

El trauma psíquic precoç.
De la psicoanàlisi a les neurociències

Laura Godoy Fernández

Psicoterapeuta. Membre del Centre de Desenvolupament i Atenció Precoç Equip40.

Psicòloga clínica Fundació Orienta. Associada de l'ACPP

i col.laboradora del Postgrau de Petita Infància

Resum:

El nadó és un subjecte en construcció. Des de l'inici de la vida està influenciat per les interaccions amb els seus cuidadors. La maduració cerebral i les comunicacions amb els cuidadors són crucials pel desenvolupament psíquic en les primeres etapes de la vida de l'infant. Les situacions traumàtiques greus o *desajustos* en la comunicació que se succeeixen de manera repetida posen al nadó en situacions de vulnerabilitat en la constitució de la intersubjectivitat.

En l'adult s'observen rastres de la memòria inconscient dels primers anys de vida. El vincle afectiu i els sentiments que el nadó desplega cap a les figures d'aferrament són indicadors de la percepció que té d'un entorn segur. Una de les vies per accedir a continguts traumàtics és a través del joc del nen.

En aquest article faig un resum de diferents autors que des de la psicoanàlisi han teoritzat sobre la gènesi del trauma i les conseqüències psicològiques del mateix. Entre els més destacats trobem Sigmund Freud, Donald W. Winnicott, Masud Khan, Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Sandor Ferenczi, Rene Kaes i Michael Balint.

També analitzo la relació entre les definicions nosològiques del trauma i els estudis de la neurociència que mesuren els efectes cerebrals de l'estrès en etapes primerenques del desenvolupament. La psicoterapeuta psicoanalítica britànica Sue Gerhardt, en el seu llibre *Amor maternal*, dedica tot un capítol a descriure la toxicitat de l'estrès en el cervell i en les vies neuronals, que activa una situació traumàtica. La investigadora i psiquiatra estatunidenca

Judith Herman i el psiquiatra Bessel van der Kolk han desenvolupat eines de diagnòstic i tractament de l'estrès posttraumàtic. En l'article faig referència a autors que usen les tècniques de la neurociència actual per fer estudis sobre el desenvolupament de l'afectivitat en etapes primerenques. El psiquiatra i professor de la Universitat d'UCLA Daniel J. Siegel ha fet troballes en el camp de la neurobiologia interpersonal. El psicoanalista Mauro Mancina troba relació entre les angoixes dels pacients en el present i la inscripció d'experiències primerenques de la memòria implícita.

Paraules clau

trauma psíquic precoç, constitució del *self*, intersubjectivitat, maduració cerebral.

Introducció

El trauma psíquic precoç produeix efectes frustrants i dolorosos que afecten a la constitució del *self* del nadó. L'aparició de mecanismes de defensa primitius es posa en marxa davant d'angoixes que posen en perill la supervivència psíquica del nen. Recents estudis neurocientífics evidencien que els circuits neuronals de la memòria implícita i les àrees no verbals del cervell s'activen davant un estrès crònic en les primeres etapes de la vida. El joc, l'anàlisi de la simptomatologia i de la narrativa discursiva del pacient són vies que ens donen accés al coneixement del trauma infantil. L'infant traumatitzat tendirà a la repetició dels mateixos jocs de manera que s'evidenciarà el retorn del reprimat de la memòria no conscient. El vincle amb el cuidador influirà en el maneig intrapersonal del trauma. La relació amb el terapeuta fa regressar al pacient al trauma original i dona la possibilitat de reviuere l'experiència a través de la paraula.

La definició del trauma

La paraula trauma prové de la medicina i s'usa per designar una ferida o efracció provocada per una lesió resultant d'una violència externa.

Les actuals definicions del trauma recollides al manual de Diagnòstic en Salut Mental (DSM V) inclouen diagnòstics relacionats amb l'aferrament, la relació social, el trastorn per estrès posttraumàtic, per estrès agut i trastorns per adaptació. En la definició dels diferents diagnòstics dels trastorns relacionats amb el trauma i els factors d'estrès trobem un denominador comú vinculat amb la repetició dels records i els somnis angoixants que provoquen un malestar psicològic i fisiològic. Sovint l'experiència traumàtica provoca també reaccions dissociatives en els pacients.

El trastorn d'aferrament reactiu s'inclou dins dels trastorns relacionats amb el trauma i els factors d'estrès. La relació amb el cuidador és un criteri que es té en compte a l'hora de fer la classificació diagnòstica. L'aferrament

alterat es manifesta en les dificultats de sociabilitat per una conducta desinhibida i la reticència al consol del nen. Les negligències de les necessitats emocionals de l'infant provoquen canvis en el tipus d'aferrament.

