

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

**FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
SEDE BUENOS AIRES**

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DE DOCTORADO

AÑO 2013

TESIS DE DOCTORADO

TEMA:

MANIFESTACIONES	VINCULARES	Y
TRANSFERENCIALES	DE LO	TRAUMÁTICO
ANCESTRAL:		
LA ESCENA TRANSGENERACIONAL TRAUMÁTICA.		

Doctorando: RICARDO JUAN REY MD

Facultad de Medicina, Fundación H.A. Barceló

reyricardo57@gmail.com

DIRECTOR DE TESIS

Prof Dr Roberto Losso.

Médico especialista en Endocrinología y Psiquiatría. Doctor en Medicina (Universidad de Roma), Profesor adjunto consulto de Psiquiatría de la UBA, ex Profesor Adjunto de Psiquiatría UBA, Psicoanalista miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina con función didáctica, Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica Internacional, Coordinador del departamento de Investigación Psicoanalítica en Pareja y Familia de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Miembro titular de la Asociación Argentina de Psicoanálisis de Pareja y Familia y Miembro titular y secretario de relaciones exteriores de la Asociación Mundial de Psicoanálisis de Pareja y Familia. Director de la Especialidad en Abordaje Psicoanalítico de Pareja y Familia APA-CAECE.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos 20 años la indagación psicoanalítica se ha enriquecido con los aportes del estudio de la intersubjetividad. El psicoanálisis de pareja, familiar y de grupo ha aportado nuevas teorías a la investigación psicoanalítica. Una consecuencia saludable es que ello permitió nuevas aproximaciones a temas controvertidos de los tratamientos psicoanalíticos individuales.

El concepto de la existencia de una transmisión transgeneracional que explica - por la presencia de condicionantes ancestrales- comportamientos, sufrimientos e ideas peculiares del paciente que se encuentra realizando un tratamiento psicoanalítico individual fue siendo construido a lo largo de los últimos años con los aportes de diferentes psicoanalistas.

Entre los primeros aportes en este campo podemos citar los trabajos de Nicolás Abraham y María Torok sobre la cripta y el fantasma y los importantes aportes de René Käs en Francia sobre el pacto denegativo familiar, y la figura del portavoz y porta enfermedad en el seno de las familias.

Ha sido de radical significación el aporte de P.C. Racamier con sus conceptos de exportación del duelo y de perversión narcisista.

En Argentina citaremos los trabajos pioneros de Roberto Losso, Haydeé Faimberg y de Isidoro Berenstein. En los últimos años, como aportes más recientes se agregaron los trabajos de Alberto Eiguer, S. Tisseron y Silvia Gomel entre otros.

Sigue siendo objeto de discusión hasta el día de hoy de que manera ocurre el pasaje transgeneracional y que rol juegan los mecanismos identificatorios en dicho pasaje. Mi trabajo se propone la indagación de los mecanismos de pasaje transgeneracional y el estudio de la dinámica de las identificaciones en pacientes con ancestros que han atravesado por situaciones traumáticas.

Ello nos ha llevado a circunscribir nuestra indagación de lo transgeneracional a casos en los cuales un ancestro del paciente sufrió una situación traumática, estudiando y desmenuando luego las características de la dinámica transferencial y vincular que surgen en el tratamiento individual del paciente y en sesiones con familiares de los pacientes con el enfermo presente, donde se pone de

manifiesto el resurgimiento repetitivo de lo traumático a pesar de haber pasado varias generaciones y aunque el paciente no haya conocido personalmente al ancestro en cuestión.

Los aportes para la indagación de la transmisión transgeneracional de lo traumático se han visto enriquecidos por los aportes de muchos psicoanalistas que trabajaron con pacientes familiares de víctimas del Holocausto judío en manos de los nazis y del Holocausto armenio en manos de Turquía a principio de siglo. El concepto de stress postraumático se ha visto enriquecido por los aportes que señalan la posibilidad cierta de un pasaje transgeneracional de traumas graves acaecidos a nivel social como catástrofes sociales.

Para el estudio de la interacción entre paciente y analista, nos hemos basado sobre todo en los trabajos de W y M Baranger de 1961 sobre el concepto de campo, con las ampliaciones aportadas en los últimos años por el psicoanalista italiano Antonino Ferro. El analista contribuye a crear un campo continente de aquello “imposible e intolerable a ser pensado” permitiendo de esa manera su emergencia en la sesión, donde es elaborado cortando la cadena de la transmisión transgeneracional de lo traumático.

RELEVANCIA

El tema tiene importancia ya que permitiría hipotetizar y generalizar que en pacientes con ancestros con situaciones traumáticas parte de su problemática está más allá de consideraciones edípicas tradicionales y convencionales y que por ello se requiere de un abordaje terapéutico peculiar. Ello implica tener en cuenta no sólo la historia personal del paciente y los traumas sufridos a lo largo de su vida, sino además los traumas sufridos por las generaciones que lo precedieron.

Siendo el doctorado en Ciencias de la Salud, el tema tiene relevancia respecto del tratamiento y prevención de la enfermedad mental, y de la indagación de las consecuencias alejadas de lo traumático en la dinámica familiar.

PREGUNTA:

¿Cómo se expresa en los vínculos y en la transferencia en una psicoterapia de orientación psicoanalítica un hecho traumático sufrido por un ancestro del paciente?

HIPOTESIS SUSTANTIVA

Los pacientes que presentan ancestros que sufrieron hechos traumáticos presentan ciertas características comunes en la transferencia, ligadas a repeticiones que pueden ser relacionadas con el evento traumático desplegado como escena y transmitido por mecanismos identificatorios, no teniendo relación en forma directa con significados propios angustiantes del paciente. Ello provocará además peculiaridades en sus vínculos familiares con tendencia a repetir los lugares de los protagonistas del drama ancestral histórico, desplegado como escena.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Surgirá en la transferencia y en los vínculos en tratamientos prolongados de psicoterapia de orientación psicoanalítica individual un despliegue escénico que suele involucrar a varios protagonistas de un drama ancestral histórico, pudiendo el paciente y el terapeuta ser colocados en los lugares de diferentes personajes de esa trama fantasmática ancestral.

OBJETIVOS GENERALES

Definir las características peculiares de lo traumático ancestral

Intentar describir los mecanismos de pasaje transgeneracional

Analizar las peculiaridades transferenciales que aparecen en las sesiones individuales y familiares de terapias de orientación psicoanalítica con pacientes con ancestros que sufrieron situaciones traumáticas.

Analizar las peculiaridades vinculares de estas familias

OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar la dinámica de las identificaciones puestas en juego durante el pasaje transgeneracional.

Caracterizar a la escena transgeneracional traumática (concepto propio)

METODOLOGÍA

Universo y muestra: se define como universo a los pacientes sometidos a psicoterapia de orientación psicoanalítica con ancestros que sufrieron situación traumática, se tomará de ellos una muestra de 4 pacientes en tratamiento prolongado en el tiempo, para posibilitar el análisis de cómo se expresa de manera peculiar en la transferencia y en sus vínculos las situaciones traumáticas sufridas por sus ancestros.

Como eje de análisis se tomará la manera peculiar de expresión del duelo, el trauma y la transferencia escénica ancestral traumática en estos pacientes.

Las fuentes de información serán las sesiones de psicoterapia con registros escritos de cada uno de los cuatro pacientes, las sesiones de terapia familiar llevadas a cabo con algunos miembros de las familias de estos pacientes, los registros contratransferenciales del analista en su trabajo en sesión y los aportes de las supervisiones realizadas en algunos de los casos expuestos.

En el análisis de los resultados se efectuará la discusión individual de cada uno de los casos presentados y luego una discusión global de los mismos tratando de aislar denominadores comunes y conclusiones generales.

Luego se compararán las conclusiones a las que llegaremos con resultados obtenidos previamente por otros colegas y publicados en la literatura.

Se pasará revista críticamente a los aportes de diferentes autores que se ocuparon del tema de lo traumático, lo identificatorio y del pasaje transgeneracional en general y del pasaje transgeneracional de lo traumático en particular. Se intentará especular acerca de los mecanismos que permiten el pasaje del trauma o del duelo entre generaciones.

Siendo un trabajo enmarcado en el paradigma de la investigación cualitativa dedicaremos un esfuerzo adicional a la validación del trabajo dentro de los parámetros que internacionalmente son aceptados dentro de este paradigma. Se concluirá con las conclusiones generales a las que arribaremos luego de todo el trabajo anterior.

Se expresarán agradecimientos a quienes han hecho posible y han colaborado para que esta tesis llegue a buen puerto.

Finalmente se citará la bibliografía utilizada.

PRESENTACION Y DISCUSIÓN INDIVIDUAL DE LOS CUATRO CASOS PRESENTADOS

CASO Nº 1

Motivo de consulta

La paciente a la que llamaremos Elvira consulta y comienza su terapia psicoanalítica con diván con una frecuencia de dos veces por semana a los 42 años. Su tratamiento fue sugerido por su médico clínico ya que presenta un cuadro de fatiga crónica de tres años de evolución. El motivo de su derivación es que su médico personal sospecha y considera que hay condicionantes psicológicos importantes en su padecer físico.

Cuando comienza con su fatiga crónica ella, que es médica, se encontraba realizando tareas de investigación básica en un instituto de investigación dependiente del Consejo Nacional de Investigación, Ciencia y Tecnología. Por su afección, presenta marcados dolores musculares y articulares, aumento brusco de peso de 25 kg en pocos meses, insomnio severo, cierta pérdida cognitiva leve (trastorno en la memoria para recordar nombres sobre todo), una debilidad muscular notable que le dificultaba por ejemplo

subir escaleras, y además una hipersensibilidad con intolerancia a los olores.

Al comienzo, la afección fue interpretada como una intoxicación producida por los solventes orgánicos con los cuales trabajaba, sobre todo tolueno, por ello abandonó sus tareas laborales. Después de recorrer muchos médicos se le hace el diagnóstico de fatiga crónica. Ante la falta de respuesta a los antidepresivos y a otros tratamientos instaurados llega al tratamiento psicoanalítico. Luego durante el transcurrir de su análisis, surgió con claridad una enfermedad de Sjögren, por la aparición de dolores articulares y ojo seco y se consideró a su fatiga crónica como un pródromo de dicha afección lo que está descrito en la literatura.

En esa primera entrevista impresiona una paciente obesa, con un habla algo entrecortada, y con quejas somáticas múltiples. A pesar de sus impedimentos físicos impresiona con mucha energía mental.

Antecedentes familiares y personales

En lo que respecta a la historia personal, Elvira era la mayor de dos hermanos. Su hermano cinco años menor es abogado y está casado y tiene dos hijas pequeñas. Los

padres de Elvira han fallecido y ella ha permanecido viviendo en la casa paterna, mientras que su hermano edificó para él una casa en el fondo de dicha vivienda. La relación con su hermano es cordial y Elvira manifiesta mucho afecto por sus dos sobrinas.

Elvira se recibió de médica a los 26 años, ingresó inmediatamente a una residencia de Pediatría en un prestigioso sanatorio, pero según cuenta huyó de la residencia en la primera guardia cuando le indicaron que tenía que intubar a un niño severamente enfermo (“pensaba que el tubo endotraqueal le iba a reventar las cuerdas vocales y que no iba poder hablar más en la vida.... Me puse a llorar y me fui de la guardia en un taxi”).

A partir de este episodio se dedicó a la investigación. Durante los años de estudiante ella se costó los estudios trabajando como técnica de investigación de un laboratorio estatal en Buenos aires. Llamativamente cuando llegó al análisis seguía con dicha categoría laboral y ello representaba su único ingreso real. A pesar de haber trabajado más de 10 años en investigación neurológica nunca intentó ingresar como médica a la carrera de investigador, lo que hubiera sido un paso lógico luego de su

graduación universitaria. Ello era algo altamente bizarro ya que contrastaba con el hecho de que contaba con más de 10 trabajos científicos originales de investigación publicados en revistas internacionales prestigiosas siendo ella la autora principal.

Al interrogarla sobre su vida afectiva relata que sólo había tenido una pareja durante unos 6 meses. Esta pareja era un extranjero que había concurrido al Instituto donde ella trabajaba a efectuar una pasantía como becario de investigación. Con dicha pareja había tenido por primera vez relaciones sexuales, cuando tenía 32 años. Cuando terminó la beca, al tener que regresar a su país de origen, él la invita a dejar Argentina y vivir con él, pero ella no aceptó. Por entonces, sus padres aún vivían, su padre ya estaba muy enfermo en diálisis por una falla renal crónica y ella vivía con sus padres. No tuvo otras parejas, durante algún tiempo mantuvo un vínculo amoroso con una persona casada pero en una relación que duró sólo pocos meses. Si tenía muchos amigos, con los cuales tenía una relación muy solícita, era capaz de abandonar lo propio para darles cosas a sus amigos y vivía pendiente de sus necesidades.

La historia de Elvira con sus padres queda signada por un acontecimiento trágico. Elvira se llama en realidad, Elvira Luisa. Al preguntarle el porqué de su nombre afirma que le pusieron el nombre Elvira porque le gustaba a su mamá y Luisa por su hermano fallecido, llamado Luís. Este hermano era 8 años mayor que ella y murió trágicamente dos años antes del nacimiento de Elvira, cuando tenía casi 6 años. La muerte es contada como un accidente, el hermano iba por la calle de la mano de la madre, se desprende de ella, cruza la calle y es arrollado por un camión militar que pasaba por el lugar.

Con el correr de las sesiones fuimos capaces de reconstruir una nueva versión de lo ocurrido. Aparentemente los abuelos paternos vivían cerca de la casa de los padres de Elvira y frecuentaban mucho a los padres y a su hermano Luís.

En particular el abuelo paterno tenía una relación muy intensa con Luís. Cuando Luís tiene 5 años este abuelo enferma de un cáncer de larínge (era fumador) y muere a los pocos meses de complicaciones de dicha enfermedad.

