbrante conjunto de sintomatología impulsiva, actuadora y auto-agresiva diseñada para preocupar a la adulta, confundir y distraer la terapeuta, y sobre todo, más que cualquier otra cosa, obscurecer el surgimiento amenazante del self infantil y sus recuerdos traumáticos. El compendio de comportamientos delictivos y auto-agresivos incluye robo, vagancia, mentir patológico, quemarse, cortarse y todo el espectro de sintomatología anoréxica y bulímica.

La parte adolescente no tiene recuerdos de abuso infantil específico, y más que comprender su conducta delictual y auto-abusadora como un síntoma de un trauma más temprano, su propia cualidad abusadora se utiliza muchas veces para disculpar una actitud general de negligencia, indiferencia o daño parental. La adolescente debe detener a la niña a cualquier costo; pero los únicos métodos de contención y control de los que dispone son los métodos crueles y sádicos que experimentó de niña. La parte adolescente es esencialmente la manifestación clínica del introyecto sádico en su forma adulta disociada. Ciertamente esta resolución extrema no puede funcionar indefinidamente, y la adulta -corriendo inconscientemente un gran riesgo- comienza un tratamiento psicoanalítico.

Una vez que se ha asegurado la participación de todas las partes de la psiquis, el trabajo analítico puede proseguir. La integración de las experiencias de la parte adulta y la parte niña es de vital importancia. Esto implica por sobre todo la recuperación y revelación de tantos recuerdos de abuso sexual temprano como sea posible. Esto incluye por supuesto los recuerdos propiamente tales a medida que surgen en la paciente, las fantasías y elaboraciones secundarias que emergen de las asociaciones, sueños o recuerdos de la paciente, y revivir y elaborar de manera emocionalmente integrada y completa dentro de la transferencia-contratransferencia de la sobre-estimulación, el terror y la disociación traumáticos. Sólo cuando la paciente es testigo de la disociación durante el curso del tratamiento se convence realmente de su existencia y puede empezar a anticipar y sortear la experiencia, evitando así que ésta se introduzca en momentos cargados de emocionalidad y excitación. A medida que la mujer adulta escucha las palabras de la niña, empieza a tomar el peso a las razones de su rabia y a reconocer que es justificada. Surge una nueva compasión hacia esta ex enemiga y un deseo de sanar sus heridas. Dado que la adulta lentamente empieza a permitirle a la niña regresar a una consciencia compartida, también puede ofrecerle parte de los cuidados parentales que necesita intensamente. Al ofrecer comprensión y aceptación a su self infantil, la adulta puede avanzar bastante hacia la gratificación de una necesidad del desarrollo dolorosamente frustrada.

La niña por otro lado, ya no está determinada a boicotear los éxitos de la adulta. Su rebeldía al fin puede terminar. Los procesos mentales de la adulta ya no están sujetos a invasión y perturbación constantes. Así mismo, la adulta se revitaliza al integrar nuevamente a la niña en su mundo interno. Al suprimir la parte infantil peligrosa muchas otras capacidades infantiles se han perdido. La niña, ahora libre de su dolorosa y abrumadora carga es liberada y descubre, quizás por primera vez, estas otras capacidades y puede devolvérselas a la adulta que también las vive nuevamente. La vitalidad y pasión desvergonzada que sólo los niños conocen pueden reimpulsar el mundo interpersonal de la adulta. El juego y la fantasía, que han sido fuerzas peligrosas por tanto tiempo enriquecerán su vida interior e infundirán creatividad a su mente práctica y orientada a la sobrevivencia. La ambición, siempre demasiado cercana a la agresión y el exhibicionismo, ya sea disociada o actuada de manera inapropiada puede asumir una posición más fácil de modular y estimular a la adulta a disfrutar más sus éxitos.

Una paciente, por ejemplo, se presentó con un self adulto disfórico, anhedónico y rígido al iniciar el tratamiento. Algún tiempo después, cuando había hecho considerables avances en la integración de la niña disociada, relató a su analista un día que había pasado en un parque de diversiones. Se había subido a los juegos más rápidos, había comido algodón dulce, había jugado con un globo y lo había disfrutado mucho. En la sesión siguiente comenzó a pensar en la volver a la universidad para hacer un magister en su área.

Su avance demostró la fuerza y las consecuencias de la integración. Pero durante esta etapa intensamente dolorosa del tratamiento, las fuerzas de integración están en una lucha constante con las tendencias siempre dispuestas de la disociación y la desorganización. Porque es durante esta fase que la adulta y la niña juntas deben llegar a aceptar dos de las realidades más devastadoras. La primera: que los abusos realmente ocurrieron, y la segunda –que tal vez sea lo más difícil- que la infancia fue destruida y nunca se recuperará.