Al diccionari de psicoanàlisi de Lapanche y Pontalis (1973) apareix la definició de trauma com: "un esdeveniment de la vida del subjecte caracteritzat per la seva intensitat, la incapacitat del subjecte de respondre a ell adequadament, i el trastorn i els efectes patògens duradors que provoca en l'organització psíquica".

Més enllà del trauma

La primera conceptualització que es realitza al voltant del trauma és a l'obra de Sigmund Freud. Les teories traumàtiques apareixen a *Estudis sobre la Histèria* (1893-1896)¹ on Freud desenvolupa la seva teoria sobre la patogènia de la histèria. És en relació al tractament de casos d'histèria que Freud escolta com pacients greument afectades expliquen els seus malestans i relaten esdeveniments de la vida adulta que produeixen afectes desagradables (violència, fàstic, por, vergonya) acompanyats d'una forta excitació. És sota l'estat de la hipnosi que les reminiscències del passat afloren a la consciència i es barregen amb els fets presents. El record traumàtic és quelcom central en les històries d'aquestes pacients.

Freud va voler esbrinar quina era la funció de la memòria inconscient. En les neurosis, l'escena traumàtica apareixia com un record inconscient en la formació i repetició dels símptomes. Freud pensava que el trauma s'organitzava a través del rendiment econòmic del psiquisme. El bloqueig del cúmul afectiu porta a una pertorbació del principi universal de constància per la tendència reguladora de l'aparell psíquic. L'afecte que no pot ser integrat dins el

1. Freud, S. Breuer, J. (1893-1895) *Estudios sobre la histeria*. Obras completas, Vol. II.

psiquisme és oblidat. Per tant, Freud definia el trauma en *Estudios sobre la Histèria*² de la següent manera: “tota impressió que el sistema nerviós té dificultat en resoldre per mitjà del pensament associatiu o de la reacció motriu es converteix en trauma psíquic”.

La descripció des de la perspectiva econòmica freudiana és en termes d'excitació excessiva o acumulacions de petites excitacions, qualsevol de les quals excedeix la tolerància de l'aparell psíquic. Si aquesta acumulació no pot ser resolta i integrada en el funcionament psíquic general, llavors es mantindrà present i socavarà la pròpia organització psíquica.

A través del concepte de retroactivitat, Freud introdueix la dialèctica de causalitat del trauma. El passat té influència en el present del pacient. “*L'après-coup*” o “a posteriori traumàtic” fa referència a esdeveniments passats que son resignificats i als quals el pacient els hi dona un nou sentit o un poder patogen. Al 1896 el trauma passa a tenir un significat subjectiu. El significat que el pacient li dona a l'escena traumàtica s'observa en l'esdeveniment present, ja que aquest reactiva l'angoixa senyal que prediu la situació estressant viscuda. La petjada mnèsica associada a l'abús passat està inactiva en el present i es reactiva amb estímuls que recorden el passat.

Una excitació no metabolitzada psíquicament és connectada i resignificada mitjançant *l'après-coup* que dona un caràcter temporal i dinàmic-interactiu al trauma. Els fets viscuts no son fixes i estables, sinó que són transformats a l'interior segons la biografia del pacient.

La concepció quantitativa del trauma, que fa referència a l'excessiva càrrega energètica, es posada en qüestió pel mateix Freud. El que és important no és tant la força del traumatisme sinó el significat percebut, que depèn, sobretot, de l'acollida que rep l'infant traumatitzat per part del seu entorn familiar.

Al 1920, en el marc de la publicació de *Tres assajos sobre la teoria sexual*³,

2. Sobre la teoria del acceso histèric. *Estudios sobre la Histèria*.

3. Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Vol. XVIII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.

Freud planteja una hipòtesi sobre la satisfacció pulsional del trauma subratllant que la formació del trauma depèn de la resposta repressiva davant les excitacions sexuals infantils: “El trauma s'organitza a partir d'impressions de naturalesa sexual i agressiva i totes aquelles que han provocat danys primerencs al jo”.

Per Freud, el trauma és sempre un trauma sexual ja que activa l'excitació pulsional. La sexualitat del nen es troba amb la sexualitat de l'adult i els missatges que van de l'adult al nen són traumàtics perquè no té mitjans per tractar-los i traduir-los. El que no és traduït és reprimit. Per *l'après-coup* el trauma es torna possible davant la simbolització de l'experiència precoç. Fins aleshores el trauma havia estat innombrable per l'afluència d'excitació.