Ello provoca un cuadro de depresión generalizado en la familia. Al parecer el niño Luís estaba muy preocupado y deprimido por la ausencia de abuelo, y cuando sólo había

transcurrido un mes de dicha muerte ocurre el acontecimiento trágico de su accidente. No había ningún motivo para que Luís cruzara la calle sin mirar, y sabía que ello era peligroso y que podía morir si lo atropellaba un auto. De ahí surge la hipótesis de un suicidio infantil, con la fantasía de reencontrarse con su abuelo mediante su muerte. Luego de la muerte de Luís ambos padres quedan devastados. En particular la madre que se hecha la culpa del accidente y que recibe el reproche de negligente de parte del padre de Elvira. Interpretamos que la madre no se perdonaba que su hijo hubiera preferido la muerte como el abuelo a permanecer junto a ella.

La madre de Elvira recibe el consejo médico de tener rápidamente otro hijo, de ese consejo médico nace Elvira, casi dos años después de la muerte de Luís. Elvira recuerda que durante sus años infantiles la casa era un verdadero santuario con fotos de Luís por todos lados y velas prendidas. Elvira sentía que tenía una tarea extremadamente difícil ya que debía intentar rescatar a sus padres de tamaña depresión y competir con un hermano muerto que era perfecto en el recuerdo de sus padres.

La madre presentó un cuadro de depresión ansiosa muy grave con severa obesidad que la acompañó a lo largo de su vida, falleciendo de complicaciones de su diabetes tipo II cuando Elvira tenía 38 años. La madre era hija única y sus padres murieron, el abuelo cuando Elvira tenía 8 años y su abuela cuando Elvira tenía 15 años. La mamá refería que ella era muy feliz hasta que había conocido a la familia paterna.

El padre presentó en la infancia de Elvira varios intentos de suicidio, dos de ellos de gravedad, en uno se cortó las venas y en otro lo encontraron dentro del horno con el gas prendido. Requirió una internación psiquiátrica breve y con los años desencadenó una hipertensión maligna con diabetes que le produjo una insuficiencia cardíaca severa y una insuficiencia renal crónica que requirió tratamiento dialítico. Falleció cuando Elvira tenía 34 años. Por lo cual los primeros ocho años después de recibida, Elvira estuvo muy abocada a manejar y resolver todas las complicaciones de la enfermedad de su padre.

Elvira refiere sobre su padre que su abuela paterna era depresiva. Su abuela **también había perdido un niño** que había muerto a los 4 años por un falso crup con asfixia y

había quedado ciega por diabetes y se había suicidado finalmente con cianuro. Había tenido previamente varios intentos de suicidio.

Durante la infancia de Elvira el padre tuvo un periodo de infidelidad, ella recuerda hasta encontrar al padre en el colectivo con otra mujer. También el padre tuvo episodios violentos en los que quiso incendiar la casa con ellos adentro.

El papa trabajaba de pintor de obras pero era más culto que su esposa y tenía mucha preferencia por Elvira a quien le enseñaba a leer y escribir a los 3 años y a los 7 años le había enseñado a resolver raíces cuadradas. La mama era “la burra” y ella la inteligente. La locura del padre se atenúa cuando nace el hermano menor de Elvira a quien llaman Carlos Luís (recibiendo -también él- el nombre del muerto).

El hermano fallecido se llamaba Luís Ignacio (este último era el nombre del padre de Elvira), y Elvira dice que todos recordaban de su hermano Luís que tenía dificultades en la dicción, pronunciaba mal las palabras.

Evolución a lo largo del tratamiento

A lo largo de su análisis se va perfilando un peculiar lugar transferencial. Simplificadamente, uno podría decir que

correspondía a una tendencia pertinaz de la paciente a decepcionar a todos. Todos los que rodeaban a Elvira (incluyendo el analista) percibían su gran capacidad de trabajo y su inteligencia sobresaliente, sin embargo los resultados con respecto a progreso en su vida material, económica y de pareja eran nulos. Vivía sola en la casa de sus padres con penurias económicas por sus magros ingresos. Había una verdadera compulsión a la repetición en esa tendencia de generar inmensas expectativas y luego defraudarlas.

Se fueron logrando a lo largo del análisis una serie de hitos positivos:

- a) Abandonó el instituto de investigación y se trasladó a otro instituto especializado en investigaciones referidas al habla y al análisis del discurso.
- b) Cursa varias materias en la facultad de Letras relacionadas con la lingüística y el análisis del discurso.
- c) Aprende la lengua de señas y trabaja con sordos
- d) Consigue una concurrencia en un hospital psiquiátrico y se dedica a psiquiatría infanto-juvenil, abre un servicio psiquiátrico para atender sordos.

- e) Se transforma en una referente dentro de la comunidad de los sordos.
- f) Comienza a cursar y termina su curso de Psiquiatría.
- g) Publica varios trabajos en revistas internacionales sobre análisis del discurso en sordos y en psicóticos.
- h) Desarrolla una veta artística dedicándose a la escultura, estudiando durante tres años y realizando obras de valor estético en arcilla.

A pesar de todos estos logros que ocurren durante el análisis, continúa sola y viviendo de sus únicos ingresos como técnica de investigación, aunque ello le significa privarse de muchas cosas aún de libros indispensables para sus propias investigaciones. Todos sus amigos y las personas de su entorno se desesperaban al ver su gran talento y al mismo tiempo la imposibilidad de modificar aspectos económicos y laborales en su vida. Su hermano le dice que cuando piensa en ella, le viene a la memoria el personaje de Antígona.

En una de las sesiones cuando ya llevábamos 4 años de análisis y luego de fracasos reiterados al sugerir que tenga su propio consultorio y atienda pacientes, en forma privada

para mejorar sus ingresos tuve la sensación contratrasferencial de “no se puede hacer nada con Elvira”. Al rescatar dicha vivencia me pregunté a mí mismo quién era la que no había podido hacer nada. La respuesta surgió con claridad, la que no había podido hacer nada era la mamá, cuando el hermano decidió inmolarse. También la abuela paterna, que no había podido salvar al niño que murió con falso crup. Era claro entonces que la escena transgeneracional se repetía en la sesión. Yo representaba a la madre desesperada por sus intentos infructuosos de retener al hermano en la vida, y ella estaba identificada con su hermano deprimido por la muerte del abuelo y decidido a su autoaniquilación, un hermano que nos soltaba la mano cada vez que queríamos llevarlo hacia un sitio de crecimiento vital.

Se fueron esclareciendo otros elementos de la historia vital significativos, su deseo de cuidar y trabajar con niños, su trabajo con niños sordos (¿los que no escuchan a sus madres cuando les advierten peligros?), su huida de la residencia al tener que efectuar la intubación laríngea (el cáncer de laringe del abuelo), las dificultades de dicción del hermano (el estudio de gramática y lingüística).

Del progresivo esclarecimiento de estos hechos, fue surgiendo su identificación con la madre culpable, que no había podido hacer nada, y fue así posible ir rompiendo su inercia mantenida durante años. Decidió abrir un consultorio psiquiátrico en su casa para atender a sordos y a pacientes en general, con lo cual mejoró su standard de vida y sus ingresos. Pudo vincularse con una institución de psiquiatría de la cual le derivaban pacientes y podía presentar sus casos y discutirlos con colegas.

Adendum

Finalizado el análisis de Elvira, 8 años después de su conclusión solicita una nueva entrevista y concurre apenada y derrumbada por la muerte súbita de su hermano Carlos de 45 años. Los pormenores de esta muerte son significativos para la intelección de las características familiares y su repetición a lo largo del tiempo. Carlos sale a hacer aerobismo con su hijo y se cruza con una rata, a la que intenta patear, golpeándose el pie contra la pared, sufriendo una fractura del pie izquierdo. Por la fractura le colocan una bota de yeso. A los pocos días refiere cierta falta de aire. Elvira como médica se alarma y le dice que debe consultar al médico enseguida. En dos ocasiones ella le pide que

concurra al médico, el hermano consulta a dos traumatólogos que le dicen que todo está bien. Llamativamente si bien Elvira pensaba en una embolia de pulmón no lo envió a un clínico, ni siquiera al clínico prestigioso que le diagnosticó su fatiga crónica. A los seis días, en su casa el hermano presenta una muerte súbita por tromboembolismo pulmonar. Nuevamente Elvira aparece como la que no puede hacer nada ante la muerte de “un niño” en este caso su hermano menor.

Discusión del caso N°1

El impacto generado por este caso fue profundo ya que desencadenó en mi reflexiones acerca de la repetición transgeneracional de episodios traumáticos ancestrales constituyendo escenas de las cuales el paciente ni siquiera fue testigo. Intenté dar cuenta de esta peculiaridad con el concepto propio de “Escena ancestral traumática”.

La trama transgeneracional parece anudarse como una cinta sin fin: ¿Dónde comienza la tragedia, en la no elaboración de la muerte del hermano de Elvira, Luís o en la muerte del tío de Elvira, muerto por el falso crup? (parafraseando a Borges, “que Dios detrás de Dios la trama empieza”)

Es extraordinario como el significativo relacionado con la asfixia y la palabra regresa en la huída de Elvira de la residencia por su fantasía de “destruirle al laringe al bebé”, su ulterior interés por el discurso y su análisis, las dificultades de dicción de Luís su hermano muerto, los intentos de suicidio de su abuela y su padre (con cianuro que asfixia, con el horno), el cáncer de laringe del abuelo paterno, el interés de Elvira por los que no pueden hablar (sordomudos).

Otro aspecto relevante es la reiteración por la cual dos mujeres, la abuela paterna y la mama de Elvira pierden sus primogénitos varones trágicamente en ambos casos por aspectos relacionados con la laringe (el crup, el cáncer del abuelo). Elvira no teniendo hijos parece ponerse al margen de dicha herencia trágica, pero la muerte absurda del hermano en la que otra vez “no se puede hacer nada” nos plantea la persistencia de lo transgeneracional. Elvira me dice “era mi hermanito menor, yo lo cuidaba como una madre”

Tanto Elvira como probablemente su padre son hijos que nacen para suturar la herida dejada por la muerte trágica de otro hijo. Siendo lo habitual en estos casos las dificultades para sostener la vida propia y al mismo tiempo tener que dar

vida al muerto para sostener a los padres devastados. Creemos que ello se relaciona con aspectos de la enfermedad somática de Elvira (su fatiga crónica y su enfermedad de Sjögren) mediante la cual ella puede mantener un splitting por el cual mientras una parte se mantiene activa y creativa, otra parte se comporta como muerta y discapacitada (identificada con su hermano muerto?)

Terminamos nuestra presentación refiriéndonos al concepto de lo trágico como destino. Ello nos ha llevado a revisar la saga de personajes históricos con destino trágico como Edipo, Antígona, Moisés, Jesús, Hamlet. Encontramos como sinónimos de lo trágico, lo desgraciado, lo funesto, lo infausto, lo lastimoso, lo horrible, lo siniestro, lo nefasto, lo fatídico, lo azaroso, lo ominoso. Dice Marcela Villavella: “En la tragedia, el sujeto se posiciona frente a su vida como a un destino ya marcado, a una condena inmodificable. No se cuenta dentro de ese drama más que pasivamente. No se historiza, no acepta que el trabajo de transformar el destino es a expensas de transformarse a si mismo.”

Santiago Kovadloff afirma que la tragedia surge allí donde la necesidad de sufrimiento y del fracaso resultan

incomprensibles, irremediables, irreparables e inapelables. Lo trágico surge, afirma por el choque de dos verdades igualmente sólidas e inconciliables, trágico es aquel que camina hacia el fracaso mediante la ejecución de su aspiración más pura. Hay algo en la consumación del sino trágico que conlleva la propia destrucción del héroe. En la tragedia, la culpa colectiva recae sobre el individuo. El paga en la singularidad de su persona por un delito que lo rebasa. El héroe trágico nació para ser negado, representa algo inviable que no debe sino desaparecer.

Bollas diferencia el destino de la fatalidad. El destino para él es el potencial de la vida propia que requiere ser consumado. Puede ser alterado por la interpretación que el héroe hace del mismo. Es el curso del propio ser genuino a través de los distintos tipos de relación de objeto. Hay en el destino cierta sensación de gobernar el propio rumbo.

La fatalidad es el reconocimiento de un poder que determina el resultado de los sucesos antes que ellos ocurran. Es oracular. Es irracional: El síntoma es oracular: La persona siente que su propio ser genuino no ha sido descubierto ni facilitado en una experiencia vincular vivida. No puede dar cumplimiento a su idioma interior. Hay una desesperanza de

poder influir en el curso de la propia vida. La persona subyugada por una fatalidad sólo devuelve en eco la ley de la madre, del padre o del contexto socio-cultural que oprime al propio ser. No puede convocar futuros.

Regresando a nuestro caso me pregunto: ¿Surge lo trágico en la historia de Elvira cuando no se puede conjurar el mandato vital oracular con una identificación intensa con ciertos rasgos maternos, por ser ambas la identificación y el mandato claramente incompatibles?

Explico: al ser Elvira una hija de sutura el mandato oracular será: “enterrarás a tu hermano haciendo que olvidemos su muerte, pero manteniendo en vos una parte muerta que será él”. La identificación con la madre gira en torno a la frase “no se puede hacer nada”

Elvira queda atrapada entre ambas opciones: por un lado empujada a poderlo todo, y por otro lado a no poder hacer nada, el quiebre psicossomático creo viene a dar cuenta de esta escisión.

En la tragedia el propio yo es un dilema insoluble. Elvira no puede renunciar al mandato oracular familiar sin sentir que pasa a ser nadie en tanto que no sostenida si no cumple con el destino que el oráculo familiar le señala.

CASO N° 2-

Motivo de consulta

La paciente a la que llamaremos Nélide tiene 27 años. Consulta por un cuadro severo de dos años de evolución caracterizado por pasar largas horas del día en su casa acostada, durmiendo, con el teléfono desconectado, sobre todo durante la mañana y la tarde, mejorando recién al anochecer cuando su esposo regresaba de su trabajo. Estos estados aparecen cuando se enfrenta con la decisión de llevar a cabo sus actividades laborales o estudiantiles, y están precedidos por lo que ella llama su “ataque de mal humor”, que precipita sus prolongados momentos de dormir durante el día.

