

## Trabajo clínico, a seis manos, con una paciente “micro-traumatizada”, desde las teorías psicoanalíticas relacionales contemporáneas del trauma y el EMDR

Concepció Garriga i Seto<sup>1</sup>, Laura Molet Estaper<sup>2</sup>

IARPP-E, Terrassa y Barcelona

Este trabajo es la descripción del tratamiento de una mujer joven, que en su quinto año incorpora una nueva terapeuta y el EMDR, con el objetivo de afinar la elaboración de sus aspectos traumáticos, al tiempo que pretende dar un empujón al ritmo de su avance. Se introducen las teorías contemporáneas del trauma y su relación con el apego. También se describe la técnica del EMDR, se muestra cómo se aplica en un tratamiento y se observan sus efectos de re-inscripción en la memoria de creencias de la paciente acerca de si misma. Se reflexiona sobre el impacto de la acción terapéutica desde distintos ángulos de la psicoterapia relacional para mostrar cómo se van produciendo las mejoras.

**Palabras clave:** X trauma, giro transgeneracional, regulación psicobiológica, integración de aspectos disociados

This paper is the description of the treatment of a young woman, who in her fifth year incorporates a new therapist and EMDR, with the aim of refining the elaboration of her traumatic aspects, while trying to give a boost to the pace of her progress. Contemporary theories of trauma and its relationship with attachment are introduced. The EMDR technique is also described, it is shown how it is applied in a treatment and its effects of reinscription in the memory of beliefs of the patient about herself are observed. The impact of the therapeutic action is reflected from different angles of relational psychotherapy to show how the improvements are produced.

**Key Words:** trauma, transgenerational turn, psychobiological regulation, integration of dissociated aspects

*English Title:* Six-handed clinical work with a “micro-traumatized” patient based on the contemporary relational psychoanalytic theories about trauma and on EMDR

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Garriga i Seto, C. y Molet Estaper, L. (2021). Trabajo clínico, a seis manos, con una paciente “micro-traumatizada”, desde las teorías psicoanalíticas relacionales contemporáneas del trauma y el EMDR. *Clínica e Investigación Relacional*, 15 (1): 238-258. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2021.150112

<sup>1</sup> Concepció Garriga i Setó, psicóloga colegiada número 1210 especialista en psicología clínica en práctica privada, pertenece al capítulo español de la International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, a la Sociedad 'Forum' de Psicoterapia Psicoanalítica, y a la Asociación EMDR. Datos de contacto: Portal Nou, 39, 2-1 08221 Terrassa [concepgarriga@gmail.com](mailto:concepgarriga@gmail.com) Tels: 937841147; 686519351

<sup>2</sup> Laura Molet Estaper, psicóloga colegiada número 5612 especialista en psicología clínica en práctica privada, pertenece al capítulo español de la International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy, de la que es vocal, y al grupo de trabajo de Psicoterapia Relacional del COPC. Datos de contacto: Aguilar, 36, 5-2 08032 Barcelona [Laura-molet@hotmail.com](mailto:Laura-molet@hotmail.com) Tels: 932002468; 673994530

## Teoría contemporánea del trauma

El trauma, entendido como las conductas sexuales inapropiadas que algunos adultos perpetraban en niñas (y niños) de su entorno, estuvo en el origen del psicoanálisis, mientras Freud y Breuer (1895) todavía "creían" que el trauma causaba sufrimiento psicológico. Sin embargo, desapareció de su teorización cuando Freud abandonó la "hipótesis de la seducción" en favor de los procesos internos, particularmente las fantasías y las pulsiones sexuales infantiles, de las que derivó su construcción teórica. Ferenczi (1949) era la excepción, él sí creía en los efectos patologizantes del abuso sexual en las niñas y los niños, aunque durante años tuvo muy poca influencia.

Los estudios del trauma volvieron a entrar en el psicoanálisis, según Salberg (2019) mediante tres fuentes:

- a. El trabajo de Fraiberg (1975), que postuló que, para poder cuidar y proteger adecuadamente a sus hijos e hijas y no repetir su pasado conflictivo, los progenitores con vivencias traumáticas (guerras, colonizaciones, genocidios,...) tienen que recordar, re-experimentar y aliviar sus ansiedades y sufrimientos de la infancia (en un contexto terapéutico).
- b. Mediante los trabajos a partir de los datos provenientes de entrevistas y videos de supervivientes del Holocausto (Bergmann, 1982; Laub, 1989) que mostraban como el trauma sufrido podía impactar en la mente de su descendencia y afectar sus relaciones.
- c. Mediante los trabajos de Davies y Frawley (1994) con supervivientes de abusos sexuales infantiles.

Un psicoanálisis que también ha incorporado las conceptualizaciones contemporáneas de la complejidad de la mente basadas en las teorías actuales de la investigación en apego: en síntesis, que la mente está construida intersubjetivamente entre las figuras parentales y la criatura y en diálogo con la cultura y el entorno (Beebe & Lachmann, 2013; Cortina & Marrone, 2017; Hill, 2015; Layton, 2004, 2020; Marrone, 2001; The Boston Change Process Study Group, 2010; Wallin, 2007), de manera que el apego funciona como el modo de transmisión de las vivencias traumáticas. Cuando una figura parental (padre o madre) de una criatura ha sufrido un trauma podemos asumir que alguna parte de su mente ha estado afectada, de tal manera que en la construcción del apego con este o esta bebé habrá un desgarramiento que es percibido, a nivel implícito, por él o ella (Salberg, 2019, p. 571).

El apego es la manera como la criatura se siente segura y amada; y como aprende a conectarse con las otras personas. Si un padre o una madre son *muy* inaccesibles, el niño o

la niña, en un intento desesperado de encontrarse en su mente desarrollará una *textura de apego traumático* tanto con la ausencia como con la presencia de este progenitor, es decir, cuando busque un vínculo seguro aprenderá a percibir en qué medida también tiene que entrar a cuidar/regular emocionalmente a este padre o madre (en Role Reversal/ Inversión de Papel) (Lyons-Ruth, 2003). En palabras de Reis (2015) en la transmisión transgeneracional no es el trauma lo que se transmite sino *el estado mental* del progenitor. Lo que causa problemas es la fragmentación que se transmite mediante la relación de apego desorganizada. Lo que, en una vuelta más de tuerca, Schechter (2017a), describe como el fenómeno de la *intersubjetividad traumáticamente distorsionada*, que consiste en que, cuando la madre traumatizada conecta con recuerdos asociados con el trauma, prioriza autorregularse y evita la conexión intersubjetiva con la niña o el niño que está pidiendo regular su propio malestar, con lo que le responde de modo impredecible. En este momento tiene lugar un *nuevo* acontecimiento traumático, que puede desregular la ansiedad y la agresión de la criatura, lo que desencadena más ansiedad y evitación a la madre: es de este círculo vicioso del que da cuenta la transmisión transgeneracional del trauma.