Una fantasía universal entre todas las mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil es que una vez que los horribles hechos del abuso sean conocidos, el mundo se conmoverá y ofrecerá una nueva infancia compensatoria idealizada. Este había sido siempre el antídoto: el analgésico que se volvió adictivo para la niña torturada. Para seguir viviendo ella se administró, en palabras de una paciente, “dosis diarias para el dolor, a discreción”. A menudo renunciar a este deseo resulta incluso más inimaginable para la niña que aceptar la realidad de su abuso. Reconocer la imposibilidad de cumplir esta fantasía constituye una traición a su self interior más sagrado.

A menudo es este aspecto el que hace surgir las ideaciones suicidas más serias, amenaza que en este contexto debe ser especialmente tomada en serio. Sin embargo, incluso cuando el suicidio no es un tema, la renuncia a esta infancia compensatoria idealizada casi siempre conduce a una re-fortificación de defensas disociativas y odio hacia el self infantil. Mediante una lógica puramente infantil, el self disociado cree en alguna forma en las palabras enunciadas por una paciente: “Si lo que me ocurrió fue injusto. . . si no lo merecía, entonces obtendría lo que sí merecía. . . lo que todos los otros niños tenían. Si tan sólo la gente supiera, ellos se asegurarían de que lo recibiera. Si no lo voy a recibir, incluso ahora que ellos saben la verdad. . . entonces debo haber merecido lo que me pasó. Debo ser mala”.

Otra paciente señaló:

Es demasiado. Puedo enfrentar el abuso. . . creo. . . tal vez puedo. Pero la idea de que esto es todo lo que habrá, que cuando piense en mí de niña, todo lo que sentiré es dolor y terror. . . eso es demasiado. . . No puedo vivir con eso. Quiero sentir lo que veo en los ojos de los niños pequeños. Usted (terapeuta) dice que yo lo merezco. . . así que ¿por qué no puedo? La sensación de seguridad, quiero un lugar que sea seguro. Quiero meterme en problemas y ser traviesa. . . problemas seguros. . . problemas típicos. Quiero que otro se haga cargo de la preocupación, del castigo. Estoy cansada. Usted dice que como adulta puedo sentir algunas de estas cosas. . . me habla de ellas. Pero cómo puedo sentirlas si no estoy segura de lo que son. . . palabras. Es como tratar de describir un color a alguien que nació ciego.

Este tema subyacente, que está presente a lo largo de todo el tratamiento, provoca períodos del duelo más profundo y menos tratable. Pone a prueba la determinación de una paciente de sobrevivir a la amenaza de desorganización abrumadora, y desafía las capacidades de la analista de sostener la desesperación de su paciente y las limitaciones de su propias habilidades para aliviar el sufrimiento. Por sobre todo, la analista debe permitir a la paciente vivir y expresar totalmente su duelo. Esta expresión no debe estar cargada de la necesidad de aparentar estar mejor en beneficio de la analista.

La paciente debe reconocer y llegar a aceptar el carácter definitivo e irreversible de la pérdida traumática. Este es un proceso largo y arduo de elaborar (*working-through*) una intensa furia y un profundo dolor. La paciente recurrirá a toda resistencia posible para evitar este proceso de duelo; y la analista se verá inevitablemente arrastrada a un acertijo enloquecedor de actuaciones (*enactments*) transferencia-contratransferencia ilusoriamente cambiantes. La niña se aferrará, primero a su negación, y después a su expectativa de compensación, con una ferocidad que tal vez la analista no haya vivenciado previamente. Por otra parte, la analista puede sentir ciertas dudas sobre permitir que se desplieguen esos paradigmas primitivos de transferencia, y con respecto a tolerar esa extrema desorganización regresiva en una paciente previamente funcional. Sin embargo, este proceso regresivo es inevitable; sólo permitiendo al self infantil que aparezca, hable y haga el duelo se sanará el trauma emocional y se repararán las insuficiencias estructurales.

Inevitablemente esta formulación, que enfatiza el vínculo inextricable entre trauma y disociación, generará preguntas en relación a la presencia y diagnóstico diferencial entre los procesos que hemos descrito y aquellos inherentes al desarrollo de trastornos de personalidad múltiple. De acuerdo a lo que consideramos la mejor literatura psiquiátrica sobre el tema (Putnam, 1989; Ross, 1989; Ross & Lowenstein, 1992), pensamos que la disociación y los trastornos disociativos existen en un continuo, en el cual los trastornos de personalidad múltiple representan la forma más extrema del tipo de proceso que hemos descrito. Mientras más temprano, más crónico y más sádico sea el abuso, y mientras más cercana sea la relación objetal entre el abusador y la víctima, más probable será que se desarrolle un trastorno de personalidad múltiple. De modo que si bien no todas las sobrevivientes adultas de abuso sexual infantil presentan estructuras de personalidades múltiples, pareciera que las mejores estimaciones actuales indican que entre el 88% y el 97% de todas las personalidades múltiples han sufrido abuso sexual y/o maltrato físico importante en la infancia (Putnam, 1989; Ross, 1989).