Nélide estudia Medicina, está en 6to año de su carrera, el cuadro actual comenzó cuando estaba cursando cirugía y debe concurrir al quirófano. En estos últimos dos años ha rendido pocos finales. Previamente era una alumna constante con un promedio de 7 puntos. Se ha casado hace dos años con Nicolás. Nélide tiene un trabajo simple referido al cobro de algunos alquileres para terceros lo que le insume pocas horas semanales pero su estado ha impedido que

pueda sostenerlo con éxito. También le resulta difícil mantener la limpieza y el orden de su casa.

Durante estos dos años fue tratada por una psicoanalista de experiencia durante tres meses pero abandonó el tratamiento. Simultáneamente, fue medicada por un psiquiatra con paroxetina con diagnóstico de depresión unipolar pero sólo la tomó pocos meses. Luego concurre a otro psiquiatra que la cataloga de depresiva y la medica con fluoxetina y con modafinilo. Nélide efectúa una psicoterapia cognitiva semanal con dicho profesional durante un año sin que el cuadro sufra modificaciones sustanciales.

Nélide es una joven atractiva con muy baja autoestima, con una subestimación de sus propios logros estudiantiles. Su comunicación en las sesiones es dificultosa y escasa. Por momentos, se oculta bajo su cabellera rubia. Impresiona muy desanimada por el agobio que representa para ella su enfermedad. Al preguntarle a Nélide por su vocación médica afirma que estudia medicina por su deseo de ser médica forense.

Ante los antecedentes del caso decido iniciar una terapia con una frecuencia de dos veces por semana con Nélide (psicoterapia de orientación psicoanalítica individual). Al

mismo tiempo se instaura un dispositivo familiar intensivo por el cual tengo en un lapso de un mes 4 entrevistas con la paciente y con su esposo, seis entrevistas con la paciente y su madre. Intenté tener entrevistas con su abuela materna pero fue infructuoso por la edad avanzada de ella y su negativa a efectuarlas.

Antecedentes familiares y personales.

La familia de origen de Nélida está formada por la mamá (Ana), un hermano 5 años mayor que ella, abogado, la tía de Nélida (hermana de la madre, soltera, en pareja y sin hijos) y la abuela de Nélida de 85 años con cierto deterioro senil. El padre de Nélida era policía y murió cuando ella tenía 7 años en un accidente automovilístico. Nélida tiene dos hermanastras hijas de un anterior matrimonio de su padre.

Las entrevistas con el esposo

Nélida está casada desde los 25 años con Nicolás, que es un ingeniero en sistemas que mantiene el hogar con su trabajo. Fue Nicolás el que insistió en que se casen y Nélida me cuenta que ella se ocupó muy poco de su boda, delegando la organización en su marido y en su tía. Cuando Nélida se

casa su tía le regala el departamento en el que viven (pero continúa hasta hace pocos meses a nombre de la tía).

Nicolás, es un hijo único, sus padres se separan cuando tiene un año, y meses después su padre que es policía de tránsito es asesinado por el conductor de un camión, que lo atropella adrede. (está información es relevante ya que el padre de Nélide también es policía y muere en forma brusca). La madre de Nicolás es una enferma bipolar mixta que ha requerido internaciones psiquiátricas. Nicolás fue muy dependiente de su madre y sufrió antes de la enfermedad de su esposa de severos ataques de pánico que mejoraron con psicoterapia psicoanalítica.

Nicolás se muestra comprensivo frente al padecer de su esposa por reciprocidad con ella que soportó sus ataques de pánico previos, pero por momentos se muestra agobiado por la situación de su mujer y por su destino de estar nuevamente con una enferma emocional como su madre. Reconoce querer mucho a Nélide, está junto a ella desde los 17 años (tiene 28 años). Está preocupado por la carrera de Nélide y por que ella no trabaja ya que debe afrontar solo los gastos de la enfermedad de su madre y de su esposa.

Respecto de la familia de su mujer dice “que están todos locos”. La pareja es muy dependiente de la familia de Nélide con la que comparte mucho de su tiempo libre, aún sus vacaciones. Al preguntarle la índole de la locura de la que él hace mención afirma que Nélide es dejada de lado, denigrada y humillada por su madre, en combinación a veces con su hermano, a veces con su tía y que en otros momentos Nélide es blanco de ataques incomprensibles de parte de su madre, en particular cuando tiene logros positivos. Describe a la familia como permanentemente intrigante respecto del tema del dinero, “viven siempre desconfiando que alguno se quedará con los bienes de otro”. Cuando le preguntamos que tipo de apoyo ha recibido él de parte de la familia de Nélide debido a su enfermedad, afirma que no lo han ayudado económicamente (a pesar de poder hacerlo) y recuerda que un día que Nélide estaba muy mal y hasta tenía ideas de muerte, el llamó a su suegra desde su trabajo para pedirle que caminara dos cuadras para estar con su hija, y la madre le contestó que no podía hacerlo porque “estaba esperando al paseador del perro”.

Al describir a Nélide refiere que le llama la atención su poca confianza y autoestima. Refiere haberse enterado por Nélide

que la abuela de su esposa engañaba a su marido con otros hombres y que llevaba a sus hijas (la madre y la tía) a sus citas con sus amantes. Al comienzo de la enfermedad de Nélide, Nicolás tuvo que soportar que le echaran reiteradamente la culpa a él del padecer de su esposa.

Las entrevistas con la madre. La infancia de Nélide

Al comienzo en las entrevistas con la madre y la paciente intentamos recolectar información acerca de los años infantiles de Nélide.

La madre de Nélide (Ana) afirma que ella se iba a casar con otro hombre (un ingeniero) pero sufre un robo en su casa y al hacer la denuncia policial conoce al padre de Nélide que era un oficial de la policía. Este hombre era un joven de 34 años, viudo con dos hijas mujeres de 8 y 10 años. Luego de un año de noviazgo se casan y ella se hace cargo de la crianza de las dos niñas. Dos años después nació el hermano de Nélide y luego Nélide que es la menor.

Nélide tiene buena relación con sus hermanastras, sobre todo estaba muy apegada a la menor de ellas. De niña Nélide sufre de estrabismo severo y de cierta malformación ortopédica en los miembros inferiores que obligan a efectuar

tratamientos médicos crónicos. Era el padre el que siempre se encargaba de llevarla a los médicos. A los 14 años fue operada del estrabismo en Italia, resolviendo su problema. De la entrevista vincular surge que el padre de Nélide era comisario en la época de la dictadura militar argentina y que estaba deprimido y consumía bastante alcohol los meses previos a su muerte. Solía manejar siempre a alta velocidad y sufría muchas presiones laborales. Fallece en un accidente al chocar contra una columna de alumbrado, algunos testigos afirman que el auto fue tocado por otro vehículo, con el cual estaba corriendo carreras en la vía pública. Ingreso al hospital aún vivo y murió en quirófano al intentar operarlo. Al morir el padre, la madre (a pesar de contar con suficientes medios económicos como para reorganizarse por si sola) convoca a su madre y a su hermana que se mudan a la casa de Nélide. Aparentemente la abuela asume gran parte del control de la casa de manera tiránica lo que precipita el alejamiento de las dos hijas mayores del padre en poco tiempo, dejando a Nélide aún más sola al perder el apoyo de su hermanastra menor. Cuando muere el padre de Nélide la organización económica de la familia queda a cargo de la abuela y de la tía. Nunca se

realiza la repartición legal de la herencia entre los hijos y la esposa. (si con las hijastras) Ello permite que hasta el día de hoy se especule económicamente con dichos bienes y no queda claro cual es de cual, lo que estimula el espíritu conspirativo de la familia y mantiene el tiempo como congelado.

En las sesiones vinculares con la madre de Nélide y con la paciente, surge que la primera esposa del padre se llamaba Daniela (se señala que suena parecido a Nélide). Aparentemente esta mujer muere a los 34 años de un cáncer colónico del cual fue operada, pero sucumbe por las metástasis en un tiempo breve. El padre de Nélide estaba muy enamorado de esta mujer y la madre de Nélide me cuenta que durante unas relaciones sexuales su marido la llama con el nombre de su esposa fallecida. Nélide recuerda que en su infancia era frecuente que su padre la abrazara junto con su hermano y les pedía “que no crezcan nunca”

Los antecedentes ancestrales

En las sesiones compartidas con Nélide y con su madre se van abordando las características peculiares de la familia materna. La abuela de Nélide es de origen austríaco,

provenía de una familia de clase media acomodada y huyen de Europa antes de la guerra. Se instalan en el sur de Argentina. Tienen 5 hijos, la abuela de Nélida es la menor. La madre de Nélida refiere que su madre era “la oveja negra de la familia, estaba peleada con todos los otros hermanos”.

Aparentemente la abuela de Nélida era la preferida de su padre, quizás por ser rubia y de ojos claros (aparentemente sería parecida a la madre de su padre, que había quedado en Austria), en cambio sus otras hermanas mujeres eran morochas como la madre (la bisabuela de Nélida).

Se genera así una situación de privilegio de parte de la abuela de Nélida pero que la condena a la segregación respecto del resto de la familia. Las hermanas mujeres mayores de la abuela habían recibido una educación en colegios alemanes pero la abuela de Nélida recibe una educación de menor jerarquía.

Luego de la adolescencia las hermanas mujeres mayores de la abuela habían efectuado casamientos “convenientes” con profesionales ingenieros y la abuela de Nélida se casa con un enfermero. La abuela mentía frente a otras personas diciendo que su marido era ingeniero. Luego la familia se traslada al gran Buenos Aires. El enfermero trabajaba todo el

día para mantener a su esposa y a sus dos hijas. La abuela de Nélide lo engañaba manteniendo frecuentes relaciones sentimentales con profesionales jóvenes (médicos, dentistas o ingenieros). Era usual que la madre de Nélide fuera arrastrada por su madre, que la llevaba a espiar las casas y las esposas de sus amantes. Estos episodios eran muy frecuentes y provocaban que la madre faltara al colegio primario y secundario. En esas escenas tan peculiares, aparentemente la mamá de Nélide debe compartir junto con su madre el destino aciago de quedar excluidas, mientras observan con marcada envidia como las otras mujeres disfrutaban de esos hombres profesionales que les dan dinero, autos y casas lujosas.

La mamá de Nélide recuerda además escenas de su madre con amantes en su propia casa. La abuela competía en juventud, belleza, altura y peso con sus hijas. Aparentemente recibía regalos de sus amantes sobre todo carteras y perfumes importados. Ignoramos hasta que punto el abuelo de Nélide conocía lo que ocurría, él era permanentemente denigrado, tratado como inútil e inservible, y feo (tenía estrabismo como Nélide) a pesar de que su hija reconoce

que era un excelente profesional. La mamá de Nélide me reconoce la difícil situación que implicaba para ella querer mucho a su padre y al mismo tiempo ser cómplice de los amoríos de su madre a sus espaldas. El abuelo de Nélide muere dos años antes del casamiento de la mamá de Nélide.

Construcción interpretativa

La interpretación que hemos hecho es que Nélide queda en el fuego cruzado de identificaciones (colusión identificatoria) propuesta por ambas ramas de la familia. Con respecto a su familia materna se le señala a la paciente que aparentemente para su abuela, su madre, su tía y para ella misma hay un obedecer inconsciente a un mandamiento familiar, una suerte de teorema que dice que dadas dos mujeres una ocupa el lugar de la exitosa y otra el de la denigrada. No se concibe que dos mujeres puedan ser exitosas simultáneamente. Los denigrados sólo pueden efectuar ataques envidiosos a los exitosos. La severa merma en la autoestima de Nélide está en relación con que ante sus éxitos su madre responde con ataques envidiosos denigratorios que ella toma como verdades acerca del valor de su propia persona.

Por momentos Nélide ocupa el lugar de su abuelo materno (estrábico, enfermero) y por lo tanto queda expuesta a la denigración y humillación de su madre (ocupando el lugar de su abuela) asociada a su hermano o su tía (ocupando el lugar de la propia madre en la escena infantil de ésta). Dicha denigración tiene lugar a pesar de su excelente desempeño como estudiante.

En otros momentos, Nélide es la mujer envidiada (casada con un ingeniero, profesional, con un lindo departamento en capital), espiada por la madre (acompañada por su hermano o su tía). Ello provoca la percepción distorsionada de Nélide que cree desde pequeña que cada uno de sus logros sólo desata mayor ira y mayor encono de la madre, alejándola de ella. Creemos que ante ello Nélide elige ocupar el rol menos relevante posible, para pasar lo más desapercibida posible (síndrome de autoaniquilación para regular el ataque familiar) llegando al extremo de pasar adormilada la mayor parte del día, buscando con ello poner un freno al rechazo materno. En realidad esto motivaría lo que fue denominada su “depresión”.

Respecto de la rama paterna, creemos que Nélide viene a ocupar el lugar de la primera esposa del padre (Daniela),

como tal es querida especialmente por su padre, que la acompaña a los médicos, como seguramente lo hizo con el cáncer de su esposa. Pero, como tal, Nélida es heredera del gran amor de su padre, un gran amor fallecido que no puede ser olvidado a pesar de los esfuerzos al respecto de la madre de Nélida. Al ser convocada a dicho lugar, Nélida pasa a ser la muerta adorada (pero los muertos no están vivos), y pasa a ser blanco de los celos de su madre, reforzando enormemente y negativamente la escena edípica. Permanecer largas horas casi muerta durmiendo parece entrar también dentro de dicha lógica.

Creemos que el desencadenamiento de la enfermedad durante la cursada de cirugía tiene que ver con el cáncer de colon de la fallecida que fue operada y con la operación del padre de Nélida durante su accidente mortal. Su deseo de ser forense se relaciona con lo policial (el padre) y con el deseo de conocer la causa de muerte (del padre, de Daniela). En la elección de su pareja con Nicolás, prima el hecho de sus destinos similares, ambos con padres muertos y policías, ambos en situaciones poco claras.

