

Apego, Trauma y Psicoanálisis
El lugar de encuentro entre psicoanálisis y neurociencia ()*

Peter Fonagy and Mary Target (**)

¿POR QUÉ NOS HACEMOS ESTO?

El trauma es desconcertante, como lo ejemplifican las siguientes viñetas. James, quien se encuentra actualmente en prisión por robo armado, con frecuencia solía ser atacado violentamente por su padre como castigo. Por ejemplo, a los 9 años, fue castigado por robar. Así describe James el incidente: “El [su padre] encendió la hornalla, no es cierto, y, este...-siempre me voy a acordar de esto- puso una mano sobre la hornalla y asó nuestras manos [¿tu mano?] sí, mi mano, y este... al día siguiente fui a la escuela con guantes porque [estaban] realmente mal, muy mal...” La reacción de James a esta y a docenas de otras experiencias traumáticas es reveladora: “Me tomaba un trago y me iba a dormir y cuando me despertaba era una persona diferente.” Al pedirle que describiera si alguna vez se sintió disgustado, James es completamente incapaz de comprender la pregunta: “Cuando era joven nunca me sentí verdaderamente disgustado porque tenía todo lo que realmente quería, y cuando tenés todo lo que querés no te disgustás de verdad.” Al preguntársele de qué manera sus experiencias infantiles podrían haber afectado su personalidad adulta, su respuesta carece completamente de insight: “No lo puedo explicar, no puedo, no me siento capaz de explicarlo.”

James no es un caso especial. Stuart, también un asaltante, y también violento y peligroso, fue criado por su madre y una sucesión de padrastros, el segundo de los cuales, quien vivó casi diez años con la familia, lo traumatizó particularmente. Para Stuart y su madre, el padrastro solo quería “enderezarlo”. Si Stuart tenía un mal comportamiento, el padrastro le pegaba al volver a casa –y seguía haciéndolo cada noche durante la semana siguiente. Stuart describe lo que ocurrió en una oportunidad en que fue descubierto hurtando en una tienda y llevado a casa por la policía: “Me ató a la cama...y agarró un destornillador, y me estaba apuñalando en las manos con él, porque ellas [mis manos] eran las que robaron... y yo simplemente me reía de él, porque estaba...no sé... Y entonces él fue abajo y trajo un martillo y clavos, y me clavó una mano a la cama ¿no? Simplemente clavó un clavo derecho a través de mi mano ¿no? Yo estaba dando alaridos, no me podía mover, y la sangre... y entonces estaba gritando. Tuve que llorar. No podía manejarlo. Y después de que ellos [sic] hicieron esto, mis manos estaban entumecidas, así que no las sentía. Y me miré las manos y empecé a reírme de mí mismo. Y sentía que me estaba volviendo loco, porque estaba déle ‘Ja ja’ ¿no? Y pensaba ‘yo he hecho esto.’”

Como muchas víctimas de traumas severos, Stuart se autoagrede cuando se encuentra molesto, golpeando las paredes con toda su considerable fuerza: “¡Las veces que me habré roto las manos, los brazos! Cinco veces, en seis meses. Distintos brazos.” Como otros niños abusados, Stuart expresa gratitud hacia su padrastro por haberlo endurecido, habilitándolo para enfrentar la violencia de otros.

La historia de Stuart ilustra además la total desorganización del sistema de apego, que acompaña inevitablemente tales casos de trauma prolongado. Cuando tenía once años presencié cómo su padrastro golpeaba a su madre, aparentemente tratando de ahorcarla. Tomando lo primero que encontró a mano, Stuart intentó apuñalar a su padrastro en el pecho con un destornillador. A los doce años, el padrastro amenazó con pegarle un tiro y tuvo que ser desarmado por la policía. La madre, entonces, decidió internarlo en un hogar, explicando que era para su propia protección. Unas semanas antes de la entrevista con Stuart, su padrastro -ya separado de la madre- se suicidó. La reacción de Stuart al enterarse fue paradójica: “Me descompose, directamente. Y, y... me quedé ahí parado alrededor de una hora, como shockeado. Y, entonces me dio un ataque, me volví loco, me descontrolé. Y la policía, este... eran como cinco, tuvieron que sujetarme para tratar de calmarme. Y yo intentaba pegarles ¿me entiende?” En la audiencia judicial por el suicidio del padrastro, la madre de Stuart lo acusó a los gritos de ser el culpable de la muerte: “empezó a gritar en medio de la sala. Y entonces, empecé, se me soltó la cadena, salté del banquillo y la agarré de los pelos ¿no? y le pegaba en la cabeza, la policía tuvo que separarme.” Stuart, como muchos otros a quienes hemos entrevistado, muestra una carencia de comprensión bizarra sobre qué es lo que lo hace enojar, tanto a él mismo, como a su madre, su padrastro o cualquier otra persona. Cuando se le pregunta acerca de los efectos que ha tenido su trauma en el apego sobre su personalidad adulta, admite “pasarse de la raya,” pero también dice: “en serio, no soy un peligro para nadie, soy peligroso para mí mismo, no para los demás.” Parece genuinamente no tener conciencia de cómo sufren los otros sus estallidos de violencia. En la cárcel, le temen no solamente los guardias sino también sus compañeros de prisión y su conducta a menudo le acarrea castigos extremadamente severos por parte del sistema.

UNA FENOMENOLOGÍA PSICOANALITICA EVOLUTIVA DE LA RESPUESTA AL TRAUMA EN EL APEGO

En adultos con una historia de trauma en el apego en la infancia, a menudo parece presentarse una falla adquirida de la capacidad de concebir cómo piensan o sienten las personas. Llamamos a esto “fracaso en la mentalización”. “Mentalización” es un concepto introducido originalmente por psicoanalistas franceses en su trabajo con pacientes psicósomáticos (Luquet, 1981, 1987; y otros; Marty, 1968, 1990; Marty & De M'Uzan, 1963)¹ Ellos observaron en

estos individuos una carencia de simbolización de los estados mentales, una falta de libertad en la asociación libre y un modo característico de pensamiento, muy cercano a sensaciones y fantasías inconscientes primarias. Siguiendo a los franceses, pero incorporando además una tradición en filosofía de la mente establecida por Brentano (1873/1874), Dennett (1978), y otros, definimos *mentalización* como una forma de actividad mental imaginativa mayormente preconsciente, concretamente, de interpretación de las acciones de las personas en términos de estados mentales “intencionales”. Esta actividad es “imaginativa” porque debemos imaginar qué es lo que los otros pueden estar pensando o sintiendo. Un importante indicador de mentalización de alto nivel es la conciencia de que no sabemos con seguridad qué hay en la mente de otra persona. El mismo tipo de salto imaginativo puede requerirse para comprender nuestra propia experiencia mental, particularmente en relación con cuestiones con carga emocional o reacciones irracionales (tal vez impulsadas inconscientemente) Para adoptar esta postura de concebirse a sí mismo y a los otros como teniendo una mente, el individuo necesita un sistema representacional simbólico para los estados mentales.

En lo que concierne a las manifestaciones neurocientíficas de la mentalización, pareciera que ésta, si bien probablemente involucre numerosos sistemas corticales interconectados, comúnmente está asociada con la activación de cuatro de ellos (Frith, 2007): en las áreas prefrontales medias del cerebro, particularmente el área paracingulada (reclutado cuando se piensa acerca de creencias y que representa la habilidad implícita de inferir estados mentales); el surco temporal postero-superior (pSTS por sus siglas en inglés) y la encrucijada tèmpero-parietal (TPJ, responsable de la perspectiva, el reconocimiento del movimiento en un contexto social, como por ejemplo cuando una persona realiza gestos dentro de una escena social (Morris, Pelfrey, & McCarthy, 2005); la amígdala (que adjudica valores de recompensa a los estímulos, decodifica el contenido emocional de las expresiones faciales); y los polos temporales (reclutados cuando se invocan guiones sociales para comprender la interacción interpersonal).

¿Cómo es el panorama clínico cuando el trauma ocasiona un colapso parcial y temporario de la mentalización? La dificultad que tienen los pacientes traumatizados para comprenderse a sí mismos y a los demás (es decir, su fracaso en mentalizar) llamó con fuerza mi atención (PF) hace más de 15 años mientras trataba mujeres borderline y hombres violentos (Fonagy, 1989). Estas conclusiones fueron reforzadas más tarde en un estudio del tratamiento psicoanalítico de 30 adultos jóvenes con conductas violentas y suicidas dirigido por Anne-Marie Sandler en el Anna Freud Centre (Gerber, 2004; Perelberg, 1999)²; 83% estaban en análisis (con un 29% en psicoterapia).

En estos estudios, observamos algo similar a una carencia de imaginación acerca del mundo mental de los otros, una ingenuidad o falta absoluta de ideas acerca de lo que los otros piensan o sienten, que puede rayar en confusión. En concomitancia con esto, en las personas traumatizadas existe una ausencia de

insight sobre los modos en que funciona su propia mente. James pone en palabras su pensamiento de este modo: “Continuamente estoy haciendo locuras. ¿Por qué estoy haciendo estas cosas? Estaba confundido. A veces me quedaba sentado durante horas y me volvía loco, pensando. Y no llegaba a ninguna parte. Eso me volvía loco.”

La investigación ha demostrado que la capacidad de mentalización se ve debilitada en la mayoría de las personas que han experimentado algún trauma. Los niños pequeños maltratados manifiestan ciertas características que podrían sugerir problemas con la mentalización: (a) al igual que los niños ciegos, participan en juegos menos simbólicos y diádicos (Alessandri, 1991); (b) a veces no pueden mostrar empatía cuando son testigos de la aflicción de otros niños (Howes & Espinosa, 1985; Klimes-Dougan & Kistner, 1990; Main & George, 1985); (c) tienen una pobre regulación del afecto (e.g., Maughan & Cicchetti, 2002); (d) hacen menos referencias a sus estados internos y, específicamente, hablan menos frecuentemente de emociones con sus madres (Beeghly & Cicchetti, 1994; Shipman & Zeman, 1999); (e) los niños pequeños que son maltratados tienen dificultad para aprender a usar las palabras que designan estados internos (Beeghly & Cicchetti, 1994) y (f) presentan dificultad para entender expresiones emocionales (en particular las faciales) (Camras, Grow, & Ribordy, 1983), expresiones faciales emocionales negativas enmascaradas (Camras et al., 1988), y expresiones faciales de los adultos (During & McMahon, 1991), incluso cuando son controlados en cuanto al IQ verbal (Camras et al., 1990). Los niños maltratados tienden a atribuir erróneamente la ira (Camras, Sachs-Alter, & Ribordy, 1996) y los niños entre 6 y 12 años muestran un elevado potencial relacionado con eventos (ERP) hacia los rostros enojados (Cicchetti & Curtis, 2005; Pollak, Klorman, Thatcher, & Cicchetti, 2001; Pollak & Sinha, 2003). En un estudio reciente, todavía inédito, utilizamos el test “Leyendo la Mente en los Ojos” de Baron-Cohen para evaluar la mentalización en 147 adultos, la mitad de los cuales eran individuos con un historial de maltrato infantil. Aquellos con historias de maltrato obtuvieron puntajes más bajos en el test, pero este efecto varió según la severidad y el tipo de maltrato. Una historia de abuso sexual o físico moderado estuvo más fuertemente asociado con bajos puntajes en los ítems difíciles del test.