Desde otro punto de vista (DSMIV-TR, APA, 2002) a menudo se reconoce que un paciente ha sufrido trauma porque presenta características del Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) agudo o crónico, porque ha sufrido algún episodio lesivo o acontecimiento traumático que:

- a) Representa un peligro real para su vida o ve amenazada su integridad física; o bien cuando es testigo de un acontecimiento donde hay muertos o heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas;
- b) La respuesta a estos hechos es de *miedo, desesperanza y horror intensos*, que se manifiestan con recuerdos recurrentes e intrusivos y con síntomas de activación: pesadillas y dificultades para conciliar o mantener el sueño; dificultades de concentración; malestar psicológico; e irritabilidad.
- c) El evento excede la capacidad de respuesta de una persona y sus mecanismos habituales de afrontamiento y defensa por lo que experimenta sensaciones de reducción del interés, de restricción de la vida afectiva y de futuro limitado (T. Talarn, comunicación personal, 7 de mayo de 2013).

Además, el TEPT (en particular el TEPT por violencia interpersonal TEPT-VIP) es un trastorno de desregulación de tal magnitud que las prioridades de la persona que lo sufre se deben centrar más en la supervivencia y la autorregulación que en la afiliación y la regulación mutua (Schechter, 2017a). Puede suceder que el estado de TEPT de la madre

desencadene alarma en la criatura sin que haya necesariamente ningún vínculo consciente o externo con ninguna situación atemorizante propiamente dicha. Lo que se transmite inconscientemente a nivel implícito es muy sutil (Salberg, 2019).

Entonces, podríamos decir que las madres traumatizadas crían a criaturas con propensión a los temores. Desde este punto de vista, se puede entender la transmisión transgeneracional como que el niño o la niña hereda una bioquímica alterada que la deja más vulnerable a registrar situaciones ansiosas o atemorizantes y a ser ella misma más temerosa y ansiosa. Este es el legado completo de la transmisión transgeneracional de formas de apego traumáticas: una alteración tanto de la biología como de los sistemas de apego. Como también muestran los estudios de epigenética (Kellerman, 2015, Schechter, 2017b) que han detectado cambios en los niveles de cortisol, y en las metilaciones de algunos genes en algunas personas de las siguientes generaciones de supervivientes de traumas.

Es por todo esto, y porque los aspectos representativos y performativos de la expresión del trauma son siempre un proceso intersubjetivo, que en un nuevo desarrollo contemporáneo, que Grand y Salberg (2017) denominan "el giro transgeneracional", Salberg (2019) propone que, justamente tomando en consideración la transmisión transgeneracional del apego, en un psicoanálisis avanzado debería aparecer la historia de tres generaciones.

### **La paciente de Laura Molet: Anna (Genealogía)**

Anna es la hija mayor, de dos hermanos, una hija y un hijo, de un matrimonio formado por un padre hijo único y una madre hija única. Nació hace 27 años en una familia de clase media-alta con suficientes recursos materiales y culturales para proporcionarle una buena educación y un apoyo económico que le han garantizado una base aceptablemente segura. En cambio, a nivel emocional y relacional, ha tenido fundamentos más tambaleantes, debido a las carencias afectivas de sus figuras parentales, desarrolladas en los párrafos siguientes, que han entorpecido el desarrollo de su subjetividad. Anna es una mujer interesante y con mucho potencial, en base a su buena formación y a sus múltiples recursos personales, que necesita ayuda terapéutica para: organizar su integración psíquica, desbloquear su iniciativa, reconocer y apoyarse en sus capacidades y reparar, afinar y regular sus emociones, para, así, poder vivir con más satisfacción.

Composición de la familia de origen del padre cuando Anna nació: su abuela paterna había fallecido, había su abuelo paterno y una hermana de este que vivían en casas contiguas. Estos hermanos habían perdido a su otro hermano en la guerra 1936-1939, desaparecido

poco después de ser reclutado. Su tía abuela, soltera, también había perdido a su pareja poco antes de casarse, de la misma manera. Nunca tuvo otra relación. Su abuelo debutó con un Alzheimer cuando Anna tenía 12 años. Entonces se trasladó a vivir con ellos y convivieron durante diez terribles años, hasta que a los 22 de Anna, le ingresaron en una residencia.

Composición de la familia de origen de la madre cuando Anna nació: su abuela materna, la única que le quedaba, hija de familia numerosa "nómada" de refugiados republicanos, que inicialmente emigraron a Méjico, luego a Francia y finalmente, a los 15 años se mudó a Barcelona, como mujer de la limpieza, contra el deseo de su padre, que acabó aceptando que se quedara en la ciudad. Falleció cuando Anna tenía 8 años. Su abuelo materno, también había sobrevivido a la guerra porque su familia se trasladó a Francia con unos parientes, cuando volvió a Barcelona conoció a su abuela. Se instalaron en Bellaterra por el trabajo del abuelo en la construcción, que falleció antes que Anna naciera.

Tal como hemos afirmado en el apartado anterior, un trabajo analítico en profundidad debería abarcar las tres generaciones. Para entender bien a Anna y las limitaciones que la traen a tratamiento empezamos observando que tanto su padre como su madre han crecido en entornos con serias dificultades emocionales. La soledad de su padre a cargo de su padre con Alzheimer es patente y tiene consecuencias en su padre, que se tensa y angustia, y para Anna, que tiene que soportar sus frecuentes malhumores y malos tratos. Aunque también hay que decir que, afortunadamente, la familia paterna pudo proporcionar estudios universitarios a su padre y él se pudo apoyar en estos recursos para sacar adelante a su familia en mejores condiciones que las que él mismo tuvo.

La soledad de su madre también es manifiesta. Se queda sin padres cuando Anna tiene ocho años. Decide acoger a su suegro con Alzheimer, mientras sus propios hija e hijo todavía son pequeños -10 y 12- y la necesitan, y además tiene que compaginar estas tareas con el trabajo de educadora infantil. Esta situación sume a la madre de Anna en un abatimiento muy grande que la coloca en una posición de lucha ineficaz y de sometimiento a su marido, que también tiene consecuencias para Anna, que sufre por los malos tratos que su padre propina a su madre y por el modelo de relación que le ofrecen. Anna se enfrenta con su padre por cómo trata a su madre y por los insultos y menosprecios que ella también recibe.

(Habla Laura) Anna es una paciente de 27 años que inició consultas en septiembre del 2015. Cuando la conocí, con 22, ni estudiaba ni trabajaba, salía muy poco de casa. Estaba desvitalizada, deprimida, sin ilusiones, con una iniciativa bloqueada. Su madre la acompañó a la primera sesión, y la describió como una chica inteligente, que se "quiere

poco"; dijo, además, que es una chica tímida, sensible, recelosa, cautelosa, introvertida, que presenta un miedo obsesivo hacia su ordenador. Ya desde el primer momento percibí una dependencia y gran presencia materna.

