



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**CLÍNICA BAJO INCERTIDUMBRE: TRAUMA Y PSICOSIS A PROPÓSITO
DE UN CASO CLÍNICO**

**AFE para optar al grado de Magíster en Psicología,
Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil**

ANDREA CAROLINA ORTIZ ROMERO

**Profesor(a) guía:
Marianella Abarzúa Cubillos**

Santiago de Chile, julio de 2022

RESUMEN

Autor: Andrea Ortiz Romero

Profesor(a) Guía: Marianella Abarzúa Cubillos

Grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil
Clínica bajo Incertidumbre: Trauma y Psicosis a propósito de un Caso
Clínico

El presente trabajo se encuadra en el formato de Actividad Formativa Equivalente (AFE), para optar al grado de Magíster en Psicología, Mención Psicología Clínica Infanto Juvenil.

La presente investigación pretende comprender las manifestaciones de un caso clínico a través del relato, vinculando el quehacer clínico con la teoría psiconalítica. Asimismo, se enfoca en describir y analizar el despliegue sintomatológico en una paciente adolescente que sufre un trauma durante la infancia y un episodio psicótico en el presente. El propósito es comprender la transformación del síntoma hacia la cura utilizando herramientas desde el psicoanálisis.

Este estudio aportará desde el conocimiento de fenómenos clínicos que son de utilidad en la práctica profesional, exponiendo una visión más amplia en la descripción de las vivencias que ocurren en el proceso terapéutico, dejando al margen la causalidad y las categorizaciones que pueden obstruir el quehacer clínico. Pretende transmitir lo esencial de un evento traumático durante la infancia y las repercusiones que provocan en el aparato psíquico, considerando distintas visiones de autores desde el inicio del psicoanálisis hasta la actualidad. Además, nos permite comprender las complejidades que se conjugan en el análisis de niños, niñas y adolescentes.

Palabras claves: trauma, psicosis, estudio de caso

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN.....	.1
2 PROBLEMATIZACIÓN.....	2
3 MARCO TEÓRICO	
3.1 Psicosis y Trauma, evidencia científica.....	4
3.2 Trauma desde la mirada psicoanalítica.....	7
3.3 Trauma y Psicosis desde el Psicoanálisis.....	11
3.4 Neurosis desde el Psicoanálisis.....	14
3.4 Diferencias entre Neurosis y Psicosis.....	17
3.6 Disociación.....	21
3.6.1 Disociación relacionada al Trauma.....	23
4 OBJETIVOS	
4.1 Objetivo general.....	27
4.2 Objetivos específicos.....	27
5 METODOLOGÍA	
5.1 Enfoque Metodológico: clínico- cualitativo.....	28
5.2 Objeto: El caso.....	28
5.3 Selección del participante.....	29
5.4 La presentación de un caso clínico.....	29
5.5 Diseño del dispositivo de investigación	
5.5.1 Recolección de datos: Observación Clínica Estudio de Casos.....	32
5.5.2 Técnica de análisis: Método indiciario.....	32
5.5.3 Consideraciones éticas.....	33
6 CASO CLÍNICO	
6.1 Introducción del caso clínico.....	34
6.2 Aspectos técnicos-clínicos del caso.....	34
6.3 Caso B.....	34
6.3.1 Acerca de las alucinaciones.....	36
6.3.2 Sesión sobre personajes.....	39
6.3.4 Cogniciones negativas y funcionamiento familiar.....	43
6.3.5 Reconstrucción del trauma.....	45
6.3.6 Sesión con madre.....	50
6.3.7 Duelo.....	53
6.3.8 Integración de las identidades disociadas.....	56

7 ANÁLISIS.....	60
7.1 Manifestación del síntoma en los primeros encuentros.....	62
7.2 Manifestación del síntoma a través de la transferencia.....	63
7.2.1 La transferencia de las alucinaciones.....	66
7.2.2 Transferencia con la madre.....	65
7.3 Intervenciones que producen transformación del síntoma.....	66
7.3.1 Asociación de la relación sexual en el presente con la vivencia traumática.....	66
7.3.2 Validar sus identidades disociadas.....	66
7.3.3 Reconocerse a sí misma.....	67
7.3.4 Relacionarse con otros.....	67
7.3.5 Construyendo el trauma a partir de las huellas mnémicas.....	68
7.3.6 Aumentan las identidades disociadas.....	68
7.3.7 Resistencias.....	69
7.3.8 Monstruos.....	69
7.3.9 Otros vínculos.....	70
7.3.10 Experiencia traumática de la madre.....	70
7.3.11 Jack enfermo.....	71
7.3.12 Kurt función social.....	71
7.3.13 Algo va a pasar.....	71
7.3.14 El espejo.....	72
8 CONCLUSIONES.....	73
9 REFERENCIAS.....	76
10 ANEXOS:	
10.1 Dibujos:	80
10.1.1 Monstruos	
10.1.2 Jack y Fredy.....	81
10.1.3 Jack.....	82
10.2 Consentimiento.....	83
10.3 Asentimiento.....	86

1 INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio busca explorar, desde una perspectiva psicoanalítica, las vivencias de una adolescente que, por su cuadro psicopatológico, ha sido categorizada y diagnosticada como psicótica. Ahora bien, en el proceso terapéutico comprenderemos que la sintomatología que presenta es secundaria a vivencias traumáticas y no se configura en el marco de una psicosis.

Para concebir las dudas diagnósticas, en este caso, es necesario comprender la severidad de la sintomatología clínica a través de datos epidemiológicos. Los cuadros psicóticos han sido altamente estudiados a lo largo de la historia. A pesar de los avances terapéuticos en las últimas décadas, siguen siendo cuadros debilitantes durante toda la vida. Es por este motivo que el foco se ha centrado en la pesquisa de individuos con alto riesgo de desarrollar psicosis para, de esta forma, intervenir y lograr disminuir o aplazar el inicio de los síntomas (McGlashan, 2012).

Los trastornos psicóticos en general son los trastornos mentales que más discapacidad y sufrimiento causan, tanto para el individuo como a la familia, además del costo micro y macrosocial (Tizón, 2009).

El auto reporte de síntomas psicóticos tiene una alta tasa de prevalencia en niños y adolescentes, con metaanálisis que sugieren tasas de 17% en niños de 9 a 12 años y, 7,5 % entre adolescentes de 13 a 18 años (Kelleher, 2012).

El trauma infantil es un factor de riesgo reconocido para la esquizofrenia y se ha propuesto que interfiere con el desarrollo neurológico normal, posiblemente como un proceso adaptativo que persiste, estableciendo así una vulnerabilidad biológica en el individuo pre esquizofrénico. Existen estudios que han demostrado la influencia de eventos vitales estresantes en el desarrollo de primer episodio psicótico, incluso se ha observado tasas de transición a psicosis del 51% (VanOs, 1994). Otro metaanálisis mostró que las personas con diagnóstico de esquizofrenia tenían 3,6 veces más probabilidades que la población general de haber sufrido adversidades en la infancia (Mathenson, 2013). La evidencia es robusta, sobre todo en relación al trauma infantil.

2 PROBLEMATIZACIÓN

Trastorno mental, según el DSM-5 (2014), es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja la disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen a su función mental.

Desde la psiquiatría se han utilizado las categorías DSM tradicionalmente, las cuales hasta cierto nivel son permeables, pero a la vez excluyentes y ateóricas. Ahora bien, el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogidas en el DSM-5 (Echeburúa, 2014), así como el requerimiento de umbrales diagnósticos menos exigentes para muchos trastornos, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, la generación de pacientes falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso generalizado e indiscriminado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un fenómeno especialmente preocupante en el ámbito infantil (Boyle, 2013; Carlat, 2010).

La clínica contemporánea privilegia el síntoma por sobre la estructura, por lo tanto, da más flexibilidad a la clínica.

Si contraponemos la lógica del DSM-5 con la del psicoanálisis, el diagnóstico debe ir más allá del etiquetamiento de los problemas. Es decir, “¿qué le pasa al paciente? ¿Por qué le pasa esto al paciente?”. El etiquetamiento de los problemas del paciente es solo un paso en el proceso terapéutico. A diferencia de las clasificaciones psiquiátricas, el psicoanálisis presenta una mirada más comprensiva y dinámica del paciente. En niños y adolescentes esta aproximación es aún más importante, porque desde el psicoanálisis la estructura no está aún cristalizada (Boyle, 2013; Carlat, 2010). El desarrollo neuropsicológico, desde el nacimiento hasta la edad adulta, se rige por mecanismos epigenéticos moldeados a través de las interacciones con el medio ambiente.

Es por este motivo que en el encuentro psicoanalítico, cuando se trata de psicoanálisis de adultos o adolescentes, neuróticos o no, la atención del psicoanalista se dirige sobre todo, aunque quizá no exclusivamente, a la verdad oculta que trasmite el hilo de las asociaciones del lenguaje hablado. El psicoanalista presta su oído al discurso del analizado; no evita escuchar los relatos más contruados, pero especialmente escucha el

sentido inconsciente, fundamento verídico de este “sujeto” del que es portador el discurso consciente del paciente, discurso que da testimonio más a menudo del personaje social de cada uno que de su autenticidad irreductible de sujeto de su identidad a través de su historia. Las fantasías concomitantes, calladas por el analizado, se transparentan en los silencios, en los cambios de tema, en los lapsus, en suma, en las fallas del discurso consciente. Son esas fantasías las que revelan la dinámica actual, inconsciente, del deseo (Dolto, 1971).

El campo de la locura es un campo de investigación y de búsqueda donde se produce ya sea el analista, ya sea los fantasmas y ese campo es un lugar sagrado, afirman Davoine y Gaudillière.

Es de destacar que en cuestiones de memoria, deberán tener en cuenta en primer lugar las consecuencias, en la transferencia y en su manejo, de la distinción entre inconsciente reprimido [*refoulè*] e inconsciente “desestimado” para el vocablo alemán que utiliza S. Freud [*verwerfung*] -o “amputado” como menciona Aceituno (2021) frente al concepto [*retranchè*] empleado por Davoine y Gaudillière-. Correspondiente a la memoria que olvida y a la memoria traumática, que no olvida nada y que busca inscribirse. Es en estos límites donde las intervenciones en psicoanálisis son puestas en cuestión, al trabajo analítico no le quedará otra salida que ponerse en contacto con las fallas en el lazo social (Gaudillière, 2008, P.21-22).

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Psicosis y trauma, evidencia científica

La definición más aceptada de psicosis es el diagnóstico clínico de un estado psíquico morbosos, de causa variable (psiquiátrica o no psiquiátrica), que se manifiesta clínicamente como una alteración al examen mental. Existen diversas definiciones a lo largo de la historia, las más simples contemplan solo la presencia de delirios y alucinaciones, y la más utilizada es la que propone Roa (1974): 1. Sin noción de enfermedad, 2. Lenguaje comunicativo, 3. Deterioro en función del ciclo vital, 4. Presencia de alucinaciones y delirios.

Delirio corresponde al trastorno del contenido del pensamiento, con juicio de realidad psicológicamente falseado. Existe certeza apodíctica, es irrefutable con la argumentación lógica y no es modificable por la experiencia (Roa, 1974).

Alucinación es una percepción sin objeto real, sin el estímulo externo correspondiente y con juicio de realidad (Capponi, 1987). Son corpóreas, poseen carácter de objetividad, tienen un diseño determinado, son habitualmente nítidas y con frescura sensorial. Son independientes de la voluntad y admitidas pasivamente (Jaspers, 1913).

El trauma infantil es un factor de riesgo reconocido para psicosis y se ha propuesto que interfiere con el desarrollo neurológico normal. Según la APA (2013), **trauma** es la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las siguientes formas: 1. Experiencia directa del suceso, 2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros, 3. Conocimiento de que el suceso traumático le ha ocurrido a un familiar próximo o un amigo íntimo, 4. Exposición repetida o extrema a sucesos traumáticos. Por tanto, examinar el papel del trauma infantil en pacientes con psicopatología grave parece importante tanto para promover la comprensión teórica de los trastornos mentales como para desarrollar tratamientos eficaces.

Si bien el trauma infantil es un factor etiológico importante para los trastornos disociativos, durante mucho tiempo ha sido un tema descuidado en pacientes con trastornos psicóticos (Read & Bentall, 2012). Durante las últimas décadas, el papel del trauma infantil en las personas con psicosis ha ganado mucha atención.

Autores como Read (1997) proponen que la sintomatología psicótica puede emerger como reacción a un trauma, en el que la persona afectada experimenta determinados eventos vitales como peligrosos para su vida o para su integridad física o psicológica. En personas con psicosis en general, Bentall, Jackson, Hulbert y Mc Gorry (2008), en una revisión de 46 estudios realizados sobre este tema, encontraron que la prevalencia total de traumas en la infancia en grupos de personas con psicosis estaba en un rango de 28% y 73%; la de abusos sexuales en la infancia estaba entre 13% y 61%; y los abusos físicos estaban en un rango entre 10% y 61%.

Si bien los estudios en muestras clínicas no permiten conclusiones definitivas sobre la naturaleza de la asociación entre el trauma infantil y la psicosis, varios estudios poblacionales recientes sugieren que el trauma infantil es un factor causal probable de la psicosis (Cutajar et al., 2010; Janssen et al., 2004; Lataster et al., 2006; Shevlin, Dorahy y Adamson, 2007; Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen y Van Os, 2006; Whitfield, Dube, Felitti y Anda, 2005). En todos estos estudios, la historia de trauma infantil se asoció con el desarrollo de síntomas psicóticos durante la adolescencia o edad adulta.

Un metaanálisis se centró en abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia, intimidación y muerte de los padres. Incluyó sólo los 41 estudios mejor diseñados de 736 seleccionados. Comprendían una comparación entre pacientes psicóticos con controles no psiquiátricos. El análisis de los 41 estudios juntos reveló que las personas que habían sufrido adversidad en la niñez tenían 2,8 veces más probabilidades de desarrollar psicosis que aquellos que no lo tenían, y en cuanto más grave o frecuente era la adversidad, mayor era el riesgo de psicosis, evaluaron seis tipos de adversidad infantil: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia, intimidación y muerte de padres (Varese et al., 2012).

En relación a la población infanto juvenil, hay un estudio donde se vio la asociación entre trauma infantil, acoso escolar y síntomas psicóticos en una muestra de 211 adolescentes entre 12 a 15 años. Los resultados mostraron que 6,6 % informaron haber experimentado al menos un síntoma psicótico. Los adolescentes que informaron síntomas psicóticos tenían significativamente más probabilidades de haber sido abusados físicamente en la infancia, de haber estado expuesto a violencia doméstica y de ser identificados como acosadores/víctimas de bullying que aquellos que no informaron tales síntomas. Estos hallazgos no fueron por enfermedades psiquiátricas comórbidas o

antecedentes familiares psiquiátricos. En conclusión, el trauma infantil puede incrementar el riesgo de experiencias psicóticas (Kelleher et al., 2008).

Hay un estudio que correlacionó los eventos adversos de la infancia con los síntomas psicóticos específicos. Padres con comunicación alterada se asoció a alteraciones del pensamiento en los hijos. Abuso sexual infantil se correlacionó con alucinaciones auditivas verbales. Eventos disruptivos del apego (negligencia, institucionalización) con síntomas paranoides (Bentall et al., 2014).

En cuanto a la relación específica con las alucinaciones, se ha encontrado en diversos estudios en personas con psicosis una correlación positiva con los traumas de la infancia (Perona-Garcelán et al., 2010; Read, Van Os, Morrison y Ross, 2005) y con los síntomas disociativos (Kilcommons y Morrison, 2005; Perona-Garcelán et al, 2008).

En esta perspectiva, la similitud o diferencia entre alucinaciones en pacientes adolescentes hospitalizados con TEPT y Esquizofrenia, se observó que las alucinaciones tanto en la esquizofrenia como en el TEPT tienen forma y contenido similar. En ambos trastornos acontecen alucinaciones frecuentes, vívidas, realistas y externas. Las alucinaciones en el TEPT eran usualmente despectivas y relacionadas con la autoestima, pero no constituyen un reflejo directo de los eventos traumáticos. Los pacientes con TEPT reportaron mayor angustia emocional, autolesiones e ideación suicida que aquellos con esquizofrenia. Esta serie de casos sugiere que la fenomenología de las alucinaciones en adolescentes con esquizofrenia y TEPT es similar (Jessop, Scott y Nurcombe, 2008).

Un estudio de trauma en la infancia y síntomas disociativos en la esquizofrenia identifica un subgrupo de pacientes con alta disociación y antecedentes de trauma en la infancia. El subgrupo disociativo se caracterizó por un mayor número de comorbilidades psiquiátricas en general, presentar características secundarias del trastorno de identidad disociativa, síntomas Schneiderianos, quejas somáticas y percepciones extrasensoriales. Los resultados sugieren un subtipo disociativo de esquizofrenia, relacionado con eventos traumáticos. El trauma infantil se relaciona con la disociación, concurrente entre los pacientes con trastorno esquizofrénico. Se propone un modelo dual, basado en la interacción de dos psicopatologías cualitativamente distintas (trastornos disociativos y esquizofrenia) y un enfoque dimensional para explicar la compleja relación entre estas dos psicopatologías y el trauma infantil (Sar et al., 2009).

Actualmente hay un consenso entre investigadores relativo a que las alucinaciones auditivas no son estrictamente una experiencia perceptiva, sino que tienen que ver con procesos cognitivos en los que la persona no reconoce sus propios eventos internos (pensamientos, recuerdos, imágenes, etc.) o los atribuye a una fuente externa. Este tipo de experiencia puede presentarse en personas con un diagnóstico de esquizofrenia o del espectro esquizofrénico, pero también en otros diagnósticos como el trastorno afectivo bipolar y en depresiones unipolares, en trastornos por estrés postraumático, en trastornos disociativos y también en personas sin un trastorno psiquiátrico (Alemán y Laroi, 2008).

3.2 Trauma desde la mirada psicoanalítica

El trauma desde el psicoanálisis ha sido descrito por diversos autores, coincidiendo todos en el quiebre, la detención en el tiempo, transgrediendo todo lo originario y la cadena de significantes, por lo cual el sujeto se queda sin herramientas para simbolizar. Ahora bien, detengámonos en cómo Freud aborda el trauma para configurar el caso que nos ocupa.

Luego de destacar que en la neurosis se constata la influencia de los procesos psíquicos sobre los procesos físicos, y de observar que no es de extrañar el papel fundamental que cumplen las “constelaciones funcionales” relativas a la vida sexual, Freud, en línea directa con Charcot, sitúa el traumatismo como causa ocasional frecuente... pero se aparta del maestro en la consideración del factor temporal en juego, al introducir la hipótesis de una suerte de periodo de incubación, de latencia, como él nombra, “durante el cual el trauma sigue produciendo efectos en lo inconsciente”, con lo cual, además, anticipándose de manera sorprendente, introduce una novedad en la consideración de la causa, al pensar el síntoma como el efecto de un proceso que implica tres tiempos: el presente de la ocasión traumática, el tiempo de latencia y, finalmente, el de la manifestación sintomática (De Castro, 2016, p. 42-3).

Freud desarrolla el trauma desde sus observaciones sobre la histeria, tomando ideas de Janet sobre los síntomas disociativos. No obstante, difiere en algunos conceptos

para luego alejarse. En sus inicios, tenía la creencia que la histeria siempre tenía sus orígenes en un abuso sexual que ocurría en la primera infancia. Luego su teoría fue reemplazada por una basada en la sexualidad infantil, con el desarrollo de la teoría edípica.

En esa época, Freud hará descubrimientos en torno a los destinos pulsionales que el sujeto debe tramitar con relación al otro y respecto de sí mismo: el “más allá ” del principio de placer y el trabajo mudo de la “pulsión de muerte”, cuya dirección “pura”, en desmezcla de eros, apunta a desligar en último término todo aquello que posibilita la vida psíquica y cultural.

Sabemos que la vida psíquica tiene por condición una teoría de la memoria que supone la represión de la sexualidad infantil, del mismo modo que el origen de la cultura y del lazo social dependen del trabajo que impone la represión en la vida psíquica y social, posibilitando el sostén del pacto y todo aquello que da lugar al trabajo de traducción de lo pulsional y sus huellas, de la memoria y el encuentro con el otro (Cabrera, 2014, p.15)

Lo originario para Freud es trascendente, pues el trauma además de generar un quiebre en el evento mismo, produce estragos en la historia previa del sujeto y en todo lo nuevo que incorpora para simbolizar. En *Tótem y tabú*, Freud encontrará componentes en el presente, de un tiempo anterior a lo reprimido, y que trataría sobre lo *originario*:

Tiempo *originario*, en el cual se forjaron las condiciones a partir de las cuales se pudieron inscribir las huellas mnémicas, lo que remitiría a una relación inaugural y desigual entre la cría y el Otro. Esto permitirá dimensionar el campo de lo traumático. Puesto que serán los rastros y fragmentos de lo originario, desanudados por efecto de los traumatismos, que volverán a hacerse presentes en el lazo transferencial (Cabrera, 2014, p.16).