Un segundo aspecto de la fenomenología de la respuesta al trauma en el apego es que el colapso de la mentalización conlleva una pérdida en la conciencia de la relación entre las realidades interna y externa (Fonagy & Target, 2000). Reaparecen modos de representar el mundo interno que, con respecto al desarrollo, preceden a la conciencia de que los pensamientos, sentimientos y deseos son parte de la mente. El niño de 2 a 3 años de edad, no experimentando aún su mente como verdaderamente representacional, supone que sus pensamientos tienen una realidad equivalente a la de los objetos del mundo físico. Esto genera una falta de flexibilidad que hemos calificado como equivalencia psíquica: los estados mentales son equiparados con la realidad física (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996). No solamente hay una

omnipotencia de la subjetividad (“Sé lo que es correcto”), sino que además todo lo que está “afuera” es sentido como ya sabido (“No me podés decir nada”) Esto, desde luego, no deja lugar para perspectivas alternativas.

La fantasía del niño de tres años de que hay un tigre debajo de su cama genera un miedo profundo, imperioso. Las experiencias subjetivas postraumáticas (flashbacks) son igual de imperiosas para la víctima de trauma; tales experiencias son resistentes a la argumentación y se sienten como peligrosas hasta que puedan ser mentalizadas. A menudo, los sobrevivientes a un trauma directamente se niegan a pensar acerca de su experiencia porque pensar en ella significa revivirla. Además, a este fracaso en mentalizar cuando enfrentan su trauma, se le agrega el hecho de que los pacientes frecuentemente muestran una marcada equivalencia psíquica en otros contextos. James, por ejemplo, habla acerca de escribir cartas de este modo: “Cuando le escribís a alguien, es como que vos vas en esa carta, ponés tu mano en la carta, o el cuerpo entero está en la carta. Y cuando ellos abren la carta, las palabras, vos sos las palabras -entonces, te das cuenta, es como que estás afuera, pero seguís estando adentro, seguís estando en la cárcel.” Es interesante notar que algunos aspectos de la equivalencia psíquica se solapan en parte con descripciones de las formas de pensamiento paranoide-esquizoide, en particular con las formuladas por Wilfred Bion en *Elements of Psychoanalysis* (Bion, 1963; Hobson, Patrick, & Valentine, 1998), y con el concepto de ecuación simbólica como fue formulado por Hanna Segal (1957).

La separación de la realidad es el tercer aspecto de la fenomenología del trauma en el apego. El modo “hacer de cuenta” es un complemento de la equivalencia psíquica ligado al desarrollo y, como ésta, también evoca la experiencia del niño. Debido a que aún no es capaz de concebir la experiencia interna como mental, cuando un niño juega, sus fantasías tienen que ser separadas dramáticamente del mundo externo para no ser experimentadas en el modo de equivalencia psíquica como aterradoramente reales. Los niños pequeños no pueden al mismo tiempo “hacer de cuenta” (aunque sepan que no se trata de algo real) y participar de la realidad normal; preguntarles si su escopeta de mentira es una escopeta o un palo arruina el juego. Subsecuentemente al trauma y la limitación de la mentalización, vemos el surgimiento del modo “hacer de cuenta”, particularmente en experiencias disociativas. En el pensamiento disociado nada puede ser relacionado con nada –el principio del modo “hacer de cuenta”, en el cual la fantasía se separa absolutamente del mundo real, se amplía de modo que nada tenga implicaciones (Fonagy & Target, 2000). La búsqueda compulsiva por el sentido (mentalización hiperactiva), que James describe como “volverse loco”, es una reacción común contra el sentimiento de vacío y desconexión que genera el modo “hacer de cuenta”. Los pacientes manifiestan “quedarse en blanco”, “cerrarse, no hablar del asunto” o recordar sus experiencias traumáticas solamente en sueños. El rasgo distintivo más característico de la

traumatización es la oscilación entre la equivalencia psíquica y los modos “hacer de cuenta” de experimentar el mundo interno.

Otro aspecto pre-mentalístico de la realidad psíquica es la reemergencia de lo que hemos descrito como modo teleológico de pensamiento, el cual se caracteriza por la actitud de “si no lo veo, no lo creo.” En este modo de pensamiento las acciones de los otros son comprendidas en términos de restricciones físicas y metas observables más que de estados mentales. Este modo de entender el mundo antecede incluso al lenguaje. Niños aún tan pequeños como de 9 meses de edad son capaces de atribuir metas a personas y a objetos que parecen comportarse con un propósito, pero estas metas no son todavía verdaderamente mentales: están atadas a lo observable.

El regreso de este modo teleológico de pensamiento es tal vez el aspecto más doloroso de una subjetividad despojada de mentalización como consecuencia de un trauma. En este modo, el reaseguro por medio de la palabra es poco significativo. La interacción con los otros a nivel mental ha sido reemplazada por intentos de cambiar pensamientos y sentimientos mediante la acción. Los cambios en los estados mentales se suponen reales sólo cuando son confirmados por acciones físicamente observables que son contingentes con el deseo, creencia, sentimiento o anhelo del paciente. En terapia, alguien que está funcionando en el modo teleológico, puede presionar al terapeuta para que le muestre evidencia concreta (física) de preocupación e interés desviándose del protocolo terapéutico, por ejemplo, ofreciéndole sesiones de más o permitiéndole llamadas telefónicas entre sesiones como pruebas materiales de compromiso. Estos pacientes están forzados a provocar evidencia visible de interés por parte de los otros debido a su limitada capacidad para percibir ese interés en circunstancias en las que otros –cuya capacidad de mentalización está intacta- no encontrarían ninguna razón para ponerlo en duda. La mayoría de los traumas, e indudablemente el abuso físico y sexual, son casi por definición teleológicos, en la medida en que implican una experiencia física con consecuencias también físicas. Sin embargo, todos reconocemos que es el contexto psicológico de estas consecuencias físicas lo que genera problemas, precisamente porque socavan los guiones sociales estándar, despiertan afecto intenso e inapropiado, no toman en consideración la perspectiva de la víctima y confunden los esfuerzos de la víctima por inferir los estados mentales del perpetrador. Difícilmente puede causar sorpresa que la víctima sienta que la mente de otro sólo pueda ser alterada de este mismo modo, es decir, mediante un acto físico, amenaza o seducción. Stuart describe así sus sentimientos acerca de haber sido enviado a un albergue a la edad de 11 años: “Trataba de hacerles entender que estaba enojado, entonces me la pasaba tirando cosas, tiré mi cama por la ventana, rompí todos los vidrios del cuarto. La única manera que tenía para hacerles entender que eso no me gustaba.” No son solamente los severamente traumatizados quienes encuentran los modos físicos de expresión más persuasivos que las palabras – palabras que son todas ellas fácilmente experimentadas como sin sentido en

un modo “hacer de cuenta”. Luego de un trauma, todos necesitamos garantías físicas de seguridad. De hecho, algunas de las terapias más efectivas para las reacciones agudas al trauma comprenden un elemento de manipulación corporal además de intervenciones psicológicas (van der Kolk, 2003).

UNA COMPRENSIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO NEUROCIENTÍFICA ACERCA DE LA PÉRDIDA DE MENTALIZACIÓN ASOCIADA CON EL TRAUMA

Teoría del apego y trauma

La investigación y teoría del apego ofrecen un provechoso punto de partida para comprender el impacto del trauma. *El trauma activa el sistema de apego*. Como lo señalara John Bowlby (Bowlby, 1969), el trauma inhibe la exploración y activa los lazos afectivos. Nos sentimos angustiados y queremos que nos abracen. Los sucesos del 7/7 desencadenaron la necesidad de pertenecer a una comunidad de londinenses, del mismo modo que el 11/9 en Nueva York y el 11-M en Madrid. Semejantes crisis constituyen un reto mayor para aquellos cuya capacidad para las relaciones es más débil, mientras que una historia de apego seguro incrementa las chances de responder al trauma de maneras relativamente adaptativas. ¿Por qué? La teoría clásica del apego y algunas teorías de relaciones objetales clásicas sostienen que los patrones relacionales se establecen en la infancia y son actuados en el desarrollo posterior (Bretherton & Munholland, 1999; Crittenden, 1994; Sroufe, 1996). Las experiencias traumáticas tempranas establecen expectativas relacionales igualmente tempranas y las ulteriores las activan e interactúan con ellas. Un niño con una historia de conflictos parentales, cuyos apegos han sido desbaratados y su sentido de seguridad, socavado, probablemente con frecuencia espera ser rechazado. Un niño de estas características puede rechazar la ayuda ofrecida de un modo muy similar al niño que en la situación extraña siente que no puede buscar consuelo en su cuidador.

Desde una perspectiva psicoanalítica, el anterior es un modelo de apego-trauma demasiado simplista. Entender la violencia adulta como una mera repetición del trauma en el apego, no refleja la medida de la devastación que el trauma en el apego causa en la integridad psicológica de un niño. Para comprender esta devastación más acabadamente, debemos volver atrás en el tiempo, no simplemente en la vida del niño, sino a través de los 2 millones de años de la evolución humana, un desarrollo que en la actualidad se ilumina por una combinación de estudios del registro fósil e investigaciones neurocientíficas.

La Evolución del Cerebro Social

El modelo de la evolución humana más generalmente aceptado fue propuesto por Richard Alexander (1989). Alexander sugiere que nuestra excepcional inteligencia evolucionó no tanto para enfrentar las fuerzas hostiles de la naturaleza, sino para manejar la competencia con otras personas. Esto ocurrió solo luego de que nuestra especie hubo logrado un relativo dominio sobre el medio ambiente. En esa instancia pareciera que nos convertimos en nuestras “propias principales fuerzas hostiles de la naturaleza” (Alexander, 1989, p. 469). Todas las especies enfrentan competencia a su interior, pero los humanos somos especiales en cuanto al rol que juegan los grupos sociales para alcanzar el éxito en este tipo de competencia.³ Una suerte de “carrera armamentista evolutiva” tuvo lugar entre grupos sociales cada vez más eficaces (Flinn, Geary, & Ward, 2005). Esta eficacia dependió de la habilidad para la cognición social, que tiene mucho en común con el concepto psicoanalítico de lo que hemos llamado mentalización, que es la representación simbólica de los estados mentales: comprender a los demás también nos permite ser más astutos que ellos.⁴ A medida que creció la inteligencia de los adversarios, del mismo modo lo hizo la necesidad de mayores habilidades para la comunicación, la comprensión social y emocional imaginativas y la anticipación de las reacciones de los otros –capacidades finamente afiladas en la mayoría de los psicoanalistas.