Tras las primeras entrevistas identifiqué una detención de su desarrollo emocional hacia los 12 años. En esta época cada domingo por la noche lloraba porque no quería ir al colegio. Se había quedado sin amigas. Ahora, visto en perspectiva, le duele mucho que nadie escuchara estos lloros de dolor y de impotencia. Sabemos que el aislamiento y la percepción de desconexión social puede conducir a la falta de recursos interactivos (Hill, 2015). Esto puede convertirse en una historia de soledad, dolor, sufrimiento y aversión hacia sí misma, como le sucedió a Anna.

También detecté un sentimiento de aniquilación, previo al sentimiento de vergüenza, en el miedo que sentía a ir sola por la calle, o el miedo a los ordenadores, que podríamos vincular a los efectos traumáticos del terror que su padre le generaba con sus gritos y menosprecios continuados (le chillaba: "Eres imbécil o inútil?"), que quedaban inscritos en su sentimiento de devaluación y de vergüenza invalidante. "Soy patética", "Soy rara", "Me molesta como soy", "Soy asquerosa", "La gente siente lástima de mí". Lenguaje despectivo con el que expresaba su sentimiento de vergüenza. También era habitual que se disculpara constantemente; decía: "Perdón por ser así", "Perdón por ser borde", "Tengo tanta vergüenza!!".

Orange (2005) dice, a propósito de la vergüenza, que se instala como una densa niebla, una mala hierba o un virus en el ordenador, estropeándolo todo, la vida entera de la persona, de tal manera que no sólo "no he conseguido acabar este dibujo", por ejemplo, sino que "*soy un completo fracaso*". Esta cualidad masiva e invasiva de la vergüenza, enraizada en Anna en un sentimiento de sí misma "sin valor, no buena para nada y egoísta", falla en proporcionarle capacidades para enfrentar la humillación. También inhibe su capacidad de tomar otra perspectiva de sí misma. Así se sentía Anna, a veces. Con menos frecuencia a medida que ha ido mejorando.

En consecuencia, Anna presentaba dificultades relacionales y pobreza interactiva. Cuando alguno de los pocos amigos que tenía la llamaba para quedar, ella pensaba y podía llegar a verbalizar: "Por qué me llama?... quizás porque le doy pena...?"

Durante una época, hasta que no empezó a sentirse con más confianza, no me miraba a los ojos, evitaba el contacto visual y solía inclinarse hacia abajo, con la vista dirigida al suelo. Siempre fui muy respetuosa con su sentimiento de vergüenza, sin intimidarla. Sabía que

era muy frágil y sensible hacia este aspecto. Mi oído clínico oía la voz de esta parte de su *self* (Bromberg, 2011).

El peso de la mirada del otro o la otra era demasiado desafío para ella, que sentía que era mejor evitar la mirada, ya que la empequeñecía. Era como un gesto de sumisión. Debajo había muchísima rabia. Esta rabia tardó tres años en poder salir. Juntas identificamos un sistema de acomodación patológica (Brandchaft, 2010) que había ido construyendo sigilosa e inconscientemente para sobrevivir a la dolorosa situación traumática familiar. A medida que fue tomando consciencia y pudo ir saliendo del sistema de acomodación, también pudo ir expresándose la rabia acumulada. La vivencia de amenaza de un vínculo necesario para la supervivencia de la paciente, el vínculo con sus padres, generó la acomodación patológica. El trabajo terapéutico se promueve al liberar a la paciente de su atrapamiento recurriendo a la mentalización o auto reflexión, para así facilitar que surja la emoción subyacente y poderla identificar, registrar, entender, validar e integrar.

Desde que acabó su primera carrera Anna está peor, aunque dice que su período más difícil fue en el primer curso de la universidad, ya que no conocía a nadie y se sentía muy frágil y vulnerable en el intercambio relacional. Se lamenta y reprocha ¿"Por qué nadie se dio cuenta?" A todo esto había que añadir su miedo fóbico hacia el ordenador en dos direcciones: miedo a que le entre un virus, y también, miedo a que le entren en su cuenta.

Aún cuando estaba a punto de terminar su segunda carrera (psicología), la incertidumbre en relación a su futuro la bloqueaba y le generaba dificultades para conciliar el sueño. Decía: "Tengo la sensación de que no estoy aprovechando el tiempo", "Me gustaría hacer algo que me gustase". Fue esta percepción de no avanzar después de más de cuatro años de trabajo terapéutico, junto con la sensación de que las percepciones de Anna se constituían en bucle, la que me hizo pensar en la posibilidad de incorporar a mi colega y amiga Concepció Garriga (en adelante Concep) al tratamiento, para trabajar a cuatro manos. Sabía que ella trabajaba con EMDR y tal vez podría dar un empujón a su proceso terapéutico. Tuve una buena intuición.

### **La incorporación de Concep y el EMDR al tratamiento**

(Habla Concep) Tal como escribí (Garriga, 2019) "la incorporación de la técnica EMDR al trabajo analítico puede servir para hacer avanzar un proceso de recuperación terapéutico a mayor velocidad".

Fue con este objetivo, que Laura me derivó parcialmente a Anna. Formuló su derivación diciendo "Concep, si tienes un hueco, te voy a incorporar al tratamiento de una mujer que

ha hecho una buena evolución terapéutica, pero que ahora percibo que está estancada, y creo que se podría beneficiar de una intervención con EMDR para dar un empujón a su tratamiento". El trato fue que ella la seguiría atendiendo y que yo profundizara en los aspectos traumáticos de su desarrollo. Esta colaboración ha resultado muy efectiva. Tanto que decidimos que merecía una publicación.

### La técnica del EMDR

EMDR son las siglas de *eye movement desensitization and reprocessing* (Shapiro, 2001), cuya traducción es *movimientos oculares (para la) desensibilización y (el) reprocesamiento*. Es una técnica terapéutica que consiste en que la terapeuta, que se sienta justo delante y al lado de la paciente, va moviendo los dedos de una mano, de derecha a izquierda delante de los ojos de la paciente. Esta debe seguir el movimiento, moviendo sus ojos, a cada lado, sin mover la cabeza. También se puede hacer *tapping* (golpecitos alternos en cada rodilla), aplicar un sonido alterno a cada oído o la autoestimulación de "el abrazo de la mariposa" (con los brazos cruzados encima del pecho, las manos dan golpecitos alternos sobre los hombros), ideal para sesiones por videoconferencia. El objetivo es inducir la desensibilización de los elementos traumáticos de la paciente y el reprocesamiento de los mismos.