Pensamos que un enfoque que vea las barreras disociativas como fronteras construidas alrededor de organizaciones especiales del self y la representación de objeto (en oposición a un enfoque que enfatiza la disociación de recuerdos específicos) ofrece una manera más clara de observar entidades dentro del espectro completo de la patología disociativa desde una perspectiva de mayor continuidad teórica. Una comprensión así facilita la capacidad de un clínico con formación psicoanalítica que se enfrenta, tal vez por primera vez, con un(a) paciente que sufre de un verdadero trastorno de personalidad múltiple.

También pensamos que una conceptualización de orientación relacional sobre la disociación aclara un poco una de las controversias permanentes en la literatura sobre el trastorno de personalidad múltiple, en especial aquella escrita desde una perspectiva psicoanalítica. Algunos analistas han expresado su preocupación en cuanto a que el surgimiento de “personalidades alter” parece intensificarse en el *setting* de tratamiento, planteando así la posibilidad de que dichas escisiones (*splits)* sean iatrogénicas, específicamente en la medida que se relacionen con actuaciones transferenciales. Frecuentemente un analista que “reemplaza” a un colega por enfermedad o vacaciones señala que no observa evidencia de la multiplicidad que se ha descrito, y queda confundido por el diagnóstico, o lo atribuye a una involucración contratransferencial excesiva del terapeuta tratante. Dentro de nuestro marco conceptual, sin embargo, las experiencias aparentemente diferentes de estos dos analistas hipotéticos(as) no sugieren contradicciones internas inherentes.

Nuestro enfoque es que la disociación, por su origen traumático, existe fundamentalmente en un contexto relacional. Los estados alternados mutuamente excluyentes son constelaciones de representaciones del self y el objeto con los recuerdos traumáticos propiamente tales, y proveen tanto el pegamento que une a estas representaciones como el terror que divide tales agrupaciones de recuerdos de otros recuerdos de naturaleza más benigna y tolerable. Por lo tanto, no debería sorprendernos que estas divisiones fundamentales se manifestaran con mayor probabilidad en torno a una re-evocación de experiencia relacionada específicamente con el surgimiento de una intensa transferencia-contratransferencia durante un análisis en curso. El hecho de que dichas experiencias aparezcan sólo dentro del setting terapéutico no implica en ningún caso que sean creadas por este setting. Si prevalece tal enfoque, entonces todas las manifestaciones de la transferencia debieran ser sometidas a la misma dudosa especulación.

Si bien una revisión exhaustiva de los criterios y procedimientos de tratamiento específicos para casos de trastorno de personalidad múltiple claramente no está dentro del alcance de este libro, el lector(a) que trabaja con adultos que fueron gravemente abusados cuando niños debiera estar alerta a la superposición en estas dos áreas de trabajo clínico. Una sensibilidad desarrollada a la presencia de dichos fenómenos permitirá al analista buscar lecturas apropiadas, trabajo didáctico y supervisión cuando se presente una situación clínica de este tipo.

**Implicancias Clínicas**

Al presentar nuestras ideas sobre el tratamiento psicoanalítico de adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil surge una y otra vez la pregunta con respecto al nivel de regresión descrito en nuestro trabajo clínico y ejemplificado con viñetas de casos en tratamiento. ¿Esa regresión es necesaria para la elaboración del abuso temprano traumático, o es un artefacto iatrogénico de un estilo analítico innecesariamente regresivo? ¿Es la parte infantil disociada una consecuencia estructural y clínica inevitable del trauma crónico, o es simplemente la acomodación de la paciente al punto del vista particular del analista? Hemos encontrado –y lo han confirmado muchos colegas, estudiantes y supervisados- que hablar directamente a la parte infantil y comprender desde la perspectiva de la niña los impases terapéuticos tenazmente arraigados –es decir, tomando en cuenta su propia organización del ego y su sistema de relaciones objetales internalizadas- cambia profundamente la naturaleza del trabajo analítico.

Con este planteamiento en mente, formulamos las siguientes recomendaciones clínicas:

1. Hablar directamente a la parte infantil en la mujer adulta sobreviviente es la manera más efectiva de recuperar todos los recuerdos traumatogénicos. Esto es de especial importancia, porque es el extremo más severo del espectro el que existe fuera de la consciencia.
2. Hablar directamente a la parte infantil es también la manera más efectiva de elaborar (*work through*) por medio de la transferencia-contratransferencia un sistema interno patológico de representaciones del self y el objeto, y de defensas que distorsionan la realidad. Dicha estructura internalizada menoscaba seriamente las relaciones interpersonales actuales de la paciente, y en muchos casos establece estas relaciones en una línea sadomasoquista que hace de la paciente una víctima permanente de abuso real o percibido. Aquí las experiencias reales interactúan sinérgicamente con el mundo objetal interno excluido de la parte infantil abusada para confirmar más aún la maldad intrínseca de ésta, y por lo tanto para intensificar indirectamente las barreras disociativas.
3. El establecimiento de una alianza entre la parte infantil y el analista tiene el efecto de cambiar a nivel simbólico la experiencia traumática original de aislamiento y desesperación por medio de la internalización de una nueva relación objetal terapéutica que produce un cambio permanente en la estructura interna.