Autors postfreudians tracten de redefinir el trauma sota el prisma de les interaccions precoces. Un dels autors més notables va ser Donald Woods Winnicott, que situa el trauma en el trencament de la continuïtat existencial del nadó. Si per Freud l'origen del potencial traumàtic era la pròpia libido, per Winnicott el moment del naixement és crucial ja que el nadó és un ésser immadur que neix desproveït de mecanismes de protecció. Durant les primeres etapes de la vida, el psiquisme es configura a partir dels vincles i els estímuls que el nadó rep. Davant de greus absències, i quan no és possible proporcionar un substitut, el nen cau en un estat d'angoixa i es veu evocat a l'autososteniment. Per Winnicott⁴, les cures de la mare proporcionen tres funcions primàries en la relació amb el noutat: el *holding*, el *handling* i l'*object-presenting*. El terme anglès *holding* fa referència al sosteniment matern; mitjançant aquest principi, l'infant podrà aconseguir un estat d'integració. La funció del *handling* té a veure amb la cura que la mare té del fill, com el manipula i la manera com li ofereix sensacions tàctils, corporals, auditives i visuals. A través d'aquesta manipulació del cos, el bebè aconseguix una unitat psicosomàtica. L'*object-presenting* o mode de presentació de l'objecte és una funció en la qual el cuidador inicialment presenta objectes

4. Winnicott, D. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, en *Exploraciones psicoanalíticas*. Vol. I, Buenos Aires, Paidós, 1993.

simples al seu nadó, per donar pas progressivament a objectes més complexos que afegixen més dimensions i simbolismes al seu món. En altres paraules, la mare va oferint el món en petites dosis perquè el nen no entri en confusió i tingui la capacitat de gaudir-lo. Aquesta funció, tan essencial i complexa alhora, és susceptible de fer-se vulnerable en la situació de traumatisme.

Les cures de la mare protegeixen al nen de la intrusió i l'atac. El pare pot fer les mateixes funcions que la mare quan s'ocupa del nounat. Una manera de protegir la relació mare i nadó és preservar-la de les possibles intrusions. Els progenitors del nen han hagut de viure unes experiències de qualitat per poder procurar protecció i cura al seu nadó.

El trauma primerenc del bebè queda inscrit en l'inconscient no reprimit. El nen no pot accedir al mateix a través del record o la paraula. Les vivències angoixants posen el nen en una situació de fragilitat que el fan reviure el trauma de manera que sentirà fortes angoixes de desintegració que el poden fer perdre la unitat psicossomàtica i deixar-se caure.

Les cures maternes de qualitat i adaptades al nen constitueixen una barrera protectora que li proporciona un sentiment de continuïtat i seguretat. A vegades, ni la mare ni els pares ni els substituïts poden assegurar la barrera protectora pel nen. El motiu pel qual la protecció podria ser insuficient és perquè la família carrega amb uns esdeveniments vitals que la posen en una situació de vulnerabilitat. L'acumulació de factors estressants de manera repetida faran que aparegui un esquinçament entre el bebè i la família. Aleshores el nen pot quedar traumatitzat.

Trauma psíquic precoç des de les neurociències. Primeres interaccions.

Masud Khan⁵, un deixeble destacat de Winnicott, va estudiar el desenvolupament primerenc i la incidència dels microtraumatismes, els traumatismes repetitius i

5. Khan, M. (1963). El concepto de trauma acumulativo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 44: 116-135, 2005.

els traumatismes acumulatius en el nadó. Durant les interaccions amb l'entorn cuidador, poden aparèixer una sèrie de desajustos en la comunicació empàtica. Quan els desajustos en la comunicació es donen d'una manera continuada, repetida i duradora, es produeix una ferida narcisista en el bebè. En els moments inicials de la constitució del jo, la vivència d'uns desajustos interactius frustrants i dolorosos deixen al "si mateix" del nadó en una situació de molta fragilitat.

Les interaccions frustrants de la mare i el bebè deixen danys en les relacions empàtiques i, per consegüent, en el desenvolupament de la intersubjectivitat.

El nen s'anirà defensant de les angoixes catastròfiques amb mecanismes de defensa de tipus autístic. La intersubjectivitat queda compromesa pels dèficits cognitius i emocionals, quedant afectades les qualitats empàtiques de la interacció social.

Quan es repeteixen les dificultats de comunicació entre pares i bebè es crea un cercle viciós difícil de trencar. La repetició d'aquests desencontres en la comunicació porten a una compulsió a la repetició que és la base del que Freud va estudiar a la formació de les neurosis traumàtiques.