Los estudios del cerebro y los registros fósiles sugieren que la autoconciencia muy probablemente evolucionó para ayudar a la conciencia del otro. Estrechamente asociados a cambios evolutivos en la inteligencia social hubo cambios en la estructura del cerebro humano. Se produjo una expansión proporcionalmente modesta en partes de la corteza prefrontal (alrededor del 10%; Semendeferi & Damasio, 2000), con una acrecentada riqueza de las interconexiones entre neuronas en estas áreas. Existen características exclusivas de la neuroanatomía humana, como la lateralización aumentada, que respaldan la interpretación social. También ocurrió una expansión desproporcionada de la corteza prefrontal derecha y del polo frontal (Holloway, 1996; Zilles, et al., 1996). Estas áreas del cerebro, según muestran los estudios por imágenes, están asociadas a la autoconciencia, a la habilidad de recordar experiencias personales y a la capacidad de proyectarse a sí mismo en el futuro (Tulving, 2002). La autoconciencia nos posibilita modificar la manera en la que queremos presentarnos y también engañar. La corteza prefrontal derecha podría estar allí para “permitir vernos a nosotros mismos como nos ven los demás, para así motivar que nuestros competidores nos vean como nosotros queremos que lo hagan” (Alexander, 1990, p. 7). De este modo, la función evolutiva original de las experiencias subjetivas, tales como fantasías y sueños diurnos, pudo haber sido permitirle a los individuos establecer metas y llevar adelante planes, e integrar estos en un conocimiento coherente de sus historias de vida (Levine, 1999).

Pareciera que la autoconciencia y la conciencia de los estados mentales de los otros están estrechamente unidas, ciertamente en lo que hace a las

áreas del cerebro puestas en juego. La mentalización no facilita simplemente la colaboración y las relaciones positivas, sino, y más importante, facilita la supervivencia social. La mentalización sirve a la competencia: es como las astas de un ciervo (usadas para luchar con otros ciervos) más que como los ojos del halcón (usados para encontrar sus presas). ¿Cuáles son las repercusiones de esto para nuestra comprensión del trauma en el apego?

Debido a que la mente necesita adaptarse a condiciones variables, la capacidad para la mentalización está influida pero no completamente determinada de forma fija por la genética. Una mayor sofisticación en la cognición social evolucionó de la mano con una mayor indefensión en la primera infancia, la prolongación de la niñez y el surgimiento de la crianza intensiva (Geary & Huffman, 2002; Hrdy, 2000; Siegal & Varley, 2002). La evolución, según parece, ha encargado a las relaciones de apego el asegurar el completo desarrollo del cerebro social y ha hecho de la relación niño-padres un campo de entrenamiento para enseñar al niño acerca de las mentes. La ventaja selectiva conferida por la crianza intensiva a cargo de múltiples adultos de la que se benefician los infantes humanos (Hrdy, 2000) es la oportunidad que ofrece para el completo desarrollo de las capacidades sociales neurocognitivas. El niño descubre mentes en sus objetos en la medida en que trata de encontrarse a sí mismo en las acciones de aquellos como alguien que piensa y siente. La capacidad del niño para representar estados mentales simbólicamente ha sido desde hace tiempo supuesta por los psicoanalistas como adquirida con la relación con el objeto primario. La idea es más clara en el trabajo de Bion, pero también está implícita en Fairbairn, explicada en Winnicott, replanteada en Kohut y redescubierta con nuevos énfasis por autores relacionales como Stephen Mitchell.⁵ El niño pequeño aprende acerca de la naturaleza de los estados mentales y aprende a representar simbólicamente estados mentales específicos.

La moderna teoría del apego identifica importantes funciones del desarrollo que cumple el apego, más allá de la protección física del niño (Belsky, 1999; Polan & Hofer, 1999). La regulación del estrés y los afectos (Champagne et al., 2004; Cicchetti & Walker, 2001; Plotsky et al., 2005; Zhang, Chretien, Meaney, & Gratton, 2005), la instauración de mecanismos de control de la atención (particularmente el control esforzado) (Fearon & Belsky, 2004; Posner & Rothbart, 2000) y el desarrollo de capacidades de mentalización (Bateman & Fonagy, 2004; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) posiblemente sean las más importantes. El cerebro social es “expectante de experiencias” (Siegel, 1999),

en que para su desarrollo normal depende de las experiencias de parentesco normativas. La perturbación de los lazos afectivos tempranos no solamente instaura patrones de apego desadaptativos sino también debilita una gama de potencialidades vitales para el desarrollo social normal, incluyendo la mentalización.

La Neurobiología del Apego

Estudios de neuroimágenes recientes echan una interesante luz sobre la asociación entre el apego y el desarrollo de la mentalización. La neurobiología del apego se comprende ahora bastante bien.⁶ De manera breve, pareciera que los cambios en la conducta de apego -por ejemplo, enamorarse- que están estimuladas por actividad social/sexual, suponen la activación de un circuito sensible a la oxitocina y vasopresina al interior del hipotálamo anterior (MPOA) vinculado al área tegmental ventral (VTA) y a la corteza del núcleo accumbens (Insel, 2003). Estudios por imágenes funcionales indican que los mismos caminos se activan en el cerebro cuando una persona ve a su propio bebé y cuando ve a su pareja; estos caminos no se activan cuando ve a otro bebé de su familia o a las parejas de otras personas (Nitschke et al., 2004).

En dos estudios por imágenes separados, Bartels y Zeki (Bartels & Zeki, 2000; 2004) dieron cuenta de que la activación de las áreas que median en apegos maternos y/o románticos aparece simultáneamente para suprimir la actividad cerebral en las regiones asociadas con los juicios sociales y la mentalización. Esto sugiere que estar en un estado de apego emocional intenso inhibe la mentalización y la capacidad de ver fielmente a la figura de apego como una persona.

Estos hallazgos son sumamente importantes y sus derivaciones merecen ser consideradas con cierto detalle. En particular, el sistema definido por los polos temporales, la encrucijada témporo-parietal, la amígdala y la corteza prefrontal media, incluyendo el área paracingulada, ha sido consistentemente señalado como activándose cuando se convocan juicios de confiabilidad social, juicios morales, la consideración por las creencias de otras personas y la atención sobre las propias emociones (Brunet, Sarfati, Hardy-Bayle, & Decety, 2000; Castelli, Happe, Frith, & Frith, 2000; Gallagher & Frith, 2003; Gusnard, Akbudak, Shulman, & Raichle, 2001; Lane, Fink, Chau, & Dolan, 1997). Desde la perspectiva evolutiva elaborada más arriba, parecería que la presencia de un vínculo de apego supone una necesidad menos apremiante para crear un modelo mental de lo que el otro podría estar pensando, ya que, debido al vínculo emocional, el otro es identificado más como un colaborador potencial que como un competidor. Es por esto que confianza y apego están vinculados tan estrechamente. Estar apegado a alguien es confiar en él implícitamente, no sentir necesidad de identificar los pensamientos y creencias detrás de sus acciones y asumir que estos son obvia e invariablemente benévolos en relación con el niño. Debido a la complementariedad de la activación del apego y la mentalización, los estados mentales de las figuras de apego siempre van a ser difíciles de comprender enteramente y tal vez permanezcan siempre un tanto enigmáticos. Quizá la terapia psicoanalítica provee una muy necesaria oportunidad para la clarificación y la elaboración de los pensamientos y sentimientos de las figuras

de apego en el pasado y en el presente, precisamente porque el “fuego” del apego se ha trasladado desde ellas hasta el analista en la transferencia.

La configuración descrita por Bartels y Zeki tiene críticas consecuencias en el desarrollo, precisamente porque aquella capacidad *no* es normalmente vital en el contexto de esta relación. De esta manera, los errores no acarrearán consecuencias penosas. Revelar explícitamente el propio estado mental a una figura de apego no incrementa la vulnerabilidad del individuo. El contexto de apego es un campo de práctica para la adquisición de la mentalización, una especie de reserva. Desde una perspectiva evolucionista, la mentalización es un arma a usar en la lucha por la supervivencia, y es peligroso jugar a la guerra con armas cargadas. Tomar un punto de vista sociobiológico nos ayuda a entender por qué el apego seguro en la infancia facilitaría el desarrollo de la mentalización (Fonagy, Redfern, & Charman, 1997; Fonagy, Steele, Steele, & Holder, 1997; Fonagy & Target, 1997; Meins, Fernyhough, Russell, & Clark-Carter, 1998; Meins & Russell, 1997) al mismo tiempo que el sentirse apegado inhibe la capacidad de mentalización. Haberse perdido una experiencia de apego temprana (como sucedió con los huérfanos rumanos, e.g., O'Connor, Marvin, Rutter, Olrick, & Britner, 2003; Rutter & O'Connor, 2004) crea una vulnerabilidad a largo plazo de la cual el niño podría no recuperarse nunca. La capacidad para la mentalización nunca se establece del todo, dejando al niño vulnerable a traumas posteriores e incapaz de manejar acabadamente relaciones de apego. Más importante aún, el trauma – mediante la activación del apego- causará la supresión de la capacidad de mentalización. Esto, por supuesto, se ve muy exacerbado cuando el trauma es trauma en el apego. Nos dedicaremos a continuación a tres aspectos clínicos relacionados de esta cuestión.

El primero de éstos es la hiperactivación del sistema de apego. El apego es el campo de entrenamiento ideal para el desarrollo de la mentalización porque es seguro y no competitivo. Esta configuración biológica, que es tan adaptativa en el contexto del desarrollo normal, se vuelve inmensamente destructiva en presencia del trauma en el apego. El trauma en el apego híper-activa el sistema de apego porque la persona a quien el niño busca para protección y consuelo es quien causa temor. El devastador impacto psíquico del trauma en el apego es por lo tanto el resultado combinado de la inhibición de la mentalización por el apego y la hiperactivación del sistema de apego por el trauma. Este contexto demanda una extraordinaria capacidad de mentalización por parte del niño, pero la hiperactivación del sistema de apego habrá suprimido la (limitada) capacidad que posee.