Si bien subrayamos la importancia de trabajar con los estados disociativos en el tratamiento de adultos sobrevivientes, nos damos cuenta de todas maneras de que llevar a cabo tales tareas puede transformarse en un proceso clínico complejo y problemático. Los siguientes ejemplos de casos ilustran dos áreas específicas en que el progreso del trabajo clínico es especialmente vulnerable a un quiebre.

**Actuación Repetitiva de Recuerdos del Abuso**

En casos en que la barrera disociativa es especialmente fuerte (lo que generalmente indica que la experiencia de abuso fue de carácter más sádico o más temprano), los recuerdos pueden surgir y ser verbalizados por la paciente y la analista sin que la integración se desarrolle de la manera más habitual. En un caso así la paciente está *extremadamente* afectada, llora, tiembla y tirita, generalmente enrollada con su cabeza enterrada y sin mirar a la analista. Aun cuando la paciente puede contar la historia de su abuso estando en ese estado frenético, y la analista puede obtener *conocimiento,* quizás por primera vez, sobre los detalles del abuso de la paciente, la integración de los estados de niña y adulta dentro de la paciente *no* está ocurriendo.

Aquí la naturaleza esencial de la configuración transferencia-contratransferencia evoca la recreación regresiva (*regressive reenactment*) de un trozo de experiencia previamente disociada en el setting de tratamiento. En un caso así la actuación puede incluir un diálogo entre la paciente y su abusador. En tal situación, la analista es simplemente testigo de la conversación que se desarrolló entre la víctima y el perpetrador durante el abuso, en que la paciente recrea ambos roles en la hora de terapia. Nada va dirigido a la terapeuta; de hecho, en una situación así la paciente parece totalmente ajena a su presencia.

En la segunda situación, la paciente recrea en la hora terapéutica un diálogo que se desarrolló entre aspectos disociados de sí misma durante la experiencia del abuso propiamente tal. En este caso el diálogo tiene una cualidad semejante a un cántico repetitivo, hipnótico en sí mismo y similar a un trance. Puede ser una canción específica o una rima infantil conocida, repetida una y otra vez en un esfuerzo obvio de bloquear todo lo demás de la percepción consciente. En ambos escenarios la paciente se muestra ajena a la presencia de su analista, él o ella existe sólo como observador(a) de esta recreación disociada. Por medio de la identificación proyectiva la analista en este contexto a menudo queda con la misma sensación de indefensión y pérdida de control al enfrentar una regresión traumática abrumadora, experimentada alguna vez por la niña abusada.

Si bien la analista observa, ella no participa de esta recreación. Aun cuando las características específicas de la transferencia y la contratransferencia son esenciales para la evocación de la experiencia, en este caso la disociación es una defensa contra la elaboración de características específicas de la relación real y fantaseada con la analista, en la cercanía y reciprocidad del setting terapéutico. Cuando tales defensas contra la elaboración dentro de la transferencia se rigidizan, estos patrones de recreación disociada a menudo se vuelven aspectos repetitivos y no productivos del trabajo terapéutico. Aquí un ejemplo clínico puede ayudar a aclarar por qué se establecen esos patrones y cómo se puede facilitar que terminen.

Una analista talentosa y experimentada solicitó recientemente una serie de sesiones de consultoría con respecto a su trabajo con una mujer adulta sobreviviente de incesto con quien pensaba que había “dejado que la regresión fuera demasiado lejos”. La paciente era una mujer de 27 años de edad sobreviviente a un incesto padre-hija que había comenzado cuando ella tenía 5 años y había continuado hasta el inicio de su regla. El padre de la paciente era alcohólico, y el abuso sexual a menudo se acompañaba de violencia física. Al inicio del tratamiento la paciente no tenía recuerdos conscientes del abuso, pero la peculiar superposición de una adaptación externa muy exitosa y una sintomatología masoquista intensamente primitiva y abiertamente auto-agresiva alertó a la analista -que recientemente había conocido la creciente literatura psicoanalítica referente a este tema- sobre la posibilidad de que existiera una historia de este tipo.