En aquest sentit, estudis sobre el desenvolupament del cervell com els que Daniel J. Siegel⁶ ha dut a terme, indiquen que el cervell no està completament organitzat al naixement. Ben al contrari, l'estructuració del cervell és lenta i progressiva; el cervell està obert a experiències exteriors i és plàstic i remodelable.

La memòria, l'emoció i l'autoconsciència són modelats per l'aprenentatge per experiència. El sistema nerviós central està genèticament programat i és influït per l'experiència interpersonal.

Fins als 18 mesos, el nen es comunica en un registre no verbal. El desenvolupament primerenc preverbal és un tipus de coneixement implícit, no simbòlic, procedimental i no conscient. L'hemisferi dret tendeix a madurar més durant els primers 18 mesos de vida alhora que creixen les capacitats motores i sensorials i l'establiment de les estructures de l'afecció i la regulació emoci-

6. Siegel, D. J. *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad. cast.: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007). New York: Guilford 1999.

onal. L'hemisferi dret està més implicat en l'avaluació del perill i la seguretat, l'organització de la corporalitat i amb els aspectes emocionals del *self*.

L'hemisferi esquerre està especialitzat en les funcions relacionades amb el llenguatge (parlat i escrit) i amb l'afrontament conscient i la resolució de problemes. Les experiències interpersonals primerenques infantils tindran una àmplia repercussió en el desenvolupament posterior del subjecte, ja que aquest és un període de creixement neuronal enorme. Durant aquest temps, el creixement de l'hemisferi esquerre està més alentit, i només es produeix una explosió de maduració a partir del segon any.

El desenvolupament del còrtex orbitofrontal depèn de l'estimulació a partir de la connexió emocional amb figures d'aferrament en forma de contacte facial, de la mirada i la disposició afectiva. El còrtex orbitofrontal, igual que l'amígdala, respon particularment a l'expressió facial i la mirada.

La coordinació dels estats corporals és crucial. Les relacions primerenques juguen un paper principal en el desenvolupament cerebral. Els jocs, les carícies, les respostes adequades a les demandes de l'infant, desencadenen en ell o ella una autèntica cascada de processos biològics. És així com una adequada parentalitat facilita el nen un ambient metabòlic òptim per al creixement neuronal, a través de l'estimulació bioquímica i de la plasticitat neuronal. És a dir, els cuidadors regulen els estats psicobiològics presents en el nen en aquell moment i activen el creixement del cervell a través de la disponibilitat emocional i les interaccions recíproques. Aquests processos que es donen en el nen alhora generen canvis en el pare o mare que juga o interacciona amb ell i que rep el seu somriure. El desenvolupament del cervell es converteix en un procés dinàmic en constant reorganització a través de tot el cicle vital.

Per entendre com funciona la memòria i les petjades arcaïques que trobem al psiquisme dels nostres pacients cal distingir entre memòria explícita o declarativa i memòria implícita (Mauro Mancía)⁷.

7. Mancía, M. (2006). Memòria implícita i inconscient no reprimit: El seu paper en el procés terapèutic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XXIII/1-2.

La memòria explícita o declarativa recull l'experiència prèvia. L'hipocamp és immadur en el moment del naixement i inicia la maduració entre els dos o tres primers anys de vida. Per aquest motiu, existeix l'amnèsia infantil dels tres o quatre primers anys de vida. Aquest tipus de memòria endreça els esdeveniments vitals específics i té a veure amb aspectes semàntics, episòdics, narratius i autobiogràfics.

La memòria implícita o no declarativa processa totes les formes d'experiència no conscient. Forma part de la memòria emocional, sensorial i procedimental. Són part de la memòria implícita accions automatitzades com els hàbits, les habilitats, les maneres de fer o els continguts emocionals. En aquesta memòria es codifiquen els diferents tipus d'aferrament i la memòria no verbal. L'amígdala està lligada a la memòria implícita i s'encarrega de processar i guardar l'emoció i la sensació física. L'amígdala comença a madurar abans del naixement. Per tant, la memòria fetal quedarà inscrita en l'amígdala on s'han registrat els estímuls auditius i la prosòdia del llenguatge de la mare. Per aquest motiu, l'adult tindrà records somàtics i corporals que no podrà associar a uns fets específics degut a la immaduresa de l'hipocamp en aquests primers anys de vida.

Judith Herman⁸ explica que el trauma té com denominador comú un sentiment de por intensa, indefensió, pèrdua de control i amenaça d'aniquilament. La memòria traumàtica té el seu registre en el sistema nerviós central. Experiments amb animals demostren que els alts nivells d'adrenalina i hormones de l'estrès deixen rastres a la memòria que els grava profundament. Si extrapolem aquest esdeveniment als humans trobem l'origen de la gravació traumàtica dels records.