La colusión de ambas ramas familiares exige que el tiempo no transcurra, que los “chicos no crezcan” ya que crecer

implica aceptar la muerte de la esposa del padre, y la muerte del padre, e implica revisar la locura de la familia materna (liquidar la herencia, adquirir autonomía de la pareja respecto de la familia materna)

También en este caso tenemos una transferencia escénica ancestral traumática, que se refiere a las escenas en que la abuela y la madre espían con envidia y sumidas en un sentimiento de pobreza los lujos y las riquezas que si pueden lograr las mujeres que se casan con ingenieros (como las hermanas de la abuela).

En el vínculo transferencial se puso en escena en momentos en los cuales ante algún logro positivo de su parte (aprobar una materia por ejemplo) era común que Nélida faltara a la sesión o llegara muy tarde. Ello fue interpretado como intentos de que yo no conociera sus éxitos para modular mis ataques envidiosos. Nélida confirmó que ella le mentía mucho a su madre acerca de sus logros, ya que si su madre notaba que compraba algo para su casa o modificaba algo de su vida para bien (como al adquirir un automóvil) los ataques envidiosos se intensificaban. Se trabajó intensamente con Nélida el hecho de que la madre sólo la

convoca a compartir un sitio de pobreza, mientras que las otras mujeres sólo son las depositarias de la posibilidad de la riqueza. La interpretación movilizó recuerdos infantiles de Nélida que recordó: “estando en la casa materna, teníamos un altillo en el cual lavábamos la ropa en el lavarropas, un día estaba con mi mamá allí, y se veía la parte de abajo en la cual mi hermano veía televisión muy cómodo, y mi mamá me dijo que bien que la pasan los ricos, no como nosotras acá arriba en la pobreza. Los dichos de mi mamá me confundieron mucho, ya que sólo bastaba bajar la escalera para que yo pudiera compartir la supuesta riqueza con mi hermano”

Luego de cinco meses de tratamiento psicoterapéutico personal y vincular Nélida se levanta de la cama, puede estudiar y hasta aprueba una materia Nutrición (elegida entre varias que podía rendir), en su casa se pone a reparar una cortina que estaba rota con todo éxito y me dice que está poniendo su casa en orden. Por su cuenta suspende toda la medicación psiquiátrica y por momentos se la nota motivada para continuar con la indagación de su historia y para construir una personalidad más alejada de los

condicionantes familiares patológicos. También refiere que debe revisar su vocación forense, manifiesta que quizás podría ser pediatra.

Creemos que el abordaje familiar intensivo posibilitó lograr con rapidez una intelección de los condicionantes transgeneracionales y permitió una mayor adherencia al tratamiento de la paciente y de su familia.

Maldavsky (1996) refiere un conjunto de rasgos de carácter caracterizado por la combinación de viscosidad, cinismo y abulia en pacientes que se dejan morir o tienen un núcleo desvitalizante generado por el contacto con un progenitor psicótico. Se produce en estos casos una desinvestidura del yo por el narcisismo y la autoconservación. Tienen una tendencia a disolver todo proyecto vital genuino. El rasgo viscoso del carácter corresponde a la fijación al déspota psicótico impredecible, que solo aspira a la supresión del psiquismo del hijo.

La somnolencia un rasgo marcado en esta paciente es una forma en que se expresa el estado de apatía. Implica una desinvestidura del mundo sensorial que pierde significado , como consecuencia de una hemorragia pulsional, en un nexo vincular en el que impera la disposición a dejarse morir.

Dormir pasa a ser una expresión de la desinversión del yo por la libido narcisista y por la autoconservación. A veces es mediante el uso del alcohol o de la droga que se lleva a cabo ese nexo intercorporal desvitalizante equiparable a un dejarse morir. Las metáforas referentes a los vínculos vampíricos aluden a estas relaciones vinculares desvitalizantes. Se trata de una fijación a un personaje que sólo pretende la aniquilación del paciente surgiendo así la abulia, la inercia y la monotonía. La apatía se relaciona con la retracción psicótica atribuida al progenitor psicótico para el cual el mundo ha muerto y el paciente es parte de ese mundo en el cual la vida se ha extinguido.

CASO Nº 3

El paciente de 33 años al que llamaremos José, concurre a la consulta por un estado de ansiedad permanente y generalizada con contracturas severas en cuello y cabeza, cefaleas intensas, sensación de bolo faríngeo y bruxismo, con agotamiento general. Refiere un zumbido leve en ambos oídos. Es economista y trabaja en una empresa. En su trabajo refiere no hablar con nadie, está receloso casi

paranoide, y está contemplando hasta cambiar de empleo. Me cuenta que desde pequeño ha estado atormentado por síntomas corporales varios, sobre todo cefaleas y ya de más grande de lumbalgias. Por su indefinición crónica respecto a su futuro su novia de tres años de relación lo ha abandonado. Vive sólo en una casa que ha comprado con su propio trabajo, atormentado por su necesidad de solucionar cuanto pequeño problema ocurra en su vivienda.

Cuando le pregunto su nombre completo me dice que su familia es de origen armenio y que su segundo nombre es Sócrates. Por ser un nombre poco habitual le pregunto si algún ancestro llevaba su nombre y me cuenta que así se llamaba su abuelo materno. Este abuelo llegó a Argentina luego de sufrir el holocausto armenio de 1915 y trabajó como profesor en una escuela de la comunidad armenia. Su abuelo murió algunos meses antes de su nacimiento. Le sugiero que quizás él ocupó el lugar de su abuelo fallecido, a lo que me responde afirmando que su madre, su tía materna y su abuela han vivido siempre pendientes de él. De su madre me cuenta que es una persona que vive permanentemente cómo si estuviera ante una situación peligrosa e incontrolable.

Cuando era muy chiquito su madre le ha contado que él lloraba mucho y que ella no lo podía calmar.

De su familia paterna refiere que el padre es comerciante, ya retirado, y que vive de su jubilación y trabaja algunas horas en una oficina de un amigo. Me dice que el padre siempre se presenta como abnegado, sacrificado, y víctima en todo lo que hace aún cuando fuera ostensible que le estaba yendo económicamente muy bien. Me cuenta que su padre tiene celos patológicos con respecto a la madre, celos muy enfermizos me dice, aún de sus más íntimos amigos.

El abuelo paterno sufrió también el holocausto armenio, y también fue el único sobreviviente de su familia. Me cuenta al respecto que “caminó muchos kilómetros bajo la nieve soportando el peso del hermano, hasta que se dio cuenta de que su hermano había muerto de frío y que el cuerpo de su hermano muerto lo protegió a él para que él mismo no sucumbiera”. Aparentemente el cuerpo de dicho hermano muerto quedó en una cueva, mientras continuaban huyendo hacia el Líbano para evitar ser alcanzados por las tropas turcas.

José me cuenta además que su vocación es la música, que toca la batería y que su padre era ejecutante de un instrumento armenio de percusión.

Decido comenzar una terapia de orientación psicoanalítica con José con una frecuencia de dos veces por semana. Al mismo tiempo le digo que me gustaría encontrarme con la madre y la tía ya que me interesaría conocer más respecto de su abuelo Sócrates. El paciente accedió a ello y con facilidad se concretaron algunas entrevistas con la madre y la tía.

ENTREVISTA FAMILIAR

Cuando me encuentro con ambas mujeres les pedí que me contaran la historia del abuelo de mi paciente. Me contaron que ellas nunca habían escuchado la historia de boca de su propio padre, ya que nunca quería hablar del pasado, pero sí a través de amigos de su padre luego de su muerte. Nunca le habían contado esta historia a mi paciente porque lo consideraban muy joven para conocerla. Entre otras cosas me enteré que el abuelo Sócrates, no se llamaba originalmente así, sino que dicho nombre le fue agregado cuando tenía pocos años de vida, porque un médico de ese

nombre lo había salvado cuando estuvo en un estado muy crítico a punto de morir por una gastroenteritis

Los bisabuelos de mi paciente vivían en una comunidad armenia dentro de Turquía. Eran de clase social alta con 7 hijos, dos de ellos estudiando en el extranjero en el momento de producirse el genocidio. Por entonces Sócrates tenía unos 17 años. Cuando los turcos irrumpen en la población en la que residían, los dos hijos varones mayores profesionales fueron decapitados. El bisabuelo con su esposa, dos hijas mujeres y Sócrates sabían que el destino que les quedaba era el destierro, la muerte posible y la probable violación de las mujeres. El bisabuelo le entregó a Sócrates una bolsa con dinero y con fotos de la familia y le ordenó que se uniera a las caravanas de armenios que estaban siendo conducidas al desierto, y le aseguró que luego el resto de la familia se uniría con él. Por supuesto que Sócrates esperó en vano en la caravana dicho reencuentro. Supo por el relato de otros armenios que su padre envenenó a sus hijas y a su mujer y luego se suicidó de un tiro.

Reconozco que me costó reponerme de la conmoción que me produjo el relato, pregunté después de algunos minutos, que había ocurrido con Sócrates en Argentina. Las hijas me

comentaron que todo el tiempo estaba pendiente de Armenia y tenía una compulsión a regresar allí lo cual fue imposible por el régimen soviético. Recordaban que pasaba muchas horas del día distante, desafectivo, indiferente, ensimismado en sus recuerdos, y mirando los retratos de sus familiares muertos. Impresionaba con un severo stress postraumático. Inconsolable ante lo irremediable. Ahí comprendí que en la imagen del inconsolable era donde la figura del Sócrates abuelo y mi paciente se intersectaban (el niño inconsolable en su llanto).

Les pedí que le contaran a mi paciente toda la historia del abuelo, y ello provocó un cambio muy importante. Disminuyó mucho su ansiedad, y sus temores en el trabajo, su relación con sus compañeros de trabajo pasó a ser amistosa y logró ascensos laborales. Sus síntomas mejoraron un 50%.

En el análisis de los antecedentes ancestrales surgió la paradoja de que si él abandonaba a su madre, su abuela y su tía para llevar a cabo su propio proyecto vital, las dejaría sin Sócrates, y repetiría la historia del Sócrates histórico que se salvó pero dejando atrás el cadáver de tres mujeres su madre y sus dos hermanas. Pero si permanecía

permanentemente a su lado, debía renunciar a una vida propia.

Pero con el transcurrir de su análisis se fueron delineando una serie de situaciones que reflejaban otra índole de problemas:

- a) el empeoramiento de su zumbido de oídos, que le impedía tocar la batería.
- b) Momentos en los cuales se describía como depositario de todas las desdichas, como atrapado en dificultades cotidianas banales, descritas como insolubles e irremediables y vividas con terror, en esos momentos los síntomas corporales se tornaban insoportables y enloquecedores. (Al estilo que el contaba que le ocurría a su madre).
- c) Tenía mucho éxito en sus vínculos femeninos, pero luego de la conquista se sentía rápidamente aburrido, o sentía que no podía soportar más a la mujer que tenía al lado

Empiezo a sospechar que cierta parte de la historia está ligada a la rama paterna de la familia. Parece ser una historia entre dos varones, en la cual si uno sobrevive es a expensas

de la muerte de otro (lo que recuerda el relato del Holocausto del abuelo paterno). Una historia ancestral en la que para sobrevivir hay que llevar a un muerto encima.

Todo lo expuesto se fue delineando en la transferencia, en la cual fui ocupando lugares alternantes y difíciles de discriminar:

- a) Cuando era depositario de la transferencia ancestral de la rama materna, por momentos me sentía como testigo impotente de la locura que mi paciente expresaba a través de todos los síntomas corporales que lo desbordaban irremediablemente y lo ponían en una situación sin control. Mi interpretación es que mi paciente ocupaba el lugar de su bisabuelo desbordado por la invasión de los turcos, que lo llevaba a una situación sin salida y yo ocupando el lugar del abuelo Sócrates, mudo testigo del drama y sin saber qué hacer.
- b) En otros momentos en la transferencia yo era una madre que no sabía que hacer para sacar a Sócrates (el abuelo) de su inconsolable estado mental ante lo irremediable.
- c) A veces era una madre que era incapaz de calmar el llanto de un niño pequeño y ejercer una función continente-contenido eficaz.

- d) En otras ocasiones, me sentía depositario de una transferencia en relación con la rama paterna, en la cual el éxito de mi paciente provocaría mi muerte lo que llevaba a mi paciente a perder el interés por su propia vida, como una manera de preservar la mía.
- e) En otros momentos de la transferencia yo era un padre celotípico que no toleraría la felicidad de ese hijo con su madre o con cualquier mujer. Los síntomas corporales eran como una especie de fianza, por la cual si mi paciente me mostraba su sufrimiento corporal, creía que mi celotipia se mitigaría.

Se empieza a configurar una trama en la cual voy entendiendo que mi paciente queda encerrado entre identificaciones familiares cruzadas y contradictorias.

Por un lado es empujado por su familia materna a ocupar el lugar del abuelo mítico, que se salvó dos veces de morir, que sobrevivió, que es un intelectual, y que se salva por sus características peculiares que lo hacen singular. José es más importante que su propio padre ya que ocupa el lugar del mito de la familia materna

Pero ese lugar al que es empujado se contrapone con la historia ancestral paterna. Sólo uno de dos hombres puede sobrevivir, para sobrevivir hay que cargar un muerto, la alegría de la sobrevivida es opacada por el cadáver del hermano muerto. Cuando afirmo mi alegría de sobrevivir me expongo a los ataques celotípicos de mi papa.

Los síntomas corporales vienen a generar un espacio de supervivencia intermedio, ocuparé el lugar de mi abuelo Sócrates pero agobiado y dañado por mis síntomas corporales insoportables, mi padre así no tolerará atacarme ni se sentirá amenazado por mi éxito.

Otra línea analizada corresponde al sentimiento de no poder ser entendido ni contenido por su mamá, cuando era muy pequeño. La madre de José contó en las entrevistas que ella observaba de lejos a ese padre que expresaba el dolor de la pérdida de sus seres queridos sin poder vincularse con él, Creo que la madre no pudo canalizar los sentimientos de José, que se transforman en tensión corporal muscular insoportable, en nudo en el cuello, en bruxismo y finalmente la tensión le “sale por las orejas”. Fue particularmente significativo esta explicación de sus zumbidos y ruidos de ambos oídos, que se le tornaban insoportables y

enloquecedores. Se tomó al respecto aspectos teóricos de Bion que refiere que los órganos de los sentidos pueden ser usados para expulsar en vez de para recibir.