Esta terapeuta en particular se había preparado bien, familiarizándose con gran parte de la literatura sobre trauma, abuso sexual y trabajo psicoanalítico con esta población de pacientes. Por lo tanto, estaba habituada y se sentía cómoda trabajando con el retorno de material disociado, y con este conocimiento había facilitado que emergiera en el tratamiento la parte infantil y su listado de recuerdos previamente inexpresables. Si bien ahora la analista estaba al tanto de muchos de los eventos significativos del pasado de la paciente, ella había asumido un patrón con el cual no se sentía cómoda. Presentamos esta consultoría porque pensamos que es típica de muchos casos de trabajo con material disociado que puede volverse repetitivo e implacable. Este problema común de los clínicos surge a partir de un énfasis exclusivo en “la abreacción afectivamente cargada y total” de situaciones patógenas que se encuentra en la literatura sobre trauma, y la relativa falta de énfasis que se pone en la noción de que dicha abreacción, si bien es esencial, es sólo un medio para alcanzar el fin de la integración final de dichas experiencias.

En el presente ejemplo de caso, los recuerdos de la experiencia incestuosa entre la paciente y su padre comenzaron a emerger de manera bastante similar a la que estamos acostumbrados a oír. La paciente se enrollaba en el diván y comenzaba a hablar con la voz de una niña pequeña. En algún punto de la sesión el volver a relatar la experiencia se transformaba en revivirla, y la paciente básicamente no tenía consciencia de la diferencia entre estos eventos del pasado y el contexto presente. La analista estaba tanto fascinada como alarmada por la intensidad, la cualidad física y la fuerza regresiva de esta recreación. La paciente podía “terminar escondida en un rincón de mi oficina, hablando desde atrás de un estante, o literalmente retorciéndose de maneras sexualmente sugerentes sobre el diván”. A veces la paciente era capaz de oír las intervenciones de la analista, pero muchas veces no lo era. Inicialmente estas experiencias durante la sesión fueron útiles para la analista y la paciente, convenciéndolas a ambas de la poderosa realidad de lo que sólo habían sospechado vagamente, y ofreciéndole a la analista muchos de los detalles de eventos específicos que serían útiles para formular interpretaciones en el trabajo posterior.

Sin embargo, con el tiempo se produjo una interesante transformación que primero se evidenció en la contratransferencia, y empezó a influir en la relación terapéutica. La analista, que inicialmente estaba “absorta” en el drama que se desplegaba y la cruda intensidad del material disociado, comenzó a sentirse impaciente, casi aburrida, frente a recreaciones (*reenactments*) regresivas que había empezado a sentir como inevitables y repetitivas. Hablando casi en un suspiro, la analista confesó con sentimientos de culpa: “Es horrible decir esto, y sé que algo está mal en que yo reaccione de esta manera. . . Es una de las razones por las que vine. Pero la semana pasada mientras ella (la paciente) estaba reviviendo uno de sus peores recuerdos –algo que inicialmente me conmovió hasta las lágrimas en la sesión- llegué a pensar –esto es espantoso- llegué a pensar ‘Bueno, ¿alguna novedad?’”

Esta no es una reacción inusual para los terapeutas que trabajan con sobrevivientes adultas, si bien siempre genera una intensa culpa. La experiencia se asemeja a la de un padre o madre que en un momento está cautivado por el poder creciente del imperioso y mandón niño de 2 años, pero encuentra esos edictos perentorios mucho menos enternecedores en un niño varios años mayor (Mitchell, 1990). A medida que los niños maduran vamos esperando más de ellos. A medida que la paciente prosigue con el tratamiento los terapeutas se aferran a ciertas nociones de progreso evolutivo y cambio terapéutico, manteniendo una identificación empática con el deseo de la paciente de crecer. Por cierto, aquí estamos en un terreno peligroso: ¿transferencia o contratransferencia? ¿Frustración sádica por parte de la paciente a las metas que percibe que la analista tiene para ella? ¿O represalia rabiosa de la analista que desea salvar y curar a esta alma atribulada?

Dentro de un modelo relacional que enfatiza la idea de que analista y paciente crean juntas los paradigmas que es necesario analizar, nos ahorramos la necesidad de resolver dichos acertijos. Adoptamos el supuesto de que ambas posibilidades, junto a muchas otras, pueden ser verdaderas, apuntando no a la desintegración moral de esta analista otrora empática, sino a un cambio definitivo en el significado intrapsíquico de esta recreación particular, es decir, el revivir este evento específico. Ante la señal de cambio creciente en la contratransferencia, es decir, el sentimiento de que es tiempo de que la paciente “avance”, la terapeuta debe suponer un cambio en las matrices relacionales que se están desplegando en las sesiones analíticas. Él o ella ya no está trabajando con la niña aterrada, fuera de control, sobre-estimulada traumáticamente, sino con aquel aspecto del introyecto sádico, el abusador internalizado que busca una gratificación activa por medio de recreaciones del trauma pasado en la transferencia, y al hacerlo deja a la analista como víctima indefensa y dominada por la culpa.