Esos fragmentos no integrados nos muestran la dimensión espacio temporal del territorio subjetivo en que el acontecimiento se ha *enquistado*, causando estragos

permanentes en los procesos de simbolización, además de poner en cuestión el lugar del Otro (Cabrera, 2014, p.19)

Lo traumático desarma todo lo que estaba previo al evento, lo originario, lo que ya estaba simbolizado, lleva al límite el trabajo de la memoria de represión. Cabrera (2014), explica que todos esos procesos primarios que permitían al sujeto elaborar todo lo pulsional queda desanudado, por lo tanto, se afectan los procesos de subjetivación luego de atravesar y sobrevivir experiencias extremas, que sobrepasan nuestras capacidades y mecanismos para controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones.

Por tanto, como Freud indicó, el traumatismo presenta una concepción económica, llamamos así a una experiencia que aporta, en poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético (Laplanche, 1996, p. 448).

En su trabajo *Más allá del Principio del Placer*, vuelve a utilizar la definición económica del trauma como efracción, lo cual conduce a Freud a hacer la hipótesis de que un aflujo excesivo de excitación anula inmediatamente el principio de placer, obligando al aparato psíquico a realizar una tarea más urgente, << más allá del principio del placer >>, tarea que consiste en ligar las excitaciones de tal forma que se posibilite su descarga ulterior.

La repetición de los sueños en los que el sujeto revive intensamente el accidente y se coloca de nuevo en la situación traumática, como para controlarla, es atribuida a una compulsión a la repetición. De un modo más general, puede decirse que el conjunto de fenómenos clínicos en los que Freud ve actuar esta compulsión pone en evidencia que el principio de placer, para poder funcionar, exige que se cumplan determinadas condiciones que son abolidas por la acción del traumatismo, en la medida en que éste no es una simple perturbación de la economía libidinal, sino que viene a amenazar más radicalmente la integridad del sujeto (Laplanche, 1967, p.451).

El sueño en la neurosis traumática da cuenta de esto, los sueños harían regresar al sujeto a la escena traumática, lo conduce una y otra vez al accidente con todo el terror desencadenante, del cual despierta con el terror renovado, esto prueba el asombro que le provocó sigue fijado y, por tanto, no cumplirían su condición de satisfacer un deseo desde el principio de placer, no hay ligazón. El recurso del soñar será un intento precario y fallido de elaboración, como menciona Freud, el sueño resultó afectado y desviado de su propósito (Cabrera, 2014).

Los sueños de angustia no son tal excepción, como lo he mostrado repetidamente y en profundidad; tampoco los «sueños punitivos», puesto que no hacen sino remplazar el cumplimiento de deseo prohibido por el castigo pertinente, y por tanto son el cumplimiento de deseo de la conciencia de culpa que reacciona frente a la pulsión reprobada. Pero los mencionados sueños de los neuróticos traumáticos ya no pueden verse como cumplimiento de deseo; tampoco los sueños que se presentan en los psicoanálisis, y que nos devuelven el recuerdo de los traumas psíquicos de la infancia (Freud, 2009, p.32)

A diferencia de estos intentos fallidos, el juego infantil sería un modo exitoso de tramitación. Freud lo ejemplifica con el juego del Fort-Da, tras convivir y observar a su nieto de un año y medio que tenía poco lenguaje, pero cada vez que la madre no estaba o se alejaba de él, tiraba objetos diciendo “ooo” que para Freud traduce “fort” se fue, y luego el carretito con hilo volvía y era “da” , acá está. Muestra el modo de trabajo del aparato anímico en una práctica normal temprana, donde habría un trabajo exitoso de elaboración vía sustitución y ligazón de lo pulsional (Freud, 2009).

En el trabajo de la “construcción en análisis”, el analista, así como su lugar e historia, tendrá que arriesgarse en la transferencia con estos pacientes, donde el analista también trae su propia herencia y ambos confluyen en este campo para entamar aquellas condiciones de figurabilidad que el sujeto traumatizado requiere para volver a poner en curso la elaboración y la simbolización, el analista se encuentra a cargo de representar algo en lugar de ellos (Davoine y Gaudillière, 2011).

La condición requerida para la construcción en análisis es *hacer huella*. Para generar movimientos de escrituras y soportes que generan las condiciones para que aquellas vivencias traumáticas, aun no inscritas en la trama de la experiencia, encuentren un lugar en la memoria y finalmente en el olvido, si observamos que la memoria traumática requiere este último, en tanto contiene excesos de recuerdos (Aceituno y Cabrera, 2014, p.19).

3.3 Trauma y Psicosis desde el psicoanálisis

El término [*retranchment*], como mencioné previamente, citando a Aceituno (2021), habla de un “inconsciente” diferente al “inconsciente de la represión”, también descrito como “cercenamiento”, “amputación” o “supresión”. Todas ellas designan un significado subjetivo, que es a la vez individual y social; es decir, que se produce en el cruce de la historia del individuo y la historia de la sociedad, donde el concepto de inconsciente *amputado* remite a un rechazo más radical de simbolización y que obliga al analista a emprender un trabajo de *inscripción* cuando las verdades históricas individuales y sociales han caído en el campo de la inexistencia (Aceituno, 2021).

El psicoanalista Wilfred Bion denomina, a partir de su experiencia durante la Primera Guerra Mundial, “la transferencia psicótica” con la locura y sus traumas. Esta transferencia singular cuestiona las referencias del psicoanálisis clásico, en cuanto a la “neutralidad benevolente” se encuentra afectada por interferencias intempestivas. El recurso a la anamnesis no funciona, ya que el tiempo se detiene en zonas de catástrofes. La noción de causalidad es inadecuada, ya que supone el pasado de la causa y su efecto en el futuro. Los diferentes registros de alteridad son destruidos para dar lugar a una soledad radical. La identidad del sujeto ha estallado. En esta transferencia, el inconsciente no deriva de la represión, sino se traduce en imágenes sensoriales que sobreviven a la catástrofe (Gaudillière, 2020, p.2).

Davoine, a partir de sus libros “Madre loca” y “La Locura de Wittgenstein”, menciona que “lo que no se puede decir hay que callarlo” y “lo que no se puede decir sólo podemos mostrarlo”, el síntoma insiste para mostrar algo. La dinámica sería, ¿qué mostramos? ¿a quién se lo mostramos?.

El trauma golpea dos veces. La primera vez justo después del evento traumático y a veces mucho después, en un plazo de diez, veinte o treinta años, cuando un pequeño detalle trae al presente los acontecimientos pasados que se encontraban en el olvido (Davoine, 2008).

Como conclusión, que en el campo del traumatismo, del trauma, es el mismo que el campo de la locura en el sentido de que el mismo síntoma intenta hacerse reconocer, es una búsqueda para inscribir lo que ha sido borrado, suprimido (Davoine, 2008, p.28).

Davoine y Gaudillière, a partir su experiencia con pacientes psicóticos dan lugar a los principios de Thomas Salmon en el Tratamiento del Trauma, a partir del Shell Shock, descrito para las neurosis de guerra.

Los cuatro principios de Salmon son principios que enmarcan un lazo social particular que nosotros llamamos transferencia y sobre ese lazo recibo la palabra del psicótico, llamada transferencia psicótica (Gaudillière, 2008).

El primero es un principio de **proximidad**, donde para lograr estar con el otro que tuvo la vivencia traumática es necesario estar ahí y en el ahora, de esta forma el terapeuta comprende el miedo, lo que el otro está viviendo, “...este campo de trabajo es un campo donde hay miedo, es un campo donde todo el mundo, incluyendo el médico, hace la experiencia de sus propios límites. El médico no tiene que encontrarse con su guardapolvo blanco diciendo < *en mi hospital usted está tranquilo, yo lo protejo, acá no está la guerra*>. En este campo de proximidad el médico, el psiquiatra, el terapeuta, tiene tanto miedo como su paciente (Gaudillière, 2008, p.48).

El segundo principio es la **inmediatez**, hay que estar al lado de ellos y trabajar con ellos. El paciente viene a construir ese campo en el presente, como menciona Lacan bajo el nombre de real, es para ubicar en este campo actual algo real, es decir, algo que no es transmisible ni bajo la forma de palabras ni bajo la forma de imágenes, aun cuando

es conocido. Hay una secuencia en las sesiones pero siempre es como si trabajásemos por primera vez con ese paciente y que siempre estuviese el riesgo de que fuese la última sesión (Gaudillière, 2008).

Entonces en esa inmediatez debemos tener una especie de radar, no solamente respecto de lo que se dice, sino respecto de lo que sucede, lo que se muestra y lo que no se muestra.

El tercer principio es el más importante para Gaudillière, es aquel que no existe en lo que nos fue transmitido en el campo psicoanalítico, es el que Salmon llama en inglés **expectancy**... es un lazo social psíquico, físico de sensaciones y emociones, es cuando los soldados saben que la muerte se aproxima, cuando esperan el retorno de sus amigos. Cuando estos pacientes llegan luego de diez, veinte, treinta años de un acontecimiento traumático, nosotros tenemos un horizonte de esperanza y esto lo aprendemos de los propios pacientes (Gaudillière, 2008).

El último principio es de **simplicidad**, el de estar con el otro, hasta cuando realizan sus escritos de los casos clínicos, Gaudillière en su seminario dictado el 2008 en Córdoba lo explica muy bien en una cita, donde menciona que en francés se dice *soñé de alguien*, a diferencia de américa latina, donde decimos *soñé con alguien*.

Como menciona Davoine, cuando entramos juntos transferencialmente en este campo del trauma y de la locura hacemos la experiencia con el paciente de una detención del tiempo; es decir, que en la vida de este paciente, o en la vida de sus ancestros, el tiempo se detuvo. Como si pudiésemos decir, por ejemplo, que una imagen se ha impreso definitivamente en la retina de alguien que ha visto una catástrofe y que el ojo solo ve eso y que eventualmente el ojo se pone a funcionar al revés, es decir, hace salir esa imagen como si se tratase de un proyector y eso es una alucinación. La realidad, podríamos decir, fenomenológica de eso, es la detención del tiempo y allí hay una lógica muy simple, muy simple si la seguimos en abstracto; más complicada si tratamos de comprender sus consecuencias clínicas (Davoine, 2008, p.56-57).

Si entramos con el paciente dentro de este campo, cumpliendo estos principios, el paciente es nuestro guía, es el quien busca, nos muestra, y nos lo muestra no para que hagamos un salto fuera del campo sino para que continuemos juntos.

Por lo tanto, de lo expresado por Davoine y Gaullierè (2008), podríamos concluir que la detención del tiempo es un instrumento en el trauma, aunque pasen años, pero es un instrumento que se utilizará en condiciones favorables a través de la transferencia. Ocurrirá en el presente, donde uno lo acompaña, donde el paciente nos esclarece y nosotros le esclarecemos, pero siempre dejando el principio de causalidad.

Entonces, el campo de la locura o del trauma comienza a dibujarse. Es el campo de la memoria y como sabemos hay dos memorias, está la memoria que olvida y eso va de la mano del inconsciente, de la represión y es muy útil. Pero también está la memoria traumática, la memoria traumática no olvida nada, no olvida los detalles, no olvida la luz, no olvida los ruidos, los olores, incluso esta memoria traumática, porque el tiempo se detuvo, ha sido transmitida durante varias generaciones. Entonces, nada se olvida (Gaudillierè, 2008, p. 60).

3.4 Neurosis desde el psicoanálisis

En la época de los Estudios sobre la Histeria (1893-1895), Freud desarrolla un método terapéutico a través de la hipnosis en mujeres histéricas. No obstante, en el transcurso tendrá la problemática del trauma en la verdad histórica vivenciada, bajo el signo de la seducción.

Freud descubrirá que muchos de los recuerdos de esas escenas de seducción, que aparecían en los procesos analíticos y en sus propios recuerdos biográficos, eran más bien fantasías sexuales infantiles que tenían efectos de realidad para el psiquismo, en el conflicto y en los caminos de formación del síntoma (Cabrera, 2014, p.22)

Le indica a Fliess, en una carta de 1897:

Ya no creo más en mi neurótica... Después, la sorpresa de que en todos los casos el padre hubiera de ser inculcado como perverso, sin excluir a mi propio padre, la intelección de la inesperada frecuencia en la histeria... cuando es poco probable que la perversión contra niños este difundida hasta ese punto... En tercer lugar, la intelección cierta de que en lo inconsciente no existe un signo de realidad, de suerte que no se puede distinguir la verdad de la ficción investida de afecto (Freud, [1976]).

Así, “fantasma y realidad revelan poseer el mismo valor funcional en la psique” (Braunstein, 2013) de tal modo que, si la realidad tiene efectos de verdad, de igual manera lo tiene el fantasma en su condición de ficción investida de afecto. No está muy lejos de la formulación lacaniana según la cual “la verdad tiene estructura de ficción” (Lacan, 1955).

Posteriormente, en 1920, Freud plantea un viraje fundamental en su esquema teórico con respecto a las neurosis, lo cual fue transitando según su práctica clínica. Sobre todo vinculado a la reacción terapéutica negativa, las pulsiones de vida y de muerte y la compulsión a la repetición.

Realizará la diferencia entre las neurosis en general y las neurosis traumáticas, las cuales podrían diferenciarse en relación al lugar y función que ocupa la angustia. Al respecto, Freud nos dice que la angustia en juego en la neurosis traumática es la angustia automática, mientras que la que estaría en juego en la neurosis general es la angustia señal. En relación con el pronóstico, considera que éste es más favorable en el caso de las neurosis traumáticas, ya que éstas lograrían mejor tramitación mediante el tratamiento psicoanalítico (Varela, 2011, p.127)

Fenomenológicamente, las neurosis traumáticas son semejantes a la histeria, dado que presentan abundantes síntomas motores, pero a diferencia de ésta, en la neurosis traumática aparece un “padecimiento subjetivo” que desemboca en un estado cercano a la melancolía o a las preocupaciones hipocondríacas, así como un debilitamiento y destrucción mayor de las operaciones anímicas (Varela, 2011, p. 129)

Todos estos conceptos señalados y como fue cambiando la visión de Freud, son fundamentales para comprender y diferenciar las neurosis generales, de las neurosis asociadas a trauma (que Freud señala como neurosis traumáticas porque las relacionaba a los accidentes). En lo que respecta a la causa, lo decisivo se sitúa en el factor sorpresa, el terror. Factor que sería contrarrestado en el caso de existir un simultáneo daño físico o herida, ya que ligaría el exceso de excitación mediante la sobreinvestidura narcisista, anulando así la producción de la neurosis.

Freud diferencia “terror”, “miedo” y “angustia”. El terror es sorpresivo como señalaba, por lo tanto el sujeto no está preparado; el miedo está relacionado a un objeto al que se teme, así podría utilizar como mecanismo la evitación de éste y en la angustia existiría una expectativa frente al peligro y preparación para él. Es por este motivo que descarta la angustia como causa en las neurosis traumáticas (Varela, 2011). No obstante, en “Inhibición, síntoma y angustia” divide a la angustia en dos tipos. La angustia señal, la cual sería la que describió en un inicio, una reacción del *yo* frente a una situación de peligro ambiental, externa y en la cual el sujeto se puede preparar y la *angustia automática*, la cual es interna, donde el *yo* presenta dificultades frente a la acumulación de excitación que no puede tramitar a través del principio de placer. Este tipo de angustia si se asociaría a las neurosis traumáticas (Freud, 1926).

Respecto a la etiología de la neurosis, Freud sitúa la combinación de dos factores: el factor constitucional (las pulsiones) y el accidental (resultado de traumas prematuros que el *yo* inmaduro no pudo tramitar). Postula un pronóstico más favorable para el tratamiento psicoanalítico en aquellos casos en los que predomina el factor accidental en la causa, como es el caso de las neurosis traumáticas. Por el contrario, en las neurosis histérica y obsesiva habría un predominio del factor constitucional, por lo que el *yo* se modifica al intentar incorporar al síntoma, implicando en este caso mayores dificultades para el trabajo analítico (Varela, 2011, p.130).

Debe destacarse el factor común de las vivencias llamadas "traumáticas", estas vivencias corresponderían temporalmente a la primera infancia, luego son olvidadas en

el período de la amnesia infantil, subsistiendo restos mnémicos como recuerdos encubridores, y pueden ser impresiones de naturaleza sexual o agresiva (Freud, 1899).

3.5 Diferencias entre Neurosis y Psicosis desde el Psicoanálisis

El término *Psychose* fue acuñado en 1845 por Von Feuchtersleben, quien lo propuso en su *Tratado médico de las manifestaciones anímicas* de 1847 para referirse a las manifestaciones psíquicas de las llamadas “enfermedades del alma” (el error y el pecado) como menciona Soengas (2016). Durante el siglo XIX, la noción de psicosis se difunde, sobre todo en lengua alemana, y designaba a las enfermedades mentales en general. El término tuvo un uso meramente descriptivo y, para él, psicosis y neurosis no eran excluyentes. Sólo a fines del siglo XIX se establecen como términos opuestos neurosis-psicosis. Será a partir de Freud que este término logra diferenciarse, hasta llegar a denominar una organización psicógena determinada por un mecanismo y con síntomas entendidos como la expresión de conflictos infantiles ligados a la historia sexual del individuo (Soengas, 2016, p.9).

En sus observaciones, Freud realizará distintos esquemas en relación con las Neurosis y Psicosis, desde los primeros escritos donde diferencia las Neuropsicosis de defensa de las Neurosis actuales, luego incluyendo a las Psicosis dentro de las Neurosis narcisistas, como la parafrenia, hasta el vuelco en el año 1920 entre Neurosis (neurosis de transferencia, neurosis narcisistas y neurosis actuales) y Psicosis (De Battista, 2016).

A partir de estas elaboraciones, y “En relación a la Histeria”, Freud considerará en ambos textos que su sintomatología se remite a una vivencia traumática de índole sexual. Asimismo, se afirma que estas vivencias sexuales traumáticas o escenas de seducción deben ser además infantiles, es decir haber acontecido antes de la pubertad. Estas vivencias son sufridas por el sujeto de manera pasiva y su efecto traumático se produce cuando las mismas son reanimadas como recuerdos en el período en el que se alcanza la madurez sexual (De Battista, 2016, p.12).

Los artículos de 1924 “Neurosis y psicosis” y “La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis” abordan de una manera muy límpida, sintética y detallada la génesis y el proceso de restauración de las psicosis y de las neurosis, además de la manera en la que se encuentra perturbado el vínculo con el mundo exterior y sus efectos a nivel del *yo* (De Battista, 2016, p.18).

En el artículo “El yo y el ello” nos explica procesos psíquicos de gran importancia. En esta obra, Freud se ocupa de describir los diversos vasallajes a los que el *yo* se ve sometido, es decir su posición de mediador entre el *mundo exterior*, el *ello* y su esfuerzo por responder en forma simultánea a todos los “amos” a los que se ve sometido. A partir de este artículo Freud lo relaciona con “Neurosis y psicosis”, por consiguiente trata de dar una explicación simple para diferenciar el origen más importante entre neurosis y psicosis, describiéndolas en términos de conflictos entre instancias psíquicas y los diferentes efectos que aquello produce. Así es como la neurosis va a ser explicada como el resultado de un conflicto entre el *yo* y el *ello* y la psicosis será el desenlace de una perturbación en los vínculos entre el *yo* y el *mundo exterior* (De Battista, 2016).

Detallemos entonces la diferencia en la génesis de neurosis y psicosis. Cabe destacar que ambas parten de una etiología común: el apremio de la realidad frustra el cumplimiento de una moción pulsional. Freud subraya entonces que ante este punto de partida común lo que marca la diferencia entre neurosis y psicosis, el efecto patógeno diferencial atribuible a cada una, está dado por lo que el *yo* hace ante esta tensión conflictiva: continúa fiel al vasallaje del *mundo exterior* (neurosis) o se rebela ante él y se rinde al vasallaje del *ello* (psicosis) (De Battista, 2011, p.18).

Las Neurosis se generarían porque el *yo* no accede a dar tramitación a una moción pulsional pujante en el *ello*, o se le impugna el objeto que tiene por meta. Así, el *yo* se defiende de aquella pulsión mediante la represión. Hasta ese momento está en el campo de la defensa lograda. Ahora bien, lo que provoca el efecto patógeno es que lo reprimido se revuelve contra este destino hostil y se procura una satisfacción sustitutiva: el síntoma, es decir la defensa, fracasa. El *yo*, al verse

amenazado por este subrogado, prosigue su lucha contra él, tal como lo hizo con la moción originaria. En este conflicto entre *yo* y *ello*, el vasallaje a la realidad resulta más poderoso y el *yo* del neurótico se muestra inicialmente obediente a este vasallaje y, por lo tanto, emprende la huida de la moción pulsional vía la defensa. Esta primera reacción marcará una diferencia fundamental con las psicosis. Si en el caso de las neurosis el *yo* en vasallaje a la realidad sofoca al *ello*, en las psicosis la reacción inicial difiere, no es la obediencia a la realidad sino que se arranca de ella, inicialmente está la huida y Freud señalará que esa primera reacción ya es patológica (De Battista, 2011, p 19).