La coincidencia del trauma y el apego crea un círculo vicioso biológico. El trauma normalmente lleva a un niño a buscar seguridad en la cercanía de la figura de apego. Esto genera una característica dependencia de la figura maltratadora, con el riesgo real de una secuencia creciente de más maltrato, incremento de la angustia y una aún mayor necesidad interior de la figura de apego. La inhibición de la mentalización en una relación de apego

hiperactivada traumatizante es siempre probable que conduzca a una realidad psíquica pre-mentalística, en gran medida dividida entre la equivalencia psíquica y el modo “hacer de cuenta”. El recuerdo del trauma se siente real, por lo tanto hay un peligro constante de retraumatización desde el interior. El niño traumatizado comienza con frecuencia a tener miedo de su propia mente, necesitando aún más de la figura de apego. La inhibición de la mentalización es a menudo una adaptación intrapsíquica al apego violento traumático. El estado mental francamente malévolo del abusador aterroriza al niño indefenso. El abuso por parte de los padres socava la capacidad de mentalizar del niño, porque ya deja de ser seguro para éste, por ejemplo, pensar acerca del desear, si esto implica reconocer el deseo de sus padres de hacerle daño. En realidad, por supuesto, nunca es una única figura quien está involucrada sino una dinámica familiar entera, que es no-mentalizadora (Hill, Fonagy, Safier, & Sargent, 2003). Sabemos por estudios transversales que la atmósfera familiar es un potente predictor de la precocidad en la mentalización (Cassidy, Parke, Butkovsky, & Braungart, 1992; Denham, Zoller, & Couchoud, 1994). En las situaciones que hemos descrito para los casos de James y Stuart, fue el trauma en un contexto de apego, más que el perpetrado por una figura de apego primaria, el que probablemente condujo a las dificultades para la mentalización que tuvieron lugar a continuación en ambos hombres. En esta clase de escenario familiar el problema tiene inevitablemente múltiples niveles, así como también está múltiplemente determinado. El miedo a la mente del abusador se acrecienta por la evidente incapacidad de la figura de apego primaria, a menudo la madre, para proteger al niño. Este invariablemente lo experimenta como un fracaso por parte de la madre para percibir su sufrimiento. La experiencia de ser enfrentado al vacío mientras se padece un terror extremo puede por sí misma generar un deseo intenso de evitar a las mentes, o ver a la figura de apego como incapaz de reflejar el propio estado mental. Así, un componente importante de la violencia interpersonal es el rechazo explícito de la persona violenta por el conocimiento de los estados mentales. Más generalmente, la tragedia de la transmisión transgeneracional del trauma en el apego se basa en el socavado de la mentalización en el niño abusado, quien entonces llegará a ser el abusador de sus propios hijos.

Subsecuentemente aparece una complicación más, porque el niño con trauma en el apego, que evita fóbicamente la mente del padre, no puede usar al otro como un espejo para comprender el self, y la consecuencia de ello puede ser la difusión de la identidad y la disociación. Todavía más pernicioso es el estado en el cual, debido a la desesperada necesidad del individuo por alguna clase de autoconciencia, se experimenta la realidad psíquica a través de la incorporación del otro como una parte del self. Recordemos la descripción que hace Stuart acerca de cómo, luego de sentir sus manos entumecidas, las mira y comienza a reírse de sí mismo: “estaba déle ‘Ja, ja’ ¿no? Y pensaba ‘yo he hecho esto.’” Por supuesto, este proceso, tomando la

perspectiva del intento del otro de destruirlo, es muy similar a lo que Anna Freud describió como el proceso de identificación con el agresor.

El segundo aspecto del trauma en el apego tiene que ver con el arousal (activación), o la “biología de estar agotado.” En todas nuestras investigaciones acerca del trauma nos ha impresionado el hecho de que la pérdida de mentalización es parcial, aun en aquellos casos en que el trauma es generalizado. El impacto del trauma en la mentalización es intermitente: a veces la desaparición de la mentalización tiene que ver con la intensificación de una relación de apego, por ejemplo en el curso de un análisis; otras veces, el estar angustiado (por ejemplo, al tocar cuestiones sensibles) puede disparar reacciones que se sientan como descontroladas e injustificadas. Seis años atrás, en un artículo publicado en *Science* con el título “The biology of being frazzled,” Arnsten (1998) ofreció una explicación que, a riesgo de simplificar un trabajo neurocientífico pionero y altamente complejo, funciona como sigue: el Modelo de Sistemas Duales de Arousal de Arnsten delinea dos sistemas de arousal independientes y complementarios: el prefrontal y el cortical posterior y subcortical (Arnsten, 1998; Arnsten, Mathew, Ubriani, Taylor, & Li, 1999; Mayes, 2000). El sistema que activa las regiones frontal y prefrontal inhibe al segundo, el cual normalmente tiene efecto sólo a altos niveles de arousal, cuando la actividad prefrontal se desconecta y toman el control las funciones corticales y subcorticales (e.g., funciones más automáticas o motoras, no pensar tanto como correr). El punto de intercambio entre los dos sistemas puede estar desplazado por un trauma de la infancia. Sin duda, como la mentalización involucra a la corteza prefrontal, esto explica algo de la inhibición de la mentalización en individuos con trauma en el apego, respondiendo a incrementos en el arousal que no serían lo suficientemente elevados para inhibir la mentalización en la mayoría de las personas. En palabras de James: “Salto, así nomás, usted me entiende. Es como apretar un botón. Pero no me gusta, lo odio. Pero es más fuerte que yo, no lo puedo evitar.”

A la luz de este fenómeno, es importante que los analistas monitoreen la disposición del paciente traumatizado para oír comentarios acerca de pensamientos y sentimientos. A medida que aumenta el arousal, en parte como respuesta al trabajo interpretativo, los pacientes traumatizados no pueden procesar el hablar sobre sus mentes. Las interpretaciones de la transferencia, no importa cuán correctas sean, en estos momentos probablemente estén más allá de la capacidad del paciente para escuchar. La prioridad clínica debe ser reducir el arousal para que el paciente pueda nuevamente pensar en otras perspectivas (es decir, mentalizar).

El tercer y último aspecto del trauma en el apego, que clínicamente es el más significativo, es la identificación proyectiva, que puede convertirse en un asunto de vida o muerte. El primero de los elementos de psicoanálisis de Bion es “la característica esencial de la concepción de la identificación proyectiva de Melanie Klein... la relación dinámica entre continente y contenido” (Bion, 1963, p. 3). Jacobson (1954) y Winnicott (1956) de manera independiente

observaron que la internalización del otro antes de que los límites del self se hayan establecido completamente, debilita la creación de un sentido coherente del self. El niño pequeño es forzado a internalizar al otro no como un objeto interno sino como una parte central de su self. Si el cuidador no contiene las ansiedades del niño –para metabolizarlas y reflejar el estado del self- éste, más que ir construyendo gradualmente una representación de sus estados internos por medio del reflejo e identificación proyectiva normal, es obligado a acomodar el objeto, un ser ajeno dentro de la representación de su self. Esta clase de incoherencias en la estructura del self son características que se observan no solamente en niños profundamente desatendidos. Aún el más sensible de los cuidadores es insensible al estado mental del niño más del 50% del tiempo. Así, todos tenemos partes ajenas en nuestra estructura del self. La coherencia del self, como muchos observaron, es un tanto ilusoria. Esta ilusión normalmente se mantiene gracias al continuo comentario narrativo sobre la conducta que proporciona la mentalización, la que completa los espacios en blanco y entreteje nuestras experiencias para que tengan sentido. En ausencia de una fuerte capacidad de mentalizar, como consecuencia del trauma, es probable que se revele claramente la fragmentación subyacente de la estructura del self en todos nosotros.

Por supuesto, en individuos traumatizados estas introyecciones están teñidas por el contexto traumático en que ocurrieron.⁷ Lo que es internalizado como parte del self es un cuidador con intenciones aterradoras. Hemos visto como Stuart, desesperado, optó por adoptar la postura de su padre de rencor y denigración hacia sí mismo. La consecuencia trágica de esta manera de autoprotección es la modificación de la organización del self para que éste incorpore ahora la intención abusiva. Esto puede generar experiencias momentáneas de insoportable dolor psíquico cuando el self se siente literalmente atacado desde adentro y casi abrumado por una experiencia de maldad imposible de mitigar por reaseguramiento. Experimentado en el modo de equivalencia psíquica, el sentimiento de maldad se traduce directamente en maldad propiamente dicha, de la cual, en un modo teleológico de funcionamiento, no parecería haber más vía de escape que la autodestrucción. Desde nuestro punto de vista, este estado es comúnmente el disparador de actos de autoagresión y suicidio, a menudo asociados con el trauma en el apego.

La única manera en que la persona puede lidiar con tales introyecciones es por medio de externalizar constantemente estas partes ajenas de la estructura del self en un continente. Mediante la identificación proyectiva, las partes persecutorias son experimentadas como “afuera”. En esta instancia, es esencial para la persona traumatizada que las experiencias ajenas sean poseídas por otra mente, para que otra mente esté en control de las partes intolerables del self –intolerables porque están dirigidas a la destrucción del propio self. Así los niños que antes del trauma se portaban bien y se controlaban, de repente se vuelven coercitivos y controladores. Se presentan

de esta forma debido a que sus intentos de controlar son crudos. Parecen haber perdido un nivel previo de sutileza en el vínculo basado en la conciencia de los sentimientos propios y ajenos. Un niño así puede ser despectivo provocando rabia en el objeto, una rabia que había sido originalmente internalizada en la infancia en respuesta a la insensibilidad del cuidador, y que es experimentada como ajena e intolerable luego del trauma.

Muchos autores han observado que este mecanismo puede engendrar la repetición de la experiencia traumática en los sobrevivientes adultos. Una mujer que en su infancia había sido gravemente abusada sexualmente por su padre fue enviada a un internado para su propia protección y se encontró en una relación violenta muy similar con un maestro en quien confiaba. El análisis reveló que ella encontraba un respiro a su intolerable estado de auto-aversión creando situaciones en las que era degradada, violada y explotada. Paradójicamente, mientras la necesidad de identificación proyectiva es un asunto de vida o muerte para aquellos con una parte traumatizante en la estructura del self, la constelación particular —de self con un aspecto de experiencia del self del que deben desembarazarse y atribuírselo a otro— creó una necesidad dramática del objeto, una dependencia que tiene muchas características de adicción. La Neurociencia nos ayuda aquí al explicar que el desencadenamiento del sistema de apego por la necesidad de hallar un continente para las partes del self traumatizadas, ajenas, inhibirá una vez más la mentalización, ya que, como fue visto, la hiperactivación del sistema de apego —en la desesperada dependencia del objeto— inhibe aquellas regiones y procesos cerebrales que son partes constituyentes de la capacidad de mentalizar. Esto, a su vez, reducirá las oportunidades de que sean aceptadas soluciones alternativas, o que se pueda encontrar una solución no teleológica (no-física).