Aquí el cambio de la contratransferencia ayuda a aclarar una reconfiguración en la interacción transferencia-contratransferencia, cuya activa interpretación reubica la experiencia anteriormente disociada y la pone en el centro de la relación analítica. Así, puede maximizarse el potencial de reintegración de estas experiencias, que ahora ocurren bajo la mirada atenta de una parte ego/adulta. Ese es el caso de cada aspecto de los paradigmas internalizados de la representación del self y el objeto que habitan el mundo interno de la niña interna disociada. A medida que se despliegan en la relación con la analista, pueden ser presenciadas por paciente y analista juntas, luego verbalizadas, interpretadas e integradas con otros aspectos del funcionamiento adulto. Este proceso de integración activa que se inicia con la interacción paciente-analista debiera contribuir en gran medida a una disminución de este tipo de recreaciones protectoras de estados disociativos en que se enredó la analista de nuestro ejemplo.

Hay varias otras sugerencias técnicas que pueden ayudar a facilitar la integración de esas recreaciones disociadas, cuando da la sensación de que su repetición se ha vuelto demasiado gratificante en sí misma, y ya no ayuda a recuperar nuevos recuerdos. A menudo le preguntamos a las pacientes en estado disociativo si pueden sentarse y hablar de las mismas experiencias manteniendo al mismo tiempo contacto visual con la terapeuta. Una paciente describió los efectos de este pedido de manera mucho más elocuente de lo que nosotros podríamos hacerlo. Ella dijo: “Cuando la miro a los ojos, veo los horrores de mi propia vida reflejados allí. Usted se ve más triste y más enojada por mí que lo que yo puedo sentir por mí misma hasta ahora. . . Sus ojos se ven amorosos, pero todavía hay peligro escondido ahí.” Esta paciente está luchando por integrar experiencias de abuso dentro del contexto de una relación objetal nueva y no abusadora, una relación que permite que ella perciba las reacciones emocionales de la terapeuta, así como la integración de dichas reacciones con las suyas propias. Hemos visto que simplemente pedir a las pacientes que se sienten y miren a la analista puede tener un efecto importante en reubicar la “escena del crimen” dentro de la díada analítica. Podemos comprender el “peligro” que la paciente ve en los ojos de la analista y trabajar con él de manera mucho más efectiva de lo que podemos hacerlo con un peligro incorpóreo que existe “por ahí en alguna parte”.

Otra sugerencias pueden resultar útiles, tales como preguntar a las pacientes, en forma similar a como uno le preguntaría a una paciente con un verdadero trastorno de personalidad múltiple, “¿Su parte adulta está escuchando lo que usted dice?. . . Es muy importante que ella sepa y comprenda lo que usted está describiendo.” Aquí uno invoca al ego observador de la parte adulta para que sea testigo de su “otro self” y su sistema internalizado de relaciones objetales, organizado en forma más primitiva y sado-masoquista. Como bien lo expresó una paciente: “Usted no sólo le habla a la niña, sino que también le habla a la adulta acerca de la niña”. Al hacerlo uno busca alentar una identificación entre la parte adulta y la analista, a medida que esta última busca involucrar, regular, contener, y esencialmente tener una función parental hacia la niña abusada y disociada.

**Mantener el Encuadre Analítico**

Si bien mucho de lo que hemos escrito enfatiza lo fundamental que es evocar la parte infantil disociada y el sistema relacionado de representaciones del self y el objeto que es específico de los episodios de abuso, es igualmente imperativo que el o la terapeuta nunca pierda de vista la organización adulta de self y objeto dentro de esta matriz relacional. En último término es la parte adulta la que tiene la responsabilidad de mantener el encuadre analítico (por ej., aceptar ciertas limitaciones de tiempo, pagar la cuenta, respetar la necesidad de privacidad, tiempo libre, horas de sueño, etc. de la analista). Cualquier tratamiento, relacionado o no con el abuso, que incluye ciertas recreaciones regresivas en la transferencia debe avanzar en un verdadero campo minado de interacciones potencialmente destructoras del tratamiento, alentadas tácitamente por dicha regresión.

Bajo las oscilaciones de las recreaciones regresivas, a menudo la paciente puede realizar demandas abusivas a su analista. Aun cuando nos acostumbramos a oír las necesidades percibidas de nuestros pacientes y a luchar nosotros mismos con la tensión constante entre gratificaciones, frustraciones e interpretaciones simbólicas, tales pedidos, cuando son formulados por pacientes con historia de abuso severo, ejercen una presión contratransferencial especialmente poderosa e influyente. Las peticiones que se dan en el contexto de una historia de abuso y negligencia, evocadas lastimeramente por la propia niña que soportó ese maltrato puede llevar al más firme creyente en los poderes de la abstinencia y la neutralidad a realizar intentos heroicos e inapropiados de salvación.