El psiquiatra Bessel van der Kolk⁹ especula que, quan hi ha una activació del sistema nerviós simpàtic, s'inactiva la codificació lingüística de la memòria

8. Herman, J. (1997). *Trauma and recovery. The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.

9. Van der Kolk, B. A., ed. *Post-traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington DC, American Psychiatric, 1984.

i el sistema nerviós central recorre a la forma sensorial i icònica de la memòria que predomina en els dos primers anys de vida.

En el llibre *Amor maternal* del 2016, l'autora Sue Gerhart compila diferents investigacions que analitzen les interaccions precoces del nadó i els seus efectes a nivell cerebral. Segons els experts es pot parlar de traumatisme quan algú es testimoni d'algun mal que s'està infrigint a una altra persona, basant-se en què nosaltres no podem evitar identificar-nos amb el que els altres estan experienciant.

Quan algú té una experiència traumàtica sent por i l'amígdala tindrà una resposta de lluita o fugida. Alhora el sistema nerviós simpàtic segregará adrenalina i la freqüència cardíaca i la pressió arterial augmentarà. L'hipotàlem tindrà reaccions que el fan segregat cortisol i només podrà tornar a la normalitat si la situació reverteix. Si en passar un any el sistema nerviós no es recupera, quedaran gravats en el subjecte els efectes de l'estrès posttraumàtic. Els símptomes del trauma són els pensaments invasius, els somnis ansiosos, l'insomni, la irritabilitat, l'ansietat i la lluita interna per evitar parlar del trauma (Green, 2003). El fet de reviuir el trauma fa que la persona experimenti pànic o depressió i tingui por de que apareguin de nou les experiències negatives. Si el sistema emocional no és prou sòlid, les persones traumatitzades tindran més dificultats per suportar les conseqüències del trauma.

Quan existeix una regulació emocional pobre, l'aferrament es va afeblint i les persones poden experimentar les situacions com a amenaçants o perilloses. (Bessel van der Kolk i McFarlane, 1996).

Davant de situacions traumàtiques, l'amígdala i el sistema nerviós simpàtic presenten una hiperestimulació que es tradueix en una sensació de por i fa que la persona traumatitzada eviti el contacte amb d'altres persones.

L'hipocamp, que categoritza l'experiència i la situa en el marc de la història personal conscient, té vincles amb la memòria verbal del còrtex orbitofrontal. Davant l'alteració de l'hipocamp es donaran menys connexions amb l'àrea de Broca i s'activaran el sistema límbic i el còrtex visual donant lloc a emocions, sensacions olfactives i imatges visuals descrites com el "terror sense nom".

El cervell esquerre i l'hipocamp no s'activen fins al segon o tercer any de vida. Per tant, l'estrès primerenc no podrà metabolitzar-se si les àrees verbals no estan funcionant a ple rendiment. Les experiències que creen estrès es gravaran a l'amígdala i les àrees subcorticals del cervell ja que el còrtex orbitofrontal no pot anular el funcionament del sistema subcortical.

Els maltractaments a la infantesa generen alts nivells d'hormona corticotropina i cortisol. Una privació maternal provoca estrès en els circuits neuronals emocionals i frena el desenvolupament dels vincles entre el còrtex orbitofrontal, el còrtex cingular anterior i l'amígdala via hipotàlem. Altera també els nivells de serotonina i dopamina del còrtex orbitofrontal i l'àrea cingular anterior. Les experiències de maltractament primitives redueixen la mida del còrtex prefrontal.

Joc i trauma

La reproducció d'escenes traumàtiques son presents en els jocs repetitius dels nens. Existeix una diferència entre el joc normal i el "joc prohibit" dels nens que han estat traumatitzats. El joc quotidià del nen és lliure, fàcil, alegre i despreocupat. En canvi, el joc després del trauma és trist, monòton i persisteix al llarg del temps. El joc posttraumàtic es repeteix de manera obsessiva i és literal. Distingir el tipus de joc posttraumàtic és la via per tenir accés al trauma original.

La repetició del trauma a través del joc enllaça amb la primera teoria de Freud. L'argument que trobem és que l'experiència traumàtica reviscudada constantment representa un intent espontani i fracassat de curació. La persona té la necessitat d'assimilar i liquidar l'experiència traumàtica i quan ho aconsegueix es produeix una sensació de triomf. La compulsió a la repetició és l'intent de reviuir i dominar els forts sentiments del moment traumàtic. La persona necessita sentir per curar la ferida. Les persones traumatitzades no busquen conscientment la repetició del trauma, ja que el trauma pot aparèixer en forma de records intrusius, somnis o accions que comporten la intensitat emocional de la situació original. En algunes ocasions, les situacions

de perill inevitablement poden provocar no només terror i ira, sinó també, paradoxalment, un estat d'estranya calma en les que es dissolen les angoixes.