Freud luego reconoce un parentesco entre el delirio y el mecanismo del sueño, refiriéndose a la *amentia* para hacer referencia a cómo puede ser radicalmente sustituida la realidad a partir de que se encuentra perturbado el vínculo entre la realidad y el *yo*.

Explicará que “el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del *yo* con el mundo exterior” [(Freud, 1924)]. Por lo tanto, en relación a la etiología, ambas se ven frustradas frente a la satisfacción por la realidad, ya sea obedeciendo o huyendo de la realidad. Además, menciona que en el caso de la psicosis trata de reparar el mundo exterior a través de la reconstrucción de un mundo en el delirio (De Battista, 2016).

En un segundo paso, Freud menciona que ambas intentan reparar, como ya había mencionado en la psicosis a través del delirio, una realidad que desmiente la realidad objetiva y en la neurosis el *ello* es resarcido por la formación del síntoma. Es el resultado de una represión fracasada, y el retorno de lo reprimido constituye la enfermedad.

Tanto en neurosis como en psicosis existe intento de reparar y el *ello* no se deja doblegar por la realidad. Es decir, se encuentra incapaz de adaptarse a los apremios y demandas de la realidad, esto no caracteriza solo a las psicosis, sino que es común en psicosis y neurosis.

Neurosis y psicosis, afirma Freud, se diferencian mucho más en la primera reacción, que sería la introductoria, si el *yo* sigue el vasallaje a la realidad o se revela a él y cede al *ello*. En la psicosis el primer paso ya es patológico y sólo puede llevar a la enfermedad. En la neurosis recae en el segundo paso, en el intento de reparar, existe fracaso de la represión.

En 1955, Lacan dio un paso decisivo al incluir un nuevo concepto en la línea de lo que había teorizado Freud, presentando el concepto de *forclusión del Nombre del Padre*, concepto que permite también diferenciar la estructura de la psicosis con respecto a la neurosis (Millas, 2015).

La última enseñanza de Lacan se caracteriza por tomar como referencia al síntoma psicótico, porque el síntoma psicótico en su manifestación, como fenómeno elemental, permite pensar no como una metáfora sino como una letra, como elemento idéntico a sí mismo que está aislado de toda cualidad y que, además, está por fuera de cualquier efecto de sentido. Para Freud, “es el hueso del síntoma” (Millas, 2015)

Cuando se toma el síntoma letra, no metáfora, en un núcleo de goce, esencialmente auto erótico, que está investido de lo que Lacan llama “la mentira significativa”, nunca hay una verdad absoluta (Lacan, [1953]).

El abordaje del síntoma se realiza a partir de considerar la incidencia y el dominio que el registro simbólico tiene sobre lo imaginario, y la cura es entendida como un proceso de simbolización. La noción del Otro, que tiene además un operador simbólico que le da garantía, el significativo del Nombre del Padre, que encarna la ley del Otro (Lacan, [1953]).

La neurosis es el modelo de cómo abordar la psicosis. Lacan habla de la metáfora paterna y explica la psicosis como un accidente en la metáfora paterna, la forclusión del Nombre del Padre. El modelo es la neurosis y la psicosis se presenta como una falla en la constitución subjetiva (Millas, 2015).

De la clínica de las psicosis se extrae que el operador, el Nombre del Padre, estructurante de subjetividad, modelo en la neurosis, puede ser sustituido. La psicosis tiene su desencadenamiento cuando el sujeto se confronta con la ausencia de este operador, en esa coyuntura no encuentra la función del Nombre del Padre, surgiendo el desencadenamiento psicótico. Por tanto, el sujeto tiene que encontrar un modo de reordenar su relación con el sentido y con el goce del cuerpo por otras vías, por la vía del delirio o por otros recursos que cumplan una función de abrochamiento.

En el *Seminario 6* Lacan introduce, para pensar la clínica de la neurosis, el lugar del otro como otro afectado por una falta, otro que no puede dar la garantía de la cadena significativa. Y la necesidad de obtener un suplemento, algo aportado por el propio cuerpo, que no es un símbolo, que cumple una función de soporte para el sujeto.

Frente a lo expuesto puedo concluir que los conceptos psicosis y neurosis, ya sean abordados desde la mirada de Freud o Lacan, han sido reemplazados por nociones de trastornos y la presentación clínica abandonada por caracterizaciones sindromáticas. Este abandono dio lugar a las clasificaciones, reduciendo, en consecuencia, las intervenciones a supresión de síntomas y adaptación. De ahí la importancia de recuperar los hitos en la constitución de esta oposición entre neurosis y psicosis, respetando la presentación del síntoma.

3.6 Disociación

El término disociación proviene del latín “dis”(o “aparte”) y “sociare” (para “unirse” o “asociarse”) (OED, 2012). En el siglo XV se usó por primera vez para significar “separado de la compañía”. Hasta mediados del siglo XIX fue adoptado por los químicos para describir el mecanismo por el cual el calor descomponía las sustancias en elementos primarios.

No fue hasta la psiquiatría francesa del siglo XIX, donde la disociación se refería a una división de la conciencia o la personalidad, este último término enfatiza que los fenómenos psicobiológicos más allá de la conciencia estaban involucrados. Algunos otros términos importantes en ese momento eran la duplicación de la personalidad, la doble conciencia, la división de la personalidad y la desagregación psicológica (Van der Hart, 2006).

Sabemos que el patriarca del estudio de la histeria fue el gran neurólogo francés Charcot, su reino era el Salpêtrière. Entre los distinguidos médicos que hicieron el peregrinaje al Salpêtrière estaban Janet y Freud.

Aunque Charcot prestó una minuciosa atención a los síntomas de sus pacientes histéricas, lo cierto es que no tenía ningún interés por su vida interior. Contemplaba sus emociones como síntomas que debían ser catalogados.

A mediados de la década de los noventa, Janet, en Francia, y Freud con su colaborador Joseph Breuer en Viena, habían llegado por separado a formulaciones sorprendentemente parecidas: la histeria era condición causada por el trauma psicológico. Reacciones emocionales insoportables a acontecimientos traumáticos

producían un estado alterado de conciencia, que, a su vez, creaba los síntomas. A esta alteración en la conciencia Janet la llamo “disociación”, Freud y Breuer la llamaron “doble conciencia” (Herman, 1992, p.32).

Freud continúa sus investigaciones en relación a la acción diferida del trauma infantil y la teoría psicosexual, donde el concepto de represión se vuelve fundamental en la compulsión a la repetición. Janet en cambio, se mantiene en el concepto de la disociación.

La Teoría del trauma de Janet “estados afectivos de terror que sobrepasan la capacidad de mentalización dentro de los marcos habituales, producen una disociación que impide ligar la experiencia con la biografía y el contexto en que se da” (Janet,1894/1919, p 9.) Se sobrepasan las barreras de la mente, y los abusos sexuales son los que más presentan síntomas disociativos (Del Río, 2022).

Janet consideraba que la disociación era una de las principales características de la categoría de diagnóstico de la histeria, una amplia categoría psicopatológica que hoy incluiría diversos trastornos relacionados con el trauma, tales como el trastorno de estrés postraumático, diversos trastornos somatomorfos, trastorno límite de la personalidad y trastorno de identidad disociativo (Van der Hart, 2006).

Janet sostuvo que los humanos atribuyen un nivel de realidad a eventos internos o externos que podrían conceptualizarse en términos de una jerarquía de grados de realidad. Al futuro inmediato y al pasado reciente se le suele asignar altos niveles de realidad. A los pensamientos e ideas, bajos niveles (Janet, 1932, p.141).

Además, la percepción del grado de realidad de un fenómeno estaba directamente relacionada con la “tendencia a actuar en respuesta” a él (Janet, 1932). Cuanto más alta es la experiencia que se pone en jerarquía, mayor es la presión que ejerce una persona para que se actúe. Gran parte de la psicopatología podría conceptualizarse como un fracaso en la organización precisa de la realidad en el tiempo y el espacio, como una “mezcla” de niveles de realidad.

Así, los sobrevivientes de traumas pueden situar sus recuerdos traumáticos en un lugar demasiado alto de la jerarquía cuando sienten que el acontecimiento traumático está ocurriendo en el presente (Van der Hart, 2006).

3.6.1 La disociación relacionada al trauma

Como mencionaba, recordar y contar la verdad sobre acontecimientos terribles son dos requisitos imprescindibles para el restablecimiento del orden social y para la curación de las víctimas.

Cuando por fin se reconoce la verdad, los sobrevivientes pueden empezar su curación. Pero con demasiada frecuencia el secreto es el que gana, y la historia de ese acontecimiento traumático no sale a la superficie como una narración verbal, sino como un síntoma (Van der Hart, 2006).

Los sujetos traumatizados se encuentran atrapados en un dilema. Les falta la capacidad de integración y las habilidades mentales adecuadas para *darse cuenta* plenamente de sus espantosas experiencias y recuerdos. Pero deben seguir adelante con una vida diaria que a veces continúa incluyendo a las mismas personas que abusaron de ellas y las descuidaron gravemente. La opción más conveniente que tienen a su disposición consiste en evitar mentalmente su pasado y su presente no resuelto y doloroso y, en la medida de lo posible mantener una fachada de normalidad. Pero su aparente normalidad, su vida a nivel de la superficie de la conciencia es frágil (Van der Hart, 2006, p.21).

A las víctimas les parece que aceptar las dolorosas realidades de sus vidas es algo que excede su capacidad, y por tanto permanecen estancados en el miedo, la desesperanza y el terror. Suelen sufrir importantes déficits en las habilidades de regulación de las experiencias internas y en las relaciones vinculares, éstas son habilidades que sus cuidadores no les ayudaron a desarrollar, lo cual limita su funcionamiento psíquico y la capacidad de integración (Van Der Hart, 2006).

Cada cual en el ámbito del estudio del trauma utiliza el término disociación de forma diferente, y existen muchos desacuerdos respecto de sus causas, sus características y el papel que desempeña en el cuadro clínico de la persona traumatizada. Con frecuencia,

dentro de un mismo y único estudio el término disociación puede utilizarse para denotar un proceso, una estructura intrapsíquica, una defensa psicológica, un déficit y una amplia variedad de síntomas (Van Der Hart, 2006).

El término disociación hacía referencia originalmente a una división de la personalidad o conciencia (Janet, 1887; Mc Dougall, 1926; Moreau de Tours, 1845). Más específicamente Janet señala que la disociación implica una división entre “sistemas de ideas y funciones que constituyen la personalidad” (Janet, 1907). Janet señala que la personalidad es una estructura que comprende diversos sistemas (Van der Hart, 2006, p.23).

Las divisiones disociativas no solo acontecen entre las funciones mentales, como podrían ser experiencias emocionales y de sensaciones, sino que radican en las dos categorías de sistemas psicobiológicos que configuran la estructura de personalidad (Carver, 2000; Gilbert, 2001). Estas categorías son las que se asocian a los estímulos de aproximación y las que se asocian a estímulos aversivos de evitación y huida (Van Der Hart, 2006).

Nos referimos a estos sistemas psicobiológicos como *sistemas de acción*, porque cada uno de ellos incluye una determinada forma innata de actuar en búsqueda de un objetivo (Anrold, 1960; Frijda, 1986).

Tendemos a pensar que las acciones son algo que se hace o se lleva a cabo. *Las tendencias de acción no son meras propensiones a actuar de determinada forma, sino que abarcan el ciclo completo de acción, incluso la latencia, la preparación, el inicio, la realización y la finalización* (Janet, 1934). Las tendencias de acción implican adaptaciones a las dificultades ambientales.

Esta división constituye la forma elemental de disociación estructural de la personalidad. *La disociación estructural relacionada con las experiencias traumáticas supone, pues, una deficiencia de la cohesión y la flexibilidad de la estructura de personalidad* (Resch, 2004). Esta deficiencia no significa que la personalidad esté completamente escindida en diferentes “sistemas de ideas y de

funciones”, sino más bien que existe una falta de cohesión y de coordinación entre estos sistemas que comprenden la personalidad de la víctima traumatizada.

Hablamos de la división de la personalidad en términos de *partes disociativas de la personalidad*. La elección de éste término enfatiza el hecho de que las partes disociativas de la personalidad tomadas conjuntamente constituyen un todo, pero son conscientes, incluyen cuanto menos un sentido rudimentario de la identidad y por lo general son más complejas que un estado psicobiológico aislado (Van der Hart, 2006, p.26)

Además, generalmente, los pacientes traumatizados les acomoda hablar de “partes de la personalidad” o de “partes de uno mismo”, así es como describen su experiencia subjetiva (Van Der Hart, 2006).

Moskowitz et al. (2019) reafirman la posición de Van der Hart (2006), se debe volver al significado de “disociación” tal como lo concibió Janet, una división de la personalidad relacionada con el trauma.

Al referirse más específicamente a las partes disociativas de la personalidad, la teoría contemporánea de la **disociación estructural de la personalidad** (Nijenhuis, 2015; Van der Hart y Steele, 2002 y van der Hart et al., 2006) aborda estos problemas con las concepciones históricas de la disociación relacionada al trauma.

- 1.- los subsistemas dinámicos biopsicosociales disociativos en la disociación generada por un trauma no deberían situarse demasiado arriba o demasiado abajo en la jerarquía de grados de la realidad.
- 2.- supone que cada individuo tiene una sola personalidad, por muy dividida que esté.
- 3.- supone que los subsistemas disociativos incluyen una constelación de estados mentales y de comportamientos en lugar de un estado singular (Nijenhuis, 2015).
- 4.- algunos de estos subsistemas abarcan muchos más estados que otros; por ejemplo, pueden incluir combinaciones de acción o subsistemas de motivación que median sus acciones típicas dirigidas a objetivos.
- 5.- esta disociación relacionada con el traumatismo se produce inicialmente porque el individuo traumatizado no tiene suficiente capacidad integradora, pero se mantiene porque el individuo desarrolla una serie de fobias o miedos intensos, que lo mantienen separado.

Bonn describe las distintas presentaciones de disociación, que para este caso son muy ilustrativas.

Estados del Yo/ del EGO: cuando una persona está bien integrada tiene límites permeables, no hay amnesia, me pertenecen a “mí” aunque no los reconozca porque no recuerde ciertos eventos, no hay autobiografía separada, metáforas del “niño interior” y no se experimentan como separadas.

Asociación de TEPT complejo y OTDE (otro trastorno disociativo específico): los límites son menos permeables; algo de amnesia del pasado, pero no del presente; mayor sensación de “No Yo”; “sé que son yo, pero no los siento como yo”; autobiografía parcialmente separada y principalmente implican mecanismos defensivos fijos.

Trastorno de Identidad Disociativo (TID): límites relativamente impermeables, amnesia del pasado, a veces también del presente, “no yo”- evitación fóbica extrema, “¡ella no soy yo!”, experiencia de tener historias separadas, aumento de autonomía y elaboración de cada una de ellas. También puede implicar funciones cotidianas. Puede tener conciencia de algunas otras identidades disociadas, pero no control o propiedad.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cómo operan las intervenciones desde el psicoanálisis en un caso clínico donde existe trauma en la infancia y síntomas psicóticos?

4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

4.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender las manifestaciones de un caso clínico a través del relato.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las manifestaciones del síntoma en los primeros encuentros.
- Describir las manifestaciones del síntoma bajo la transferencia.
- Describir las intervenciones que producen una transformación del síntoma.

5 METODOLOGÍA

5.1 Enfoque metodológico

La metodología en psicoanálisis data desde los escritos de Freud, así lo afirma Cancina, quien señala que “El psicoanálisis es un método de investigación, a partir de aquí podemos empezar a elaborar sus especificidades” (Cancina, 2008, p.10).

El uso de estudio de caso clínico necesita una serie de requisitos especiales para facilitar su uso como un instrumento de mayor validez científica en la investigación (Hayes, 1981). Debido precisamente a lo difícil que es correlacionar los resultados de estudios efectuados en el laboratorio con la práctica clínica, se ha renovado el interés en este método, al tomar en cuenta que por tradición el caso clínico ha sido la unidad de investigación, enseñanza y aprendizaje de la psicoterapia naturalista (Jones, 1993).

Es importante hacer notar que existen limitaciones para las investigaciones de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes, desde el paradigma científico. Los estudios enfatizan más la importancia de la metodología que de la clínica (Albores, 2001).

5.2 Objeto: El caso

Corresponde a un estudio cualitativo, de caso psicoanalítico. El caso es el proceso terapéutico.

La elección del caso clínico ocurre mientras me encuentro realizando el Magíster de Psicología Infanto Juvenil en Línea Psicoanalítica de la Universidad de Chile.

Debido a que me desempeño como psiquiatra, no realizo intervenciones psicoterapéuticas. No obstante, debo supervisar casos clínicos y selecciono este caso para el espacio de supervisión.

En este caso particular, se realizarán sesiones semanales, con encuadre de día y horario definido con el paciente. La duración se lleva a cabo en 12 meses aproximadamente.

5.3 Selección del participante

En este AFE el terapeuta selecciona el caso debido al interés particular que presenta frente a la sintomatología de la paciente. A partir de esto se construyen las intervenciones.

5.4 La presentación de un caso clínico

Respecto de la escritura de casos clínicos en psicoanálisis, Freud era minucioso en la descripción de la vida y de la neurosis en los casos que había publicado, pero no se restringía a eso. Además de las informaciones detalladas sobre el caso, que juzgaba enlazar en los hilos de la neurosis, él iba construyendo y mostrando al lector la comprensión teórica de lo que sucedía en la vida del sujeto, en la formación de los síntomas y en el tratamiento. Ya alejado del estereotipo psiquiátrico, él nos regaló nuevas narrativas, en las cuales va presentando los datos de la historia, exactamente en la medida en que ellos nos posibilitan acompañar su pensamiento analítico (Santos, 2016).

Será el propio Freud, entonces, quien nos convocará a abandonar el confortable lugar de dominio que tenemos cuando pretendemos describir hechos y datos del caso. El psicoanálisis tiene una metodología (setting) particular para trabajar con material empírico: trabaja con datos, pero desde una perspectiva que incluye al observador. En tanto el psicoanálisis no es una ciencia positiva ni una hermenéutica, no por ello deja de nutrirse de estas posiciones desarrollando aspectos metodológicos y modelos teóricos que incrementan los conocimientos específicos del psicoanálisis. Ella se ocupa de aquello que está más allá, o por debajo de la exposición de acontecimientos y de la cronología de lo que ocurrió en la vida de aquel que nos busca (Santos, 2016, p.4).

Entonces, más que una exposición, nuestra escritura tendrá que ser tan dinámica como las tramas del inconsciente y el movimiento de las sesiones. Debemos estar preparados para presentar lo que escuchamos de manera verbal, y también lo que pesquizamos del ambiente y lo que sentimos en la piel. Por lo tanto, tal vez más que la escritura del caso será la escritura de la escucha, nuestra escucha con todo lo que ella es

capaz de capturar, en especial de lo que nos pasó a nosotros en el lugar de analistas (Santos, 2016).

Si necesitamos un modelo, tendría sentido pensar en el modelo de la sesión que Freud nos propone, que ocurre libre y flotante, con atención a las palabras y al sentido implícito, al sonido y al silencio, a lo que aparece y a lo que se esconde, a lo que se muestra y a lo que está latente.

En la práctica clínica, los psicoanalistas son llamados a dejarse enseñar por la certeza del sujeto psicótico, tomando distancia de la necesidad de comprender el fenómeno y buscar causalidad. Esta referencia es la que le permite al analista una modalidad de escucha que no se sostiene en un criterio motivado por objetivos. El lugar del analista y su operación mayor, la interpretación del analista. Incluso para Kraepelin, no conocer el idioma del enfermo constituía, en “medicina mental”, una condición excelente para la observación (Santos, 2016).

Para McLeod (2011), el estudio de caso tiene un impacto limitado en el aprendizaje, pero la relevancia dependerá de la metodología, del diseño y objetivo del estudio, de su validez, de las conclusiones y, por último, de la interpretación.

La importancia del estudio de caso es mostrar una realidad de la práctica. De esta forma, la aproximación al fenómeno en estudio se presenta bajo las narrativas del terapeuta construyendo el caso clínico y el análisis de lo que allí aconteció. En esta línea, este caso se enmarca bajo un estudio de caso, desde la perspectiva psicoanalítica “se puede describir el descubrimiento del psicoanálisis como el desenmascaramiento, por parte de Freud, de cierto tipo de construcciones” (Berenguer, 2006).