Sin embargo, en el momento en que la terapeuta-salvadora idealizada toma contacto con la parte infantil abusada, la matriz relacional operacional cambia, y nos encontramos tratando simultáneamente con las actuaciones (*enactments*) de la niña omnipotente contra-abusadora, ese aspecto de la niña que está identificado con el padre (u otro) abusador. La analista debe estar preparada para el hecho de que, en una fracción de segundo, el paradigma organizador central de transferencia-contratransferencia puede cambiar del paradigma de una terapeuta-madre nutritiva y una paciente-niña necesitada, dañada, anhelante y en último término agradecida, a un paradigma de terapeuta-niña que está harta, agotada, dominada por la culpa e indefensa y una paciente-abusadora exigente, omnipotente, rabiosa y fuera de control. Los terapeutas cambian, cambian de vuelta y cambian nuevamente, a medida que cada paradigma se va tomando la escena en la relación analítica.

El surgimiento y resolución de esta particular recreación transferencia-contratransferencia se aborda en el capítulo 8, pero hay que mencionarla aquí para enfatizar el punto de que si bien damos la bienvenida a la aparición de la parte infantil disociada y a escuchar sus recuerdos, experiencias y necesidades percibidas, en todo momento hacemos responsable a la paciente adulta de mantenerse a sí misma y ser capaz de continuar el tratamiento. Esto ofrece un equilibrio necesario y un contrapunto para la atracción regresiva de dicho tratamiento. El rol del terapeuta es hacer posible que la niña haga el duelo por la infancia que no tendrá, no que viva ese duelo en la relación transferencial. Por lo tanto resulta preocupante escuchar las muchas historias de terapeutas que realizan actividades tipo padre-hijos, tales como leer libros infantiles a sus pacientes, jugar juegos infantiles durante las sesiones, etc., como si esto recompensara de alguna manera el horrible abuso que se ha perpetrado. Además de no ayudar, tales excesos pueden ser contraproducentes, interfiriendo con el duelo que es necesario realizar, porque comunica la disposición del terapeuta a intentar ese tipo de “segunda crianza” (*re-parenting*). Pensamos que una comprensión cuidadosa del mundo objetal interno de esas pacientes dejará claro que tales intentos están condenados al fracaso. Por el contrario, es la capacidad sostenida de la paciente de funcionar, esto es, de mantener las obligaciones necesarias inherentes a su participación en el mundo adulto, lo que la convencerá en último término de su capacidad para enfrentar los recuerdos y recreaciones traumáticas sin sentirse sobrepasada ni re-traumatizada. Por lo tanto, animamos a nuestras pacientes a continuar trabajando, y a mantener una interacción social mínima con el mundo exterior. Insistimos en que las sesiones se cancelen en su totalidad, que se respeten los límites de tiempo, y que se mantenga una comprensión razonable de las necesidades de la terapeuta en esa relación terapéutica. Por supuesto, adherir a este encuadre del tratamiento es extremadamente difícil, y la analista debiera estar siempre dispuesta a negociar con la paciente adulta las modificaciones terapéuticas que pueden resultar necesarias para permitir que la parte infantil pueda proseguir con el trabajo terapéutico.

La Srta. P., de 32 años de edad, era una sobreviviente de abuso sexual reiterado por parte de un padre alcohólico y sádico. El siguiente es un extracto de una sesión durante el tercer año de un análisis de tres veces por semana, tomado de un momento en que la paciente estaba empezando a recuperar recuerdos de haber sufrido penetración anal forzada.

PACIENTE: No puedo irme en este momento ni por nada; Sé que usted no me haría hacerlo. Estoy desparramada. . . un desastre. . . No puedo salir afuera (con creciente pánico). Sé que usted atiende a alguien después de mí, pero sólo por hoy, haga que esa persona se vaya, tiene que hacerlo porque no puedo, de verdad no puedo parar. ¡Se lo suplico!

Aquí la analista enfrenta una situación que no parece tener salida positiva. “Obligar” a la paciente a retirarse recrea la situación de abuso con la terapeuta como abusadora y la paciente como víctima suplicante. Sin embargo en la contratransferencia, y tal vez de manera menos visible, está la terapeuta y su próximo paciente como víctimas de una abusadora infantil y fuera de control que simplemente “no puede evitarlo”.

TERAPEUTA: Sé que está sufriendo mucho, porque he estado con usted a lo largo de esta sesión. Me gustaría poder hacer esto por usted ahora. . . hacer que desaparezca el resto del mundo y todos mis otros pacientes. . . decirle que como su padre le hizo esto, usted merece ser esta vez la única persona que importa en el mundo. Creo que está bien desear eso, de verdad. . . incluso quiero que usted sienta eso. . . Pero yo no puedo hacerlo realidad.