El siguiente extracto de una entrevista con un paciente ofrece una llamativa ilustración de la experiencia de externalización del self ajeno. Abusado sexualmente por su padrastro y sus hermanos, el paciente hoy se gana la vida como prostituto:

Cuantas más experiencias se atraviesan, más inmune uno se vuelve a todo. Si una banda de maricas te atrae con engaños y después terminás abusado, ya nunca más le volvés a tener miedo a los maricas. Probablemente te vengues de ellos. Porque podés acoger su actividad en tu mente y usarlo en su contra. Yo no me meto en peleas ni nada por el estilo pero sí me meto en la cabeza de la gente y los lastimo ¿entendés lo que digo?

Consecuencias clínicas

¿Cuál debería ser el objetivo del psicoanálisis con pacientes traumatizados? Los individuos traumatizados no buscan ayuda psicoanalítica simplemente para lidiar con la adversidad que han atravesado. La devastación de la función psíquica que el trauma en el apego deja a su paso afecta la capacidad de hacer frente a *todas* las vicisitudes comunes de la vida mental: conflictos inconscientes relacionados con la agresión, deseos edípicos y defensas montadas en contra de los mismos, vulnerabilidades narcisísticas, conflictos en relación con objetos ambivalentemente catectizados, y más. Todos los dolores inexorables de la condición humana son vividos con la crudeza de una herida abierta sin la protección de la “piel” que provee la mentalización. Aún cuando estos derivados interactuarán con el trauma sufrido, la intensidad de los sentimientos asociados no debe inducir al analista al error de pensar que estos últimos conflictos son la causa subyacente de la angustia psicológica del paciente; han sido amplificados y prolongados por la dificultad que tiene el paciente para procesar mentalmente todas las experiencias dolorosas.

El propósito general del tratamiento en pacientes traumatizados es, por lo tanto, ayudarlos a establecer un self más sano, mentalizador, para que puedan (intenten) mentalizar el trauma y el conflicto y desarrollar relaciones más firmes y estables. El mentalizar proporciona un amortiguador entre sentimiento y acción, el cual es necesario si los impulsos deben ser contenidos antes de volverse irrefrenables, y si las motivaciones propias y de los otros deben ser monitoreadas y comprendidas. La mejora en la mentalización construye un puente sobre la brecha entre los afectos y sus representaciones, especialmente con los estados mentales presentes. Sin embargo, esto no sucede necesariamente vía el trabajo con el trauma mismo. La mayoría de los trastornos ligados a un trauma involucra disfunciones específicas de la mentalización. Como ya hemos visto, el trauma en el apego crea una perturbación psicológica al interferir con la mentalización, llevando a la mente a cometer errores en la percepción y la representación de sus propios contenidos y funciones. Así, el trastorno borderline de la personalidad puede ser visto como temor a las mentes, mientras que la depresión puede suponer una sobreimplicación con cogniciones negativas experimentadas en la equivalencia psíquica como reales y verdaderas. Más generalmente, la psicopatología, vista como un colapso de la mentalización generado por el trauma, implica que el individuo traumatizado pierde, en cierto modo, contacto con su mente. El psicoanálisis promueve la mentalización en relación con el self del paciente, no simplemente en relación con su trauma. Implica encontrar o recobrar la mentalización a través de un proceso apropiado en términos del desarrollo: esto es, encontrar el self psicológico propio a través de la mente de una figura de apego benévola. ¿Pero cómo podemos ayudar a un paciente que tiene recuerdos de un trauma en el apego para que sea más capaz de mentalizar acerca de estas experiencias? No debe subestimarse el cambio mental que se requiere del analista para moverse desde una larga tradición en la cual el propósito es proveer insight hacia un enfoque alternativo centrado en la más

modesta meta de aumentar y mejorar la mentalización. El desafío para el analista es mantener una postura terapéutica mentalizadora en el contexto de respuestas contratransferenciales que podrían provocar que el terapeuta reaccione en lugar de pensar. De hecho, los enactments contratransferenciales son inevitables, y es necesario ser permisivo (no auto-persecutorios) con ellos aún cuando se trate de estar en guardia frente a los mismos. El terapeuta debe aceptar que, para poder permanecer en proximidad mental con el paciente, ocasionalmente se encontrará actuando de una manera que normalmente no sería característica en él (e.g., criticando al paciente, perdiendo la calma, tratándolo con demasiada confianza, etc.)

No podemos considerar aquí la técnica en todos sus detalles, trataremos únicamente un tema polémico: el rol de la memoria y la recuperación de la experiencia traumática en el contexto de la terapia.

Recuperando los recuerdos del trauma

La investigación de la memoria muestra que los recuerdos de la infancia son muy falibles, pero que lo esencial de las experiencias recordadas es mayormente certero (Christianson, 1992; Heder & Reisberg, 1992; Riccio, Rabinowitz, & Axelrod, 1994), particularmente en lo que hace a acontecimientos traumáticos (Usher & Neisser, 1993). Si bien la memoria episódica no se desarrolla sino hasta los 5 años de edad, los niños probablemente pueden codificar y almacenar muchas experiencias que no son capaces de describir, aunque esto no significa que la reconstrucción sistemática de tales experiencias sea necesariamente útil en el tratamiento del trauma. La razón de esto es que el trauma, en particular el trauma temprano, interfiere con la memoria autobiográfica. Hemos sabido esto por décadas, especialmente a través de estudios acerca del trastorno de stress postraumático en veteranos de guerra (Bremner et al., 1992; Christianson & Nilsson, 1989; Fisher, 1945; Kazniak, Nussbaum, Berren, & Santiago, 1988; Sargant, 1967). En particular, el trauma temprano puede alterar el funcionamiento normal del sistema de la memoria (Teicher, Ito, Glod, Schiffer, & Gelbard, 1994). Se ha demostrado que las experiencias repetidas de maltrato generan daño en el hipocampo (Bremner et al., 1993) y éste es críticamente importante en el proceso de integración de las experiencias en la memoria. En ausencia de su función integrativa, los pacientes probablemente queden con imágenes y emociones fragmentadas que no pueden combinar con su narrativa de vida o esquema del self.

Desde el punto de vista de la neurología de la memoria, los lóbulos frontales parecen tener un papel clave en el monitoreo de la fuente de una imagen mnemónica, incluyendo la distinción entre verdaderos y falsos recuerdos; expectativas previas pueden crear un conjunto de imágenes e ideas excepcionalmente vívidas. La hiperactivación del sistema de apego en los individuos traumatizados y la inhibición de la mentalización probablemente

asociada pueden comprometer el conocimiento acerca de la procedencia de una imagen. Cualquier presión por parte del terapeuta para recrear y revivir los recuerdos puede muy posiblemente introducir más sesgo e inexactitud. El terapeuta debe ser consciente de que las funciones cognitivas que normalmente están disponibles para impedir la confusión entre la fantasía y el recuerdo estarán específicamente comprometidas en los individuos traumatizados debido a la hiperactivación del sistema de apego, y de que esas funciones pueden estar también específicamente comprometidas por el proceso terapéutico mismo.

Algunos, entre los que no nos incluimos, argumentan que utilizar la reconstrucción para identificar un niño en el interior del paciente, un niño traumatizado, por ejemplo, por el rechazo experimentado en ocasión del nacimiento de un hermano, contribuye a conspirar contra la necesidad del paciente de evitar la ansiedad depresiva masiva asociada con el odio a su propio hijo y las múltiples raíces de su auto-aversión. En este sentido, estos terapeutas podrían sostener que la reconstrucción invariablemente se alía en cierta medida con las defensas del paciente, a tal punto que contribuye a desplazar la culpa primitiva e intensa del presente al pasado, al tiempo que además busca culpar a otros (más que al paciente). Creemos que la reconstrucción ciertamente conlleva tal riesgo. Pero lo mismo hace cualquier intervención psicoanalítica eficaz. Los analistas, cualquiera sea la técnica psicoanalítica que empleen, deben ser conscientes de las defensas del paciente (y así cuestionar al conflicto desde el punto de vista del ego) y, además, asegurarse de que dicha técnica es aceptable (en líneas generales) para el paciente en la forma en que presenta lo que sabemos que es inherentemente imposible contemplar. Creemos que la reconstrucción es esencial para el proceso terapéutico porque: (a) proporciona un medio para poner la mente del paciente en contacto con lo que previamente él encontraba intolerable; (b) proporciona un lugar donde las amenazas para el ego y para la meta terapéutica están razonablemente equilibradas; (c) genera una narrativa del self coherente suponiendo una continuidad histórica del self, que puede tener valor terapéutico en sí misma (Holmes, 1998; Schafer, 1980 Spence, 1994); y (d) lo más importante, puede ayudar en la fundamental tarea de la recuperación de la mentalización. Este último punto es el que nos gustaría ilustrar con un ejemplo clínico.

EJEMPLO CLINICO

La señorita C. se presentó originalmente con una combinación de ansiedad y depresión bastante severas y una historia que incluía un episodio psicótico y abuso por parte de un padrastro psicótico. El abuso fue lo suficientemente grave como para requerir la amplia intervención de los servicios sociales y que hubiera un riesgo realista de que C., de 11 años de edad, fuera internada en un

hogar. El trauma era acumulativo. Su padrastro la humillaba sistemáticamente, además de hacerla objeto de abuso físico, aunque no sexualmente explícito. Por ejemplo, ella recuerda que la obligaba por las noches a permanecer de pie al costado de su cama recitando sus lecciones escolares, sabiendo que cualquier error sería seguido por castigos físicos.

No es de sorprender que en el análisis de C. los recuerdos hayan adquirido una gran importancia. En determinado nivel, experimentaba su trabajo conmigo (PF) como una sumisión masoquista a un hombre loco y cruel que le exigía que recordara su pasado en detalle, no importa cuán doloroso y humillante esto se sintiera. Tampoco era sorprendente su reacción a esta sumisión, que consistía en una regresión enfurecida y a veces en un estado infantil de retraimiento. Dejaba de hablarme durante días, a veces semanas. Llegaba a horario y parecía valorar su tiempo en el diván, pero no respondía a las sugerencias para asociar libremente o ni siquiera contestaba preguntas directas. Parecía haber interrumpido la conciencia de estar conmigo en la misma habitación. Mientras recordar era tenso, el presente era insoportable. Los períodos más largos de silencio sobrevenían invariablemente luego de cualquier intento de mi parte por vincular las experiencias dolorosas que ella recordaba con la relación conmigo. Por ejemplo, había traído el recuerdo de una oportunidad en la cual ella se fue a dormir esperando que su padrastro hubiese olvidado el examen de esa noche. Se había preocupado por mantenerse especialmente silenciosa, para asegurarse de no llamar la atención sin querer. Recordó su terror cuando él irrumpió en su habitación poco tiempo después de que ella se había ido a dormir. Le exigió una explicación por haberse atrevido a acostarse sin haber dado su examen. Le sugerí con delicadeza que probablemente tendría el mismo temor acerca de cómo yo podría actuar o de las cosas que podría decir sin que ella las hubiera anticipado, y que permanecer callada podría ser la única manera de poder sentirse segura durante el análisis. Acusó recibo de lo que dije con un vago encogimiento de hombros y no habló más durante el resto de la sesión. Permaneció casi totalmente en silencio también durante la sesión siguiente.