Ahora en relación al psicoanálisis en niños y adolescentes, es ardua y complicada, debido a ciertos factores que la hacen diferente. Generalmente, son sujetos que no buscan ayuda por sí mismos y en ocasiones no son conscientes de su sufrimiento. Son sus padres quienes los llevan a la consulta. Otro factor es la heterogeneidad de los pacientes infanto juvenil. Por último, su dependencia de los adultos que los hacen más vulnerables a múltiples influencias, tales como relación marital, el funcionamiento y la psicopatología de los padres, el nivel socioeconómico, cultural y étnico de la familia (Albores, 2001, p. 160).

García Reinoso, en su escrito *El discurso familiar como escritura transindividual en el análisis de niños*, menciona “en los síntomas de los hijos aparecen las palabras clausuradas de los padres. Por estos motivos, prefiero pensar a las neurosis infantiles en términos de clausuras en el desarrollo emocional. La práctica clínica con niños me ha mostrado que es posible reestructurar situaciones familiares provocadoras de conflictos en la familia y el niño, escuchando a todos y con intervenciones que a veces me han parecido mínimas, pero facilitadoras de aberturas importantes en la familia y al niño señalado como enfermo” (García Reinoso, 1982, p.111,131).

Aberastury, discípula de Klein y seguidora de sus ideas, dice: “...mi propia experiencia me ha permitido hacer una serie de modificaciones que considero trascendentales. Se basan en una forma especial de conducir y utilizar las entrevistas con los padres, que hace posible reducir el psicoanálisis de niños a una relación bipersonal como con los adultos”. Para ella, las entrevistas iniciales con los padres son necesarias para recabar información, motivo por el cual deben ser muy dirigidas, porque “...tienen la tendencia a escapar del tema mediante confidencias sobre ellos mismos”. Luego agrega: “En mi técnica me mantengo siempre en el papel de terapeuta y solo confío en mi labor con el niño, manteniendo aparte a los padres”. Siguiendo a Klein, deja a los padres fuera del tratamiento y sostiene que los cambios operados en el niño a lo largo de un análisis han de producir las transformaciones necesarias en la estructura familiar (Bruner, 2020 , p.10)

5.5 Diseño del dispositivo de investigación

PARTICIPANTES

- Terapeuta.
- Paciente: adolescente con antecedentes de trauma y alucinaciones desde los 7 años de edad.

5.5.1 Técnica de recolección de datos: Observación clínica Estudio de Caso

Se utilizarán datos primarios derivados del registro de la observación clínica que el terapeuta realizó durante el proceso, a través de escritos de las sesiones y objetos que realiza el paciente en el transcurso de las sesiones, tales como cartas y dibujos. Son datos primarios porque son aquellos que el investigador obtiene directamente de la realidad, a través de los instrumentos y que recoge por sí mismo, diferencia de los datos secundarios, que en algún momento fueron primarios, pero que ya han sido recogidos y tal vez procesados por otros investigadores (Ginzburg, 2011).

5.5.2 Técnica de análisis: Método Indiciario

Primer momento indicial:

Buscar los indicios del inconsciente, la huella.

Segundo momento:

El caso se organiza según:

- La estructura de un relato.
- Los momentos de la transferencia.
- Las intervenciones del analista.

5.5.3 Consideraciones éticas

Cabe señalar que la presente AFE cuenta con el consentimiento informado y la autorización firmada por parte del cuidador principal de la adolescente. Además, cuenta con el asentimiento de ella.

6 CASO CLÍNICO

6.1 Introducción

El presentar este caso, responde a poder construir lo acontecido en el proceso terapéutico de una adolescente con diagnóstico de episodio psicótico, por un período de 12 meses, y que de alguna manera estructura los conceptos teóricos aprendidos en este programa y que guiaron el quehacer clínico.

Es recoger la fenomenología como lo describe Jaspers, "podía aplicarla para describir las vivencias de los enfermos mentales. Pero aún más esencial fue para mí la insólita disciplina de su pensamiento ... y el impulso hacia las cosas mismas. Esto, en un mundo lleno de prejuicios, esquematismos, convenciones, era como una liberación" (Figuroa, 2000).

Otro elemento presente en la construcción de este caso responde a la elaboración en función de lo escuchado (lo que implica la hipótesis que fueron guiando el quehacer clínico) y además, aborda los elementos que se pusieron en juego, donde lo traumático emerge provocando la sintomatología, pero esto va cambiando en función del devenir transferencial y la dirección a la cura.

6.2 Aspectos técnicos – clínicos del caso

Las citas y el ritmo de las sesiones se concertaron con B y su madre, al inicio por disponibilidad de horario eran cada 3 semanas, pero luego por motivos de pandemia se modifican a sesiones semanales, de manera remota. Además, debo complementar que un inicio fui su tratante como psiquiatra, pero luego fue derivada a otro especialista para que yo pudiese continuar con mi rol de psicoterapeuta.

6.3 Caso B

B es la hija menor de una familia nuclear biparental, tiene 15 años, su madre tiene 45 años, es dueña de casa y el padre tiene 48 años y es ingeniero informático, tiene un hermano de 18 años que está en primer año de la universidad.

B cursa la enseñanza media, tiene un rendimiento regular.

B ingresa a atenciones posterior a una hospitalización de tres meses aproximadamente, donde estuvo en dos clínicas psiquiátricas. Estuvo hospitalizada por ideación suicida asociada a un episodio psicótico.

Previamente a este evento B era una adolescente que asistía al liceo, presentaba algunas dificultades sociales, pero los padres refieren que jamás habían notado que algo estuviera mal con B.

En las primeras sesiones B se veía acorde a su edad, preocupada de su vestimenta, en general usa colores oscuros, con medias o accesorios, pelo corto un poco desordenado dentro de su estilo, usa lentes y es alta, había incrementado peso secundario al tratamiento farmacológico, debido a altas dosis de antipsicóticos.

Primera sesión

B asiste con su madre, quien refiere que la ve mejor posterior a la hospitalización, señala no saber qué sucedió, ella la veía como una “niña normal”. Para ellos, que son una familia muy unida, esto los tiene devastados. La mamá menciona que el padre cree que todo es algo que B ha hecho para manipular y llamar la atención. Agrega que en la hospitalización mencionaron algo de un abuso en la infancia, pero ella no quiso indagar más.

En este acercamiento con la madre, se vislumbra que no validan lo ocurrido, la vivencia de B, desde ¿qué es lo normal para ellos? Referencia a la norma social, además de la situación de vulneración de la cual no buscaron más información.

B ingresa perspicaz, al inicio escamotea y habla sobre temas superficiales como el colegio, al notar la desconfianza hacia este espacio le explico y encuadro sobre que es un lugar seguro, que la idea que asista es para conocerla y trabajar juntas para que se sienta mejor, que todo lo conversado queda en este espacio y si hay algo de riesgo previamente lo conversaré con ella antes de mencionarlo a sus padres. B posterior a esto se mantiene en silencio un tiempo y luego de forma abrupta, sin mediar más conversación, refiere que sus alucinaciones están en la sala de espera “esperándola”, claramente tenía una necesidad imperiosa de contarle, enjuicia lo que me menciona y refiere que en este espacio lo cuenta porque sabe que quieren ayudarla, pero en general no se lo cuenta a nadie... “obvio, me creerían loca”. Me explica que desde los 6 años tiene alucinaciones, siente que son parte

de ella, para ella son reales, refiere que son sus amigos, siempre están disponibles para ella.

Además de “ellos” ha presentado alucinaciones auditivas agresivas, externas a ella, que no las percibe como sus pensamientos, le dicen que “mate”, “golpee”. Desde que salió de la hospitalización han disminuido estas voces, “a veces me confundo, pero sé que no es real...”.

6.3.1 Acerca de las alucinaciones:

Luego de la primera sesión donde principalmente la conocí y habló un poco de su mundo interno, ya en la segunda sesión estaba muy cooperadora y se abrió fácilmente para hablar sobre estos personajes que la acompañan.

El primero en aparecer fue Jack; lo describe como protector, si alguien le hace daño se enoja, puede controlar su cuerpo, se mete dentro de ella, él discute con su papá y ella quedaría en otro plano pero sabe lo que ocurre en el presente... al preguntarle que emoción es la que más identifica a Jack, refiere que la rabia, es agresivo.

Fredy es el más sabio, consejero, también la cuida. Lo identificaría con la calma, es más melancólico.

Búho siempre está, la acompaña cuando está triste pero no interacciona, es como si fuese una mascota.

Refiere que Jack no le haría daño a ella pero sí a otros.

Sesión con padres:

El padre es más activo en sesión, la madre pasiva, siempre está de acuerdo con el padre. El padre menciona yo siempre la vi “normal”, preocupada por sus estudios, leía mucho, también le gusta dibujar... en general introvertida. Pero siente que cambió, la mamá está de acuerdo.

El padre luego complementa “fue muy extrovertida hasta los 10 años, y creo que por el bullying que sufrió en el colegio hubo un cambio”.

El padre recuerda anécdotas donde B iba a las tiendas, hablaba con vendedores, reclamaba a los adultos si no estaba de acuerdo con algo. Además, menciona que a los 7 años B le

habló de sus amigos imaginarios, pero no le tomó importancia porque lo asoció a algo normal para la edad. “Nunca me enteré que siguieron con ella”.

Con respecto a la familia paterna, los abuelos paternos fallecieron, el padre no tiene relación con sus dos hermanos, no quiere hablar al respecto... siempre hubo competencias entre ellos y solo sus padres los unían, se muestra muy evitativo y resistente a su familia de origen.

La familia materna (abuela materna) viven en una zona rural, antes los visitaban fin de semana por medio, pero por pandemia no han viajado. Junto a la vivienda de la abuela (en el mismo terreno) vive la hermana gemela de la madre, con quien tienen una muy buena relación. La madre refiere que para su marido ellos son su familia.

En aquel momento, B aún mantenía un cierre de proceso en la clínica donde había estado hospitalizada, en un control posterior al alta se pesquisaron pensamientos de muerte activos y fue derivada al servicio de urgencias, no la hospitalizaron e indicaron mantener controles.

La veo a los 2 días. B refiere que ya no presenta pensamientos de muerte, los tuvo luego de un conflicto en su casa, pero ya está todo bien ... no recuerda a los amigos imaginarios... se ve confundida al comentarle sobre ellos ... y menciona que está escribiendo un libro donde aparecen esos personajes, pero son ficticios.

En la sesión siguiente B refiere que luego que psicólogo derivara a urgencias, la madre se molestó mucho por la recaída, se sintió muy mal y culpable en esta discusión y luego despertó y ya no estaban las alucinaciones. Explica que se fueron porque sabían que si ellos continuaban la perjudicarían y hospitalizarían. Refiere estar tranquila, los extraña pero sabe que es mejor.

Al preguntarle porque previamente me dijo que no los recordaba, menciona que fue por temor a que la hospitalizaran nuevamente. Posterior a esto se explica nuevamente encuadre, y que si en el proceso existen situaciones de riesgo, no implica necesariamente

una hospitalización, trato de ser muy clara en este sentido, pues pudiera negar sintomatología.

B en las semanas siguientes retoma el liceo, trata de ponerse al día en las materias.

Habla sobre su familia, que ella siempre evita darles problemas, desde pequeña, cuando se enfermaba o se sentía mal en el colegio (lo cual era habitual), no quería que la llevaran a enfermería porque no quería que llamaran a sus padres. Señala que sus padres son increíbles, está agradecida que lo sean, no le gusta preocuparlos, ellos siempre están ahí cuando los necesita. Menciona que si alguno de sus padres se enferma, uno de ellos le dice cuiden a su papá/mamá que está enfermo. Se interviene y pregunto en qué otras cosas debe cuidarlos, me explica protegerlos de sus traumas, abre el tema y comienza a hablar sobre los episodios que han sido traumáticos en su vida.

-Cuando el hombre me acorraló,(*se refiere al episodio de ASI*), lo que pasó con un chico con el que salía, pérdidas de amistades ... soy muy culposa...

-¿*En relación a qué sientes culpa?*

-Por ejemplo cuando falleció mi abuela paterna yo tenía aproximadamente 10 años, era tarde y tenía mucho sueño, me dormí y no alcancé a despedirme ... en relación a mis amigos, tuve una amiga muy importante y cercana, luego habló mal sobre mí con otros compañeros, me decían lesbiana ...

En relación a los personajes, explica que está en un duelo, se imagina a Jack abrazándola, es distinto al abrazo de su mamá, Jack sabía todo (*¿Qué es todo?*), todo sobre ella...

Siente rabia y pena porque se tuvieron que ir porque ella no se controló. ...Señala que los personajes son lo mejor que le ha pasado en la vida, gracias a ellos superó sus traumas y no se suicidó.

Cuando piensa sobre lo que pasó con el adolescente que salía, se da asco, todo lo relacionado a lo sexual le asquea, ya tampoco siente amor de forma romántica. Antes era cariñosa, pero ahora le da miedo demostrar afecto. Miedo a perder a las personas.

La invito a hablarme sobre lo que pasó con el adolescente que salía... menciona que la semana previa a la hospitalización salió con un adolescente que le gustaba mucho, pero Jack no lo quería porque sentía que la utilizaba para hacer tareas y trabajos, un día en la casa de él, se besaron y luego él la tocó y tuvieron relaciones, refiere que no lo detuvo, pero se paralizó, estaba como muerta ... cuando habla sobre esto tiene una pausa, hace un quiebre, llora ... *le pregunto qué sensaciones tiene, qué es lo que siente ...* menciona que es la misma sensación que tuvo cuando era pequeña ... sentía asco, Jack quería meterse en su cuerpo y agredirlo, luego de ese momento no ha tenido contacto con él nuevamente.

Con esta develación se puede comprender cómo B con este suceso reactivó el trauma de su infancia, el cual tenía suprimido, y desde ahí se incrementó sintomatología que la llevo a hospitalizar.

Las alucinaciones, los personajes que describe B, representan distintos aspectos de sí misma, pero no logra integrarlos y externaliza. Según Lacan, lo que está forcluido en lo simbólico vuelve en lo real. Como no puede resolver el conflicto, lo cristaliza.

6.3.2 Sesión sobre personajes:

En sesión se encuentra haciendo un dibujo, al pedirle que me lo muestre, lo hace y me cuenta que son Jack y Fredy: “dibujarlos me ayuda a sentir que aún están aquí”, explica que en “la foto” Fredy no posa, no le gusta posar, refiere que cuando se siente mal por el colegio o cuando el hermano la trata de “enferma” abraza la foto ...

-abro el tema de patologizar y sobre qué es enfermedad para ella, frente a esto

B quiere hablar sobre la enfermedad de Jack. Jack tiene una psicopatía, su verdadero nombre es Jackson, su apodo es “13”. Es un experimento de su padre, desde los 5 años fue su conejillo de indias. Sufrió muchos abusos, mucha agresión física, sexual, psicológica de parte del padre y la madre. Solo salió adelante por su hermana. Jack tenía 17 años y sabía que el padre abusaba de su hermana de 20 años, mientras la violaba la golpeaba.

-¿Qué te pasa con esa historia? ... es muy violenta ...

-me enteré cuando tenía 10 años y en ese momento no lo entendía, ahora sé lo grave que fue.

El padre le habría inyectado algo a los 17 años para que fuera más resistente, lo preparaba para la guerra ... Jack actualmente tiene 360 años ...

Luego que lo inyectara se despertó con más fuerza y agilidad, mató al padre y a la madre. El efecto de la inyección fue para siempre. Jack vivió en la calle y una organización lo atrajo, le dieron un cuarto, “el cuarto 13”, lo mandaban a asesinar. No sabía lo que era el cariño, creía que era lo correcto, porque siempre fue abusado. Para él era normal asesinar gente. Luego se dio cuenta que estaba mal lo que hacía y conoció a Fredy, él lo ayudo, ha cambiado B ríe, pero no ha cambiado lo celoso y protector. Me habla sobre la altura de Jack pues es muy alto, mide 1,90.

Fredy

En el pasado su padre asesinó a su madre, el padre no era estable, era una persona asquerosa, abusiva, lo golpeaba, le decía que era un error haberlo tenido. Fredy tenía 10 años cuando el padre asesinó a su madre. A los 17 años, se vengó, asesinó al padre, era bueno en química, hizo un veneno para asesinarlo. Actualmente tiene más de 2000 años, se llama Frederick. Él es pausado, sabio e inteligente.

-las historias familiares de Jack y Fredy son muy fuertes ...semejante a las tragedias griegas, donde el hijo da muerte a su padre, ¿hay algo de sus historias que se relacionen a tu historia?

-no, nada semejante con mi familia, mis padres siempre han sido buenos.

Luego vuelve a mencionar a Jack, necesita hablar de ellos constantemente, explica que Jack estaba furioso con el chico de su primera vez, se quería meter en su cuerpo para matarlo, Fredy lo contenía.

Al final de la sesión, al recordarlos, refiere que le da tristeza, “a la vez también me sorprende porque esto lo creé cuando tenía 10 años”.

En el transcurso de las sesiones se suspenden las clases por la pandemia, después de la última sesión tuvo mucha nostalgia, lloró, estuvo mal, trata de sobrellevarlo escribiendo, dibujando, pero extraña mucho a Jack y a Fredy.

Se moviliza gracias a ellos.

-En relación a las familias, y a la historias que me contaste en la sesión pasada, pareciera que éstas te han dejado triste ... me genera curiosidad saber que pensaban Jack y Fredy sobre tus padres ...

-cuando era chica, sentía que no me querían, mi hermano era el favorito y efectivamente es así, me acercaba a mi familia para recibir cariño, pero siempre hubo diferencias, sobre todo con mi abuela paterna, siempre favoreció a mi hermano ... incluso mi abuela me trataba mal...

-¿Qué hacía tu familia cuando pasaba esto?

...mi papá reaccionaba y me defendía y le decía a mi abuela tengo dos hijos!, mi hermano siempre fue pollito, tenía problemas sociales, de integración y sigue siendo así.

-¿En qué se parecen y diferencian con tu hermano?

-similar no encuentro nada, pero distinto es que yo ahora enfrento las situaciones, antes me callaba, debato sobre lo que encuentro correcto y lo defiendo. Antes era Jack quien hablaba por mí.

-Parece que hablar sobre esto te genera algo ... con qué emoción te conectas ...

-me conecto con la rabia, sobre todo cuando hablo de los abusadores, pasan casos reales, me enoja porque en este país no se sanciona con la muerte, como se merecen esas personas, los traumas que dejan y uno nunca puede superar bien...

- ¿Y tú como sientes que estás con lo que te sucedió?

-recuerdo que ocurrió cuando era niña, cuando me tocó ese hombre, pero luego se va a negro el recuerdo ... le hubiese dicho a mi yo pequeña que no se separara de mis papás, que siempre tiene que estar con ellos. Pero gracias a eso, apareció Jack.

-En la historia de Jack y Fredy hay vivencias traumáticas ...

-pero a diferencia de ellos yo no tengo rabia con mis padres.

Hasta ese momento los padres imaginarios y los reales coinciden con lo que ella esperaba, los mantiene en parte idealizados. Es por este motivo que podemos comprender por qué los personajes son los que discuten con sus padres y no ella, como refiere.

En siguientes sesiones muchos recuerdos de la infancia, rememora mucho abandono de parte de familiares, trataba de ser muy sociable, para agradar a las personas, cualquier persona que le daba afecto sentía que la quería y hacía todo para que no se alejara, incluso llegó a burlarse de otros compañeros para agradar a su grupo de pares. Presentó dificultades sociales antes de pandemia, y luego ésta hizo que se distanciara más de los

amigos que tenía. Ahora tiene dos amigos que conoce del colegio y una amiga extranjera que conoce por internet.

Al recordar las pérdidas de amigos, se conecta con la pérdida de Jack y Fredy, pero el dolor de la pérdida de Jack es mucho mayor. Desearía que volvieran.

En el transcurso de las sesiones admite que regresaron, y volvieron con una condición, de que B fuera consciente de que aún estaban con ella, sin embargo, hay días en que no están. Refiere que desaparecieron porque se cansó de estar sufriendo, culpándose de muchas cosas, de sentir que lo que pasó fue por su culpa.

-¿A qué te refieres con lo que pasó?

-lo que pasó es que como era así, la gente se alejó de mí, por ejemplo.

-¿Y cómo eras antes y qué diferencia hay con ahora?

-he cambiado, pero no sé en qué ...

Con una amiga virtual juegan a los roles, donde crean mundos ficticios de personajes que tienen poderes como curación, abrir portales a otros mundos. Incluso Fredy y Jack están en los juegos...

-Qué bueno lograr un mundo donde ellos puedan existir pero que es delimitado en lo ficticio...

B permanece en silencio y acepta la interacción.

Recuerda que ha presentado bajones y está muy presente en ella lo ocurrido, siempre lleva las sesiones hacia los personajes o a los recuerdos del ASI, está tratando de buscar huellas y encontrar su historia.