PACIENTE: ¿Pero por qué no? . . . Por qué no puede sólo esta vez. Nunca antes se lo había pedido. Apuesto que su otro paciente entendería. Todo el mundo sabe que las crisis ocurren. Yo entendería si usted tuviera que cancelar mi sesión alguna vez por una crisis con otra persona. Puede que no me agrade, pero entendería.

La terapeuta se da cuenta de que bajo la presión contratransferencial de empatizar con la niña abusada, lo que la paciente dice está empezando a sonar razonable. Incluso momentáneamente piensa en acceder a las demandas de la paciente.

TERAPEUTA: Usted lo hace sonar tan razonable, y supongo que desde cierto punto de vista lo es. Pero me parece que hay otro punto de vista que es igualmente importante. Si le digo a usted que sí, que está bien que se quede y usar el tiempo de otra persona. . . en realidad estoy diciendo que todas las cosas terribles que ha sufrido le dan derecho a estar tan fuera de sí que puede vulnerar los derechos de la persona que está ahí afuera (el próximo paciente). Que haber sido abusada le da derecho a ignorar los límites y fronteras de otra persona, a identificarse con su padre y convertir a ese paciente que está ahí afuera en usted misma.

PACIENTE: ¡No me importa!

TERAPEUTA: Sé que a la pequeña niña en usted que ha sido tan terriblemente herida no le importa mucho ese extraño, y en este momento yo no esperaría que a ella le importe. Pero la única manera que conozco de dar real seguridad a esa pequeña niña interna para que sienta todos los deseos rabiosos que pueda imaginar es ser muy clara en que todos esos deseos rabiosos no van a herir a otra persona.

PACIENTE: No puedo preocuparme por otra gente en este momento.

TERAPEUTA: Yo lo entiendo.

PACIENTE: [Llorando] Creo que ni siquiera me preocupa usted.

TERAPEUTA: Está bien. Trataré de protegerme también a mí misma. Así podrá sentir todo el odio sin tener que preocuparse por nadie más que por sí misma.

PACIENTE: OK, entonces usted lo hace por mí. Entiendo lo que dice, pero sigo sintiendo que no puedo hacerlo. Estoy demasiado alterada para levantarme y enfrentar el mundo. Estoy fuera de control.

TERAPEUTA: Pienso que no lo está. Pienso que le gustaría tener la libertad de estar fuera de control, estar libre del peso de tener que controlarse a sí misma. Después de todo su padre no se preocupó de mantenerse en control, verdad? ¿Por qué usted tendría que hacerlo?

PACIENTE: Sé que usted quiere que yo acepte eso, que entiendo y que me iré amablemente. Pero todavía no puedo hacerlo [con pánico creciente otra vez].

TERAPEUTA: Tengo que pensar que puede hacerlo, porque ahora vamos a terminar. Debemos hacerlo para poder seguir trabajando de este modo. Usted sabe que si tiene problemas puede contactarme esta tarde.

La paciente que aquí se describe fue capaz de dejar la sesión y funcionar bastante bien hasta su próxima sesión analítica. Sin embargo muchas pacientes, a pesar de los mejores esfuerzos interpretativos, se irán de la sesión furiosas ante lo que viven como la brutalidad de la analista. A modo de reafirmación sólo podemos enfatizar aquí la idea de que nuestro trabajo involucra una constante y delicada negociación de la recreación regresiva y la elaboración y develación progresivas. La terapeuta “brutal y sin corazón” no es un fracaso terapéutico sino un aspecto fundamental de las matrices internas organizadoras del self y el objeto que deben ser elaboradas durante el encuentro analítico. Sin embargo, la paciente adulta funcional y la analista deben proteger juntas la estructura y dirección del tratamiento de la invasión seductora de recreaciones terapéuticas regresivas que amenazan la continuidad de éste.

La analista trata de tomar un rumbo durante la tormenta, sabiendo que todo lo que esté relacionado será arrastrado de un lado a otro sin piedad, y que habrá períodos en que se perderá todo sentido de dirección y propósito. Aquí mantenemos en mente el destino final pero sabemos que el éxito último de nuestra capacidad de navegar y sobrevivir descansará en nuestra capacidad de elegir puntos de referencia significativos en medio de la niebla invasora. A medida que nos familiarizamos con los tipos de procesos disociativos descritos mejoramos nuestra capacidad de reaccionar en forma rápida y segura, sin al mismo tiempo traspasar los límites de un curso a menudo intrincado.

1. En inglés frecuentemente no es posible diferenciar si la autora se refiere al género femenino, masculino, o ambos indistintamente. En este texto, en las ocasiones en que sí se explicita el género la autora usa habitualmente el género femenino al referirse a analista y paciente, y el género masculino al referirse al abusador (N. de la T.). [↑](#footnote-ref-1)