El EMDR parte de la observación empírica de los efectos beneficiosos de la estimulación bilateral (movimientos oculares/*tapping*/sonidos) sobre el procesamiento emocional-cognitivo, descubierto casualmente por Shapiro en 1987. Estos efectos han sido experimentados repetidamente por múltiples personas, pero no se han podido contrastar por otros estudios rigurosos.

EMDR trabaja con la *atención dual*: en el recuerdo traumático (red neural traumática) y en la condición psicobiológica actual, de manera que, la hipótesis es que la estimulación bilateral reactivará el sistema innato de procesamiento, lo que va a permitir que las redes neuronales actuales, que han sido estimuladas con EMDR y han creado un estado psicobiológico relajado, sereno y abierto, se conecten con el recuerdo traumático y lo integren. La esencia del tratamiento es el restablecimiento de un equilibrio neurológico (Freud, 1919/1981; Janet, 1889; Krystal et al. 1989; Pavlov, 1927; van der Hart, van Djike, van Son y Steele, 2000; van der Kolk, 2014). De acuerdo con esta visión, el EMDR "limpiaría" los canales neurales de elementos traumáticos de la siguiente manera: el trauma hace que haya información perturbadora almacenada en una determinada red neural; la persona tiene otras neuro-redes adaptativas adultas; mediante la estimulación EMDR ambas redes se conectan hasta que la información perturbadora es asimilada por la propia capacidad



reprocesadora del cerebro, y ya no vuelve a molestar porque se va transmutando en información adaptativa.

La técnica EMDR, está registrada y protocolarizada. Se adquiere en sus múltiples asociaciones en todo el mundo y se aplica de una manera muy sistemática con un protocolo que moviliza simultáneamente: el recuerdo traumático; las creencias negativas de la persona acerca de si misma vinculadas a la vivencia/recuerdo traumático; las emociones correspondientes, con una evaluación de su intensidad; la atención en el cuerpo en el aquí y ahora y sus creencias positivas respecto a si misma.

Tal como escribí (Garriga, 2019) mi hipótesis es que toda esta focalización multicanal de la atención consigue poner la memoria en estado lábil (Bleichmar, 2001). En este trabajo sobre la reorganización y reconsolidación de la memoria, Bleichmar afirma que, es justamente este momento de labilidad el que permitirá *agregar* al sistema cognitivo elementos que no estaban en la situación original. Añade Bleichmar que, para que se produzca un cambio positivo no basta el revivir en sí, sino que hace falta que en el momento de recordar –en el momento de este estado lábil de memoria- se produzca un cambio, que se *reinscriba* el recuerdo original dando lugar a otra vivencia, otro significado. En concreto, en el EMDR hay un momento clave, cuando, mediante la estimulación bilateral, la paciente ha llegado a desensibilizar la creencia negativa sobre si misma vinculada al evento traumático y a poderla asociar a una creencia positiva, este es el momento de labilidad que permite la *reinscripción* cognitivo-afectiva -que no es poca cosa- de una creencia positiva acerca si misma allí donde había una creencia negativa. Este fenómeno es lo que probablemente ocurre con el EMDR y lo que da cuenta de que sea terapéuticamente tan eficaz.

La descripción pormenorizada de cómo trabajo con "los blancos" que acuerdo con Anna lo ilustra. La técnica EMDR, como se puede apreciar, es compatible con otros métodos terapéuticos: analítico/psicodinámico, cognitivo-conductual, bioenergético o reichiano, gestático,...

Esta técnica se ha demostrado eficaz para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT) agudo y crónico (Shapiro, 2001, Van der Kolk, 2014).

### **Anna (según Concep)**

Mujer de 27 años que se presenta diciendo que tiene una mala relación con sus padres, que siente que le ha pasado la vida por delante y que no la ha podido aprovechar. Está

estudiando su segunda carrera, primero hizo periodismo y ahora está en psicología. Aunque no ha trabajado como periodista.

Se ha podido independizar a un piso de su tía-abuela y se sostiene trabajando de dependienta. Está llena de rabia contra sus padres, con los que tiene una relación muy tensa. En realidad está muy resentida por la violencia verbal que su padre ha ejercido contra ella y contra su madre.

Puesto que estoy trabajando con el acuerdo de que yo me ocuparé de los aspectos traumáticos de esta mujer, pongo la lupa en su historia de desarrollo, con la idea de poder obtener "blancos" para elaborar con EMDR.

Su padre es profesor universitario y su madre educadora infantil. Cuando era pequeña trabajaban los dos y la dejaban con su abuela materna, que no se llevaba bien con su padre. Recuerda a su padre pegando gritos a la abuela, estando ella y su madre presentes. Tiene una escena grabada de cuando tendría 6-7 años, que tomo como primer blanco para abordar con EMDR.

También me cuenta un periodo de soledad atroz, cuando tenía 10 años, y que, de repente, en la escuela la cambiaron de grupo. En aquellos momentos sus padres se daban cuenta de cómo se sentía, pero no sabían cómo ayudarla.

Luego cuando tenía 12 años falleció su tía-abuela, la que no se había casado, la que había vivido junto a su abuelo paterno, lo que hizo que su abuelo se trasladara a vivir a la casa familiar. En seguida se hizo evidente que su abuelo padecía Alzheimer. Convivieron con él durante 10 largos años en un clima tenso e incómodo, en los que les insultaba y les gritaba, también les perdía las cosas porque no se acordaba de donde las había dejado, con el correspondiente malestar e irritación familiar. Durante este periodo sus padres discutían mucho. Al final de su vida este abuelo estuvo ingresado en una residencia.

A partir de estos elementos tracé un plan de trabajo inicial que consistía en:

- Blanco 1: 6-7 años. Ataques del padre a la abuela materna.
- Blanco 2: 10 años. La cambian de grupo, se siente extremadamente sola.
- Blanco 3: 12 años. Muere la tía abuela. Abuelo paterno vive con ellos.

Empecé a trabajar con EMDR. Normalmente, al terminar un blanco se le dice a la paciente: "puede ser que el reprocesamiento que hemos hecho continúe después de la sesión. Que te vengan nuevas comprensiones, pensamientos, recuerdos, o sueños. Si es así, toma nota, el próximo día podremos hablar sobre este material nuevo".

**Ejemplo de trabajo con el primer blanco, con EMDR:**

En primer lugar se construye la siguiente estructura de trabajo.

Recuerdo: Los ataques del padre a la abuela materna

Imagen del recuerdo: En el pasillo, el padre –gritando- está detrás de Anna, y la abuela en el salón en el sofá

Creencia Negativa: "Genero conflicto"

Creencia Positiva: "No genero conflicto" (Posteriores elaboraciones: "hago lo que tengo que hacer", "estoy en mi lugar", "lo hago bien")

Validez: 5,5 sobre 7

Emociones: vergüenza, disgusto, rabia

Perturbación: 8 sobre 10

Cuerpo: boca del estómago.