-Lo que pasó, cuando tenía 6 años, no tengo recuerdos como Jack, solo sé que quería que lo siguiera, lo seguí, me acorraló y me toca, y de ahí todo negro ...luego tengo el recuerdo de estar en mi cama, en mi casa y Jack está a mi lado, me transmitió paz y desde ese día me cuida.

Jack y Fredy en el transcurso de las semanas desaparecen y luego vuelven, en una sesión lleva una semana sin verlos...

-Soy una depresiva y suicida desde que los perdí.

Ha presentado pensamientos de muerte, pero la detiene su familia y amiga virtual. Piensa que si muere podría estar con Fredy y Jack...

-Pero Jack y Fredy son parte de ti misma, ellos son tú. Es la primera intervención que realizo en relación a integrar estas disociaciones como parte de ella misma.

-Sé que yo soy quien les da vida y perder a Jack y Fredy es perder parte de mí misma.

-Que harían Jack y Fredy en esta situación donde no quieres estar en la vida.

-Si Fredy supiera me daría un sermón, Jack me abrazaría y me diría que todo va a pasar. Con esta intervención trato de reflejar que parte de ella misma quiere estar en la vida.

Luego habla sobre un sueño que tuvo, incluso hizo un dibujo sobre éste: se trata de un monstruo que está encadenado a la orilla del mar, grita, llora, algo negro corría por sus ojos ... ella se quería acercar, quería ayudarlo, pero alguien la tomaba de la espalda y no la soltaba, pero no sabía qué la tomaba, no lograba ver ... despertó y estaba asustada, tenía miedo ... por lo que pregunto, menciona que el monstruo no le daba miedo, incluso tenía la necesidad de ayudarlo, y eso le angustiaba, no poder hacerlo.

Los monstruos que ella imagina y aparecen en sus sueños son una manera de conservar a las personas, de preservar vínculos, aunque estén deteriorados.

Como en la obra de Oscar Wilde, El Fantasma de Canterville, el fondo del absurdo, así como B con los espectros del pasado.

6.3.4 Cogniciones negativas y funcionamiento familiar:

En el segundo semestre de 2020 logra un buen desempeño académico, pasa mucho tiempo conectada con su amiga virtual, a la mamá no le gusta esa amistad, B refiere que ha querido separarla de ella, porque a la madre le recuerda Jack y Fredy.

-Que tu madre tenga esa aprensión al menos denota preocupación por tu bienestar, por otro lado, es bueno que Jack y Fredy tengan un espacio para cobrar vida en los juegos de roles con tu amiga.

Insisto y refuerzo de forma positiva la existencia de Jack y Fredy en esos espacios ficticios. En la semana se sintió triste pero no pidió ayuda a la familia, porque cuando lo ha hecho le responden “eso ya pasó, olvídale”. Siente culpa de lo ocurrido cuando tenía 6 años, siente que tal vez fue muy cariñosa y lo provocó...B pasa varias sesiones donde presenta muchas cogniciones negativas sobre ella misma, lo cual se comprende desde la vivencia traumática. Siente que ella tuvo la culpa del ASI, que pudo provocarlo, pues explica que como se sentía muy sola, cuando pequeña se acercaba a las personas e incluso

era complaciente con tal de recibir cariño. Se siente un estorbo, siente que así la hace sentir su familia y así la hacían sentir sus compañeros de colegio. Culpa de no merecer lo que tiene, culpa de hacer sufrir y preocupar a su madre.

-¿Y si fuera otra enfermedad, algo físico, también te sentirías culpable? ¿Y cómo serías si no tuvieras toda esa culpa?

B trata de acercarse a la madre por los recuerdos que ha tenido sobre el abuso, quiere hablar sobre eso, pero la madre la detiene, le dice “córtala, para qué recuerdas cosas...”

Los últimos meses no se siente cómoda en su familia, a veces no los siente su familia, hay silencios incómodos ... refiere que siente que los papás tienen la intención, pero no saben cómo ...

Hablando sobre conformaciones familiares, ... cree que sus referentes de familia son su amiga como una hermana y Jack y Fredy como padres ... explica que en algún momento trató de acercarse a la familia, sobre todo después de la hospitalización, pero al final se encierra en su pieza para sentirse segura.

-¿Cuál es la imagen que tienes de tus padres?

- mi madre una mujer fuerte de campo, mi padre un hombre serio y correcto... mis padres antes eran de piel.

- ¿cambiaron?

-es que yo me alejé, cuando murió mi abuela paterna algo cambió. Vuelve a la culpa que esto le genera.

Menciona que los padres estuvieron más cercanos cuando estuvo hospitalizada.

-te tomaron más atención cuando estabas hospitalizada, me preocupa que si estás más enferma tendrás más atención.

B sólo escucha la interpretación y asiente.

En el transcurso de fin de año, se siente más estable y tranquila, busca lo positivo de las cosas, ha reflexionado sobre vivir con culpa. Está más conectada con la rabia hacia su familia, logra manifestar como es ella cuando está enojada -soy cortante, irónica, pesada, pero digo lo que me molesta- a diferencia de la tristeza -me voy para adentro-.

Recuerda que la mamá siempre le dice “ah, pero a mí me han pasado cosas peores y he seguido adelante...”. B logra estar más conectada con sus emociones y no externalizarla en los personajes, con la familia cada vez está más crítica.

-Al parecer sientes que no te escuchan, ¿crees que yo te escucho?

-creo que sí me escucha, mi familia no entiende lo que me pasa.

-Puede ser que esta forma de comunicarnos puedas hacerlo con otras personas.

-Se promueve a relacionarse con otros a partir de la relación con terapeuta. Se da importancia a la experiencia emocional correctiva.

Se da una pausa al proceso por un mes y medio, debido a vacaciones de terapeuta y a que B irá al campo de abuela, donde no tiene mucha señal. B tiene planes durante las vacaciones, como hacer dibujos por encargo.

6.3.5 Reconstrucción del trauma:

Se retoman las sesiones en marzo de 2021.

B refiere sentirse mejor con su cuerpo, en general la mamá es muy crítica con esto, cuida su alimentación o promueve que haga ejercicios.

Explica que ya no siente asco cuando se mira al espejo, ahora se ve y se siente bonita ...

-La imagen que uno proyecta es la visión de uno mismo.

Con los padres, luego de sentirse muy rabiosa con ellos a fines del 2020, refiere que ahora no discute tanto con ellos.

-Trato de ser alegre

-¿Tratas? Es real, genuino. Que estés más estable no significa que siempre tengas que estar feliz, es normal en el proceso y en la vida tener tropiezos, vamos a encontrar dificultades, pero cada vez tendrás más herramientas para enfrentarte a éstas.

-es que mis papás tienen muchos problemas y no quiero que se pongan tristes.

En relación a los problemas, es porque la abuela está enferma.

-Será que si tú estás alegre mejora la relación con la familia.

Acepta la interpretación.

B trata de acercarse a la madre durante el verano, pues tuvo más recuerdos del ASI -mi mamá se enojó, y me dijo por qué te acuerdas de estas cosas y se fue, en realidad la relación siempre ha sido así, simplemente yo no quería aceptarla-

En relación a los recuerdos le pregunto si quiere hablarlo ahora y me responde que sí...

Describe el lugar donde ocurrió, se había alejado en distancia de los padres y un hombre se acercó y acorraló, es capaz de recordar lo que sucedió "...trato de olvidar su rostro, me llega distorsionada la imagen, antes de irme me dijo, no digas nada, que quede entre nosotros y me dio un dulce...".

B arma su historia del trauma, al narrarlo se conecta con la tristeza y llora. Comienza a armar el rompecabezas de su historia.

La sesión posterior a la develación, B refiere que siente que ha disminuido su carga al recordar el abuso, no sabe que más podría ocurrir para disminuirla más, pero se enfatiza en lo importante que es que ella haya reconstruido su historia.

Hasta ese momento Jack y Fredy aparecen de forma fluctuante, incluso no los había mencionado en la sesión de develación, pero luego menciona que aparecieron dos personajes más.

-Codi, que ya desapareció porque Jack la eliminó porque podía controlar mi cuerpo.

-Saps, es como una madre, es unida a todos.

-¿Es lo que te gustaría de tu mamá?

-sí, pero aparece de vez en cuando.

Jack y Fredy serían sus padres y Saps su madre.

-B lo que ocurrió fue algo muy intenso para ti, es muy importante lo que has logrado, como has ido reconstruyendo tu historia, y tal vez Codi y Saps aparecieron por lo mismo, pero no olvides que ellos son parte de ti misma, son tú misma, que externalizas en ellos, pero en algún momento cuando te sientas preparada los integrarás en ti..

-Pero creo que aún no estoy lista, me da miedo dejarlos ir, me angustia que se llegarán a ir...me cuesta aceptar que son parte de mí.

-Te imaginas con ellos en 10 años, por ejemplo? ¿cómo te imaginas?. Logra pensar en un futuro sin ellos, y donde la prioridad es su independencia.

Luego de unas semanas tranquilas, donde incluso estaba haciendo clases de dibujo por internet, comienza nuevamente a invadirla la angustia. Volvieron las voces, son masculinas y femeninas, le dicen que no vale la pena, que mejor se mate ... no tiene claro por qué ella misma crea estas voces que son destructivas ... ha tratado de sanar esas creencias de insuficiencia ...

Aparecieron más personajes además de Jack, Fredy, Búho y Saps:

-Yes, es un hombre adulto, protector.

-Matt, es un niño como de 6-7 años es goloso, le gusta lo dulce.

-Eliah, mujer, está cansada siempre.

-Danilo, tiene 19 años, está siempre de mal humor y a veces se pone violento.

-¿En qué se parecen a ti, o qué partes de ti son los nuevos personajes?

-Matt se parece a mí en la ansiedad y que le gusta comer, me siento cómoda con él.

-Yes trata de mediar entre Jack y yo.

-Danilo es raro, se pone violento, llega a ser absurdo cuando lo provocan, es rabioso ...

-Matt me ha dicho mamá.

B debió suspender las clases de dibujo, se sentía muy nerviosa. Durante la semana a la abuela materna le diagnosticaron cáncer.

-Quedé traumada con el cáncer, mi abuela paterna murió de cáncer y nunca me pude despedir.

En relación a la muerte tiene un recuerdo, cuando falleció la abuela estaba en enseñanza básica y por accidente la vio en el ataúd, luego, en esa época durante el día estaba sola porque los padres habían salido y comenzó a tener mucho miedo y angustia, tuvo una imagen de su familia muerta; el papá tenía una herida de bala en el pecho y la frente, a la mamá le cortaron el cuello y el hermano estaba decapitado... en un momento pensó que era un sueño, pero Jack le dijo que no lo fue.

Se contiene en relación a la enfermedad de la abuela, pues no se ha atrevido a preguntar, la familia está muy hermética en decir qué tiene y su pronóstico.

-Todo esto que está pasando hace que te conectes con la muerte, con recuerdos y vivencias ... puedes necesitar ese espacio para conectarte, pero que no llegue a ser perjudicial para ti ... ¿qué podemos hacer si te sintieras muy mal?

acordamos que se contactaría conmigo si fuese necesario.

-yo no quiero morir, pero parte de mí lo desea mucho.

B venció una resistencia en el recuerdo. Se siente sola, pese a que está formando vínculos en el colegio. Tiene sensación de desprotección. En la medida que va recordando, va simbolizando. Lo ideal sería que los padres tardíamente reparen, pero no lo han hecho. A propósito de sentirse sola vuelven y aparecen más personajes, sino están ellos está sola. Existe angustia de muerte, de desaparición.

El conflicto primario es el evento traumático, esto se restituye sobre la historia de vida.

Los personajes cumplen funciones.

Debo estar atenta a lo que ocurre, tener cuidado, es comprensible lo que está ocurriendo.

Es el centro del conflicto.

Debe seguir internalizando sus producciones psíquicas. Aparecen resistencias y también pensamientos de muerte. Entre más estén los personajes en su vida, más costarán las interacciones sociales.

Se menciona a B la posibilidad de hablar con sus padres, a lo cual no accede.

Pudo hablar con la madre sobre la enfermedad de la abuela, está en estudio para ver qué tan comprometida esta con el cáncer.

-¿Cómo has visto a tu mamá?

-mi mamá sabe fingir muy bien ... oculta lo que siente.

-*¿Cómo sabes que está fingiendo, por qué no preguntarle? es como si las emociones negativas, que son válidas también, no tuvieran espacio en tu familia.*

-si le pregunto se derrumbaría.

-*¿contigo es distinto?*

-o sea pasa que me funciona al igual que a mi mamá

-*Pareciera que se parecen en ocultar lo que sienten, en que otras cosas te pareces a ella?,*

Refiere que no sabe.

Aparecieron sombras, Fredy cree que aparecieron porque estaba muy preocupada por la abuela, también comenzaron a aparecer monstruos, además de las voces, aparecieron hace cuatro días, no puede escuchar a Jack y a Fredy cuando están ellos.

-*¿cuándo aparecen los monstruos?*

-cuando estoy sola, se parecen a los de los sueños, me dan miedo, quiero arrancar de ellos, son agresivos, golpean cosas, gritan sonidos y hacen ruidos.

Describe que aparecen cuando le dan “ataques”, cuando está muy mal de una emoción negativa. Las voces también han aumentado, los monstruos pueden controlar su cuerpo, se rasguña y golpea. Jack la acompaña en esos momentos, pero él no los ve. Jack la abraza y le dice que no se haga daño.

-*Alguna vez has probado que alguien más que no sea Jack te contenga.*

-lo hice, pero no pude.

Se sintió con mucho más miedo, había recurrido a los padres, la mamá la abrazó pero tenía garras en sus manos - me paralicé - esa fue la primera y última vez que busqué refugio en ellos.

Describe que los padres no ven ese cambio que no sale de su habitación, refiere que no se acercan a conversar con ella o preguntarle cómo se siente, ni cuando era pequeña lo hicieron.

-¿Cambiaría algo en ti si tus padres se preocuparan de cómo estás?

-hablé con mis papás de mis alucinaciones y se enojaron, también se molestaron porque le había contado primero a usted antes que a ellos.

-mi mamá me decía dime corto y preciso, yo trataba de explicarle, pero mi mamá me cortaba ...

Frente a la sintomatología y angustia que presenta B se coordina con psiquiatra y además insisto en la necesidad de hablar con sus padres.

Se interviene sobre lo complejo que debe ser, porque cuando ha tratado al parecer no la escuchan, pero cuando lo hace no la validan.

Habla sobre aspectos negativos del padre, rencoroso, orgulloso, llevado de sus ideas. Recuerda que en la enseñanza básica la agredían los compañeros, una vez le pegaron y llegó a casa adolorida, le dijo a la mamá me duele mucho el cuerpo, la mamá le respondió anda a tu pieza a descansar ... B insistió esperando que la mamá notara que algo le estaba sucediendo, pero finalmente no ocurrió.

En sesión me muestra dibujos de los monstruos ... refiere que le toman las manos y hacen que se agreda a sí misma...el más grande susurra, dice solo vocales ... es el que más miedo le genera porque la abraza y la toca ... B se pone a llorar y no se puede mover ... en un episodio entró el hermano a su pieza pero no pudo pedir ayuda porque no podía ver su cara.

Se hace interpretación de su funcionamiento psíquico frente a la angustia, y se conecta la vivencia entre el monstruo que la toca y hace callar, quedando paralizada, con respecto al evento traumático. Se refleja que ahora tienes más herramientas que la niña pequeña que vivió lo mismo.

Se buscan formas de pedir ayuda en estos momentos.

B cada vez presenta más sintomatología asociada al trauma, refiere que un día almorzando con la familia se vinieron imágenes y recuerdos sobre lo ocurrido.

Refiere que recordó esto como un video con imágenes. Cuando ocurrió, los padres no se dieron cuenta, comenzó a tener ideas suicidas, sabía que venían las crisis (se refiere cuando aparecen los monstruos). Llegaron los monstruos mucho más violentos de lo normal.

La golpearon, presentaba rasguños y equimosis en brazos y espalda, también comenzó a tocarla, cuando quiere gritar le tapa la boca o le aprieta una parte de su cuerpo.

-¿En qué momento paró el monstruo?

-cuando casi me desmayo, estaba muy débil, ahí paro y apareció Jack.

Se interviene en cómo buscar ayuda en estos momentos, a quien puede recurrir ... refiere que la familia solo aumenta la angustia y las alucinaciones.... Se buscan otros vínculos que podrían apoyarla y sobre todo que debe pedir ayuda. Como alternativa surgen dos amigos.

En sesiones siguientes pudo verbalizarlo con uno de sus amigos, se sintió relajada y validada, luego le fue más fácil hablarlo con otra amiga.

Explica que habló con la mamá sobre que había tenido recuerdos y que había sido más de una vez, la madre le respondió que hay gente que está sufriendo más... B le muestra que ella no es esas personas, y que está así desde los 6 años, la mamá le respondió que ella también ha pasado por cosas fuertes...

Se profundiza sobre la fantasía de B luego del comentario de la madre, pues cree que la madre pudo sufrir de un abuso al igual que ella -si fuera así, con mayor razón no entiendo cómo no logra empatizar con mi dolor-.

6.3.6 Sesión con madre:

Frente a todos estos acontecimientos y la reactivación de los pensamientos de muerte se coordina que psiquiatra pueda evaluarla y además le menciono a B lo importante que es hablar con los padres, que nuestras sesiones continuarán en lo privado pero que necesito ver la disponibilidad de sus padres para que puedan escucharla y contenerla.

Sesión con padres, asiste solo la madre, refiere que la ha visto mejor, pero que está muy encerrada.

-le digo que tiene que ser positiva y lo que pasó ya pasó y que tiene que aprender a vivir con eso ... conoció a una chica por redes sociales y la quería invitar a la casa, no le dimos permiso porque no es su amiga ... B siempre ha sido buena para enfrentar cosas, sociable,

mi hijo me daba susto pero B no, ... yo quiero que haga deporte, trato de obligarla, ha subido de peso ...pasa poco tiempo con nosotros...

Al inicio escucho a la madre en lo que percibe y sus inquietudes ... es muy difícil seguirla en la conversación, o intervenir, debe ser muy parecido a lo que siente B, pues la madre habla pero pareciera no escuchar a la otra persona que trata de comunicarse...

Finalmente la interrumpo, frente a su descontento de que B no comparte con ellos:

-¿qué estará ocurriendo que B evita estar con uds. ...?

- yo creo que es porque es pendeja, egocéntrica y está en el yo yo yo

-cómo fue ud. como adolescente?

-cuando yo era chica me pasó algo similar y estuve sola

-debe ser muy agobiante llevar algo tan fuerte sin poder pedir ayuda, sin que la escuchen.

-solía caminar mucho, así me distraía

-¿alguien de su familia lo sabe?

-sólo se lo he contado a mi marido cuando recién comenzamos a pololear ... pero he salido adelante, trato de estar alegre, contenta... acá no hay pena, en esta casa solo hay risas ...

-es totalmente válido estar triste o angustiado, más con lo que ha vivido... así como valida las emociones positivas también es necesario hacerlo con las negativas ... de esta forma le puede enseñar a su familia que es normal y es parte de la vida a veces sentirse triste,

-estar triste de qué sirve la vida sigue, a veces lloro, pero lloro sola... ahora estoy triste por mi madre pero estoy bien

En sesión se muestra esta ambivalencia a la madre y el no permitirse vivir las emociones negativas, además de la dificultad de expresarse y pedir ayuda.

Finalizando la sesión la madre me pregunta cuánto va a durar esto... para ver a mi hija bien?. Le respondo que va a durar el tiempo que sea necesario, todas las personas reaccionamos distinto frente a una situación, cada persona tiene sus tiempos.

Durante aquella sesión la contratransferencia que tuve con la madre fue sentirme acelerada, iba a un ritmo muy rápido, el cual me costaba seguir, por momentos no sabía si me estaba escuchando o si seguía el hilo conductor de una conversación, porque frente a un comentario me respondía algo que no tenía relación con lo mencionado, pueda que sean sus mecanismos defensivos para no abordar temáticas personales, de sus vivencias.

Probablemente cuando rechaza no es el contenido del abuso de B, sino que rechaza lo que ella misma vivió.

Al final de la sesión la madre acogió algunas interpretaciones sobre todo en relación a cómo se debe sentir B con ella cuando expone sus emociones y espera ser escuchada, algo muy parecido a lo que me ocurrió a mí en sesión, no sentirme escuchada.

Durante sesiones posteriores también se aprecia cómo a medida que los recuerdos del trauma aparecen y logra narrarlos van desapareciendo los fenómenos alucinatorios agresivos como los monstruos. Existen fragmentos de la historia vivida, de su experiencia traumática, que por fin está inscribiendo, y a medida que inscriba podrá olvidar.

B mentaliza más a su madre de lo que lo hace ella, incluso menciona que si alguien esta con una emoción negativa en la casa la mamá cambia y se pone mal.