La relació amb el cuidador en el trauma

El psicoanalista René Kaes¹⁰ afirma que el subjecte es defineix en l'espai intersubjectiu. L'individu creix en l'espai temps del fet generacional, familiar o grupal. És en aquest espai on el jo “pot esdevenir” o fracassa en constituir-se.

A *Tòtem i Tabú*, Freud s'interessa per investigar la transmissió per la identificació amb els models parentals, la transmissió genètica i les peïjades mnèmiques de les relacions amb les generacions anteriors. La histèria n'és un exemple.

A *Introducció al narcisisme*, descobrim l'*infans* com a dipositari, servidor i hereu dels somnis i desitjos irrealitzables dels pares. Al fill li toca prendre lloc i sentit a les predisposicions que li precedeixen i el violenten.

El que s'ha transmès per la via de les identifications té a veure amb l'assumpció de l'ideal del jo d'un altre. L'objecte ideal comú és el que lliga al membre d'un grup o institució en identifications imaginàries mútues.

El que es transfereix d'un espai psíquic a un altre són configuracions d'objectes psíquics, afectes, representacions i fantasies. Els objectes estan previstos d'enllaços i de sistemes de relació d'objectes. Els objectes de transmissió negatius són totes les coses que no es retenen, que no es contenen, el que no es recorda, la culpa, la malaltia, la vergonya, el reprimet, els objectes perduts i l'oblit. Aquests objectes són projectats als altres.

L'altra via de transmissió és la que assegura i garanteix la continuïtat narcisista. Són els vincles intersubjectius dipositaris d'ideals, mecanismes de defensa, identifications, pensaments, certeses i dubtes.

El psicoanalista hongarès Sándor Ferenczi, en el seu treball *Confusió de llengua entre els adults i el nen* (1932)¹¹, parla de la gènesi del trauma: “Un jo feble

no pot gestionar la sobreestimulació”. La repercussió del trauma dependrà del tipus de relacions que s'estableixin amb el cuidador i matisarà la potencialitat traumàtica. Ferenczi dona pes a la hipòtesi que la personalitat encara feblement desenvolupada reacciona a quelcom desagradable i brusc no mitjançant la defensa, sinó amb una identificació ansiosa i amb l'introjecció del que l'amenaça o agredeix. El sentiment de culpabilitat del nen transformarà l'objecte amorós en un objecte d'odi i d'afecció alhora, és a dir, en un objecte ambivalent.

El trauma original del pacient consisteix en un estímul excessiu o insuficient que va proporcionar l'ambient al que va estar exposat. La subseqüent falta de comprensió i indiferència d'aquest mateix ambient retraumatitza al pacient. Segons Ferenczi, el tractament psicoanalític posa al pacient en la circumstància de regressar¹² a la situació traumàtica. El terapeuta ha de ser capaç de mesurar quin grau de tensió serà capaç de suportar el pacient en aquest estat de regressió. Es cuida que la tensió romangui aproximadament a aquest nivell i respon de manera positiva als desitjos, anhels i necessitats del pacient.

La psicoanalista anglesa Melanie Klein¹³ senyala que en situacions traumàtiques com el dol es posen en marxa els primers mecanismes de defensa primitius. En situacions d'ansietat el que predomina és la dissociació d'objectes dolents i el control sobre els objectes. Trobarem en l'infant traumatitzat els estats psicològics típics de la fase esquizo-paranoide amb mecanismes de defensa com la negació màgica omnipotent que es basa en la negació dels objectes persecutoris. La identificació projectiva serà una defensa que tindrà com a objectiu la descàrrega cap a l'objecte. L'infant col·locarà en l'objecte les parts bones i dolentes per tal d'evitar-ne la separació i mantenir-ne el control sobre el mateix. Per sortir d'aquesta fase el bebè haurà d'augmentar la integració del seu jo i de l'objecte. La por als perseguidors i als seus propis

10. Kaës, R. Faimberg, H. Enríquez, M. Baranes, J. J. (1983). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

11. Ferenczi, S. (1933). *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*. Obras Completas,

Vol. IV Madrid, Espasa-Calpe, 1984.