Hemos ido esclareciendo lentamente estos lugares vinculares y transferenciales con mi paciente. Sus síntomas han mejorado bastante, su tolerancia a la propia felicidad se ha ido incrementando poco a poco y sus síntomas corporales han mejorado lentamente pero en forma ostensible. Ha formado una pareja estable, con la que convive y espera actualmente su primer hijo.

Diversos autores han puesto el acento de que los niños de sobrevivientes de genocidios tienen que infundir todo el tiempo contenido en las vidas vacías de los padres, como una compensación y sustitución de los familiares muertos o desaparecidos. Necesitan imperiosamente encontrar en sus hijos vivos la continuidad vital con las vidas perdidas, para que los esfuerzos efectuados al intentar sobrevivir no hayan sido en vano.

Estos niños crecen con una marcada sobrecarga y stress, que se intensifica cuando sus progenitores envejecen. La separación – individuación de la vida de los padres está impedida. Es común que lleven el nombre de un familiar

muerto, lo que representa una tremenda carga y responsabilidad “llevan literalmente al muerto en sus espaldas”. Ello contribuye a borrar o ignorar a la propia identidad del niño.

Estos padres tienden a interpretar los intentos normales del hijo de establecer límites y fronteras como una amenaza a la unidad de la familia como un todo, hay una intolerancia a la separación, ya que estar separado es perderlo todo para siempre. Según Harvery (1998) los factores que agravan dicha trasmisión se relacionan con ser hijo mayor, ser hijo único, nacer poco después de una pérdida traumática, que ambos padres sean sobrevivientes o ser hijo de reemplazo. Estos niños tienden a percibir la extrema fragilidad de sus padres, y ello los lleva a controlar toda manifestación de enojo y a evitar conversaciones, comportamientos o situaciones que aumenten la fragilidad de sus padres.

Caso N° 4

Se trata de una paciente de 43 años al comenzar su análisis, a la que llamaremos Graciela Andrea. La paciente es soltera, de pequeña estatura y muy bonita. Es farmacéutica y trabaja en una farmacia barrial todos los días hasta las 14 hs. Ha

trabajado muchos años como farmacéutica de la morgue de la ciudad en la detección de tóxicos que pueden provocar la muerte. Consulta por presentar un insomnio pertinaz de más de 10 años de evolución y por sus dificultades para emprender cosas en su vida. Vive con su madre de 70 años que es una bipolar severa.

La paciente refiere que ya desde la secundaria tenía pensamientos recurrentes acerca de cómo suicidarse tirándose de un segundo piso. Tiene muchas dificultades para movilizarse por sus deseos, a los que encubre siempre como obligación o deber o tortura. Afirma que nunca tiene hambre, que come porque hay que comer.

Graciela ha tenido parejas prolongadas, por lo menos 3, con dos de ellas hubo convivencia pero nunca embarazos ni casamientos. Después de cortar traumáticamente con una de sus parejas presenta una amenorrea con diagnóstico final de menopausia precoz por probable ooforitis autoinmune.

Tiene severa hipotensión arterial, con episodios peligrosos de síncope. Fue estudiada endocrinológicamente y si bien los análisis no demostraron anomalías debe consumir glucocorticoides y mineralocorticoides para sostener su tensión arterial, lo que implicaría cierta disfunción suprarrenal.

El padre de Graciela murió hace unos diez años en el postoperatorio de un tumor maligno cerebral. Graciela tiene un hermano menor, bipolar, abogado, casado con tres hijos, con su hermano tiene una relación de mucha competencia, ya que reconoce que es el preferido y el apañado por su madre, tiene buena relación con sus sobrinos.

Graciela tiene una relación de mucha sumisión con su madre, que no se ocupa de nada más que de su trabajo, con lo que Graciela tiene que ocuparse de trámites, y de las tareas de la casa todo el tiempo. Graciela dice: “mi mama no soporta verme feliz, tiene el arte de destruir la felicidad de otros”

La historia de Graciela está muy marcada por acontecimientos traumáticos de la vida de su madre y de su abuelo materno. El abuelo materno proviene de una familia aglutinada y ante la muerte del bisabuelo de Graciela, el abuelo a los veinte años, es empujado a ocupar el lugar central de este verdadero clan. Quizás por tener que dar vida al fallecido, este abuelo genera un vínculo de alto grado de preferencia con una de sus hijas, la madre de Graciela. El abuelo impone una vida tiránica y militar de intenso respeto, establece lo que se hace y lo que no, lo que se puede decir y

lo que no. La madre de Graciela es descrita como una joven innovadora y trasgresora, muy bonita y con muchos hombres queriendo estar con ella. A los 20 años se produce una ruptura brusca del vínculo con este abuelo, cuando la madre se atreve a criticar ciertas decisiones del abuelo y lo denomina como que es un imbecil. El abuelo se entera de ello y la condena, no dirigiéndole más la palabra. Poco después de ello, la madre de Graciela tiene una internación psiquiátrica aparentemente por la primera crisis de su enfermedad bipolar. Graciela dice que hasta el día de hoy la madre le tiene pánico y temor a los hombres.

Cuando sale de dicha internación la madre de Graciela comienza el noviazgo con el papá de Graciela. La familia materna era de Entre Ríos y la paterna de Mar del Plata. La madre refiere (a pesar de estar en un noviazgo de más de dos años) que el padre la viola para tener relaciones sexuales. De ese encuentro sexual ella queda embarazada. La pareja se casa ocultando el embarazo y se van a vivir a Mar del Plata, sin contar con ninguna ayuda de la familia materna cuya posición económica era buena. El embarazo transcurre entre severas penurias económicas con dificultades extremas aún para comer diariamente. Poco antes del parto,

la pareja sufre un accidente andando en moto. Poco días después nace Andrea que fallece a los 4 días de vida aparentemente por múltiples malformaciones. Andrea es enterrada sin que su madre sepa de su muerte. Cuando le cuentan la verdad , su hija ya está enterrada.

A los dos años de dicha muerte nace Graciela, cuyo segundo nombre es Andrea (igual a su hermana fallecida). A Graciela nunca le habían contado la historia de la hermana muerta, ella se entera de casualidad porque un día encuentra la libreta de matrimonio de la pareja.

Durante la infancia de Graciela, el abuelo materno concurre a la casa de los padres y se la lleva todos los fines de semana, desde que ella tenía meses. Sin que los padres de Graciela lo cuestionen, y sin su oposición. Aparentemente así el abuelo repite con Graciela el vínculo con su propia hija y además creemos que percibía que por su enfermedad bipolar su hija no podía cuidar adecuadamente a Graciela. Esta dice: “yo era la locura y la obsesión de mi abuelo. El me rescataba de la inexistencia que yo sentía en mi casa, era un sabio muy culto”.

A lo largo del análisis de Graciela del cual han transcurrido 5 años, se observa que se repiten en diferentes momentos

acontecimientos vividos con extremo dramatismo y angustia, en particular cuando ella intenta llegar a algún logro sea profesional, de pareja o económico. Nos centraremos en el análisis de dos de estos episodios, uno ocurrido antes del comienzo del análisis y otro durante el análisis.

Graciela refiere que 4 años antes de comenzar su análisis decidió presentarse a un cargo de farmacéutica en la Gendarmería, para la división toxicología, a cargo del análisis de drogas secuestradas en procedimientos contra el contrabando y el narcotráfico. En ese momento ella estaba en análisis con una terapeuta mujer que le dice que ese ámbito laboral no es adecuado para ella, consejo que ella no escucha. Ingresaba con cargo militar, con régimen disciplinario militar. Inmediatamente sufre el acoso de diferentes gendarmes y superiores. Sufre una intoxicación severa por la manipulación de drogas peligrosas sin protección adecuada y comienza una serie de juicios y recursos administrativos reclamando ante sus superiores en la Institución, alegando que trabajaba sin protección con drogas peligrosas. Termina con amenazas de muerte y finalmente renuncia al cargo.

Estando en análisis decide comprar un departamento como inversión. Se relaciona con un dueño de inmobiliaria, ex

policía que la lleva a ver un departamento muy barato en el centro de Buenos Aires. El departamento tenía una inquilina que continuaría su contrato de alquiler con la nueva dueña. Cuando está por concretar la operación advierte que la inquilina no se ha ido ni tiene contrato de locación, y que en el edificio funcionan varios departamentos como prostíbulos estando por la noche el edificio lleno de travestis y prostitutas.

Por todas las implicancias legales termina con abogados y reuniones agotadoras por las cuales falta a análisis durante un mes, dejando fuera de todo al analista, hasta que consigue luego de un mes que la inquilina se vaya y finalmente puede escriturar el departamento. Quedando en un estado de agotamiento luego del stress sufrido.

Se interpreta como que tiene una compulsión a repetir una historia familiar trágica: la del casamiento, embarazo, nacimiento y muerte de su hermana.

En estas historias se repiten los siguientes elementos de la historia original:

- a) hay un desafío frente a una oposición (la de su analista que le dice que no entre en la gendarmería)

- b) hay una fascinación incauta que la lleva a no advertir las situaciones engorrosas y peligrosas en las que se coloca. Como si ella no fuera responsable de ello (la madre “violada” por el novio, la madre tratando de imbecil al padre)
- c) Hay en ambas historias componentes sexuales, los gendarmes y los jefes que la acosan, los travestis y las prostitutas)
- d) El analista dejado afuera de todo (como el abuelo con el embarazo de la madre)
- e) La culminación trágica (la amenaza de muerte, la pérdida de todo el dinero invertido)

Se interpreta además que cada vez que ella intenta nacer a algún proyecto laboral, de pareja, económico, por más que pone toda su voluntad, cada escollo normal que aparece en sus proyectos termina convenciéndola de que el final será trágico, mortal y ominoso. Ello la lleva a permanecer encerrada en la casa con su madre y la desmoraliza para intentar cualquier proyecto en el exterior de su casa. Pero al mismo tiempo dicha inmovilidad al lado de su madre la

desespera y la deja con una sensación insoportable de vacuidad.

DISCUSIÓN GENERAL DEL MATERIAL PRESENTADO

Intentaremos ahora profundizar en el análisis de los cuatro casos presentados, desarrollando una visión de conjunto de ellos. Creemos que en todos ellos se suceden una serie de fases:

- 1- Ocurre un hecho traumático ancestral (ligado a muerte de primogénito en el caso 1 y 4, a una exclusión familiar en el caso 2 y a muertes traumáticas en genocidio armenio en el caso 3)
- 2- Ese hecho genera en los contemporáneos que lo padecen un stress postraumático, que condiciona una compulsión a la repetición.
- 3- Hay una imposibilidad de lograr un duelo normal ante lo ocurrido con una metabolización hacia la depresión.
- 4- La depresión es negada y exportada sobre un niño, en un momento precoz del desarrollo, en los casos 1 y 4, el niño es directamente concebido para paliar dicha depresión y reemplazar al hermano muerto (niño de sutura)
- 5- Dicha depresión exportada es alojada en una cripta clivada y genera una identificación con disociación en la

mente del receptor que en muchos casos ignora las características de lo alojado.

6- El sujeto recibe el apoyo de su entorno en tanto aloje sin cuestionar dicho material exportado, por lo cual si cuestiona o se rebela pierde el sustento amoroso de su entorno, debiendo enfrentarse con sensaciones de vacío y orfandad.

7- En algún momento se genera una crisis por la imposibilidad del paciente para vivir su propia vida y al mismo tiempo alojar las identificaciones ancestrales. La crisis cristaliza en síntomas e inhibiciones variadas que lo empujan a buscar ayuda en el tratamiento psicoanalítico.

En sus vínculos personales o en la transferencia de estos pacientes se produce la recurrencia del hecho traumático organizado como una escena. Hemos denominado **“escena ancestral traumática”** a una escena repetitiva que el paciente expresa en sus vínculos y en la transferencia en la cual puede ocupar los lugares correspondientes a uno de los variados personajes presentes en el momento del acontecimiento ancestral traumático.

La irrupción en el análisis de dicha escena ancestral traumática suele dejar al analista en estado de shock o de perplejidad, por la magnitud de las fuerzas emocionales en juego que suele ser correlativo con el estado de shock o de perplejidad sufrido por los protagonistas ancestrales de la escena traumática.. El analista mediante las interpretaciones y las construcciones interpretativas permite que el paciente emerja de su necesidad de repetir compulsivamente la escena traumática ancestral.

Creemos que es esencial efectuar una tarea muy minuciosa de reconstrucción de los elementos que han llegado a la vida del paciente a partir de sus ancestros y de los hechos familiares traumáticos que ocurrieron en las historias de estas familias.

La utilización de entrevistas extendidas incluyendo miembros de las familias de los pacientes resultó ser muy útil para esclarecer muchas situaciones inentendibles y para acelerar los tiempos de recuperación. Ello viene a cuestionar el encuadre psicoanalítico convencional basado en entrevistas individuales ya que al permitirnos usar un marco ampliado con libertad, recurriendo a entrevistas con familiares del paciente de la generación anterior hemos logrado que se

despliegan las interrelaciones de la intersubjetividad con mayor celeridad y acortado los tiempos de recuperación.

Intentamos avanzar así en el terreno complejo de la explicación de la compulsión a la repetición y en particular a la extensión de dicho concepto a lo transgeneracional. El concepto de compulsión a la repetición probablemente alcanza su máxima significación en el contexto de los cuadros denominados de stress postraumático, que se han definido en el DSM IV por las siguientes características:

- 1- Recuerdos intrusivos, recurrentes e indeseados del evento traumático
- 2- Tendencia a repetir lo traumático como víctima o como victimario. La identificación con el agresor reemplaza al miedo y la indefensión con omnipotencia.
- 3- Sueños recurrentes con pesadillas sobre el acontecimiento traumático
- 4- Flash back: necesidad de revivir la experiencia traumática con acciones que la reproducen, con ilusiones, alucinaciones o episodios disociativos.
- 5- Aparición de malestar psicológico ante estímulos que recuerdan el trauma

- 6- Evitar pensamientos, sentimientos y conversaciones o actividades o personas o lugares que recuerden el trauma.
- 7- Incapacidad para recordar ciertos aspectos del trauma
- 8- Desapego emocional, o anestesia emocional aún con las personas más queridas. Restricción de los afectos
- 9- Pérdida de la confianza y de la fe en los semejantes y en el futuro, el futuro visto como desolador.
- 10- Hipervigilancia con sobresaltos angustiosos
- 11- Irritabilidad o ataques de ira
- 12- Dificultad para dormir y concentrarse
- 13- Frecuentes adicciones y deterioro de la vida social y laboral.