También se refuerza que escriba, continuamente realiza textos donde proyecta sus vivencias. La escritura que realiza tiene un valor aunque no llegue a los padres.

Posterior a la sesión con su madre, B refiere que la madre está menos crítica, sobre todo en relación a la comida. B está tratando de compartir más con ellos. El hermano a veces es muy hiriente, pero también ha tratado de buscarla, deja la puerta de su dormitorio abierta por si quiere ir.

-¿Qué has hecho para que desaparezcan los monstruos?

-siguen apareciendo pero no los pesco, sigo haciendo mis cosas y se van, están apareciendo mucho menos.

Se refuerza sobre sus logros, de que tiene sus tiempos... pero ahora ella tiene el control ...(sobre los monstruos).

Más cercana a Matt, está preocupada por él porque tiene tics, está nervioso y estresado, le gustan los panqueques con azúcar flor, así que B se los prepara.

Esta compartiendo más con la familia, un día preparó el almuerzo, aún comentarios críticos, pero con hermano más cercana, una noche se quedaron viendo animé. Se trata de fortalecer ese vínculo.

-He pensado sobre lo que hemos conversado, en que todos los personajes son parte de mí misma, y si es así qué triste es, porque debo haber estado muy sola. Se interviene que eso es parte de su historia y no define su futuro.

6.3.7 Duelo:

La abuela fallece en los siguientes meses, B explica que no siente nada, ninguna emoción. Fredy se preocupó cuando se dio cuenta que no sentía nada. Fredy la ha acompañado, Jack está en cama, no puede sentir emociones fuertes.

Se enteró porque llamaron a la mamá, B supo que había pasado, sintió una opresión en el pecho, no quiso expresarse, incluso pensó que la podían retar si lloraba.

-¿ no te diste permiso ?

-me sentí como cuando tenía 6 años, cuando apareció Jack, se apagaron todas las emociones.

Se interpreta que Jack en cama refleja esa parte de ella que se siente mal, triste.

-me explica que Jack siempre sabe cuando va a pasar algo malo o negativo, por eso está en cama.

-¿ cómo podrías ayudar a Jack, que necesitará él?

-le daría atención, lo acompañaría, lo regalonearía con cosas ricas.

-tal vez es también lo que necesitas tú B

-pero nunca lo han hecho, nunca he recibido eso.

- ¿qué le dirías a Jack?

-lo abrazaría para que se desahogue

-yo creo que es lo que tú necesitas, ahora eres otra B, no eres la misma niña de 6 años, puede ser la misma sensación pero ahora puedes reaccionar de una manera distinta.

B acoge las interpretaciones realizadas en torno a la tristeza que externaliza en Jack. Además, es importante cómo el alimento reemplaza la función nutricia emocional, y que también lo proyecta en las necesidades de Matt.

Apareció otro personaje cuando la abuela se agravó, Kurt.

-tiene un problema de creerse dios, es serio, grandioso.... Pero quiere ayudar.

-¿a quién quiere ayudar?

-a mí, iba bien hasta que falleció mi abuela.

Se explica sobre el duelo y sus etapas, -nadie muestra tristeza, mi mamá siguió como si nada-. Matt la acompaña, pero B lo cuida, lo protege, le pone música. Se refleja como ella contiene a Matt, y la necesidad de B de ser contenida.

Además, se observa la negación y evitación de la familia con la muerte de la abuela.

Kurt ha tomado un rol más activo, la está ayudando, le dijo “me das lástima, así que te voy a ayudar con tu autoestima”. Se ha sentido mejor, Kurt la ha ayudado a no quedarse callada, si algo te molesta dilo, la incita a hacer cosas, escribir, hacer dibujos.

-Jack está mejor, descansó y pudo dormir, ahora está mejor anímicamente.

-¿Como tú B?

-Si, he estado mejor, además pendiente de Jack y Matt, los he consentido.

-¿Y a ti?

-Mi familia no, pero mi amiga sí y Kurt también. Ahora me siento más desbloqueada, estoy sintiendo más.

Logró pedir ayuda, el hecho de movilizarse y comunicar es importante en la transferencia, como movimiento transferencial con un otro.

Tiene vacaciones de colegio y luego debería volver a clases presenciales. Refiere estar emocionada con regresar, un amigo la contactó e irían juntos al colegio.

Se interpreta que probablemente B está rompiendo el funcionamiento familiar que tenían hasta entonces, y que los padres han tenido cambios. Se está sintiendo mejor consigo misma, sobre todo con su cuerpo.

Regreso al colegio presencial: se puso muy ansiosa al regresar al colegio, en los recreos se queda sola, le dificulta estar con compañeros. Conoce a una compañera porque es amiga de su vecino y también tiene dificultades sociales.

Está conversando más con un amigo que contactó en vacaciones, pero los padres son muy aprensivos y no puede salir a otro lugar que no sea el colegio, están temerosos por los contagios COVID.

Jack le ha ayudado a acercarse a compañeros, Kurt también ayuda a que socialice.

B refiere que el ambiente con la familia está distinto -está rara la casa, es como que en cualquier momento algo va a pasar, como un presentimiento, antes cuando me pasó esta sensación, una vez me robaron el celular, otra vez perdí algo, mi abuela se enfermó y también ocurrió que me avisaron de una mala nota-.

Se interpreta que la sensación de tranquilidad, de sentirse mejor hace creer que algo va a pasar, como si no fuera posible estar tranquila. Menciona que Kurt y Fredy le dijeron lo mismo, se interviene sobre que existen situaciones que son parte de la vida, como perder algo o una mala nota, que no son determinantes y negativas, son situaciones cotidianas.

En sesiones siguientes Kurt está preocupado porque los personajes han comenzado a desaparecer... refiere que Jack y Fredy se tenían que ir ... cree que es porque también la ven mejor.

B refiere que debe hacerse cargo de Matt y Eliah, y está muy agotada por cuidarlos.

-¿de qué debes cuidarlos?

-es que Matt se golpea por los tics, y Eliah a veces no come. Además, Kurt ha estado muy irritable, y se enoja constantemente con mi familia.

-entonces parte de ti está enojada con tu familia... ¿qué ha pasado?"

Comenta que los padres nunca le dan permiso para salir o hacer cosas distintas, que ya está en la enseñanza media y no puede ir a la casa de sus amigos. Además, fueron de paseo al campo de la familia materna, primera vez que iban posterior a fallecimiento de abuela, explica que la prima la invitó a dormir a su casa ese día y los padres no le dieron permiso.

-son incoherentes y no dan argumentos.

-¿cuál será el miedo de tus padres, que pasará que son tan aprensivos ... tendrán miedo de que te suceda algo, esa forma de preocuparse también es una demostración de amor, tal vez cuidan a la niña pequeña en ti y hay que ayudarlos a que comprendan de que ya eres una adolescente..." se aborda cómo plantear esta inquietud para que padres expliquen su miedo y B puede expresarse.

-¿este miedo de tus padres podría tener fundamento? ¿cómo reaccionarías tú, B adolescente, si te sintieras en una situación de riesgo?

-yo creo que ya no me quedaría paralizada, pediría ayuda, me defendería.

-tal vez es importante que tus padres supieran eso.

Durante esa semana estuvo enferma un día, vomitó durante la noche, la mamá la escuchó pero no la ayudó. Se valida la rabia y tristeza que tiene por estas situaciones, y la importancia de haber verbalizado su molestia con la madre que no reaccionó como esperaba ... también se plantea que claramente hay un vínculo con los padres, por algo espera cosas de ellos, y también los padres a través de acciones demuestran su amor, pero no de la forma que ella necesita.

B, además del duelo de su abuela, parece estar cursando un duelo por sus padres.

6.3.8 Integración de las identidades disociadas:

La desaparición de Jack y Fredy es parte del proceso, en como comienza a integrarlos como parte de su personalidad disociada. Necesita experiencias de relaciones significativas que la puedan apoyar.

Las siguientes semanas B está estable, tranquila, enfocada en el colegio y pares. -Kurt me dice logrando confianza tendrás éxito-. Se han llamado con grupo de compañeros por videollamada, la pone muy feliz sentirse parte de un grupo.

Con amiga virtual ha marcado límites, refiere que ha estado triste, tiene problemas familiares. -tiene el mismo problema que yo tenía antes, dependencia emocional de las personas... ahora no soy así, me siento contenta, Kurt me ha ayudado ... siento que está molesta por verme bien a mí, le dije que no siempre puedo ayudarla, que debería pedir ayuda-. Muchas semanas solo estuvo Kurt, quien la ha “ayudado” a mejorar habilidades sociales.

Luego Jack y Fredy aparecieron, Jack felicitó a Kurt, porque ayudó a B a recuperar sus emociones cuando no sentía nada. Refiere que Jack y Fredy se habían ido porque estaban atentos si volvían a aparecer los monstruos, pensaban que podían aparecer pero no aparecieron.

Se interviene sobre el miedo que aparezcan, así como tenía el presentimiento de que algo malo fuera a pasar ... y estar tranquilo o bien no significa que algo muy malo tenga que suceder, que disfrute el momento, pueden pasar cosas negativas pero que son cotidianas de la vida. Esto se comprende por el estado de hiperalerta de B, por las mismas vivencias traumáticas que también la llevan a tener constantes recuerdos.

-¿a veces no tienes la sensación de que ya no son necesarios Jack y Fredy?

-Jack y Fredy me preguntaron lo mismo.

-¿qué les respondiste?

-que aún los necesito, porque los quiero...

Se interviene en relación a que Jack y Fredy son parte de ella, y están en ella misma, como ella mencionó alguna vez son su familia y a veces uno se separa de la familia, o ya no los necesita como antes, pero eso no significa que se rompa el vínculo, los continúa queriendo.

B falta a dos sesiones, lo que no es habitual. Avisa previamente, por motivos escolares.

Los padres han accedido a que se junte con amigos, al menos una vez a la semana van a su casa o a la casa de algún compañero. Con amigos del colegio hacen planes, celebración de cumpleaños. Con la familia celebraron fiestas patrias, hicieron una mini fonda, los padres le han dicho que la han visto bien.

B está inquieta porque se da cuenta que está mejor, y eso puede significar la desaparición de todos los personajes.

-me imagino que ellos como partes de ti misma y tú como B debes estar muy orgullosa... ver que estás mejor, tienes un grupo de amigos, tu familia ha generado cambios, sabes poner límites, y sobre todo aprendiste a pedir ayuda cuando lo necesitas...

-si ellos también se dan cuenta de eso, el único que no se quiere ir es Matt, porque siempre me pide ayuda... Matt es el niño que no ha tenido amor, no el suficiente, o el que se merece ... cuando era menor lo rechazaban por los tics...

sé lo que es ser rechazado por algo que no puedes controlar, cuando yo era chica movía mucho las manos de nerviosa y me decían rara.

-que pasa contigo B frente a la posibilidad que ya no estén... que se integren a ti?

-ya no los necesito, para nada... (llora)

-tal vez la partida no es necesaria que sea tan súbita, puede ser gradual.

-es que me angustió más así, prefiero verlo como su muerte.

-¿estás preparada?

-sí, siento que estoy lista!

A su mejor amiga le ha contado de los personajes, se siente tranquila de expresarse con ella. Además se ha visto interesada románticamente en una compañera.

Debido a la evolución de B, cito a los padres, lo converso previamente con B. Llega la madre junto a B, primero la entrevisto a ella. La madre refiere que la ve en su rutina, estudia, se conecta, se baña, sale a comer con amigos. Ve un cambio que para ella es negativo “B antes era pasiva, tranquila, ahora no! Se enoja, reclama!”.

-lo que me menciona es normativo de la adolescencia y que bueno que pueda expresarse, que es parte de esta etapa, ser reflexiva, crítica ... es parte de su diferenciación con ustedes..

Luego en sesión con B, menciona que luego de última sesión desaparecieron todos, está triste, se conecta con la pérdida pero ha continuado haciendo actividades. Se siente feliz con sus amigos.

En relación a la desaparición... -primero desaparecieron Saps, Eliah ... Matt después de la sesión quería jugar así que jugamos... me dijo te quiero mamá (llora), me preguntó por Eliah y no supe que responderle, finalmente le dije ya van a aparecer, Matt me dijo que bueno, porque tenía un mal presentimiento. Luego Jack se lo llevo para distraerlo.

-Fredy hablo conmigo... me dijo ya sabes lo que viene? Sabían que tenían que irse, era el momento, sino sería perjudicial.

Le pregunto a B a que se refiere con perjudicial ella lo asocia a la aparición de las voces si ellos no se iban.

Tuvo un sueño esa misma noche, Matt le gritaba lo mismo que ella le gritaba a Jack, “que no la deje sola”. Jack se lo llevaba en el sueño y B estaba amarrada.

-Matt siempre buscaba mi atención, luego comenzó a llamarme mamá.

-¿Cómo era para ti que te hablara así?

-gratificante (se conecta mucho con la pérdida, sobre todo al hablar de Matt)

Se interviene sobre el duelo, sobre la pérdida de una forma de ellos, pero que sin embargo, están dentro de ella ... *sentirás dolor y tristeza pero el recuerdo siempre va a estar contigo... y qué lindo tener esos recuerdos como los de Matt.*

B siente que cambió el foco del futuro al pasado... algo sucedió...

-*se interpreta que han sucedido muchas cosas importantes, no es un retroceso, es parte del cambio, tal vez este foco distinto es porque integraste todas estas partes de ti, pasado, presente y todas las emociones como explicas que te sientes ahora ...rabia, odio, tristeza y frustración cuando desaparecieron.*

-es que perdí a toda mi familia hace dos semanas... los extraño, ellos eran todo! (se quiebra más desde la tristeza)

-*cómo puedes buscar una forma para despedirte de ellos, una canción, una carta ... poder expresar lo que faltó decirles.*

B en siguiente sesión conversa en el camino con la madre, le dijo a la mamá que ya no tenía alucinaciones, pero que extraña a Jack, la madre le respondió, no te sientas mal, si nunca han existido. La mejor amiga la escucha y con ella pueda expresarse, continúa hablando sobre el duelo... escucha una canción que los recuerda, “aunque estés en las sombras”.

Hizo el ejercicio que conversamos en una sesión previa, B refiere que no fue planeado pero un día que estaba muy triste y los extrañaba mucho, le habló al espejo de su pieza.

Se miró, se puso de pie frente al espejo y se despidió de ellos, les dio las gracias y dijo que siempre estarían con ella... menciona a B qué linda forma de despedirse y sobre todo porque al hacerlo se habla a sí misma, porque ellos ahora son parte de ella, y siempre lo han sido.

Este ejercicio que realizó B se explica por sí solo, es metafórica la forma en que se despide de ellos hablándose a sí misma. B ha logrado integrar sus identidades disociadas producto del trauma.

Con los padres ha tenido dificultades... los padres se han molestado con ella porque me habría contado primero a mí sobre la desaparición de los personajes...el padre cuando se molesta deja de hablarle.

Luego tengo una sesión con la madre y B juntas, la mamá se ve afectada y quiere mejorar el vínculo con B, la madre le dice que quieren estar con ella, que quieren verla, pero ella siempre quiere salir con los amigos.

Se interviene para saber qué opina B, B refiere que no la entienden, que por eso los evita... muestro a B que su madre sí está interesada pero no sabe cómo acercarse ...

La mamá quiere cambiar la mesa de la cocina para que sea un espacio donde puedan estar todos juntos como familia... también le dice a B que está disponible para ella, y que a pesar de no haberlo expresado antes, su padre se lo ha dicho, B también expresa su molestia cuando el padre deja de hablarle y la mamá menciona que se parecen en muchos aspectos... B concuerda.

En las siguientes sesiones, se comienza hacer el cierre del proceso terapéutico. B ha logrado integrar sus identidades proyectadas, está viviendo el duelo de la pérdida, no obstante, ha conformado vínculos que la contienen, por lo tanto es una tristeza que no la detiene en su funcionamiento.

En lo social, está inserta en un grupo de pares, tiene sentido de pertenencia. B está posicionada en lo real, en temáticas normativas de la adolescencia.

En relación a la familia, se han generado algunos cambios, B no está del todo satisfecha, pero logrará percibir la preocupación de los padres y que existe más disposición en escucharla y compartir. B se siente contenta de lo que ha logrado y lo que significa estar de alta.

7 ANÁLISIS

En las sesiones descritas se exponen las manifestaciones del caso clínico a través del relato. Es importante seguir el hilo de las sesiones para comprender los movimientos y transformaciones que van existiendo en relación a la cura.

Hay que explicitar que B es una adolescente que estuvo aproximadamente tres meses hospitalizada, con diagnóstico de Primer episodio psicótico, Observación primer brote de esquizofrenia, Trastorno esquizoafectivo y Episodio depresivo mayor severo con síntomas psicóticos, además de ideación suicida. El trauma es develado durante la última semana de la hospitalización, sin embargo, no tomó realce esta vivencia. La sintomatología de B, bastante florida desde lo alucinatorio, llevó a estos diagnósticos. B es derivada al centro donde me encontraba, para continuar tratamiento de forma ambulatoria.

Al ingreso llama la atención las altas dosis de fármacos que presenta, no obstante, no se presenta tan somnolienta como esperaba y además en primera sesión, luego de realizar encuadre sobre este espacio es cuando ella relata que sus alucinaciones se encuentran en la sala de espera, sin embargo, siempre manteniendo un juicio de realidad conservado y comprendiendo que lo que menciona ha provocado que esté hospitalizada por todos estos meses.

Los primeros dos meses la atendí como psiquiatra infanto juvenil, pero la complejidad del caso y lo interesante que emerge en relación al trauma es lo que me lleva a continuar con ella como psicoterapeuta, derivándola con psiquiatra a otro centro, previa coordinación.

El trauma toma realce como origen de psicopatología desde los años cincuenta y en la actualidad sabemos el impacto y la vulnerabilidad que genera desde lo neurobiológico y en la estructura psíquica.

Para comprender el caso en cuestión, es importante retomar algunos conceptos, de esta manera se va dilucidando cómo se desentraña la historia.

En los pacientes traumatizados, la principal preocupación no es determinar que les sucedió exactamente, sino ayudarlos y acompañarlos a tolerar las emociones, sensaciones y reacciones que experimentan sin que los secuestren constantemente (Vander Kolk, 2014).

Lo que interesa es tomarlos de nuestras manos y dejar el principio de causalidad fuera de sesión, y avanzar con él, con sus instrumentos, que son los instrumentos que presenta en el aquí y el ahora (Gaudillière, 2008).

Existirá una detención en el tiempo, lo cual se debe tomar como un instrumento de búsqueda que se utilizará en condiciones favorables, las cuales ocurrirán en la transferencia (Gaudillière, 2008). En ese presente transferencial el paciente nos esclarece y nosotros esclarecemos al paciente y podemos ir un poco más lejos, pero con la necesidad de suspender el principio de causalidad (Gaudillière, 2008).

El psiconalista Bion, menciona a partir de su experiencia en la Primera Guerra Mundial, “la transferencia psicótica” con la locura y sus traumas. Se refiere a que la transferencia clásica del psicoanálisis, en relación a la neutralidad, se ve totalmente afectada por interferencias inoportunas en el trauma. En zonas de catástrofes, el recurso de anamnesis no funciona, pues el tiempo se detiene, además, como mencionaba la noción de causalidad es inadecuada, pues está en el pasado y los efectos en el futuro. Los diferentes registros de alteridad son destruidos para dar lugar a una soledad extrema (Gaudillière, 2021).

La identidad del sujeto ha sucumbido. En esta transferencia, el inconsciente no deriva de la represión, sino que se traduce en las emociones, sensaciones y reacciones sensoriales que sobreviven a la catástrofe (Gaudillière, 2021). Esta pérdida de identidad, es producto del miedo a la aniquilación, de la que habla Winnicott, “El miedo al derrumbe”, los pacientes temen cada mañana al despertar, el surgimiento de una catástrofe.

Este miedo al derrumbe ya ocurrió...el inconsciente, aquí, no es exactamente el inconsciente reprimido de Freud, ni el de Jung. En otros términos, el paciente debe continuar buscando en el pasado un detalle que no ha experimentado aún. Por otro lado, si él está dispuesto a aceptar esta suerte de verdad bizarra de la que no ha hecho aún la experiencia, entonces la vía está abierta para hacer la experiencia de esta agonía en la transferencia...(Gaudillière, 2021, p. 21)

Como mencionaba previamente, el trauma a menudo golpea dos veces, la primera precisamente posterior al evento y luego puede ocurrir años después, cuando un detalle trae al presente acontecimientos pasados (Davoine, 2008).

Por lo tanto, en el campo del trauma, es el mismo de la locura, en el sentido que trata de hacerse reconocer, en una búsqueda para inscribir lo que ha sido borrado, suprimido (Davoine,2008). No obstante, en las psicosis, siguiendo a Gaudillière, existe una lucha contra el borramiento de las huellas. La locura utiliza herramientas específicas para explorar las zonas de silencio, en el cruce de su pequeña historia y la Gran Historia, éstas son inscritas por medio de ficciones, que serían los delirios. Lo que estaría en juego entonces es la verdad histórica (Gaudillière,2021).