Luego se va trabajando sobre la Imagen, junto con la Creencia Negativa y el foco en el Cuerpo, con estimulación bilateral, hasta que el nivel de Perturbación baja a 0 ó 1. Es justo en este momento lábil que podemos proceder al *agregado*. Cuando la terapeuta pide a la paciente que asocie los ataques del padre con "Hago lo que tengo que hacer", esta *reinscribe* una nueva organización en su memoria (Bleichmar, 2001). La terapeuta facilita dicha *reinscripción* invitando a la paciente a focalizar su atención en el cuerpo, hasta que comprueba que, efectivamente, se ha producido un cambio perceptible y obvio en el nivel de la regulación psicobiológica. Se pudo ir tranquila y muy aliviada, en contacto con su capacidad de hacer lo que tiene que hacer en sustitución de "Genero conflicto". Tanto es así que promovió realmente efectos de empujón en otros aspectos significativos. Por ejemplo, percibió sus estudios actuales con más sentido. Sintiendo que tal vez sí que le servirán para poder trabajar en algo que le guste. En la misma línea, también percibió que necesitaba dotarse de más recursos para poder hacer realmente lo que desea, y, a un nivel más concreto, se dio cuenta de que, por ejemplo, es una pena no disponer del carnet de conducir porque cuando realmente tuvo oportunidad de obtenerlo no la pudo aprovechar. Se propuso sacárselo cuanto antes (en el momento de cerrar este artículo ya ha terminado psicología y tiene autoescuela seleccionada). También se acordó de la preocupación de su padre por si ella y su hermano serán capaces de mantener el patrimonio familiar, y se dijo a si misma que deseaba intentarlo; que haría lo posible por mantenerlo.

Cuando, en la sesión posterior, seguí investigando lo que había promovido el EMDR, me contó que había soñado. Deseo entretenerme un poco en la elaboración de este sueño para

mostrar lo delicado del trabajo y como lo fuimos desarrollando. El contenido del sueño, que me contó, diciendo que la avergonzaba mucho, era: "Entraba en un ascensor, un hombre entró conmigo y me dijo que iba a violarme, se me acercó,... y ahí me desperté". Me quedé muy sorprendida de que a la cuarta sesión ya trajera un material tan candente. Me acordé de que Anna ya lleva un recorrido de cuatro años con Laura, y de que ahora nos tiene a las dos, lo que le proporciona una muy buena contención terapéutica, pero me contuve recordándome que hace muy poco que nos conocemos, y que tengo que ceñirme al encargo recibido, así que, en esta primera aproximación al contenido del sueño, estuvimos preguntándonos qué podía ser un elemento intrusivo y violento en su vida, y habló principalmente del nivel de violencia verbal de su padre, de cómo siempre ha menospreciado los deseos de su madre. Contó como ejemplo que los fines de semana solían ir a su casa de la montaña, sí o sí, a pesar de que su madre a menudo expresaba deseos de quedarse en casa y disfrutar de la vida cultural de la ciudad. También añadió que sentía que esta situación la arrastraba a ella y a su hermano, y que se iban todos cabizbajos. Además, este nivel de interpretación estaba en consonancia con el contenido del EMDR que acabábamos de trabajar, cuyo tema eran los ataques verbales violentos de su padre a su suegra en presencia de Anna.

En la próxima sesión, antes de recibirla me releí las notas que tenía de ella, para imbuirme de sus características y conectarme emocionalmente. Revisé el contenido del sueño, y me pregunté si no habría también algún aspecto sexual que en la sesión anterior evitáramos. Empezamos con los preliminares habituales, de cómo se sentía, y me contó que estaba en un momento muy productivo de sus estudios. Nos alegramos por ello. Entonces me animé. Le comenté que me parecía que no habíamos explorado todos los significados del sueño, y que tal vez también hubiera algún contenido sexual. Me dijo que sí, que ella también lo había pensado, pero que se alegró de que yo no entrara porque le daba mucha vergüenza, pero que había muchas cosas que me tenía que contar. Que nunca ha tenido ninguna relación que se pueda llegar a nombrar así, y que, desde luego, en el contexto relacional tan pobre en el que vive, no había habido espacio para ninguna exploración sexual. Entonces me interesé por los aspectos intrusivos del sueño: era una violación; y me contó que había sido abusada en la calle en un par de ocasiones. En este punto, súbitamente, se enfadó mucho.... "Cómo puede ser que le esté contando estas cosas tan íntimas a alguien que apenas conozco?", se preguntaba con vehemencia. "Dios, qué vergüenza siento" expresaba, "Qué rabia me da". A lo que yo asentí, admitiendo que quizás me había equivocado introduciendo el tema tan a la brava, y le pedí disculpas diciendo que yo misma había tenido mis dudas, pero que finalmente había optado por no hacer la vista gorda ante un tema que podía tener trascendencia para su análisis. Pero que comprendía y sentía

haberla molestado con esta intrusión [*enactment* según Blomberg (2011)], que admitía que lo era. Enseguida me pidió disculpas ella, diciendo que sabía porque se había sentido así, que no se gustaba tan desagradable. La reaseguré en el sentido de que justamente esto era lo que tenía que hacer: expresar lo que sentía; y que era bien legítimo que se sintiera enfada. Le hablé de lo importante que era que yo pudiera reconocer y aceptar haber participado en su herida y que era justamente este reconocimiento lo que constituía su efecto reparador. Se fue muy aliviada de haber podido entender la función reparadora del reconocimiento empático.

Llegó muy suave a la próxima sesión, quince días después, diciendo no solo que reiteraba sus disculpas, sino que agradecía que hubiera abierto el tema, que realmente no lo había sacado en la terapia con Laura, pero que sentía que había que abordarlo. Se declaró con una orientación heterosexual, y empezó a detallar sus encuentros con chicos, hasta que explicó el episodio de abuso que había padecido, que a ella la desorientó completamente: iba con sus padres de paseo por la calle en Bellaterra, su ciudad de residencia. Se encontraron un matrimonio amigo que acababan de tener una criatura. Ella llevaba un vestido corto de verano y se dobló sobre el carrito para contemplarla. En aquellos momentos pasaba por allí un desconocido desalmado y le metió mano, de la manera más burda, por debajo de su ropa interior. Se levantó irada, tratando de balbucear algo a sus padres, hasta que se hizo entender e intentaron ir tras ese hombre. Ella se recuerda diciendo: "Es este! Es este", sin ningún éxito, porque no le alcanzaron y dejaron de perseguirle sin acceder a él. Se sintió muy aliviada de haber podido hablar de esto. Nunca lo había hecho anteriormente, y de comprender que nos ocuparíamos. Le expliqué que a mi modo de ver este era un nuevo blanco a trabajar con EMDR. Con lo que, a mi lista, añadiría:

- Blanco 4: 6 años. Un desconocido le mete mano.