12. Del concepte psicoanalític regressió.

13. Klein, M. (1946). *Nota sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras Completas, Vol. III, Barcelona, Paidós, 1988.

impulsos haurà d'anar disminuint per tal d'evitar l'escissió. Els seu jo s'haurà d'anar enfortint i les experiències bones predominaran sobre les dolentes. És llavors quan el bebè podrà passar a la posició depressiva.

Per la seva banda, Ronald Fairbairn destaca que una de les necessitats bàsiques de l'infant és preservar la il·lusió de la bondat dels pares. En el seu text explica que a l'inici de la vida predominen una sèrie d'internalitzacions, repressions i escissions. Les característiques dolentes dels objectes són internalitzades, convertint-se en objectes dolents, amb els quals el jo s'identifica. En aquesta identificació primària, el subjecte incorpora la maldat de l'objecte, el qual el protegeix de percebre que les persones de les que depèn són "objectes dolents". La identificació posterior amb els objectes bons servirà de defensa contra la maldat que sent el nen com a resultat de la internalització inicial.

Al seu llibre *La falta bàsica*¹⁴, Balint senyala que el trauma és la falta d'ajust de l'individu i el seu ambient. L'infant necessita que el continguin i sostinguin per conservar l'estat de narcisisme primari. D'aquesta manera, el nadó se sent embolcallat per les qualitats de contenció de la mare i reviu l'estat prenatal original.

Conclusions. Relacions entre el trauma descrit per autors de la psicoanàlisi amb els estudis de la neurociència.

En aquest article treballa sobre la idea de trauma que va més enllà de la categoria nosològica del diagnòstic d'estrès posttraumàtic. El trauma psíquic precoç té a veure amb comunicacions desajustades, traumes menors d'acumulació i els mecanismes que el bebè posarà en marxa davant les dificultats d'integrar un excés d'estímul. Absències perllongades en el temps, ja siguin de caràcter real o percebut, soscaven el vincle afectiu i posen en perill la continuïtat existencial psíquica.

Els efectes frustrants de la relació amb el cuidador poden generar microtraumatismes en l'infant. Actualment, estudis científics expliquen que les àrees cerebrals relacionades amb les emocions estan actives i en ple funcionament des del naixement. Dit d'una altra manera, a l'inici de la vida el que predomina és l'impuls per sobre del pensament verbal i narratiu. El que en termes freudians descriuríem com a descàrrega pulsional o funcionament inconscient.

Des dels centres d'atenció precoç rebem derivacions d'hospitals i pediatria i, en el millor dels casos, visitem nadons que estendran el seu tractament fins a gairebé els cinc anys de vida. En la pràctica clínica veiem que el nadó ens pot comunicar de moltes maneres el seu malestar psíquic. L'infant actuarà sobre l'entorn per tal de projectar aquest malestar o farà una retirada de la relació perdent la confiança bàsica. Per nosaltres, l'actuació sobre l'entorn és una possibilitat de transformació a través d'un procés psicoterapèutic amb el nen fent intervenir a la família en tot moment.

El cúmul d'impressions que el terapeuta rep son una oportunitat per posar paraules i ajudar a endreçar l'amalgama de sensacions primitives. El nadó pot traslladar al joc moments que no ha pogut tramitar, ja sigui per un abandonó prematur que és innombrable o per altres causes traumàtiques. Un dels exemples més comuns son les sensacions provocades per malalties o ingressos freqüents del nadó. És en la interacció i el joc amb l'infant que el terapeuta acull i pot reviu a nivell contratransferencial sensacions de desemparament. Crear un marc de confiança per l'expressió traumàtica a través del joc i dels recursos de que el nen disposi és una oportunitat per evitar processos de re-traumatització. Prenent com a puntal a la família, l'ajuda s'anirà estenent com una matriu que es va teixint en diferents esferes de l'entorn.