En retrospectiva, es claro para mí que C. experimentó mis interpretaciones en un modo de equivalencia psíquica. Aún sugerida con cuidado, la analogía en la transferencia con el comportamiento de su padrastro pareció volverse una amenaza de que mi comportamiento fuera impredecible y le impuso una implícita exigencia de no moverse o llamar la atención. La relación actual con C. no era un adecuado punto de entrada a su mundo interno.

Sin embargo, lo que resultó ser más útil para C. fue lo que se pareció a un trabajo directo con sus experiencias de trauma. Encontró de ayuda la conversación acerca del terror a su padrastro, el malhumor del mismo, la forma en que sus ademanes o expresiones faciales podían indicarle qué esperar, cómo sentía los golpes, dónde estaba su madre y que podría estar pensando cuando sucedían los abusos, las maneras en que C. trataba de cumplir con los

deseos del padrastro y los trucos que estaba orgullosa de haber elaborado y que usaba para distraerlo de las ganas de maltratarla. El recordar, del modo en que ocurrió en este análisis, llevó bastante tiempo (la mayor parte del primer año del tratamiento de C.) El recordar tomó el lugar del análisis clásicamente descrito. Durante este tiempo hubo una comprensión creciente de su experiencia traumática, pero muy poca comprensión aparente de sí misma. A pesar de esto, el impacto sobre ella fue claramente positivo y, a medida que pasó el año, se fue comprometiendo con el tratamiento y las dificultades con su trabajo comenzaron a disminuir.

Hemos hecho referencia a este caso para demostrar que nuestro énfasis en la mentalización no es inconsistente con la reconstrucción. Hasta el día de hoy, sigo sin estar convencido de la exactitud de los recuerdos de abuso de C. Recordaba que ella había contado los mismos incidentes de maneras bastante diferentes en distintos momentos. La entera idea de recordar era tan tensionante, tan cargada de afecto no metabolizado, que me sentía continuamente involucrado en el abuso. Hasta el leve cuestionamiento de su silencio me fijaba en ese rol. Sin embargo, mi tolerancia a su silencio era vital, en última instancia la habilitaba a hablar sin sentir que estaba siendo obligada a “hacer los deberes”. Pero, tal vez aún más concretamente, el recordar le permitía aprender a mentalizar su experiencia.

La señorita C. trabajó a lo largo de los mismos recuerdos una y otra vez, tanto recuerdos encubridores como recuerdos reales. Pero, con cada recuerdo era capaz de describir con algo más de claridad sus pensamientos y sentimientos y, tal vez más importante todavía, los presuntos pensamientos y sentimientos de su torturador. A medida que ella recordaba lo que sonaba como distintas versiones de los mismos acontecimientos, yo me daba cuenta de que estaba ensayando diferentes perspectivas de la experiencia. Cuando C. recordaba la espera en su cama, escuchando con terror, tratando de identificar las pisadas de su padrastro, no estaba solamente recordando el trauma, sino también haciendo el salto imaginario de la mentalización, poniéndose en la mente de la niña de 8 años escuchando los sonidos y recordando sus construcciones. Cuando recordaba el rostro de su padrastro descompuesto en la mueca de ira de una máscara Kabuki, el beneficio terapéutico se derivó de dar un paso por detrás de la máscara y ver la crueldad de un hombre en lucha con sus propios demonios internos, demonios que probablemente lo acosaban tan despiadadamente como él acosaba a C.

Las experiencias cambiaron su estatus de fotos estáticas del pasado a ser películas con movimiento y sonido, donde la experiencia de sí misma de C. y de otros ya no se encontraba o equiparada con el pasado o disociada. En retrospectiva, parece claro que para C. los recuerdos del trauma crearon, paradójicamente, el contexto más seguro para la recuperación de la mentalización. El beneficio no está en la recuperación de los recuerdos o, ni siquiera, en el descubrimiento de estados mentales contenidos en ellos. Está en el redescubrimiento del mero hecho del pensamiento y el sentimiento, el

carácter estratificado de la experiencia subjetiva. C. llegó a describir esta etapa de su tratamiento como “recordando”. En una ocasión agregó “No es suficiente con recordar, debes hacer que recordar cuente.

Por supuesto, esto no fue algo que sucedió de un día para el otro. C. estuvo en análisis por tres años, seguidos por psicoterapia dos veces y luego una vez por semana durante dos años más. Muchas otras cuestiones además de sus experiencias traumáticas necesitaron ser abordadas antes de que estuviera lista para el alta y siguiera con su vida, la que resultó ser exitosa por donde se la mire. Es importante señalar que el trabajo con su dificultad de pensamiento inducida por el trauma de ninguna manera estuvo resuelto cuando el trauma mismo fue mentalizado. Aún cuando fue capaz de pensar acerca de la complejidad de sus relaciones objetales, teñidas como estaban por sus experiencias de maltrato, siguió siendo vulnerable a momentos de regresión, desregulación emocional y modos de equivalencia psíquica y “hacer de cuenta” de experimentar su realidad subjetiva. Curiosamente, gran parte de la significativa mejora en su capacidad de mentalizar tuvo lugar una vez terminado su tratamiento intensivo. A los dos nos pareció que el encuadre analítico, con sus características que alientan la regresión, hacía que a veces fuera aparentemente inevitable que ella experimentara sus estados mentales como algo irreales. Durante la psicoterapia semanal y, más tarde, después de la terminación de su tratamiento, llegó a ser mucho más capaz de funcionar independientemente y de pensar acerca de ella misma y de los otros en formas creativas y constructivas.

EL PAPEL DEL “TRABAJO CON LA MEMORIA” EN PSICOANÁLISIS

Si bien la reconstrucción de cómo fueron realmente las cosas en la infancia puede contribuir significativamente a la acción terapéutica, esto no quiere decir que el resultado de la reconstrucción, el recordar acontecimientos (hipotéticamente) autobiográficos, sea la clave. El proceso de re TRABAJAR las experiencias actuales en el contexto de otras perspectivas, o sea, mejorando y aumentando la mentalización, es lo que creo que es curativo en lo que hacemos. Las otras perspectivas pueden provenir de la infancia del paciente, pero también puede tratarse de la experiencia actual del analista o de la manera en que el paciente es experimentado por otros cercanos a él en el presente. Dada la especificidad histórica, teórica y hasta geográfica del enfoque psicoanalítico sobre reconstrucciones históricas particulares (recogiendo recuerdos de la escena primaria, rivalidad fraternal, trauma de nacimiento, control de esfínteres, abuso sexual, trauma de separación, etc.) es muy improbable que la reconstrucción *per se* sea esencial, mientras que sí lo son la creación de una narrativa y la exploración profunda de la subjetividad desde puntos de vista alternativos. El cuestionamiento de las maneras actuales de ser y pensar, implícito inevitablemente en cualquier acto de reconstrucción, es sin duda terapéutico.

Aun cuando la situación interpersonal creada por aquellos pacientes que necesitan desesperadamente de la validación externa es ciertamente difícil hasta para los terapeutas experimentados, debería ser un error aliarse con el intento del paciente de usar al terapeuta para reducir lo incognoscible a un hecho. Desde nuestro punto de vista, la tarea del terapeuta es contener al paciente y mostrarle comprensión genuina tanto de su estado de incertidumbre como de las esperanzas y conflictos derivados de ella. Es mucho más difícil empatizar con el “no saber” del paciente que reducir la incertidumbre mediante hacer de cuenta que se sabe. En última instancia, la confirmación de una base de realidad para la vaga sensación que tiene el paciente de que algo inadecuado podría haber sucedido es la misma clase de error técnico que el reaseguro directo.

Ofreciendo reaseguro, el analista no solamente se alía con un costado del conflicto en curso, sino también comunica una incapacidad para resistir las demandas de falsa certeza del paciente. De esta forma, su propia incapacidad para tolerar la incertidumbre es comunicada. El paciente, entonces, es obligado no sólo a vivir con lo que puede ser una falsa realidad, sino y tal vez más dañino, a apoyar lo que inconscientemente percibe como la fragilidad psíquica del analista. Paradójicamente, muchos terapeutas se proponen tales intervenciones para mostrarle al paciente algo bastante diferente –una fuerza interna para enfrentar imágenes intolerables y pensar lo impensable.

CONCLUSIÓN

Hemos sugerido que las consecuencias psicológicas del trauma, en un contexto de apego y tal vez más allá, implican un desacople de la mentalización y una reemergencia de modos de representar la realidad interna no mentalizadores. Esta situación es perniciosa porque lo apremiante de un recuerdo experimentado en el modo no mentalizador de la equivalencia psíquica tiene la capacidad de retraumatizar una y otra vez, desacoplar aun más la mentalización y hacer la experiencia cada vez más real.

El trauma en el contexto de apego es el más pernicioso porque la base biológica del apego presupone confianza, y parte de esto descansa en la seguridad de no tener que mentalizar, de saber que los otros están pensando por nosotros y que no necesitamos monitorear nuestros propios pensamientos ni los de los demás. Esta activación (probablemente por razones evolutivas) inhibe temporariamente las áreas del cerebro relacionadas tanto con el recordar como con la mentalización. Es por este motivo que la mentalización llega a ser tan fácilmente abandonada en presencia del trauma, particularmente el trauma en el apego. El trauma no mentalizado perdura y compromete la función mental. Por supuesto, también interfiere con las nuevas relaciones interpersonales. Cuando el self es experimentando como siendo destruido desde el interior, mediante la identificación con el agresor, la identificación proyectiva se siente imperativa. La constelación de self y objeto que resulta de

este imperativo termina retraumatizando a la persona que, adicta al objeto, necesita atraer a los otros cada vez más cerca y seleccionar las relaciones que permitan sostener una estructura tan malsana hasta el final. De esta manera, el individuo pierde un posible camino por el cual liberarse de los grilletes de un pasado traumático que es revivido constantemente. Para poder escapar de puño del trauma, el individuo necesita ayuda para recuperar la mentalización. Afortunadamente hay muchas maneras de lograrlo; recordar en el contexto de una relación psicoanalítica duradera es una de ellas, pero no la única.