A lo que ella me dijo que había más, que también tiene un recuerdo horrible de otro día, también delante de sus padres, en un restaurante, donde un hombre no sólo la estuvo mirando con lascivia durante toda la cena sino que se acercó a la mesa a decirle a su padre lo muy atractiva que era su hija; y la rabia que le dio ver que sus padres se sumaban al cumplido en vez de captar que esto a ella la hería y la avergonzaba en gran medida. Tanto, que se ha quedado con la idea de que, en sus palabras, "los hombres son unos babosos" y ella no quiere saber nada de tanto impropio. Añado:

- Blanco 5: 14 años. Un hombre la mira con lascivia.

Y le aseguro que lo trabajaremos.

(Habla Laura) ya durante los primeros años de tratamiento hubo transformaciones en Anna; su sentimiento de minusvalía poco a poco fue disminuyendo, lo que favoreció que aumentara un poco su autoestima. Anna me puede mirar ahora. En los primeros años un poco, con el tiempo, fijamente a los ojos. Tanto es así que actualmente puede sostener la presencia de la mirada de otras personas, de Concep, y de sus nuevas amigas. De modo que cuando se sintió invadida en una sesión de EMDR con Concep, analizando una pesadilla sobre una violación, ella ya estaba en otro lugar. Para entonces, ya no se calló su malestar –que era su antiguo patrón relacional. Esta vez pudo expresarlo, primero enfurecida, y más tarde con calma y comprensión. El análisis de esta situación nos sirvió para encarar otros aspectos de su vida que hasta entonces habían sido muy poco elaborados: sus relaciones afectivas. Sentía como tema tabú hablar de los novios y la incomodaba enormemente hablar de vida sexual. Gracias al EMDR y a la participación más focalizada de Concep en sus aspectos traumáticos, Anna fue atreviéndose a compartir estas sensaciones, y la ayudamos a sostener el sentimiento de vergüenza y de rareza que acompañan estos temas. Antes eran silenciados; ahora empezaba a poderlos verbalizar.

(Concep de nuevo) Le propongo trabajar el segundo blanco.

Recuerdo: La cambian de grupo clase, se siente extremadamente sola.

Imagen: En el momento de ir a la cama se sentía muy triste, incomprendida, que era injusto, y avergonzada.

Creencia Negativa: "Tengo un defecto"

Creencia Positiva: "Soy normal/estoy bien"

Validez: 4 sobre 7

Emociones: pena, tristeza, vergüenza, rabia, disgusto

Perturbación: 7 sobre 10

Cuerpo: ojos, barriga, garganta

Partimos de este momento. Estimulo bilateralmente. No podemos cerrar el trabajo. Se va a casa habiendo escuchado: "puede ser que el reprocesamiento que hemos hecho continúe después de la sesión. Que te vengan nuevas comprensiones, pensamientos, recuerdos, o sueños. Si es así toma nota, el próximo día podremos hablar sobre este material nuevo".

Y, efectivamente, el próximo día trae un sueño "Estoy cuidando un bebé, muy tierno". En cuanto empieza a asociar y le menciono el valor simbólico de bebé como "vida incipiente",

en seguida damos con una interpretación satisfactoria, siente que está haciendo cosas nuevas, pero sobretodo, se siente distinta ella como persona. Manifiesta que está contenta con el trabajo a cuatro manos que estamos haciendo (en realidad es a seis manos porque co-contruimos con ella). Podemos cerrar el EMDR que teníamos abierto, y, después de conectar con que "es normal y está bien", Anna se da cuenta de que aún tiene sentimientos de vergüenza, de que no se permite ocupar espacio en el mundo. Pero me comenta que siente la necesidad de hacerlo, porque desea convertirse en una mujer responsable y capaz de sostenerse a sí misma (menuda afirmación!!!).

Este proceso terapéutico sigue su curso, no está terminado, aunque ya se percibe la buena dirección que está tomando. A efectos de cerrar el artículo dejamos de extraer material nuevo a partir de las sesiones de julio de 2020, de manera que las conclusiones que aportamos son hasta este momento.

### **Conclusiones**

Nuestra primera hipótesis fue que estábamos ante una persona que ha padecido micro-traumas del desarrollo acumulados (Crastopol, 2015), de ahí el título del trabajo. Aunque, a medida que hemos ido profundizando en su historia también hemos encontrado trazas de transmisión trans-generacional de traumas familiares, tanto por el lado paterno como por el materno.

En consecuencia, el trabajo terapéutico ha sido múltiple y desde distintos ángulos. En el entorno de Anna no había espacio para que el dolor existiera. La disociación protege a la criatura del dolor disruptivo (Brandchaft, 1994) pero también es una forma de adaptación patológica donde no hay lugar para el dolor. Cuando el trauma temprano es vivido como una "catástrofe psíquica" la disociación representa el "alejamiento de una situación insoportable", "el escape cuando no hay escape". Psicobiológicamente es un estado hipometabólico pasivo, como "fingirse muerto", en que el latido cardiaco, la presión arterial y la respiración decrecen, al tiempo que aumentan los opiáceos endógenos que atenúan el dolor. Una persona que disocia vive con poca vitalidad. La disociación es la fragmentación de lo que debía ser experimentado como un todo (Bromberg, 2011). Así es como llegó Anna: apagada, sin iniciativa, asustada.

Si las experiencias traumáticas quedan disociadas, no hay integración ni elaboración. Además, Anna adoptó el punto de vista parental en lugar del suyo propio. Gracias al proceso reflexivo que hicimos juntas fue descubriendo lo que ella misma pensaba; cómo se había sentido en las diversas situaciones y cómo se estaba sintiendo ahora, y fue

encontrando la autenticidad del sentimiento de sí misma (Molet, 2013). De esta manera pudimos construir puentes que le permitían elaborar e integrar en su *self* sus vivencias disociadas. Identificar los contextos relacionales que han llevado a una organización mental determinada permite "experimentar con su reorganización" (Stolorow, 2011) y con su *reinscripción* en la memoria (Bleichmar, 2001).

Hubo un tiempo en que Anna creyó que era normal que un padre insultara a su hija. Se había auto-convencido de que era la forma en que los padres hablaban a sus hijas "Eres imbécil o eres inútil", le decía. Donna Orange (2011) dice que los apodosos que nos han caracterizado, definido y devaluado desde nuestra infancia se transforman en nuestros principios organizadores: convicciones emocionales que arrastran vergüenza y humillación acerca de quiénes somos. Humillación y rabia que no había podido ser legitimada ni identificada hasta que iniciamos la terapia. Dichas convicciones tienen una gran influencia en el desarrollo de la identidad del sujeto. Podemos captar los estragos que causó en el caso de Anna y las mil y una maneras como los contrarrestamos entre las dos terapeutas y ella.