Este caso es un historia de trauma y no una historia de neurosis o de represión. Es un acontecimiento que está allí todo el tiempo, que tiene tanta energía que es imposible que entre en la psique, no puede entrar en el intercambio, no puede entrar en la transmisión, salvo bajo la transmisión de la memoria traumática, la que no olvida nada (Gaudillière, 2008).

Entonces lo que se hace en el caso, es trabajar con el paciente en el campo del trauma, y lograr disminuir esta energía para que este acontecimiento pueda ser memorizable, olvidable, y entonces transmisible (Gaudillière, 2008).

7.1 Manifestación del síntoma en los primeros encuentros

B es parte de una familia con dificultades en validar y expresar emociones negativas, en la primera sesión (donde asisten ambos padres) mencionan a B como si estuviera deteriorada, calificándola como “anormal” frente al funcionamiento familiar.

Los padres se sienten sorprendidos frente a la sintomatología de B, destacan que cuando pequeña sabían sobre los personajes, los cuales consideraron como amigos imaginarios propios de la edad. No mencionan de forma espontánea el abuso y soy yo quien les pregunta sobre esto, minimizan esta situación, refiriendo que algo así les mencionaron durante la hospitalización. Tampoco estaban preocupados al respecto o habían indagado sobre lo ocurrido, tomaron una actitud pasiva frente al relato de B.

Como se expone en el transcurso de las sesiones, B tiene pocos recuerdos de la hospitalización. Tiene claro, no obstante, cuando aparecieron las primeras alucinaciones, precisa que Jack fue el primero en aparecer, sabe que ocurrió aproximadamente a los 7 años, posterior a una situación traumática donde se siente acorralada, sabe que se le acercó

un hombre en algún lugar, luego todo se va a negro y no tiene más recuerdos hasta que despierta en su cama y Jack está a su lado.

La Teoría del trauma de Janet alude a “estados afectivos de terror que sobrepasan la capacidad de mentalización dentro de los marcos habituales, producen una disociación que impide ligar la experiencia con la biografía y el contexto en que se da” (1894/1919, p.9). Se sobrepasan las barreras de la mente, y los abusos sexuales son los que más presentan síntomas disociativos.

Luego de la aparición de Jack continúan apareciendo más alucinaciones, B vivencia esa etapa de mucha soledad e incluso menciona qué sola debió haber estado para crear todo este mundo ficticio. La psicoanalista Frieda Fromm-Reichmann publicó en 1959 *On loneliness*, y donde la soledad cumple un rol esencial en la génesis de trastornos mentales, incluyendo las psicosis.

7.2 Manifestación del síntoma a través de la transferencia

B en el transcurso de las sesiones logra una alianza terapéutica, existe una clara disposición a cooperar. Ahora bien, primero el terapeuta debe sobreponerse a ciertas resistencias y dar seguridad a B en relación a sus síntomas, pues la experiencia previa de verbalizarlos se asocia a la internación y por lo tanto genera desconfianza. Además, existe conciencia de enfermedad, parte de su “yo” indemne solicita ayuda.

La alianza terapéutica con los padres no generó mucha interferencia, al menos en las sesiones, pues al ser sesiones remotas B era capaz de conectarse por sí sola. Sin embargo, siempre que se citó a ambos padres se evidenciaron las resistencias del padre que asiste solo una vez a la consulta y luego, pese a estar en casa, no se conecta en sesiones online. La madre siempre muestra resistencias, las cuales se recogen en un momento por el bienestar de B.

La transferencia en general al inicio es positiva, de alguna manera represento el mundo externo de los adultos y es precisamente en este mundo donde no ha encontrado cabida y atención. Se relaciona con un nuevo objeto, que probablemente pueda percibir como un otro que quiere comprenderla. Desde este sitio se puede construir al mostrar un nuevo vínculo sano que pueda corregir las experiencias pasadas.

B durante los primeros meses se resiste a la visión que presenta de los padres, transfiere la imagen de unos buenos padres, que siempre han hecho todo por ella, incluso presentando culpa por lo que le sucede. Claramente existe mucha angustia si se conecta con los padres reales, angustia que en ese momento no logra manejar y es mejor negar. En el transcurso va mostrando un descontento que logra interpretar y de esa forma ella va conectando hasta lograr materializar la angustia en rabia y decepción. Este proceso debió ser pausado, se debió estructurar las interpretaciones para que fueran aceptadas por B y así minimizar las resistencias que pudiesen aparecer con las interpretaciones.

Importante es que abre el abuso sexual cuando hacía referencias a sus padres, que no le gusta preocuparlos, “como un deber de protegerlos”. Es en ese momento, cuando busco de qué debe protegerlos, cuando finalmente termina hablando de sus propios “traumas”. Con mucha culpa en relación a todas sus vivencias negativas, entre las cuales hay situaciones de bullying, duelos e incluso el abuso.

Un momento crucial en la terapia es cuando B logra asociar una situación que presenta con un adolescente, una semana antes de la hospitalización. B logra describir que frente al acto sexual con él presenta las mismas sensaciones y emociones que vivió en su infancia. Cuando ocurre esto verbaliza y expone con detalles lo que sintió, evidenciándose la angustia incluso desde lo no verbal.

B desde entonces evoca de forma compulsiva estos recuerdos, que por años estuvieron suprimidos, tratando de inscribir lo que no tuvo representación en ese momento de su infancia.

Esto también explica la sintomatología psicótica. B, pese a tener alucinaciones desde los 7 años, fue este hecho en sí, lo que la conectó con los fantasmas de su pasado. Se genera un quiebre, volviendo a las fisuras de su aparato psíquico, se desorganiza, pues no hay cadena de significantes. A partir de esto reordena el goce por otras vías, como el delirio.

Es importante mencionar que B no tiene recuerdos de cuando estuvo con el episodio psicótico, es más, no sabemos si además presentó los síntomas disociativos que la han acompañado desde los 7 años, sin embargo, lo retomaré en las intervenciones que guiaron a la cura.

Posteriormente a la asociación de la vivencia con el abuso, B continuamente habla sobre lo que trata de recordar y no puede, constantemente trata de simbolizar. No obstante, pese a no tener más recuerdos al menos por un tiempo, tuvo muchos sueños, como vía expedita a su inconsciente. Generalmente los sueños se refieren a monstruos que no le generan miedo y que están sufriendo y ella quiere ayudar. Se toma este material en la interpretación, la angustia que le genera es probablemente como se siente en esta búsqueda de recordar, de sus fantasmas olvidados, y también puede ser una forma de conservar a las personas que siente que se han ido (en relación a los duelos).

7.2.1 La transferencia de las alucinaciones

B presenta todo un mundo con ellos, los describe nítidamente, cada uno tiene una personificación, una historia, que por cierto son muy traumáticas. Se utilizaron para interpretación y construcción en relación a la cura.

La aparición de Jack y continuamente de otras alucinaciones se explica desde ocurrido el abuso. Al no poder simbolizar lo ocurrido y aún menos inscribirlo, su aparato psíquico se fisura en ese momento. Las alucinaciones son la disociación estructural de su personalidad infantil, a partir de la experiencia traumática no logra mantener una cohesión de su aparato psíquico, siendo todas las alucinaciones partes de sí misma proyectadas y externalizadas.

A medida que B avanza en el proceso, continuamente está rememorando y de esta manera inscribiendo su historia, sin embargo, comienza con resistencias frente al temor de la desaparición de las alucinaciones. Al realizar intervenciones durante las sesiones, continuamente B señala que aquellos comentarios que realizó ya se lo había dicho Jack, Fredy o Kurt, tratando de invalidar o no reconocer las intervenciones realizadas. Esto ocurrió por un tiempo, pero al reconocer esta resistencia fue mejor utilizarla, mostrarla y darle la validez que ella necesitaba.

7.2.2 Transferencia con la madre

En sesión con la madre, como se explica durante las sesiones, fue muy difícil de seguir, la madre en su resistencia le cuesta escuchar y considerar las intervenciones de la

terapeuta. La madre no logra mentalizar a B, pero logra abrir algo fundamental, que es la vivencia de abuso que sufrió ella, pese a que rechaza lo que ella vivió y también el relato de B, se logra en algún momento señalar lo sola que se puede sentir alguien que sufre una vivencia traumática y la necesidad de ser escuchada y validada.

7.3 Intervenciones que producen transformación del síntoma

Plantearé algunas intervenciones que a mi parecer fueron claves en la transformación del síntoma a la cura. Debo mencionar, además, que durante todo este proceso con B tuve supervisiones con mis profesores, para ir guiando el caso clínico.

7.3.1 Asociación de relación sexual en el presente con la vivencia traumática

Como menciona Davoine en el trabajo del trauma y la locura que nos traen los pacientes, nosotros tenemos que construir con ellos un campo tal, con tales propiedades, según sus indicaciones porque ellos son los directores de la investigación.

A propósito del traumatismo es que a menudo golpea dos veces. La primera vez justo después de los acontecimientos y a veces mucho después, en un plazo de años, cuando un detalle trae al presente los acontecimientos pasados.

Según lo mencionado por Davoine, es lo que ocurrió a B. La invito a hablar sobre el adolescente con el cual tuvo su primera relación sexual. B comienza a contar lo sucedido, acontecimiento que, además, tiene relación temporal con el desencadenamiento del episodio psicótico. Es ahí cuando ella relata y verbaliza lo ocurrido, se conecta con un malestar, explica cómo se paralizó, estaba como muerta... al indagar sobre esa sensación de malestar, logra asociar que fue la misma sensación que tuvo en su infancia, del recuerdo que no está claro, pero sabe que ocurrió. El síntoma intenta hacerse reconocer, es una búsqueda para inscribir lo que ha sido borrado, suprimido.

7.3.2 Validar sus identidades disociadas

B contantemente habla sobre los personajes en las sesiones, los que cobran mayor relevancia e importancia son Jack y Fredy, pero por sobre todo Jack, que fue el primero en aparecer luego del episodio traumático. Él es quien la contiene y protege.

Ingreso en su mundo, en su vivencia, y para hacerlo también deben cobrar vida para mí. Por eso fue importante saber cómo eran, que pensaban, que le aconsejarían. Cuando B se sentía desbordada o tenía ideación suicida, preguntaba que le dirían ellos en ese momento. Al hacerlo, reflejaba lo que parte de ella pensaba, y que se traducían en sus propios recursos, pues ellos sí estaban puestos en que se mantuviera en la vida.

7.3.3 Reconocerse a sí misma

En el transcurso de las sesiones, se fue interpretando y haciendo señalamientos, de los cuales muchos fueron recogidos por B.

Fue importante ir descubriendo sus propias emociones, que se reconociera como persona individual, independiente de las proyecciones de su identidad. Reconocer cómo era ella cuando estaba triste o rabiosa, no cómo es Jack o Fredy, sino ella como B, cómo sentía. Verbalizar y expresar sus emociones fue parte del proceso, sin embargo, hubo muchas resistencias, pues al hacerlo la familia no daba cabida a estas manifestaciones.

Con el tiempo, B también se volvió más crítica con sus padres, dejó de mantenerlos en el imaginario, logra verlos y hay muchas cosas que le molestan de ellos. Sobre todo, porque no se siente escuchada, validada y contenida.

7.3.4 Relacionarse con otros

B no tenía buenas experiencias sociales, incluso había sufrido de bullying en la enseñanza básica. Se sentía muy insegura en los vínculos con otros, es por este motivo que la amiga virtual toma tanta importancia, sobre todo porque luego vino la pandemia, lo cual no favoreció en la formación de nuevas relaciones. Además, sabemos que los padres tampoco aportaban un espacio donde ella se sintiera segura.

Del espacio terapéutico y de la relación con el terapeuta se comienza a corregir la experiencia previa. Le pregunto si se siente escuchada por mí y ella refiere que sí, a partir de esto le muestro que ella tiene las herramientas para vincularse con otros, y si esta misma experiencia que presenta conmigo la podemos proyectar con otras personas. Se trata de reparar los vínculos.

Al inicio se siente insegura, pero con el tiempo, logra practicar y relacionarse con otros.

7.3.5 Construyendo el trauma a partir de las huellas mnémicas

Si hay hechos que no podemos olvidar, no podemos recordarlos, y entonces están allí, están allí todo el tiempo y no tienen la posibilidad real de transformarse en representaciones, ni en representación de palabras, ni en representación de imágenes.

Un acontecimiento que está allí todo el tiempo, que tiene toda su energía, no puede entrar en la *psique*, no puede entrar en el intercambio, no puede entrar en la transmisión, salvo bajo esta forma de transmisión de la memoria traumática, que no olvida nada (Gaudillière, 2008).

Vuelvo a citar a Gaudillière frente a este evento ocurrido durante las vacaciones de B, desconozco si algo encendió su memoria traumática o fue ella misma tratando de simbolizar e inscribir su historia. Pero al retomar las sesiones tras las vacaciones, B había logrado la construcción de su historia traumática.

Cuando tuvo más recuerdos, trató de hablarlo con la madre, quien rechazó escuchar su relato, mencionándole que eso ya estaba en el pasado.

B recuerda nítidamente lo ocurrido, lo habla en sesión, pues la develación no tuvo cabida en la familia. Sabe el lugar donde sucedió, que estaba con sus padres, sabe quién fue el hombre, pese a que la imagen de su cara está distorsionada. No obstante, logra inscribir el recuerdo en lo real, ponerlo en palabras y simbolizar su experiencia. Desde ese momento B disminuye la carga emocional, lo refiere, sin embargo se activa la memoria traumática y cada vez trae más recuerdos, más detalles, incluso en algún momento aparecen flashbacks mientras almuerza con la familia.

7.3.6 Aumentan las identidades disociativas

Luego de inscribir el recuerdo en lo real, B queda muy desprotegida, pues la familia no la escucha y contiene. Solo le queda el espacio terapéutico para continuar expresándose y simbolizando. Frente a este escenario, aparecen más identidades, las cuales proyectan partes de ella. Llama la atención la aparición de Matt, que tiene 6-7 años, la misma edad en la que B sufre el ASI, es un niño goloso, le gusta mucho lo dulce (al igual que ella) y

busca constantemente su cariño y contención, que en el fondo es lo que busca B en su familia.

En un inicio se validan y escucho sobre estos personajes, pero en el transcurso del proceso se comienza a interpretar las partes de ella que se proyectan en estas identidades. Por ejemplo la rabia de Jack, la sensatez y mesura de Fredy, y por último ese niño proyectado en Matt que se traduce en las necesidades no cubiertas por los vínculos de apego de B.

B acepta las interpretaciones y refiere que sabe que sus alucinaciones son parte de ella, señalando que si ellos no estuvieran, se sentiría muy sola.

Es fundamental la integración de las identidades proyectadas, pues entre más estén presentes menos vínculos formará en el mundo real.

7.3.7 Resistencias

B no logra reparar, venció una resistencia en el recuerdo, no obstante, la familia aún no se activa.

Aparece angustia, sensación de aniquilación, todo esto asociado a la sintomatología y aparición de los pensamientos suicidas.

Se contiene y promueve a que escriba y dibuje, las cartas que realiza, aunque no lleguen a sus padres, constituyen una manera de reparar.

7.3.8 Monstruos

Desde la angustia y desprotección, aparecen monstruos que B dibuja, le hacen daño, la rasguñan, Jack no logra verlos y por lo tanto tampoco puede protegerla.

Uno de los monstruos la toca y la hace callar, se siente paralizada y se conecta nuevamente con las sensaciones del trauma. Frente a esto se señala que ella ya no es la niña de 7 años, ahora es distinta, ha adquirido herramientas y ha logrado armar su historia. Se pone énfasis en el presente y la persona que es hoy en día. Además, se buscan redes, a quien poder recurrir cuando sucede esto, a quien pedir ayuda.

Desde el punto de vista económico de Freud, pulsiones de vida y muerte separadas, con una hiperseveridad a la pulsión de vida y las de muerte idealizadas en las figuras terroríficas.

Lacan en el seminario V habla del goce impuesto, la dimensión del goce como satisfacción de un deseo de muerte, acá aparece gozosamente en la culpa, en el reproche.

Buena parte de la agresión se transforma en culpa, a todas las derivadas de la pulsión de muerte.

7.3.9 Otros vínculos

En la búsqueda de ayuda, B arma una red de personas a quienes recurrir, dentro de esta red está su hermano y dos amigos.

Es capaz de verbalizarlo con una de sus amigas, se sintió escuchada y validada, luego le fue más fácil hablarlo con el otro amigo.

A partir de esta crisis, B vuelve a vincularse con amigos con quienes se mantenía distanciada. Ellos ayudan a escuchar y reparar.

Desde la perspectiva psicoanalítica de Melanie Klein la reparación se encuentra presente en todo ser humano. Se trata del predominio del amor por sobre el odio. Contar con la oportunidad de reparar implica tener la oportunidad de mejorar, rehacer, perdonar, olvidar, amar y sobrevivir (Córdova, 2014).

La posición depresiva descrita por Klein, ha proporcionado a los analistas los componentes necesarios para comprender la fuente de amor auténtico, la preocupación por el objeto, la culpa y la reparación.

Teniendo presente que la reparación se sostiene en la primera vinculación que tiene el niño con el pecho materno que determina las pautas características de las relaciones objetales futuras. Es por este motivo que para B el “te odio” es una forma de reparar el vínculo con sus padres.

7.3.10 Experiencia traumática de la madre

Solicito una sesión con los padres debido a la sintomatología de B, quien en un inicio no había aceptado, pero según la evolución accedió.

Asiste solo la madre. Como menciono en la descripción del caso, fue una sesión en la cual la contratransferencia fue muy intensa, en un inicio fue sólo un monólogo, muy caótico, en el cual era difícil seguir el hilo conductor. Logro comprender cómo debe ser para B no sentirse escuchada.

Cuando interrumpo para señalar o interpretar algo, sobre todo frente a las quejas de como es B, le pregunto cómo fue ella de adolescente... a partir de ello refiere que ella vivió una experiencia parecida a B, y ahora está bien, salió adelante y eso quedó en el pasado.

Se señala lo difícil que debió ser para ella guardar esto por tanto tiempo, sin expresarlo, pues, solo lo sabe su marido. Además, se validan las emociones negativas, que claramente en la familia de B no tienen espacio.

La madre, como menciono previamente, al rechazar el relato de ASI de B probablemente está rechazando el propio.

7.3.11 Jack enfermo

Al enterarse de la muerte de su abuela materna, B queda en un estado de embotamiento, refiere no sentir nada, al inicio quiso llorar pero no lo hizo. Coincide este episodio con que Jack se enferma, B explica que no puede tolerar emociones intensas.

Interpreto que es lo mismo que le sucede a ella. B acepta la interpretación. A partir de esto, le digo que necesitaría a Jack para sentirse mejor. Refiere que atención, contención, prepararle cosas ricas ... se interpreta que es lo mismo que necesita ella, porque Jack es parte de ella. B acepta las interpretaciones, además como menciono los alimentos son muy importante para B, debido a que cumplen una función nutricia emocional.

7.3.12 Kurt función social

Kurt es la última identidad en aparecer, es rudo, grandioso. Aparece para ayudar a B en las relaciones sociales. La activa, promueve a que entable conversaciones con compañeros, refuerza su imagen corporal, se siente mejor con ella misma.

Jack además se siente mejor, lo que se interpreta que se siente al igual que ella, refiere que sí, que se siente mejor, está contenta haciendo nuevos amigos. Explica que Kurt la ha ayudado a desbloquearse emocionalmente.

Se muestra las habilidades sociales que presenta, y que ha formado buenos vínculos. Motivo por el cual ella cuenta con esas herramientas que creía no tener, al igual que Kurt.

7.3.13 Algo va a pasar

La sensación de bienestar de B la hace sentir tensa, constantemente cree que algo va a suceder, como si no se permitiese disfrutar el momento, lo cual se refleja en sesión.

Además a medida que refuerza los vínculos con sus amigos aparecen menos las identidades. Incluso le pregunto si no considera que ya no es necesario que estén todos ellos. Explica que ellos también se lo han mencionado. Aún no se siente preparada, pero se comienza a crear el camino para que esto ocurra.

También interpreto que la tranquilidad no significa que algo negativo tenga que ocurrir, y si ocurre algo es parte de la cotidianidad.

B sabe que las identidades partirán, se siente lista en el transcurso de las sesiones, va integrando cada una como parte de sí misma. La última en desaparecer es Matt, y es la que genera más dolor en B, es perder sus propios aspectos infantiles, pero interpreto que siempre estará con ella, todos, porque todos son parte de ella. B acepta la interpretación.

7.3.14 El espejo

En las siguientes sesiones se han integrado las identidades en B, quien se encuentra satisfecha por sus logros, pero vive el duelo de las pérdidas. Se buscan formas para decir lo que faltó, tal vez una carta para despedirse, acoge las sugerencias.