NOTAS

¹ Los psicoanalistas franceses desarrollaron un concepto de mentalización formulado en gran parte desde un punto de vista económico. Pierre Marty trató la mentalización como un amortiguador protector en el sistema preconiente que previene la desorganización progresiva (Marty, 1968). Ve a la mentalización como conectando las excitaciones pulsionales con las representaciones mentales, creando de ese modo tanto “fluidez” como “constancia”. La mentalización asegura libertad en el uso de las asociaciones así como permanencia y estabilidad. Al mismo tiempo, Pierre Luquet (1981; 1988) planteó el desarrollo de distintas formas de pensar y la reorganización de la experiencia interna a lo largo de este desarrollo. En el capítulo sobre una teoría del lenguaje (Luquet, 1987), hizo la distinción entre mentalización primaria (que nosotros consideramos ausencia de función reflexiva) y mentalización simbólica secundaria. Aunque esta forma de mentalización todavía estaba vista como conectada estrechamente con datos sensoriales y fantasías inconscientes primarias, de todos modos también se la consideraba representativa de estos procesos y observable en los sueños, el arte y el juego. Un tercer nivel planteado por él fue el pensamiento verbal al que consideraba más distante de los procesos corporales. Ideas similares fueron propuestas por Green (1975), Segal (1957) and McDougall (1978), y más recientemente por Frosch (1995), Busch (1995) y Auerbach (1993; Auerbach & Blatt, 1996).

² A propósito, el análisis estadístico de los resultados de estos tratamientos fue completado recientemente y subraya la efectividad del enfoque psicoanalítico. En esta muestra de sujetos adultos jóvenes con trastornos de la personalidad que fueron secuencialmente asignados a psicoanálisis y psicoterapia psicodinámica, 63% mejoró significativamente en una medida compuesta muy conservadora de diagnóstico psiquiátrico, depresión y ansiedad. De los tratados con psicoanálisis, mostró mejorías el 83%, contra sólo un 29% de los tratados en psicoterapia. Solamente el 9% de los sujetos en psicoanálisis sobre los cuales había datos disponibles de seguimiento post-alta no mantuvieron los beneficios del tratamiento.

³ Estos son generalmente grupos de parentesco de niveles múltiples, negociados y dinámicos.

⁴ Los individuos más sofisticados cognitivamente, social y comportamentalmente son capaces de superar en estrategia y manipular a otros individuos con el fin de ganar el control de los recursos y de la conducta de los otros. ¿Pero, por qué sucedió un desarrollo tan rápido (en términos evolutivos)? La mayoría de las adaptaciones evolutivas tienen un lado negativo que los hace auto limitantes (e.g., un aumento en el tamaño de las astas de un ciervo le será útil para luchar con los otros machos, pero solo hasta un punto, luego del cual las leyes físicas lo convierten en un obstáculo y una desventaja). El incremento de la inteligencia social no tiene más restricción que la destrucción total de nuestra ecología (Flinn et al., 2005). La coherencia y organización crecientes de los grupos homínidos y las capacidades cognitivas cada vez más sofisticadas que sostienen a estos grupos traen ventajas ecológicas crecientes más que costos. Un círculo virtuoso se generó a partir de la dominación ecológica cada vez mayor y de la inteligencia y complejidad sociales cada vez más altas. Las capacidades lingüísticas y socio-cognitivas se vieron favorecidas porque permitieron a nuestros ancestros anticipar e influir sobre las interacciones sociales con otros humanos cada vez más inteligentes.

⁵ Los niños desarrollan un sistema maleable que les permite adaptarse a las estructuras mentales particulares que han evolucionado al interior de un grupo cultural como adaptaciones específicas al medio ambiente (Bloom, 2000).

⁶ Está ligado al circuito de recompensa dopaminérgico mesolímbico-mesocortical que juega también un papel clave como mediador en el proceso de la adicción física (y también emocional) (Insel, 1997; MacLean, 1990; Panksepp, 1998). Es altamente improbable que la naturaleza haya creado un sistema cerebral específico para ayudar al abuso de cocaína y alcohol. Es más probable que las adicciones sean un subproducto accidental de la activación de un sistema biológico que sustenta la crucial función evolutiva del apego (Insel, 1997; MacLean, 1990; Panksepp, 1998). El apego, entonces, sería un ‘trastorno adictivo’ (Insel, 2003).

⁷ El trauma contribuye de este modo con la puesta en primer plano de la fragmentación del self (difusión de la identidad) porque los individuos traumatizados pueden hacer uso de las discontinuidades dentro del self para adaptarse a las agresiones incomprensibles por parte de alguien conectado a ellos por lazos de apego, mediante la “identificación con el agresor” (Freud, 1936). Un individuo que había sido abusado sexualmente en la infancia y estaba preso por violación, describe vívidamente cómo ocurre esto, en respuesta a una pregunta acerca de cómo su personalidad adulta se vio afectada por sus experiencias infantiles: “No creo que nada de esto haya sido un problema. Pienso que todo ha sido, todo ha sido más positivo porque fue como, pongamos, pongamos la esclavitud como ejemplo, este... no desde un punto de vista racista sino realista [...] agarrás a un hombre y lo ponés a trabajar para vos, le das de comer lo que vos no querés comer, lo ponés en lugares donde ni querías que viviera tu perro, pero, así y todo, él hace de ese hogar su castillo, prepara comida gourmet con lo que saca de tu basura [...] la basura de un hombre es el tesoro de otro la pesadilla de un hombre es el placer de otro y cuando estás en una situación complicada y sabés que no vas a salir bien de ahí te empezás a sentir bien ahí más rápido de lo que te podés imaginar.”

REFERENCIAS

- Alessandri, S. M. (1991). Play and social behaviours in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 191–206.
- Alexander, R. D. (1989). Evolution of the human psyche. In P. Mellars & C. Stringer (Eds.), *The human revolution: Behavioural and biological perspectives on the origins of modern humans* (pp. 455–513). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Alexander, R. D. (1990). *How did humans evolve? Reflections on the uniquely unique species. Museum of Zoology (Special publication no. 1)*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Arnsten, A. F. T. (1998). The biology of being frazzled. *Science*, 280, 1711–1712.
- Arnsten, A. F. T., Mathew, R., Ubriani, R., Taylor, J. R., & Li, B.-M. (1999). alpha-1 noradrenergic receptor stimulation impairs prefrontal cortical cognitive function. *Biological Psychiatry*, 45, 26–31.
- Auerbach, J. S. (1993). The origins of narcissism and narcissistic personality disorder: A theoretical and empirical reformulation. In J. M. Masling & R. F. Bornstein (Eds.), *Psychoanalytic Perspectives on Psychopathology* (pp. 43–110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Auerbach, J. S., & Blatt, S. J. (1996). Self-representation in severe psychopathology: The role of reflexive self-awareness. *Psychoanalytic Psychology*, 13, 297–341.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11(17), 3829–3834.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21(3), 1155–1166.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*, 6, 5–30.
- Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 141–161). New York: Guilford.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psycho-analysis*. London: Heinemann.
- Bloom, P. (2000). *How children learn the meaning of words*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press

-
- and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bremner, J., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., & Charney, D. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 328–332.
- Bremner, J. D., Scott, T. M., Delaney, R. C., Southwick, S. M., Mason, J. W., Johnson, D. R., et al. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1015–1019.
- Brentano, F. (1973/1874). *Psychology from an empirical standpoint*. London: Routledge.
- Bretherton, K., & Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89–114). New York: Guilford.
- Brunet, E., Sarfati, Y., Hardy-Bayle, M. C., & Decety, J. (2000). A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *Neuroimage*, *11*(2), 157–166.
- Busch, F. (1995). Do actions speak louder than words? A query into an enigma in analytic theory and technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *43*, 61–82.
- Camras, L. A., Grow, G., & Ribordy, S. (1983). Recognition of emotional expressions by abused children. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *12*(3), 325–328.
- Camras, L. A., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Sachs, V., Spaccarelli, S., et al. (1990). Maternal facial behavior and the recognition and production of emotional expression by maltreated and nonmaltreated children. *Developmental Psychology*, *26*(2), 304–312.
- Camras, L. A., Ribordy, S., Hill, J., Martino, S., Spaccarelli, S., & Stefani, R. (1988). Recognition and posing of emotional expressions by abused children and their mothers. *Developmental Psychology*, *24*(6), 776–781.
- Camras, L. A., Sachs-Alter, E., & Ribordy, S. C. (1996). Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. In M. D. Lewis & M. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 203–225). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Cassidy, J., Parke, R. D., Butkovsky, L., & Braungart, J. M. (1992). Family-peer connections: The roles of emotional expressiveness within the family and children's understanding of emotion. *Child Development*, *63*(3), 603–618.
- Castelli, F., Happe, F., Frith, U., & Frith, C. (2000). Movement and mind: a functional imaging study of perception and interpretation of complex intentional movement patterns. *Neuroimage*, *12*(3), 314–325.
- Champagne, F. A., Chretien, P., Stevenson, C. W., Zhang, T. Y., Gratton, A., & Meaney, M. J. (2004). Variations in nucleus accumbens dopamine associated with individual differences in maternal behavior in the rat. *Journal of Neuroscience*, *24*(17), 4113–4123.
- Christianson, S. (1992). Remembering emotional events: Potential mechanisms. In S. Christianson (Ed.), *The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory* (pp. 307–340). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Christianson, S., & Nilsson, L. (1989). Hysterical amnesia: A case of aversively motivated isolation of memory. In T. Archer & L. Nilsson (Eds.), *Aversion, avoidance, and anxiety: Perspectives on Aversively Motivated Behavior* (pp. 289–310). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2005). An event-related potential study of the processing of affective facial expressions in young children who experienced maltreatment during the first year of life. *Development and Psychopathology*, *17*(3), 641–677.
- Cicchetti, D., & Walker, E. F. (2001). Editorial: Stress and development: Biological and psychological consequences. *Development and Psychopathology*, *13*, 413–418.
- Crittenden, P. M. (1994). Peering into the black box: An exploratory treatise on the development of self in young children. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Disorders and dysfunctions of the self. Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 5* (pp. 79–148). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschoolers emotion understanding. *Developmental Psychology*, *30*, 928–936.
- Dennett, D. C. (1978). Beliefs about beliefs. *Behaviour and Brain Sciences*, *4*, 568–570.
- During, S., & McMahon, R. (1991). Recognition of emotional facial expressions by abusive mothers and their children. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, *20*(2), 132–139.