La capacidad de autorregulación se construye de manera óptima sobre la base de la regulación interactiva; un/a bebé aprende a autorregularse a partir del aprendizaje de la regulación interactiva de la díada madre-bebé en sintonía (Dana, 2018). Esta experiencia interactiva tonifica el sistema nervioso del bebé a partir de la creación de su perfil neuronal individual. En el trabajo con Anna cada vez que ha conectado con sus auto-desprecios la hemos ayudado a percibir su lado valioso, lo que la ha relajado y le ha permitido confiar más en sus capacidades y experimentar satisfacción (tonificante) que a su vez estimulaba su capacidad deseante. Una autorregulación co-construida interactivamente con cada una de nosotras que produce una función vitalizante.

Como dice Fosha (2001) la capacidad de experimentar plenamente los propios sentimientos, especialmente si son intensos y/o dolorosos, aumenta enormemente cuando somos capaces de hacerlo junto a otra persona que nos apoya, se pone en nuestro lugar, y está emocionalmente presente. Cuando ocurren momentos de ruptura, la madre regulada y en sintonía, se da cuenta y procede a la reparación. Así el bebé experimenta seguridad en la regulación interactiva y puede construir un vínculo de apego seguro (Dana, 2018). Las personas con apego seguro han internalizado las capacidades de autorregulación. Cuando este apego no pudo construirse en la infancia, hay una segunda oportunidad en la relación terapéutica. La disponibilidad de la terapeuta, que se muestre receptiva, accesible y segura, permite el proceso de cambio desde la inseguridad hacia un sistema de "sentir seguridad". Es necesario pasar por la experiencia de "sentirse sentida". En el caso de Anna los momentos de ruptura que no se repararon ni tampoco le permitieron internalizar



capacidades de autorregulación en la infancia, los estamos retomando nosotras, dándoles esta segunda oportunidad, lo que realmente produce efectos vitalizantes en ella. En palabras de Coderch (2018) el sentimiento de ser comprendida es una excelente experiencia terapéutica, pero más óptima es sentirse plenamente reconocida (con nuestro intelecto, con nuestras emociones, con todas nuestras percepciones somatosensoriales, con nuestro acompañamiento y con nuestro amor). Esto es lo que ocurrió con el *enactment* respecto al sueño de la violación descrito por Concep, que ambas pudimos reconocer plenamente. Además, nuestro estilo terapéutico relacional es de reconocimiento pleno de su singularidad.

Anna es muy expresiva con nosotras y nosotras muy receptivas. Cuando algo que sugerimos no le gusta nos lo hace saber sin tapujos, a lo que podemos responder honestamente con disculpas y reparar el entuerto, gracias a la responsividad recíproca del reconocimiento de la disociación tanto en el funcionamiento mental de la analista como en el de la paciente. Proceder de esta manera ante los tropiezos inevitables facilita una mayor permeabilidad de los estados del *self*, y crea un inconsciente relacional (Bromberg, 2011).

Anna nos agradece lo mejor y más confiada en si misma que se siente pudiendo contar con nuestra presencia contenedora y afectiva. Pero además muestra estos efectos: nos está hablando de sus deseos de tener el permiso de conducir, de viajar, de trabajar en algo significativo... y también de seguir creciendo hasta alcanzar una posición adulta responsable.

En una feliz expresión de Bromberg (2011) un tratamiento que funciona "reduce la sombra del tsunami". Explicamos esta metáfora: una persona que disocia puede vivir como una amenaza que sus partes "no-yo" irrumpen en su subjetividad como un "tsunami afectivo" que arrase con su vida. Bromberg (2011) añade que un tsunami deja una sombra que acompaña o persigue a la persona. Más en concreto, la persona teme ser invadida por la desregulación emocional que le produjo la situación traumática original. A este temor le llama "la sombra del tsunami". Un buen proceso terapéutico debería, mediante la conexión emocional paciente-terapeuta, tender puentes entre las partes fragmentadas del *self*, para que el *self* quede más integrado, y con ello reducir la amenaza de ser arrasada, es decir reducir la sombra del tsunami.

Este fue uno de los efectos que produjo el tratamiento. La reducción de la sombra del tsunami permitió a Anna iniciar su proceso de cambio. El miedo que tenía a la desregulación afectiva, que la vivía de forma amenazadora, fue transformándose a medida que podíamos elevar su umbral de tolerancia a la hiperactivación afectiva, gracias a la construcción segura y de confianza de la díada analista-paciente. Paralelamente a este proceso, su mente iba

disminuyendo su mecanismo disociativo automático, que actuaba como "detector de humos" afectivo. Otra expresión metafórica para indicar que "se le disparaba la alarma" ante un peligro de desregulación. Si la relación paciente-terapeuta es bastante segura, esta permite a la mente de la paciente tolerar el progresivo desarrollo de la intersubjetividad; poco a poco se va convirtiendo en tolerable lo que antes era vivido como intolerable: el conflicto interno y el afecto.

Un historial de cuidados sin sintonía y de rupturas no reparadas, como el de Anna, configuró su sistema nervioso autónomo hacia la protección y lo alejó de la conexión. Las rupturas en el sistema bebé-figura cuidadora llevan a la pérdida de la capacidad de regular el afecto (Stolorow, 2004) y a la disociación, es decir, a la fragmentación de lo que debería ser experimentado como un todo (Bromberg, 2011). El trabajo terapéutico relacional y con EMDR consiste en reparar estas rupturas colocando el foco en el proceso y en el contenido.

Otro concepto muy interesante que se aplica al proceso terapéutico de Anna es el de "experiencia no-formulada" (Stern, 2010). En el proceso desordenado de intentar expresar y dar sentido a lo vivido dentro de la relación terapéutica, el lenguaje no siempre empareja adecuadamente las palabras con lo que uno/a tiene en mente. Las experiencias no formuladas "emergen" de lo implícito y se van transformando en reflexiones verbales suficientemente buenas para comunicarse y entenderse. Las experiencias afectivas no procesadas pertenecen a esta categoría.

El fundamento de la acción terapéutica común es que las dos terapeutas nos definimos como relacionales y pertenecemos a la misma asociación (IARPP) lo que nos confiere unas competencias nucleares comunes (Barsness, 2018): un propósito terapéutico; una actitud; una sintonización/escucha afectiva; una comprensión de la dinámica relacional del "allí y entonces" y el "aquí y ahora"; una capacidad de buscar patrones adquiridos y relacionarlos con los presentes; una comprensión de la tendencia a la repetición y su elaboración; un discurso valiente y una expresión de nuestro amor por ella. El modelo relacional sostiene la idea que el cambio y la transformación suceden a través de un encuentro genuino persona a persona.

El trabajo terapéutico consiste en aumentar los sutiles pero esenciales fenómenos intersubjetivos que tienen lugar en la interfaz de los mundos internos de las terapeutas y de la paciente. Nuestra participación y colaboración ha supuesto un gran avance para Anna y para nosotras como profesionales, ya que hemos sabido colaborar para mejorar un proceso terapéutico complejo. Este es un trabajo del que estamos muy satisfechas y que deseamos compartir.