Tanto Janet como Freud detectaron e intentaron explicar por qué se producía dicha compulsión a la repetición de lo traumático. Janet consideraba que las memorias traumáticas persistían como ideas fijas no asimiladas que podrían explicar estados disociativos como fugas, amnesias, pero además podían provocar depresión y estados de indefensión crónicos. Para Janet, el stress postraumático detiene el desarrollo normal de la personalidad en un cierto punto e

impide que continúe su expansión asimilando nuevas experiencias.

Freud llegó a conclusiones similares, el trauma distorsiona permanentemente la capacidad de asimilar cambios y la víctima tiende a repetir el material reprimido como una experiencia contemporánea en vez de recordarla como algo que pertenece al pasado. Para Freud se repetía para poder dominar al recuerdo traumático y terminar de ligarlo finalmente a representaciones.

Freud en Más allá del Principio de Placer describe en la transferencia una repetición sistemática, mortífera, dogmática que le hace el juego a la pulsión de muerte y con un goce implícito en el acto de repetir. La transferencia con el analista de estos pacientes conlleva el riesgo de que el encuadre analítico sea usado para la repetición mortífera o que se abra la posibilidad de lograr una repetición que pueda ser ligada, recuperando así la posibilidad de contacto con lo nuevo o con lo imprevisto.

En los últimos años se ha demostrado que la exposición a eventos traumáticos provoca la liberación de opioides endógenos que pueden bloquear la sensación de dolor (Van der Kolk 1989). Se ha intentado relacionar la compulsión a la

repetición con la búsqueda de generar una y otra vez dicha liberación de péptidos endógenos para mitigar el dolor mental, usando un modelo que podríamos llamar de drogadicción endógena. La liberación de los opioides endógenos disminuye la actividad noradrenérgica central disminuyendo el pánico y los estados de hiperalerta. Ello permite explicar a la compulsión a la repetición y a las conductas de autoagresión (cortarse o quemarse a si mismo) como un intento que desarrolla el yo para reparar la cohesión del yo al tener que hacer frente a cantidades terroríficas de angustia. Así se genera un círculo vicioso en el cual la compulsión a la repetición proporciona un alivio temporario o una sensación temporaria de retomar el control de la situación, pero paradójicamente incrementa los sentimientos de desamparo y la sensación de ser malo o de actuar fuera de control.

Nos llama la atención de que en el análisis de dicha compulsión a repetir, no se haya puesto el énfasis al investigarla en la intolerancia al cambio mental que tienen estos pacientes. Podríamos afirmar que un cambio catastrófico ancestral, provoca que todo cambio ulterior se viva con la amenaza de la catástrofe impidiendo la

inscripción de lo nuevo y lo cambiante (en definitiva de la realidad, ya que ella siempre es novedosa y cambiante) dejando al paciente sólo con la posibilidad de repetir compulsivamente.

Nos ha sido muy útil en nuestras teorizaciones recurrir al concepto de campo formulado en 1961 por W. y M. Baranger, sobre todo en su concepción más moderna expuesta por el psicoanalista italiano bioniano Antonino Ferro.

El concepto de campo original de 1961 fue definido como “todo lo que toma vida en el encuentro entre analista y paciente (en términos de resistencias cruzadas y construcción de defensas) y luego su disolución mediante las interpretaciones. Los esposos Baranger se apoyaron en la teoría vincular de Pichon Riviere (1960-65) y las ideas de Bion (1959) quien ya había señalado que el análisis individual es análisis de una pareja formada por analista y paciente.

Para Antonino Ferro el campo no es sólo espacial, sino también temporal, habitado en el presente desde la historia y la pre-historia del paciente y en apertura al futuro. El campo es concebido como en transformación permanente. Así las

narraciones, la transferencia, la contratransferencia, las defensas y las turbulencias emocionales forman parte de él.

Un concepto importante en la teorización de Antonino Ferro es que el campo debe contagiarse o enfermarse con la afección del paciente para poder volverse así un lugar de la curación y de la transformación. El campo oscila entre la apertura a nuevos sentidos o la cerrazón afincada en un sentido único de interpretación de la historia personal y familiar.

En definitiva, concibo el campo como un espacio-tiempo en el cual se pueden alojar las turbulencias emotivas que el encuentro analítico activa. El campo se vuelve el lugar que facilita la aparición de historias en forma de narraciones, que permiten que las proto-emociones que surgen ante el encuentro de la pareja analítica se transformen en elementos alfa que pueden ser pensados. En mi trabajo trato de contribuir a crear un campo continente de aquello “imposible e intolerable de ser pensado” lo que permite cortar con la deriva transgeneracional.

El analista con su reverie permite la digestión mental de trozos indigeribles de la historia y de la prehistoria de la familia. Muchas veces esos elementos mentales insolubles e

impensables aparecen ligados a una escisión del yo que recurre a desplazamientos, negación, evitación fóbica, control obsesivo, hipocondría o enfermedad somática.

En el aquí y ahora de la sesión analítica las dificultades son muchas ya que la narración del paciente puede ser entendida simultáneamente como:

- a) El relato de una situación externa real
- b) El relato de lo que acontece en el mundo interno del paciente, entre las instancias que lo forman
- c) El relato como un pictograma actual de los elementos, acontecimientos que están ocurriendo en el aquí y ahora del campo. Las figuras que van tomando vida día tras día en el campo constituyen un señalador muy útil de cómo evoluciona el clima del campo con el correr del tratamiento.

Si consideramos a la transmisión transgeneracional, el campo permite que los fósiles transgeneracionales tomen vida y espesor para poder ser asimilados y que pasen a formar parte de la historia familiar sin perturbar a los descendientes.

En esta concepción ampliada del campo de A. Ferro, quedan incluidos en el campo: la escenificación (formación y

transformación de los personajes de los relatos), la mente del analista, la transferencia, la contratransferencia, la función alfa del analista y su reverie, los sueños de contratransferencia, el mundo interno de analista y paciente, los acting out, la identificación proyectiva y los lugares de lo transgeneracional.

En los últimos años una serie de autores europeos y americanos han subrayado la importancia de la intersubjetividad en el marco de la sesión analítica (Ponsi 1997) (Storolov RD y Atwood GE 1997) (Renik 1998) (Turillazi, Manfredi y Ponsi 1998)

Roberto Losso (2011) designa directamente al campo como vincular, ya que la llegada del terapeuta implica la constitución de un campo vincular terapéutico, y es allí donde tienen lugar experiencias inéditas que permiten resignificar aspectos de la historia oficial o del mito familiar construido por la familia a lo largo de varias generaciones.

Mi trabajo en esta tesis apunta a poner de manifiesto que un baluarte transgeneracional, que ha pasado inmodificado a lo largo de varias generaciones, se abre en el campo como escenificación, permitiendo que mediante las interpretaciones del analista se produzca una apertura y

ulterior asimilación , lo que permite de ahí en mas volver a acceder al futuro y abandonar el escenario de la compulsión a la repetición de lo ancestral. Para ello el analista debe ser capaz de captar el punto de urgencia (concepto de Pichon Riviere) o el hecho seleccionado (concepto de Bion) que permita la comprensión de la escena y de las fantasías puesta en juego en el aquí y ahora del campo. También hemos tomado de Losso el concepto de la posibilidad de colusión de los mitos familiares de ambas familias de origen del paciente.

La escena ancestral traumática puede constituirse por momentos en el motor del análisis y de la actividad narrativa del paciente, motorizando su necesidad de poner en el aquí y ahora de la sesión lo no pensable y lo no decible, que está en busca de un espacio-tiempo y de un espacio mental donde pueda ser contenido y dicho. Para explicar este pasaje transgeneracional es necesario postular un inconsciente abierto a los efectos producidos por el inconsciente ajeno, que pasaría a ser el soporte de transmisiones intersubjetivas que pueden exceder a las que podemos comunicar con el lenguaje. (Sopena C 2010).

DISCUSIÓN CON OTROS AUTORES

El problema que hemos desarrollado tiene 3 ejes temáticos teóricos que corresponden a 1) transmisión transgeneracional 2) lo traumático 3) la identificación. Por ello en dicho orden expondremos la discusión con los aportes efectuados por autores que expusieron sobre estos temas previamente a la presentación de esta tesis de doctorado.

1ER EJE TEMÁTICO

REFERIDO A LA TRANSMISION TRANSGENERACIONAL

El primer eje temático se refiere a las teorizaciones acerca del concepto de la **transmisión transgeneracional**. Podemos remontar el concepto a Freud que en el año 1912 en *Tótem y tabú*, señaló que “ninguna generación es capaz de disimular a las que le siguen los acontecimientos psíquicos significativos”. Luego en 1939, en *Moisés y el monoteísmo* refiere que “en la vida psíquica del individuo pueden tener eficacia no sólo los contenidos vivenciados por él mismo sino por otros que le fueron aportados con el nacimiento, fragmentos de origen filogenético de una herencia arcaica”.

Existen en la actualidad varias teorías u opiniones para explicar de qué manera ocurre el pasaje transgeneracional de contenidos inconscientes.

En la obra de **Roberto Losso**, se cita como precursores a Piera Aulagnier con su concepto del contrato narcisista. Por dicho contrato, la familia debe invertir narcisísticamente a cada nuevo miembro y asignarle un lugar social significativo teniendo en cuenta ideales, valores, y modos de lectura de la realidad provenientes de generaciones previas de acuerdo a un mito familiar. En Argentina, Pichón Riviere se refirió al tema citando la metáfora de la cruz, el individuo aparece en el entrecruzamiento de la vertical -cadena transgeneracional -- con lo horizontal --cadena de lo contemporáneo--.

Para Losso la transmisión transgeneracional puede ser trófica (estructurante, en la cual se efectúa una elaboración de las ideas, mitos, deseos e ideales transmitidos por los ancestros) y una **transmisión-repetición patógena**, en que se transmite por lo negativo, lo no contenido, lo no procesado, lo vergonzante, lo transgresivo, lo rechazado, los duelos no elaborados. Son demandas inconscientes de los antepasados que actúan como lealtades invisibles. Esto permite hablar de una **compulsión a la repetición**

transgeneracional. Lo transmitido de esta forma lo es “en bruto”, sin procesamiento, y puede ser vivido por el sujeto receptor como desvitalizante o como la presencia de algo extraño al yo. En nuestro caso N° 2 hemos visto y analizado las características desvitalizantes, en nuestra paciente sumida en un aislamiento letárgico.

Los contenidos que se transmiten inmodificados quedan escindidos como enquistados y fueron llamados por Framo “restos fósiles” y por Abraham y Torok “fantasmas que habitan en criptas”.

La repetición transgeneracional se expresa además mediante mitos familiares rígidos y alienantes. Dichos mitos familiares son convicciones compartidas y aceptadas por todos los miembros de la familia dando significado y continuidad a cuestiones que conciernen a los orígenes, el nacimiento, la transmisión transgeneracional, la muerte, la identidad de la familia y sus ideales. (Losso R, 2000)

Estos mitos forman una verdadera teoría de los vínculos familiares, es una expresión del contrato narcisista que liga el sujeto al grupo. La familia hereda mitos y crea nuevos mitos. Si la función mitopoyética falla se pasa a discursos

operatorios o actos que repiten simplemente hechos del pasado.

Ciertas familias construyen mitos defensivos, que contienen lo negativo y que se imponen y se transmiten tal cual, sin transformación ni elaboración.

En otros casos la familia sufre porque no puede adaptar su herencia mítica a la evolución de su realidad actual y social.

En la terapia familiar el terapeuta tiende a quedar (por fenómenos transferenciales) englobado en el mito familiar, y en el funcionamiento familiar estructurado por el mito (transferencia mítica). Ello provoca en los terapeutas confusión, parálisis y perplejidad, se enfrentan con el dilema de convalidar o denunciar el mito familiar. He señalado en el caso N°2 cómo el analista puede quedar envuelto en una escena ancestral sumido en la perplejidad.

Como vemos en el concepto de transferencia mítica se alude a que el analista puede quedar transferencialmente atrapado, en lo que yo he denominado escena transgeneracional traumática, siendo la perplejidad un elemento determinante de su detección, lo que ha sido avalado en mi trabajo.

Decherf G (2000) afirma que el mito familiar es una representación familiar interiorizada, una producción

imaginaria colectiva, mantenida muchas veces en secreto que tiene por función mantener inmóvil una cierta estructura familiar y que se transmite como objeto transgeneracional mítico. Creemos que en la discusión individual de cada uno de los casos hemos puesto de manifiesto la enorme dificultad de los pacientes para colocarse en otro lugar con respecto de estas demandas alienadas familiares.

René Kaës (1998) ha desarrollado el concepto de pacto denegativo como un acuerdo inconsciente sellado entre miembros de una familia manteniendo ciertos contenidos psíquicos en la denegación o el repudio. Cuando se vuelve rígido y masivo él habla de pacto narcisista, que no tolera ninguna separación entre los firmantes del “pacto”.