14. Balint, M. (1969). *La falta bàsica*. Barcelona, Paidós, 1993.

- Balint, M. (1969). *La falta básica*. Barcelona, Paidós, 1993.
- Baranger, W. Baranger, M. Mon, J. (1987). El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud. Trauma puro, retroactividad y reconstrucción. *Revista de Psicoanálisis*, XLIV, 4: 167-181.
- Baranger, W. Goldstein, N. Zack, R. (1989). Acerca de la desidentificación. *Revista de Psicoanálisis*, XLVI, 6: 895-903.
- Bolwby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Barcelona, Paidós. Psicología profunda.
- Eiguer, A. Kaës, R., Carel, A. y otros (1987). *Lo generacional*. Buenos Aires, Amorrortu, 1998.
- Enríquez, M. (1986). El delirio en herencia, en Kaës y otros. *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires, Amorrortu, 2006.
- Enríquez, M. (1987). Incidencia del delirio parental sobre la memoria de los descendientes. En Kaës y otros. *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires, Amorrortu, 2006.
- Ferenczi, S. (1929). *El niño no bienvenido y su impulso de muerte*. Obras Completas, Vol. IV Madrid, Espasa-Calpe, 1984.
- Ferenczi, S. (1933). *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*. Obras Completas, Vol. IV Madrid, Espasa-Calpe, 1984.
- Ferenczi, S. (1934). *Reflexiones sobre el traumatismo*. Obras Completas, Vol. IV Madrid, Espasa-Calpe, 1984.
- Freud, S. Breuer, J. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. Vol. II. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1908). *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*. Vol. IX. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1912-13). *Tótem y tabú*. Vol. XIII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. Vol. XII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Vol. XIV. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. Vol. XIV. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1919). *Lo siniestro*. Vol. XVII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Vol. XVIII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Vol. XVIII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Vol. XIX. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Vol. XX. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. Vol. XXIII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
- Freud, S. (1939). *Moisés y la religión monoteísta*. Vol. XXIII. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.

Gerdhart, S. (2016). *Amor maternal: la influencia del afecto en el cerebro y las emociones del bebé*. Sitges, Eleftheria.

Golse, B. (2001). La transmisión de generation en generation, en *Bebés en reanimación. Naitre et renaitre*. París, Odile Jacob: 165-175.

Grinberg, L. (1985). *Teoría de la identificación*. Madrid, Technipublicaciones.

Kaës, R. Faimberg, H. Enríquez, M. Baranes, J.J. (1983). *Transmisión de la vida psíquica entre generaciones*. Buenos Aires, Amorrortu, 2006.

Kaës, R. (1989), El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos, en Misse-nard y otros, *Lo negativo. Figuras y modalidades*. Buenos Aires, Amorrortu, 1991: 130-169.

Kaës, R. (1993), *El grupo y el sujeto del grupo. Elementos para una teoría psicoanalítica del grupo*. Buenos Aires, Amorrortu, 1995.

Khan, M. (1963). El concepto de trauma acumulativo. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 44: 116-135, 2005.

Klein, M. (1946). *Nota sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras Completas, Vol. III, Barcelona, Paidós, 1988.

Klein, M. (1955). *Sobre la identificación*. Obras Completas, Vol. III, Barcelona, Paidós, 1988.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Lábore, 1971.

Larban, J. (2015). Trauma psíquico. *Cuadernos de psicoterapia del niño y del adolescente*. 60: 115-126.

Leguizamón, S. (2010). El treball sobre l'arcaic. La història oficial del trauma com a risc. *Revista Ilatinoamericana de FEPAL*, Vol. 9, 2010: 76-90.

Lutenberg, J. (1993). Repetició: reedició-edició. *Revista de Psicoanàlisi*, Vol. Especial 2: 89-117.

Mancia, M. (2006). Memòria implícita i inconscient no reprimit: El seu paper en el procés terapèutic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XXIII/1-2.

Manzano, J. (2003). El falso traumatismo. *Psicopatol. salud ment.* 2: 17-20.

Moro, M. Rezzoug, D. Bailly, L. (2016). Perder la confianza fundamental en la vida. Huellas traumáticas ontológicas en los bebés y los niños. *Temas de psicoanálisis*. 12, 3-4.

Nachín, C. (1995). Del símbolo psicoanalítico en la neurosis, la cripta y el fantasma, en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Buenos Aires, Amorrortu, 1997.

Ponce de León, E. (2005). Trauma, tánatos y transmisión transgeneracional. *Revista de Psicoanálisis*, Vol. LXII, 2: 385-398.

Siegel, D. J. *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience* (Trad cast: *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclee, 2007). New York, Guilford, 1999.

Tisseron, S. Torok, M. Rand, N. Nachín, C. Hachet, P. Rouchy, J.C. (1995). *El psiquismo ante la prueba de las generaciones. Clínica del fantasma*. Buenos Aires, Amorrortu, 1997.

Bibliografia

Van der Kolk, B. A. ed. (1984). *Post-traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington D C: American Psychiatric.

Werba, A. (2002). Transmisión entre generaciones. Los secretos y los duelos ancestrales, *Revista de Psicoanálisis de APdeBA*, Vol. XXIV, 1-2: 295-313.

Winnicott, D. (1963). El miedo al derrumbe, en *Exploraciones psicoanalíticas*, Vol. I. Buenos Aires, Paidós 1993.

Winnicott, D. (1965). El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia, en *Exploraciones psicoanalíticas*, Vol. I. Buenos Aires, Paidós, 1993.