En la sesión siguiente B continúa elaborando el duelo, pero hizo algo que la confortó, refiere que no fue planeado, pero se paró frente al espejo y se dijo todo lo que necesitaba decirles.

Quiero terminar esta sesión que fue tan simbólica en mi formación con una cita de Gaudillière, “como si ... se dice en pintura con la perspectiva, como si hubiera un punto de fuga, que es también entonces el punto de esperanza, va a producir psicoanalista que va a poder hacer entrar estos muertos en una historia transmisible, que forma parte del patrimonio y no del que se dice es un accidente, esto no forma parte de nuestra historia y este es el punto donde el psicoanalista puede intervenir y es así como se transforma en psicoanalista cada vez , en cada ocasión”.

8 CONCLUSIONES

En la presente investigación, se abordan las intervenciones psicoanalíticas en un caso clínico donde existe trauma en la infancia y un episodio psicótico. El caso clínico se articula según los conceptos teóricos aprendidos desde la línea psicoanalítica, y a partir de ellos poner en práctica las intervenciones que van transformando el síntoma.

Este caso en particular fue escogido porque se despliega en sintomatología, lo cual desde un inicio genera interés en comprender los procesos psíquicos en esta adolescente. Entendemos que la adolescencia es una etapa altamente vulnerable, por todos los cambios biológicos que se conjugan, además, es preciso considerar que cada individuo es particular y donde su historia lo es aún más.

Es una etapa donde el pensamiento se transforma y donde existe una rememoración del pasado, es una crisis donde el adolescente cuestiona funcionamientos familiares y se conecta con sus aspectos infantiles. Ahora, toda vivencia de la infancia cargada de afecto queda impregnada en la piel del sujeto, aunque no esté disponible de forma consciente.

El trauma como experiencia que toca lo real, como un agujero en el interior del orden simbólico, estamos ante un acontecimiento de interior y exterior, una figura que dará cuenta de una angustia traumática. Respuesta y llamada en el afecto por excelencia: la angustia, que desbordará los adentros y el afuera es busca de una representación (Rodríguez M., 2013).

Fue un desafío pero también una sorpresa ver la evolución de esta paciente, acompañarla en su sufrimiento, comprender su historia y ser parte de ella, solo así es posible coincidir en el quiebre, en el que el tiempo que se detuvo a los 7 años.

La escucha activa, comprender el lenguaje no verbal, señalar, confrontar e interpretar desde la transferencia son algunas de las intervenciones que fueron construyendo el proceso con B. No obstante, también fue un acompañamiento, así como menciona Ferenczi (1932), quien cambió la visión de Freud al mencionar que no se puede abstener en alguien traumatizado que necesita contención.

B a lo largo del proceso tuvo resistencias, pero aceptó este espacio desde la necesidad de ser escuchada y en la búsqueda de simbolizar en lo real. Es así como el síntoma es utilizado en la transformación hacia la cura analítica.

B desde una experiencia del presente se conecta con la vivencia traumática, como ya mencionaba el trauma golpea dos veces, la primera inmediatamente posterior al evento y luego pueden transcurrir años hasta que un detalle trae los acontecimientos pasados. La psicosis se desencadena dentro de la experiencia traumática, porque al no estar en la cadena de significantes como menciona Lacan no tuvo otra opción que retornar y buscar camino en el delirio. Sin embargo, las alucinaciones que presentaba, en relación a los personajes, eran proyecciones de su identidad fragmentadas desde el trauma. Es por este motivo que las identidades disociativas eran un mecanismo para tolerar el sufrimiento, esta división constituye la forma elemental de disociación estructural de la personalidad. Cuando existe una experiencia traumática, el niño en este caso, presenta una deficiencia en la cohesión y flexibilidad en el desarrollo de la estructura de la personalidad. No obstante, en B existía cierta flexibilidad y permeabilidad, algo de amnesia del pasado pero no del presente, de alguna forma sabía que eran parte de ella, pero se sentían muy reales.

Podemos también concluir según lo expuesto, que la psicosis se presenta a propósito del fracaso de las identidades disociativas. Así es, que si no se configura el trauma y su elaboración no se comprende lo esencial de la psicosis. Pues, este inconsciente que opera en la locura y el trauma, no proviene de la represión ni de la fantasía, como menciona Freud. Sino de una “parte intransmisible del sobreviviente”, ya que no está articulada en significantes. Esta parte “no identificable” permanece sin embargo “impresa en formas vagas” y “conduce a menudo a los sobrevivientes hacia las causas del desastre con la sensación de ser guiados hacia algo que resulta ,simplemente, incomprendible.” (Gaudillière, 1985-1986, p.30).

Como experiencia personal, fue muy gratificante realizar un proceso con intervenciones psiconalíticas, ver como en el transcurso lograba simbolizar el trauma, su historia y la integración de las identidades disociadas. Esta AFE me guió a comprender conceptos revisados a lo largo del Magíster , además de poder llevarlo a la práctica clínica que es mi mayor anhelo, comprender el mundo interno y de esta forma poder ayudar a niños, niñas y adolescentes.

Como limitaciones en este estudio puedo mencionar la inexperiencia como terapeuta, sin embargo, mis profesores me fueron guiando en el quehacer. Al corresponder a un caso clínico único, es poco extrapolable el tipo de intervenciones que sirvieron para la transformación del síntoma y el camino a la cura.

Proyecciones en esta AFE, comprender los procesos psíquicos en un paciente traumatizado desde el psicoanálisis, motivar a especialistas a comprender más los fenómenos, dejando la estructura de las clasificaciones y la causalidad. Además, se podrían abrir nuevos estudios en relación a otros cuadros clínicos que presentan los pacientes traumatizados.

9 REFERENCIAS

- Albores, V. (2001). Investigación en psicoanálisis en niños y psicoterapia. En M. Salles, Manual de Terapias Psicoanalíticas en Niños y Adolescentes. Ediciones Plaza y Valdés.
- Alvarez, J., Arnáiz, R. y Sauvagnat, F. (2004). Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica. Editorial Síntesis
- American Psychiatric Association, APA. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Médica Panamericana.
- Bonn S., Steele K. y Van der Hart O. (2015). Vivir con Disociación Traumática. Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas. Editorial Desclée De Brouwer.
- Bessel Van Der Kolk, M.D. (2014). El Cuerpo Lleva la Cuenta. Cerebro, Mente y Cuerpo en la Superación del Trauma. Editorial Eleftheria.
- Bruner, N. (2020). Padres a la escucha en Psicoanálisis. Bebés, niños y adolescentes. Lugar Editorial.
- Berenguer, E. (2006). ¿Cómo se construye un caso? Seminario teórico y clínico. Ned Ediciones.
- Cabrera, P. (2012). Actualidad de las piezas de museo: Freud y la ecuación etiológica ampliada. Revista de Psicología, Vol. 21 (1), Pág. 135-157. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122152>
- Cabrera, P. (2014). Construcciones, Clínica de lo Traumático y Figurabilidad. Ediciones El Buen Aire.
- Cancina, P. (2008). *La investigación en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Horno Sapiens Ediciones.

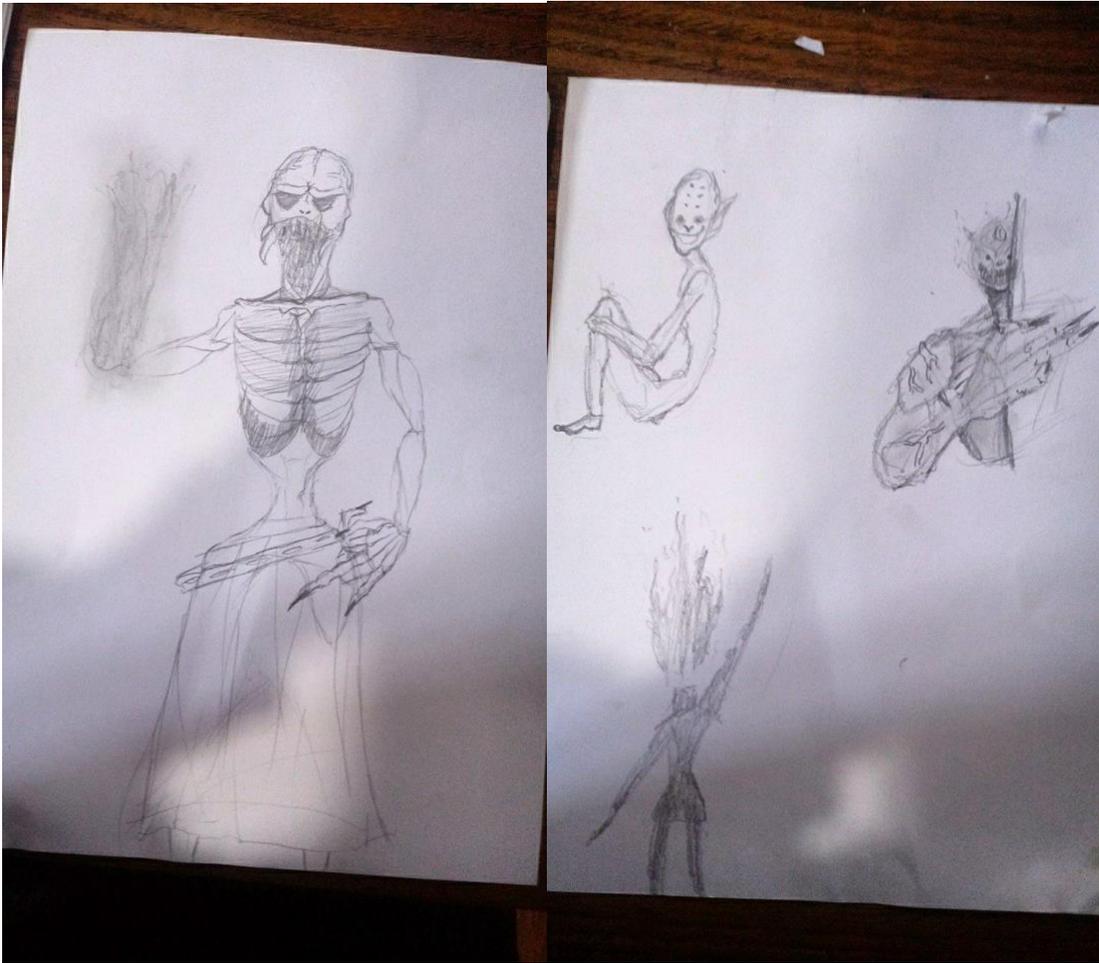
- Capponi, R. (2011). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Editorial Universitaria.
- Córdova, A. (2014). *Reparación y su relación con el ámbito psíquico en la obra de Melanie Klein*. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.
- De Battista, J. (2016). Las Psicosis en Freud: contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan. En E. Soengas, *Construcción de la oposición entre neurosis y psicosis*. Libros de Cátedra. Editorial de Universidad de La Plata.
- De Castro Korgi, S. (2016). La proton pseudos histérica y la verdad del síntoma. *Desde el Jardín de Freud*, (16), 37–52. <https://doi.org/10.15446/djf.n16.58150>
- Davoine, F. y Gaudillière, JM. (2010). *El Acta de Nacimiento de los Fantasmas*. Ediciones Fundación Mannoni.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Figuroa, G. (2000). La Psicopatología general de K. Jaspers en la actualidad: fenomenología, comprensión y los fundamentos del conocimiento psiquiátrico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 167-186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000300005>
- Gaudillière, JM. (2020). *Lecciones de la locura*. Seminarios 1-7. Social-Ediciones.
- Herman, J. (1997). *Trauma y Recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. S.L.U. Espasa Libros.
- Jiménez, A. (Enero-Junio de 2011). Carlo Ginzburg: reflexiones sobre el método indiciario.. volumen 1, (1). Enero - Junio 2011 / /-Colombia / p. *Esfera*, 1(1), 21-28. <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/esfera/article/view/5789>
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario, libro 3, Las psicosis*. Editorial Paidós.

- Lacan, J. (1958-1959). El seminario, libro 6, El deseo y su interpretación. Editorial Paidós.
- Miller, J. (1999). Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. Editorial Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós.
- Muñoz, P. D. (2005). Los nudos de las psicosis en la enseñanza de Jacques Lacán. *Anuario de Investigaciones*, XII, 245-256.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941026>
- Millas, D. (2015). El Psicoanálisis pensado desde la Psicosis. Grama Ediciones.
- Moskowitz, A., Dorahy, M., Schäfer, I. (2019). Psychosis, Trauma and Dissociation. Wiley Blackwell.
- McLeod, J. (2013). Increasing the rigor of case study evidence in therapy research. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 9(4), 382-402.
- Maleval, J.C. (1981). Locuras histéricas y psicosis disociativas. Editorial Paidós.
- Ordóñez-Cambor, N., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L., Paino, M., Pizarro-Ruiz, J. & Lemos-Giráldez, S. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología*, 44(3), 283-294.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97036176001>
- Romé, M. (2016). Acerca de la enunciación en las psicosis infantiles. Facultad de Psicología-Universidad Buenos Aires. 655-658.
<https://www.aacademica.org/0000-044/830>
- Santos, A. (2016). La escritura de casos clínicos en Psicoanálisis: ¿Estudio de caso, descripción, relato o narrativa?. Editorial Lepp.
- Van Der Hart, O., Nijenhuis, R.S., Steele, K. (2006). El YO Atormentado. La Disociación estructural y el Tratamiento de la Traumatización Crónica. Editorial Desclée De Brouwer.

Varela, J. V.; Bruno, L.; Fernández, M. y Fogola, M. (2011) Trauma y neurosis traumática en el giro de los años 20. 3er Congreso Internacional de Investigación, 15 al 17 de noviembre de 2011, La Plata. 127-132.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1485/ev.1485.pdf

10 ANEXOS

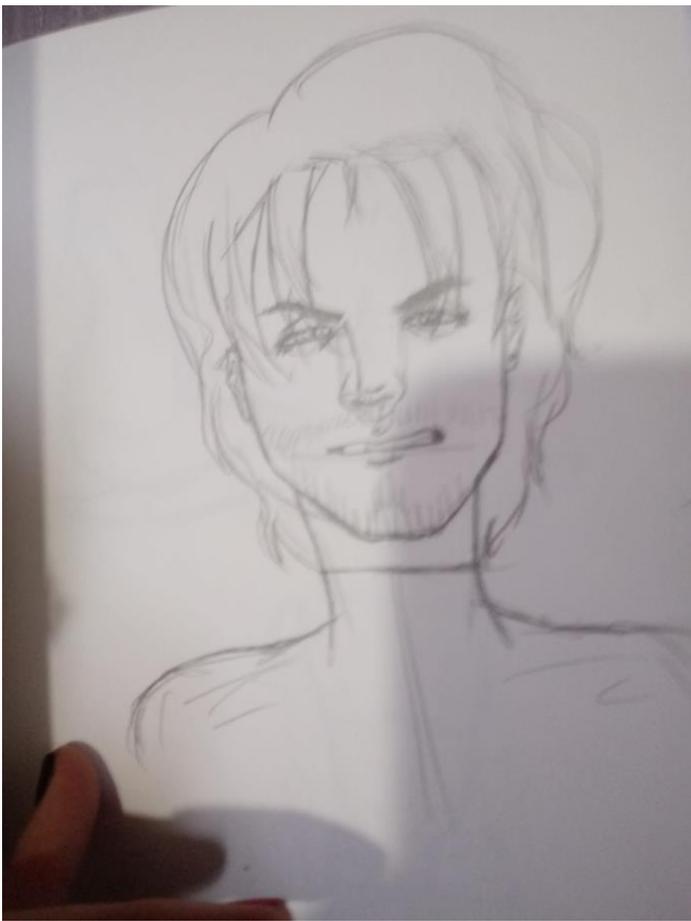
10.1 Dibujos



10.1.1 Monstruos que menciona y a los cuales les teme, el de la izquierda corresponde al que “la agredía”.



10.1.2 Jack



Fredy



10.1.3 Jack



Jack

10.2 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CLÍNICA BAJO INCERTIDUMBRE: TRAUMA Y PSICOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO (AFE)

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Clínica bajo incertidumbre: Trauma y Psicosis a propósito de un caso clínico”. Su objetivo es comprender las manifestaciones de un caso clínico a través del relato, sus objetivos específicos son describir la manifestación del síntoma en los primeros encuentros, describir la manifestación del síntoma bajo la transferencia y describir las intervenciones que producen una transformación del síntoma. Usted ha sido invitado(a) porque a partir de su intervención podremos cooperar en la comprensión de los procesos psíquicos y además, ampliar la visión de las intervenciones, para así en el futuro ayudar a otros adolescentes.

La investigadora responsable de este estudio es Andrea Ortiz Romero, Psiquiatra Infante Juvenil, perteneciente al programa Magíster en Psicología, mención psicología infante juvenil, Universidad de Chile. La investigación no es patrocinada.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que consideres la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro:

Participación: Su participación consistirá en el proceso psicoterapéutico, luego, a partir de la información y de las intervenciones realizadas se crea una narrativa del caso clínico sobre ciertas intervenciones importantes desde la mirada psicoanalítica y que conlleva a la transformación del síntoma. Las entrevistas no son grabadas, solo es recolección de la información que sea relevante. Jamás aparecerá su nombre ni el de ningún familiar o persona mencionada en las sesiones.

Riesgos: Esta investigación no supone ningún tipo de riesgo para usted o familiares.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, su participación permitirá generar información para uso potencial en términos

de beneficio para otros pacientes, pues las intervenciones serán de apoyo para otros terapeutas.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Se utilizarán pseudónimos y esta información solo estará disponible para estudiantes o docentes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Conocimiento de los resultados: Tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, los padres podrán acceder.

Datos de contacto: Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Andrea Ortiz Romero

Teléfonos: 977482145

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: andreaortizr@gmail.com

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “Clínica bajo incertidumbre: Trauma y Psicosis a propósito de un caso clínico”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y fecha: _____

Correo electrónico para devolución de la información. _____

Este documento tiene tres páginas, y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

**10.3 DOCUMENTO DE ASENTIMIENTO INFORMADO
CLÍNICA BAJO INCERTIDUMBRE: TRAUMA Y PSICOSIS A PROPÓSITO
DE UN CASO CLÍNICO. (AFE)**

II. INFORMACIÓN

Has sido invitado(a) a participar en la investigación “Clínica bajo incertidumbre: Trauma y Psicosis a propósito de un caso clínico”. Su objetivo es comprender las manifestaciones de un caso clínico a través del relato, sus objetivos específicos son describir la manifestación del síntoma en los primeros encuentros, describir la manifestación del síntoma bajo la transferencia y describir las intervenciones que producen una transformación del síntoma. Has sido invitado(a) porque a partir de tu intervención podremos cooperar en la comprensión de los procesos psíquicos y además, ampliar la visión de las intervenciones, para así en el futuro ayudar a otros adolescentes.

La investigadora responsable de este estudio es Andrea Ortiz Romero, Psiquiatra Infante Juvenil, perteneciente al programa Magíster en Psicología, mención psicología infante juvenil, Universidad de Chile. La investigación no es patrocinada.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que consideres la siguiente información. Siéntete libre de preguntar cualquier asunto que no te quede claro:

Participación: Tu participación consistirá en el proceso psicoterapéutico, luego, a partir de la información y de las intervenciones realizadas se crea una narrativa del caso clínico sobre ciertas intervenciones importantes desde la mirada psicoanalítica y que conlleva a la transformación del síntoma. Las entrevistas no son grabadas, solo es recolección de la información que sea relevante. Jamás aparecerá tu nombre ni el de ningún familiar o persona mencionada en las sesiones.

Riesgos: Esta investigación no supone ningún tipo de riesgo para ti o familiares.

Beneficios: Tú no recibirás ningún beneficio directo por participar en este estudio. Sin embargo, tu participación permitirá generar información para uso potencial en términos

de beneficio para otros pacientes, pues las intervenciones serán de apoyo para otros terapeutas.

Voluntariedad: Tu padre o madre conoce esta investigación y ha autorizado tu participación. Sin embargo, sólo participarás si quieres hacerlo. Además, tendrás la libertad de contestar las preguntas que desees, como también de detener tu participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para ti.

Confidencialidad: Todas tus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, tu nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Se utilizarán pseudónimos y esta información solo estará disponible para estudiantes o docentes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Conocimiento de los resultados: Tienes derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, tus padres podrán acceder a ellos.

Datos de contacto: Si requieres más información o comunicarte por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puedes contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

Andrea Ortiz Romero

Teléfonos: 977482145

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: andreaortizr@gmail.com

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

Correo Electrónico: comite.etica@facso.cl

II. FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio “Clínica bajo incertidumbre: Trauma y Psicosis a propósito de un caso clínico”.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigadora Responsable

Lugar y fecha: _____

Correo electrónico para devolución de la información. _____

Este documento tiene tres páginas, y se firma en dos copias, quedando una copia para ti.