Haydée Faimberg (2006) ha presentado su teoría del telescopaje transgeneracional como condensación de elementos inconscientes entre tres generaciones. Para esta autora argentina, se produce en el paciente la intrusión tiránica de una historia de un ancestro, que pasa a ser para el psiquismo como un objeto que jamás se ausenta. De esa manera se trasmite una historia que no pertenece a la vida del paciente (al menos en parte) y que clínicamente revela ser organizadora del psiquismo del enfermo (Faimberg

2006). Creemos que es interesante señalar la conexión con el trabajo de Meltzer llamado Tiranía, donde este autor bioniano señala una identificación proyectiva intrusiva y tiránica que condiciona totalmente el psiquismo del receptor. Para Faimberg, se trata de identificaciones inconscientes alienantes y secretas que están clivadas y que sólo se detectan en un momento clave de la transferencia. Son al comienzo del análisis inaudibles y se mantienen y deben mantenerse de dicha forma durante un tiempo prolongado en el análisis. La identificación es con un objeto histórico e incluye necesariamente elementos fundamentales de la historia de ese objeto y que no pertenecen a la generación del paciente (Faimberg 2006). Disentimos con Faimberg en lo que respecta a que para que dicho telescopaje se manifieste en el análisis, debe transcurrir mucho tiempo de trabajo analítico con el paciente. Creemos que en algunos casos puede presentarse desde el comienzo y en forma particularmente aguda y perentoria como lo ilustramos con la discusión del paciente relacionado con el genocidio armenio. Del análisis de dichas identificaciones alienantes Faimberg concluye que ellas responden a mecanismos de apropiación e intrusión. En el mecanismo de apropiación los padres

internos al identificarse con lo que pertenece al niño se apropian de la identidad positiva de éste. En la función de intrusión, los padres expulsan activamente hacia el niño todo lo que rechazan (Faimberg 2006)

Dicho proceso identificatorio congela al psiquismo en un siempre atemporal. El telescopaje transgeneracional pone en evidencia un tiempo circular y repetitivo, al negar las diferencias entre las generaciones, con lo que se niega el pasaje del tiempo. Las identificaciones alienantes se realizan con el objeto y con atributos de la historia secreta. El analista al interpretar permite la desidentificación y con ello abre el camino a la historización genuina y a la aceptación del pasado como tal. (Faimberg 2006) Para Faimberg el telescopaje transgeneracional ocurre en todo análisis efectuado rigurosamente.

El hecho de que el telescopaje generacional sea alienante no se debe exclusivamente al origen del contenido de los hechos relatados por el paciente, sino al modo como estos hechos han estado subordinados al decir y no-decir de los padres. Estos padres pierden la función de garantes para el niño del valor de la exploración de las propias verdades psíquicas. El niño queda sujetado a lo que los padres dicen o

callan, y depende para su propia supervivencia psíquica de esa versión narcisista fundadora mantenida sin discusión por sus propios padres (Faimberg 2006). La historia familiar de la cual depende la identificación alienante del paciente se opone a que el enfermo pueda existir psíquicamente en otros registros (Faimberg 2006). Para Faimberg, la identificación inconsciente narcisista alienante le sirve al paciente para resistir la herida infligida por el Edipo, ya que le permite negar las diferencias entre las generaciones.

Otra autora argentina **Silvia Gomel** ha hecho aportes interesantes al respecto. Esta autora considera que existen familias en las cuales trazas imposibilitadas de reescrituras psíquicas van trasladándose de una generación a otra en su cualidad de irrepresentadas y desde allí arborizan en diferentes psiques. La cuestión de lo transgeneracional lleva a primer plano una repetición monótona del pasado, es un modo de retorno de lo reprimido, desmentido o rechazado en el seno familiar. La transmisión de lo transgeneracional va marcando el derrotero de una verdad que pugna por abrirse camino más allá de las estrategias elegidas para impedirlo. A veces duelos patológicos con cargas de culpa y necesidad de castigo sólo encuentran la posibilidad de trasmisión a

generaciones siguientes provocando pasajes al acto mediante fracasos, humillaciones y accidentes.(Gomel, 1997)

Silvia Gomel llama inoculaciones o incrustaciones a esos fragmentos disruptivos y petrificados, desvitalizados que aniquilan la subjetividad. Frente al mandato identificatorio alguien queda convertido en deshecho, en inerte en una especie de vivo-muerto. Lo anacrónico aparece en el edificio identificatorio del sujeto como lo familiar inquietante. La compulsión repetitiva fuente del sentimiento de lo ominoso impone la idea de lo fatalmente inevitable y señala una temporización siniestra donde el sujeto queda a merced de la historia de otro.

Eiguer (2006) ha hecho interesantes aportes a la comprensión de lo transgeneracional. Ha puesto el acento en la desorganización del tiempo en estas familias con la aparición de un tiempo circular o no evolutivo, ligado a los avatares de la fuerza de una tragedia que cae sobre los individuos por duelos muy difíciles de generaciones previas y agravado por la transmisión de dichos hechos a los niños que terminan siendo víctimas de hechos que conciernen a sus padres o a sus abuelos. Coincidimos plenamente con él como se observa en la discusión de nuestro caso nº1.

Hay familias enfermas por una deuda que debe ser vengada, o honrada a toda costa, allí lo transgeneracional estará habitado por ancestros que no soportan la separación de las nuevas generaciones.

Eiguer afirma que todo acontecimiento que no puede ser representado, soñado o pensado permanece vivo, persistente y tenaz y se impone al sujeto y a sus sucesores. Las tentativas de olvido, de borrar, de negar lo traumático y lo doloroso dejan trazas de lo negativo no representado que será transmitido e impuesto a los herederos, que son convocados a una prehistoria indescifrable, afectando así a las generaciones siguientes. Lo que no se puede figurar, representar o decir, los silencios, los blancos o los objetos perdidos o los duelos imposibles se transmiten de una generación a otra por depósito, proyección o difracción. Dichos fragmentos quedan contenidos en criptas, fantasmas, secretos o relaciones objetales.

Mecanismos de clivaje, denegación, proyección o forclusión sirven para proteger al psiquismo de lo intolerable, y permiten construir una nueva versión de la historia, afirma Eiguer. Pero hay hechos que no se pueden olvidar ni hacerlos desaparecer y ellos pasan en estado bruto, aislado,

fragmentado, con trazos difíciles de descifrar e interpretar a los descendientes y caracterizados por su vivacidad, su persistencia y su tenacidad. En el caso del paciente de origen armenio que hemos presentado hemos visto como el secreto guardado por el grupo familiar provocó un severo cuadro de ansiedad generalizada con múltiples manifestaciones somáticas.

Para Eiguer el objeto transgeneracional es un ancestro de generaciones anteriores que suscita fantasías y provoca identificaciones en un miembro de la familia, su inscripción mental está referida a traumas dolorosos o moralmente reprobables de los ancestros. **Este autor afirma que se pueden expresar como escenas-leyendas rodeadas de un sentido mítico y alegórico.** Como vemos este autor llega a una conclusión similar a la que he llegado con el concepto de escena ancestral traumática al reconocer que es en un ámbito escénico donde se produce la compulsión a la repetición.

Los niños expuestos a estos ancestros pueden sentirse parasitados y paralizados. El sentimiento de culpa, la ambivalencia respecto del objeto, la sensación de deuda, y la identificación narcisista con el objeto son la regla. Ello explica

la aparición de patología mental pero en otros casos son las representaciones de estos objetos fantasmas, las que crean un espacio en blanco o un vacío irrepresentable que provoca patología mental severa.

Maldavsky (1996) considera que un factor determinante en la transmisión generacional de los traumas es una tendencia desdiferenciadora y descomplejizante propia de la pulsión de muerte, con la aparición de una voluptuosidad y sensualidad que neutralizan la aparición de la ternura. En estas familias ocurre una fijación a un personaje que solo pretende la aniquilación del paciente, y el paciente ante dichas fuerzas hostiles muy superiores a las propias se abandona y se deja morir, generando un esfuerzo activo con el objeto de desarticular los fragmentos anímicos propios.

En la transmisión transgeneracional patológica no hay una transmisión de carácter simbólico que propicie diferentes alternativas identificatorias, sino un vínculo que adquiere una modalidad intrusiva, y que ataca todo camino que proponga una diferenciación.

El paciente al sentirse suprimido por lo anímico ajeno, desarrolla una respuesta consistente en hacer desaparecer parte de sus procesos subjetivos, esos aspectos sufren así

una suerte de desestimación. Es una desestimación del afecto, como recurso para darse de baja en cuando a la investidura pulsional y dejarse morir. Estos pacientes pueden entrar en momentos de auto-extinción, auto-inmolación, suicidio o en un período de sopor inerte, como dolor carente de subjetivación, en el que sólo se aspira a la extinción y a la abolición. En el caso de Nélide hemos visto con extrema crudeza como se expresaba esto mediante momentos prolongados de letargo en los cuales permanecía aislada y desconectada del mundo durante dos años de su vida.

El concepto de **depresión exportada** creado por **Racamier** es también útil para la discusión de estos casos de transmisión transgeneracional de lo traumático. Racamier considera que se requiere de un yo suficientemente fuerte para hacer una depresión. Si ello no es posible puede a) convertirse en manía (reino de la denegación) o b) calmarse mediante la toxicomanía de objeto productora de fetiches o c) puede ser congelado fijado y exportado. En estos casos, puede ocurrir una depresión o duelo expulsado, hacia las personas del entorno del paciente. Son depresivos que no se deprimen ni duelen ya que para salvaguardar su identidad narcisista exportan su depresión.

Así el trabajo psíquico que debía hacer un individuo es transportado y debe ser llevado a cabo por otro.

El duelo puede ser fijado, congelado, inactivado, puesto en suspenso y diferido. Cuando ello ocurre la vida psíquica parece encogerse o retraerse y puede haber riesgo de enfermedad somática grave.

También el duelo puede ser denegado, excluido, rehusado, formando así un duelo-depresión una amalgama o conglomerado indistinto. Puede expulsarse sobre el sujeto como suicidosis o suicidar a otras personas matándolas psíquica o físicamente. A veces puede provocar esterilidad o una búsqueda reparatoria de nacimientos. Aquí también se inscribe el hijo de reemplazo o hijo cicatriz que viene a reemplazar a un hermano-muerto. También el niño que nace para evitarle a la madre hacer el duelo de la pérdida de un amante.

El proceso de exportación del duelo-depresión está precedido en el exportador por la denegación del duelo y el clivaje. Ello tiene por objeto evitar la repetición de la herida inicial producida por la pérdida.

Mediante la denegación el sujeto niega con energía que este triste, depresivo o en duelo. Mediante un clivaje circunscribe

y se inmoviliza a la parte de la mente conectada con el duelo. La denegación también desfigura a la parte negada tornándola irreconocible o de-fantasmaticada. Luego tendrá lugar la evacuación, ya sea a lo corporal del propio paciente o sobre alguna persona de su entorno.

El transporte se efectúa mediante una interacción manipuladora y envenenante. Ese trabajo de duelo denegado, oscurecido, desfigurado y desnaturalizado en el destinatario es mucho más difícil de revelar y de portar.

El receptor o portador de la carga sufre una intrusión que lo inmoviliza y que genera estupor.

El niño de reemplazo que nace luego de un hermano muerto lo ilustra, si se coloca en el lugar que le asignaron es el lugar de un muerto que no es él, y si se coloca en su propio lugar traiciona gravemente a su madre.

El transporte del duelo puede hacerse a través de una o varias generaciones.

Es común que en los casos donde reina la expulsión del duelo haya en la familia secreto e incesto y podemos aseverar lo contrario, allí donde hay secreto o incesto hay un duelo-depresión fijado, amalgamado, y expulsado.

Creemos avalar dichas aseveraciones en muchos aspectos según hemos expuesto en los casos presentados, en particular y primer y el cuarto caso se refieren a dos hijos de sutura, que nacen para reparar depresiones imposibles de sus ancestros.

Muchos autores abogan por una teoría psicodinámica de la transmisión transgeneracional, en la cual la identificación proyectiva de los padres provoca el pasaje de sentimientos y ansiedades a sus hijos, el niño los introyecta como si el mismo los hubiera sufrido. Es como si los niños tuvieran que vivir lo que pasaron sus padres para entenderlo y poder transformarlo en pasado. Pero de esta manera el niño queda atrapado entre su necesidad de vivir su propia vida y mantener los lazos.

Es común que además los padres transmitan cierta comunicación acerca del entorno social al que pueden describir como permanentemente peligroso, el niño puede ser llevado a llenar cada vacío en la vida de sus padres. De estas maneras el trauma sería fuente de disociación y de alexitimia.

De Mijolla (1999) ha propuesto el concepto de fantasma de identificación inconsciente formado por fragmentos de

representaciones y de afectos frecuentemente organizados en escenas. Vemos que este autor, sin referirlo expresamente al ámbito de lo traumático y transgeneracional utiliza una organización en escena parecida a la propuesta por mi investigación original.

Montevechio (1993) ha expresado que la transmisión transgeneracional se produciría por el enquistamiento en el inconsciente de un sujeto de una parte de las formaciones inconscientes de otro, es una hipoteca de un ancestro pasada a su descendencia. Podría quizás producirse por una simbiosis focal. Vivencias sujetas a pactos denegativos y forcluidas pueden retornar en un hijo que queda convertido así en el chivo emisario del grupo familiar. Ello podría explicar la necesidad de repetir lo displacentero. Hay un verdadero pacto perverso-narcisista por el cual el miembro familiar pasivo aloja el complejo histórico mítico que lo parasita y lo coloniza, no pudiendo seguir su propia evolución

2DO EJE TEMÁTICO

IDENTIFICACIÓN

Analizaremos ahora el concepto de identificación por entender que la mayoría de los autores que abordan los

temas de lo ancestral y la transmisión de lo traumático utilizan este concepto como ancla fundamental de muchas teorizaciones.

Freud empleó por primera vez el término identificación en dos cartas a Fliess y en el manuscrito L, refiriéndose a a) identificación con una prostituta para explicar el síntoma agorafóbico, b) identificación con un muerto para explicar el espasmo tónico histérico y c) identificación con una sirvienta para desvalorizar los atributos femeninos.

En la Interpretación de los sueños (Freud 1900) y en Fragmento de análisis de un caso de histeria (Freud 1905) desarrolla el concepto de identificación histérica (un proceso inconsciente por el cual un sujeto se identifica con un objeto sobre la base de un deseo común reprimido sexual).

En Introducción del narcisismo (Freud 1914) y en Duelo y Melancolía (Freud 1917) descubre que frente a la muerte, a la pérdida, el agravio o la desilusión con el objeto la catexia de objeto puede ser abandonada y se establece una identificación con el objeto abandonado.