-
- Fearon, R. M., & Belsky, J. (2004). Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Development, 75*(6), 1677–1693.
- Fisher, C. (1945). Amnesic states in war neurosis: The psychogenesis of fugues. *Psychoanalytic Quarterly, 14*, 437–458.
- Flinn, M., Geary, D., & Ward, C. (2005). Ecological dominance, social competition, and the coalitionary arms races: Why humans evolved extraordinary intelligence. *Evolution and Human Behavior, 26*, 10–46.
- Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre, 12*, 91–115.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology, 15*, 51–61.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., & Holder, J. (1997). Attachment and theory of mind: Overlapping constructs? *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers, 14*, 31–40.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*, 217–233.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in selforganization. *Development and Psychopathology, 9*, 679–700.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis, 81*(5), 853–874.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defence*. New York: International Universities Press, 1946.
- Frith, C. D. (2007). The social brain? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences, 362*(1480), 671–678.
- Frosch, A. (1995). The preconceptual organization of emotion. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 43*, 423–447.
- Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of “theory of mind.” *Trends in Cognitive Sciences, 7*(2), 77–83.
- Geary, D. C., & Huffman, K. J. (2002). Brain and cognitive evolution: Forms of modularity and functions of mind. *Psychological Bulletin, 128*(5), 667–698.
- Gerber, A. J. (2004). *Psychodynamic psychotherapy for severe personality disorders: A quantitative study of treatment process and outcome*. Unpublished PhD Thesis, University of London.
- Green, A. (1975). The analyst, symbolisation and absence in the analytic setting: On changes in analytic practice and analytic experience. *International Journal of Psycho-Analysis, 56*, 1–22.
- Gusnard, D. A., Akbudak, E., Shulman, G. L., & Raichle, M. E. (2001). Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: relation to a default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA, 98*(7), 4259–4264.
- Heuer, F., & Reisberg, D. (1992). Emotion, arousal, and memory for detail. In S. Christianson (Ed.), *The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory* (pp. 151–180). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hill, J., Fonagy, P., Safier, E., & Sargent, J. (2003). The ecology of attachment in the family. *Family Process, 42*(2), 205–221.
- Hobson, R. P., Patrick, M. P., & Valentine, J. D. (1998). Objectivity in psychoanalytic judgements. *British Journal of Psychiatry, 173*, 172–177.
- Holloway, R. L. (1996). Evolution of the human brain. In A. Lock & C. R. Peters (Eds.), *Handbook of human symbolic evolution* (pp. 74–116). New York: Oxford University Press.
- Holmes, J. (1998). Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: An attachment perspective. In G. Roberts & J. Holmes (Eds.), *Narrative and psychotherapy and psychiatry* (pp. 49–68). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Howes, C., & Espinosa, M. P. (1985). The consequences of child abuse for the formation

-
- of relationships with peers. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, *9*, 397–404.
- Hrdy, S. B. (2000). *Mother nature*. New York: Ballantine Books.
- Insel, T. (1997). A neurobiological basis of social attachment. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 726–735.
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology and Behavior*, *79*(3), 351–357.
- Jacobson, E. (1954). The self and the object world: Vicissitudes of their infantile cathexes and their influence on ideational affective development. *The Psychoanalytic Study of the Child*, *9*, 75–127.
- Kazniak, A. W., Nussbaum, P. D., Berren, M. R., & Santiago, J. (1988). Amnesia as a consequence of male rape: A case report. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*, 100–104.
- Klimes-Dougan, B., & Kistner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' distress. *Developmental Psychology*, *25*, 516–524.
- Lane, R. D., Fink, G. R., Chau, P. M., & Dolan, R. J. (1997). Neural activation during selective attention to subjective emotional responses. *Neuroreport*, *8*(18), 3969–3972.
- Levine, B. (1999). Self-regulation and autozoetic consciousness. In E. Tulving (Ed.), *Memory, consciousness and the brain: The Talinn Conference* (pp. 200–214). Philadelphia: Psychology Press.
- Luquet, P. (1981). Le changement dans la mentalization. *Revue Française de Psychoanalyse*, *45*, 1023–1028.
- Luquet, P. (1987). Penser-Parler: Un apport psychanalytique à la théorie du langage. In R. Christie, M. M. Christie-Luterbacher & P. Luquet (Eds.), *La parole troublée* (pp. 161–300). Paris: Presses Universitaires de France.
- Luquet, P. (1988). Langage, pensée et structure psychique. *Revue Française de Psychoanalyse*, *52*, 267–302.
- MacLean, P. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum.
- Main, M., & George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: A study in the daycare setting. *Developmental Psychology*, *21*, 407–412.
- Marty, P. (1968). A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psycho-Analysis*, *49*, 246–249.
- Marty, P. (1990). *La Psychosomatique de l'adulte*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Marty, P., & De M'Uzan, M. (1963). La Pensée Opératoire. *Revue Française de Psychanalyse*, *27* (Suppl.), 1345–1356.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, *73*(5), 1525–1542.
- Mayes, L. C. (2000). A developmental perspective on the regulation of arousal states. *Seminars in Perinatology*, *24*, 267–279.
- McDougall, J. (1978). *Plea for a Measure of Abnormality*. New York: International Universities Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, *7*, 1–24.
- Meins, E., & Russell, J. (1997). Security and symbolic play: The relation between security of attachment and executive capacity. *British Journal of Developmental Psychology*, *15*, 63–76.
- Morris, J. P., Pelphrey, K. A., & McCarthy, G. (2005). Regional brain activation evoked when approaching a virtual human on a virtual walk. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *17*(11), 1744–1752.
- Nitschke, J. B., Nelson, E. E., Rusch, B. D., Fox, A. S., Oakes, T. R., & Davidson, R. J. (2004). Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage*, *21*(2), 583–592.
- O'Connor, T. G., Marvin, R. S., Rutter, M., Olrick, J. T., & Britner, P. A. (2003). Childparent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology*,

15(1), 19–38.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Perelberg, R. J. (Ed.). (1999). *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*. London: Routledge.

Plotsky, P. M., Thrivikraman, K. V., Nemeroff, C. B., Caldji, C., Sharma, S., & Meaney, M. J. (2005). Long-term consequences of neonatal rearing on central corticotropin-releasing factor systems in adult male rat offspring. *Neuropsychopharmacology*, *30*, 2192–2204.

Polan, H. J., & Hofer, M. (1999). Psychobiological origins of infant attachment and ration responses. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 162–180). New York: Guilford.

Pollak, S. D., Klorman, R., Thatcher, J. E., & Cicchetti, D. (2001). P3b reflects maltreated children's reactions to facial displays of emotion. *Psychophysiology*, *38*(2), 267–274.

Pollak, S. D., & Sinha, P. (2003). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology*, *38*(5), 784–791.

Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, *12*, 427–441.

Riccio, D. C., Rabinowitz, V. C., & Axelrod, S. (1994). Memory: When less is more. *American Psychologist*, *49*, 917–926.

Rutter, M., & O'Connor, T. G. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, *40*(1), 81–94.

Sargant, W. (1967). *The unquiet mind*. London: Heinemann.

Schafer, R. (1980). Action and narration in psychoanalysis. *New Literary History*, *12*, 61–85.

Segal, H. (1957). Notes on symbol formation. *International Journal of Psycho-Analysis*, *38*, 391–397.

Semendeferi, K., & Damasio, H. (2000). The brain and its main anatomical subdivisions in living hominoids using magnetic resonance imaging. *Journal of Human Evolution*, *38*, 317–332.

Shipman, K. L., & Zeman, J. (1999). Emotional understanding: A comparison of physically maltreating and nonmaltreating mother-child dyads. *Journal of Clinical Child Psychology*, *28*, 407–417.

Siegal, M., & Varley, R. (2002). Neural systems involved in "theory of mind." *National Review of Neuroscience*, *3*(6), 463–471.

Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.

Spence, D. P. (1994). The special nature of psychoanalytic facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, *75*, 915–925.

Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, *77*, 459–479.

Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Schiffer, F., & Gelbard, H. A. (1994). Early abuse, limbic system dysfunction, and borderline personality disorder. In K. R. Silk (Ed.), *Biological and neurobehavioral studies of borderline personality disorder* (pp. 177–207). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Tulving, E. (2002). Episodic memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*, *53*, 1–25.

Usher, J. A., & Neisser, U. (1993). Childhood amnesia and the beginnings of memory for four early life events. *Journal of Experimental Psychology: General*, *122*, 155–165.

van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *12*(2), 293–317, ix.

Winnicott, D. W. (1956). Mirror-role of mother and family in child development. In D. W. Winnicott (Ed.), *Playing and reality* (pp. 111–118). London: Tavistock.

Zhang, T. Y., Chretien, P., Meaney, M. J., & Gratton, A. (2005). Influence of naturally occurring variations in maternal care on prepulse inhibition of acoustic startle and the medial prefrontal cortical dopamine response to stress in adult rats. *Journal of Neuroscience*, *25*(6), 1493–1502.

Zilles, K., Dabringhaus, A., Geyer, S., Amunts, K., Qu, M., Schleicher, A., et al. (1996). Structural asymmetries in the human forebrain and the forebrain of non-human primates and rats. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 20(4), 593–605.

(*) El presente texto, enviado gentilmente por Peter Fonagy para nuestra revista, fue publicado en inglés como el primer capítulo del libro *Mind to Mind: infant research, neuroscience and psychoanalysis*, compilado por Elliot Jurist, Arietta Slade y Sharone Bergner, en 2008, en Other Press. La traducción al castellano estuvo a cargo de Eleonor D. de Pastor.

(**)

Peter Fonagy es académico de la University College London, tiene ahí el cargo de honor en memoria de Sigmund Freud, el así llamado Freud Memorial Chair y dirige la Psychoanalytic Unit (Unidad Psicoanalítica) para estudiantes de doctorado.

Es coordinador de investigación en el Anna Freud Centre (London) y en esta posición, sucesor de Anna Freud y Joseph Sandler.

Es vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Internacional, así como coeditor de varias revistas especializadas, por ejemplo *International Journal of Psychoanalysis*, *Development and Psychopathology* y el *Bulletin of the Menninger Clinic*.

Junto con Mary Target es el creador de la teoría de la mentalización.

Ha recibido multitud de premios honoríficos y es considerado uno de los psicoanalistas más importantes de la actualidad, que ha tendido puentes con la teoría del apego, los estudios del desarrollo, las neurociencias y la psicología cognitiva.

Ha publicado más de 300 trabajos, desde 1982 hasta la fecha. Es autor de más de 150 capítulos publicados en distintos libros. Es coautor o compilador de 20 libros.

Puede verse su curriculum (no actualizado) en:

http://www.ucl.ac.uk/psychoanalysis/unit-staff/peter_cv_august_2007.pdf

Mary Target

Es psicoanalista y psicóloga clínica.

Profesora de psicoanálisis en UCL y directora de estudios teóricos de psicoanálisis en MSc

Directora del Centro Anna Freud en Londres, es también académica y coordinadora investigadora del doctorado en psicoterapia infanto-juvenil de dicha institución.

Es fellow del Instituto de Psicoanálisis y profesora asociada en la Yale University.

Es autora de más de 60 trabajos publicados en diversas revistas y autora o coautora de 6 libros.

Ha escrito más de 40 capítulos, publicados en diversos libros.

Junto con Peter Fonagy es creadora de la teoría de la mentalización.

Puede verse su currículum (no actualizado) en internet.