De nuevo en palabras de Coderch (2018), los objetivos terapéuticos en los que hemos participado nos han permitido que Anna avanzara en: "a) superar sus mecanismos defensivos de acomodación; b) reestructurar su inconsciente relacional; c) incrementar el diálogo entre sus procesos psíquicos implícitos y explícitos; d) modificar las pautas de su conocimiento relacional implícito; e) integrar los estados patológicamente disociados; f) incrementar la capacidad de simbolización de sus procesos psíquicos; g) favorecer la verbalización; h) establecer mayor capacidad de autorregulación de los afectos y más estabilidad de las emociones; i) equilibrar las dimensiones intrapsíquica e interpersonal de su vida psíquica, y j) lograr que pueda vivirse a la vez como sujeto y como objeto (de análisis)".

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Barsness, R. E. (2018). *Core Competencies of Relational Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Beebe, B. y Lachmann, F. M. (2013). *The origins of Attachment: Infant Research and Adult Treatment*. New York: Routledge.
- Bergmann, M. Y Jugovy, M. (1982). *Generations of the Holocaust*. New York: Columbia University Press.
- Bleichmar, H. (Noviembre, 2000). Biología del trastorno de estrés posttraumático. *Aperturas Psicoanalíticas*, (6). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=141>
- Boston Change Process Study Group, (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: W. W. Norton & company.
- Brandchaft, B., Doctors, Sh. & Sorter, D. (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Bromberg, P. (2011). *La sombra del tsunami y el desarrollo de la mente relacional*. Madrid: Ágora Relacional. Colección pensamiento relacional Nº 18
- Coderch, J. (Coord.) (2018). *Las experiencias terapéuticas en proceso analítico*. Madrid: Ágora Relacional. Colección pensamiento relacional Nº 19
- Cortina, M. & Marrone, M. (Coord.), (2017). *Apego y psicoterapia, un paradigma revolucionario*, Madrid: Psimática.
- Crastnopol, M. (2015). *Micro-Tauma. Una comprensión psiconalítica del daño psíquico acumulativo*. Madrid: Ágora Relacional (Traducción: 2019).
- Dana, D. (2018). *La teoría polivagal en terapia. Cómo unirse al ritmo de la regulación*. Madrid: Eleftheria.

- Davies, J. M. Y Frawley, M. G. (1994). *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New York: Basic Books.
- Doctors, S. (2011). Liberando a los pacientes de los residuos de traumas relacionales: la búsqueda de Brandchaft. *CeIR Vol 5(3)*, 517-523
- Ferenczi, S. (1949). Confusions of tongues between the adults and the child: The language of tenderness and of passion, *Int. J. Psychoanal.*, 30: 225-230.
- Fonagy, P (2001). *Teoría del apego y Psicoanálisis*. Barcelona. Ed. Spaxs.
- Fosha, D. (2001). *The transforming power of affect: A model of accelerated change*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). "Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships". *J. Amer. Acad. Child & Adolescent Psychiatry*, 14: 387-421.
- Freud, S. y Breuer, J. (1895). Estudios sobre la histeria (39-138), en Freud. S. (1981) *Obras Completas*, Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1981). Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra. En *Obras completas* (Vol. III, pp. 2542-2544). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1919).
- Garriga, C. (2019). Incorporación del EMDR a la psicoterapia psicoanalítica. Un caso vinculado a trauma histórico y su transmisión transgeneracional. *Aperturas Psicoanalíticas*, Vol. 62:1-18
- Grand, S. y Salberg, J. (2017). *Transgenerational Transmission and the Other: Dialogues Across History and Difference*. New York: Routledge.
- Hill, D. (2015). *Affect Regulation Theory*. New York: W.W. Norton & company.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*, París, Francia: Société Pierre Janet.
- Kellermann, N. P. F. (2025). "Epigenetic transgenerational transmission of Holocaust trauma: A review"[https://www.researchgate.net/publication/284350803\\_Epigenetic\\_transgenerational\\_transmission\\_of\\_Holocaust\\_trauma\\_A\\_Review](https://www.researchgate.net/publication/284350803_Epigenetic_transgenerational_transmission_of_Holocaust_trauma_A_Review)
- Krystal, J. H., Korten, T.R., Soutawick, S., Mason, J. W., Perry, B.D. y Giller, E. L. (1989). Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy*, 20:177-198. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80068-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80068-1)
- Laub, D y Auerhahn, N. (1989). Failed empathy: A central theme in the survivor's Holocaust experience. *Psychoanal. Psychology*, 6: 377-400.
- Layton, L. (2004). *Who's that girl? Who's that boy?*, Hillsdale: Analytic Press.
- Layton, L. (2020). *Toward a Social Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociations and the parent-infant dialogue: a longitudinal perspectives from attachment research. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 51: 883-911.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Molet, L. (2012). Trabajando lo implícito. Una experiencia clínica peculiar. *CeIR 6(1)*: 11-22.

- Molet, L. (2013). Rompiendo el sistema de acomodación patológica. *CeIR* 7(3):594-601
- Orange, D. (2005). "Mundos de humillación y vergüenza", Ponencia del Congreso IARPP Roma. Febrero.
- Orange, D. (2011). "La actitud de los héroes Bernard Brandchaft y la hermenéutica de la confianza". *CeIR* 5(3):507-515.
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*, Nueva York, Estados Unidos: Liveright.
- Reis, B. (2015). How deep the sku: Discussion of special issue on evolution of witnessing. *Contempor. Psychoanal.*, 51(2): 333-347.
- Salberg, J. (2019). When trauma tears the fabric of attachment: discussion of "The intergenerational transmissions of Holocaust trauma: a Psychoanalytic theory revisited, *The Psychoanalytic Quarterly*, 88(3):563-582.
- Schechter, D. S. (2017a). On traumatically Skewed Intersubjectivity, *Psychoanalytic Inquiry*, 37(4):251-264.
- Schechter, D, S. et al (2017b). The association of serotonin receptor 3A methylation with maternal violence exposure, neural activity, and child aggression. [Behav Brain Res.](#) 15;325(Pt B):268-277. doi: 10.1016/j.bbr.2016.10.009 E-pub 2016 Oct 5
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing*. Ciudad de México, México: Pax Editorial.
- Stern, D. B. (2010). *Partners in Thought. Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York: Routledge.
- van der Hart O., van Dijke M., van Son M. y Steele K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: a neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33-66.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. Nueva York, Estados Unidos: Viking Penguin.
- Wallin, D. (2007). *El Apego en Psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brower (Traducción: 2012).

Original recibido con fecha: 14/10/2020

Revisado: 15/3/2021

Aceptado: 30/03/2021