Freud se inclinó al principio a considerar a la identificación como asociada a la fase oral o canibalística. Sería el primer

camino por el cual el yo elige un objeto y desea incorporarlo de acuerdo a la fantasía canibalística.

Es en Psicología de las masas y análisis del yo donde Freud se refiere con mayor énfasis a la identificación . La define como la “expresión más temprana del vínculo emocional con otra persona. “ Allí señala 3 fuentes de la identificación: a) como forma original del vínculo afectivo con un objeto b) como forma regresiva o sustituto de un vínculo objetal libidinal c) como percepción de una cualidad compartida con otra persona que no es un objeto del instinto sexual.

Freud afirma que el yo se enriquece por la identificación al adquirir propiedades admiradas del objeto pero al mismo tiempo se empobrece por su sometimiento al objeto que queda ubicado en el ideal del yo. Detrás del ideal del yo se oculta la identificación con el padre de la prehistoria personal.

En las Conferencias de 1933 Freud conceptualiza con claridad a la identificación como “un proceso por el cual ocurre la equiparación de un yo con otro yo ajeno a consecuencia de la cual el primer yo se comporta en ciertos aspectos como el otro, lo imita y lo acoge en si. “

Grinberg señala que la identificación primaria fue descrita por Freud como una identificación que tiene lugar en la prehistoria del individuo y que es directa, inmediata y anterior a toda carga de objeto (Freud, 1923). Esta identificación se establece cuando aún no hay diferenciación entre el yo y el mundo externo y se relaciona con el narcisismo primario. Es un objeto incorporado no catetizado y aun no diferenciado del sujeto. En cambio, la identificación secundaria intenta la reconstrucción del objeto perdido en el yo, busca tener un objeto, no ser el objeto (Grinberg , 1985).

Esta identificación primaria sería entendida como una relación objetal muy arcaica, simbiótica e inmadura como lo afirma Meissner (Meissner, 1970)

Rycroft (1968) efectúa una definición de identificación muy exhaustiva, la define como un proceso por el cual una persona a) extiende su identidad dentro de algún otro b) toma prestada la identidad de algún otro c) se fusiona o se confunde su identidad con algún otro.

Para Moore y Fine (1968) la identificación es un proceso mental inconsciente y automático que culmina en que el individuo se parece a otro en uno o varios aspectos. Es un

proceso esencial en la maduración y en el aprendizaje pero debe ser pensado como un patrón de reacción defensiva.

Edith Jacobson (1954) sostiene que las primeras identificaciones son de naturaleza mágica y conducen a fantasías o creencias temporarias en las que el sujeto está fusionado o convertido en el objeto amado sin tener en cuenta a la realidad.

Koff (1961) propone la siguiente definición metapsicológica de la identificación a) desde el punto de vista de la economía, representa un cambio direccional de la libido de un objeto externo a uno interno b) estructuralmente representa un cambio en el self que tiende a parecerse al objeto c) es una regresión a una etapa temprana de identificación primaria donde una porción del self se ofrece como sustituto del objeto externo, ocurre cuando hay una pérdida objetal.

Schafer (1968) define al proceso de identificarse con un objeto como inconsciente (pero con componentes preconcientes y conscientes significativos). Por este proceso el sujeto modifica sus motivos y patrones de conducta de modo tal que se siente semejante al objeto o confundido con él. Es una manera de continuar el vínculo

con el objeto representando como propias una o más características del objeto que el sujeto considera importantes para él.

Robert Fliess (1942) sostiene que la identificación primaria ocurre siguiendo el modelo de la incorporación canibalística y su resultado sería que la imagen de un progenitor quedaría depositada en alguna parte del yo o del superyo patológico del paciente. Si dicho progenitor continúa en contacto con el paciente, la incorporación sigue manteniéndose a través de constantes reincorporaciones.

Para Numberg (1950) la identificación reside esencialmente en el desplazamiento de un objeto al yo donde es incorporado y recreado. Cuando ocurren eventos traumáticos la identificación puede ser un medio para rechazar ciertos estímulos intensos que sobrepasan al aparato protector de la mente.

Anna Freud (1949) estudió la identificación con el agresor como un tipo particular de identificación de tipo defensiva, cuyo objetivo es controlar la ansiedad mediante la imitación de gestos o actitudes de la persona autoritaria con la que se está vinculado. Es un cambio de pasividad por actividad, el

amenazado se torna amenazante mediante dicha identificación.

Grinberg (1985) utiliza el término identificación introyectiva (tomándolo de los trabajos de Melanie Klein) para designar a identificaciones dirigidas al sector nuclear o central del self con el cual se confunden pasando a ser parte constitutiva del núcleo yoico y se encuentran en la base del sentimiento de identidad del individuo.

M Torok y N Abraham (1978) han desarrollado el concepto de cripta como un lugar cerrado incluido dentro del yo, donde reside un fantasma que es un objeto con el cual el sujeto se identifica pero de manera oculta. El yo se comporta como una máscara de ese objeto que remite a un recuerdo sepultado, un secreto inconfesable o una pérdida denegada. Esta identificación endocríptica suscita la cuestión de la relación entre identificación e identidad y los problemas que ocurren en el yo por el uso de esta defensa intermedia entre una defensa psicótica y neurótica.

Para Julia Kristeva (1988) identificación supone la tendencia propia del ser hablante a asimilarse simbólica y realmente a una entidad distinta y separada de él. La identificación es el movimiento por el cual el sujeto adviene en la medida que se

confunde en otro al que considera idéntico a él. La identificación requiere de dos procesos de representación, uno verbal y otro preverbal.

Para Monique David Menard (1988) la identificación es la fijación a una imagen que cautiva al sujeto, lo encierra y lo amenaza es una suerte de identificación- prisión del cual puede desprenderse mediante el análisis.

Creemos que en los pacientes que hemos expuesto, hace falta diferenciar a la identificación del concepto de depositación. En la identificación el niño es un partner activo al tomar y asimilar imágenes de objeto provenientes del yo y del superyo de otra persona, en cambio en la depositación un adulto activamente empuja ciertas imágenes de si y de sus objetos internos en un niño, que es usado como reservorio pasivo de ellas (vínculo perverso narcisista). Por eso, esas experiencias no son accesibles a la mente del niño. Ello es lo que típicamente ocurre con los hijos de reemplazo, tal cual lo hemos visto según lo ha señalado Racamier y podemos además encontrar avalado en los trabajos de Ainslie RC y Solyom A (1986) Cain y Cain (1964) Legg y Sherick (1976) y Poznonski (1972).

3ER EJE TEMATICO

EL CONCEPTO DE TRAUMA

Otro tema esencial de esta tesis de doctorado es el concepto de **trauma**. Seguimos en nuestra exposición los postulados de Benyakar y Lezica al respecto. (Benyakar, Lezica 2005). Estos autores definen al trauma como a una herida, incisión o ruptura del funcionamiento mental. Lo traumático es una modalidad de funcionamiento psíquico no normal, caracterizada por ser no transformadora y no elaborativa. Los acontecimientos disruptivos producen un impacto en el psiquismo más allá de lo éste puede tolerar, obligándolo a recurrir a estrategias o procedimientos estabilizadores no siempre exitosos.

Lo disruptivo exige una referencia al narcisismo y a los instintos de autoconservación ya que es la integridad narcisista la que se ve alterada por el evento (Benyakar, Lezica, 2005). Los eventos que causan mayor daño psíquico son aquellos causados por otras personas, en particular por aquellos de los que se esperaría un rol de amparo, asistencia, protección o auxilio.

Para Benyakar (obra citada) la vivencia es el resultado de la conjugación en el psiquismo de una representación con uno

o varios afectos. En la vivencia traumática hay un colapso de las relaciones entre lo psíquico, lo social, y lo temporo-espacial que hace emerger a un afecto como desarticulado de su representación. En la vivencia traumática se le impone al aparato psíquico la internalización de una situación no procesada que tenderá a perpetuarse por la compulsión a la repetición.

Para Freud (Más allá del principio de placer, 1920) los fenómenos de repetición de lo displacentero se deben a la carencia de una mínima ligadura de energía necesaria para posibilitar los procesos de pensamiento primario. Freud considera que en la neurosis traumática predomina el factor sorpresa, el sobresalto frente a la irrupción de lo inesperado. En la neurosis traumática hay una situación que por su imprevisibilidad o por su intensidad supera las capacidad de lo psíquico provocando una ruptura de la barrera antiestímulo con la aparición de un desvalimiento psíquico y angustia automática por la incapacidad psíquica para dominar la experiencia. Mediante pensamientos, fantasías, sueños o acciones compulsivas se intenta de manera primitiva desencadenar una señal de angustia-movilización para poder así luego llevar la experiencia al ámbito de lo procesable.

Ferenczi relacionó lo traumático con lo intersubjetivo (Dupont, 1998) y considera a lo traumático como el núcleo de toda patología mental. Para este autor, el trauma ocurre en un encuentro intersubjetivo y muchas veces en el encuentro desigual entre un adulto y un niño. “la vida pulsional del adulto y el desvalimiento infantil se articulan para constituir un terreno apto para el desarrollo del drama intersubjetivo”. El adulto no cumpliría su rol de pantalla protectora antiestímulo sino que utiliza al niño con fines sexuales o agresivos (1er tiempo) y luego siente culpa por ello (2do tiempo) por lo cual regaña o castiga al niño. Para el niño hay un pasaje brusco y sorpresivo de un estado de seguridad a otro de desamparo, que no puede ser metabolizado por la ausencia del adulto que le facilite la comprensión de los hechos.

Las consecuencias finales de ello son (Dupont 1988):

- a) Angustia extrema
- b) Renegación y ruptura con la realidad
- c) Escisión de la experiencia traumática (queda como algo no vivido, y no recordable, como un quiste o teratoma en el interior de la personalidad), en casos extremos se

puede producir la fragmentación y la desintegración de la personalidad

- d) Identificación con el agresor para detoxificar la imagen buena del adulto agresor
- e) El niño asume él mismo la culpa que siente el adulto
- f) Autodestrucción psíquica (detención del pensamiento, de las percepciones y de la conciencia)
- g) Sobreadaptación patológica
- h) Compulsión a la repetición.

Baranger, Baranger y Mom (1988) intentaron clarificar el concepto de trauma. Para ellos Freud evolucionó de un trauma infantil único a una repetición de eventos traumáticos, que generan una situación disruptiva que ocurre en un mundo de relaciones interhumanas y de objeto provocando un estado vital de desvalimiento. Para estos autores, el trauma puro es aquel que desencadena una angustia automática, provocando la inundación psíquica con una cantidad inmanejable de energía lo que llevará a un estado de desorganización del yo.

Para Benyakar y Lezica (2005) para que la vivencia traumática no se expanda y destruya al aparato psíquico

muchas veces se recurre a su encapsulación o escisión en el interior del aparato (complejo traumático). Lo que determina que una vivencia sea traumática es el corte de la continuidad del proceso mental, produciendo una desarticulación entre el afecto y la representación. El evento disruptivo no puede ser internalizado ya que irrumpe, atropella y se incrusta con violencia en el psiquismo generando un introducto (Benyakar, Lezica 2005).

El introducto no es una representación sino una presentación lo que le permite mantener su condición de actualidad perceptual, de repetición permanente de la percepción gracias a lo cual conserva su carácter de vívido y se acompaña de una sensación de actualidad. Al mismo tiempo, sí hay una inscripción mental de la falta de inscripción provocando una vivencia de vacío, y una vivencia de desvalimiento por la percepción endopsíquica del fracaso de la función articuladora vivida como afrenta narcisista. (Benyakar, Lezica 2005). La vivencia de desamparo ocurriría por la percepción del fracaso de la relación con un objeto interno o externo del que se espera amparo perdiéndose la confianza relacional.

En los pacientes que hemos analizado en esta tesis de doctorado los recuerdos traumáticos retornan como una descarga automática e involuntaria generando una situación de encierro existencial que mantiene al sujeto cautivo.

Para Benyakar y Lezica (2005). Esas evocaciones repetitivas son intentos fallidos del psiquismo en post de una articulación. Lo repetitivo emerge compulsivamente como un intento reparador para lograr la articulación exitosa. Por ello el evento permanece en un eterno presente no se le puede otorgar dimensión temporal de lo pasado. Ocurre un colapso puntual y limitado del yo. El introducto realiza una reiterada inversión de la energía psíquica hacia el polo perceptivo, el psiquismo pugna por reproducir el modo y la potencia con que fue percibido originalmente el evento disruptivo con la esperanza de que en algún momento se pueda procesar. La angustia automática hace que cada vez que el complejo se activa se sufra la misma indefensión psíquica.

El introducto enquistado impide u obstaculiza la articulación, los componentes de la vivencia traumática tienden a presentificarse a través de sueños, alucinaciones, pensamientos, y actos, mientras que no pueden entrar en un

diálogo metabolizador. Escenas o situaciones vividas están a la espera de ser metabolizadas (Benyakar, Lezica, 2006).

En lo que respecta a las maneras en que el niño internaliza las vivencias traumáticas, ello dependerá de las capacidades elaborativas del psiquismo infantil, de la participación eficaz de los adultos metabolizadores y del alcance desequilibrante de lo fáctico disruptivo. En el proceso terapéutico de un vivenciar traumático hay momentos privilegiados en los cuales se reedita una modalidad vivencial fallida relacionada con el evento traumático. Sería una reactivación momentánea y circunscripta de vínculos internalizados. Cuando el analista permite la reedición de ese vínculo el sujeto reacciona con la intensidad propia de la reactivación del complejo traumático. Estas crisis pueden ser activadas o ponerse en escena en la transferencia (Benyakar, Lezica 2006). La escena puede además jugarse en vínculos, ser una escena como despliegue de una situación vincular (Berenstein 2001).

Como observamos el trabajo de Benyakar y Lezica afirma como al pasar que lo traumático puede ser organizado como una escena y que dicha escena salpica la transferencia en el análisis individual del paciente pero además puede aparecer

en sus vínculos, buscando revivir el evento traumático sufrido por el ancestro.

El efecto terapéutico consiste en lograr la transposición de lo trágico (imprevisto, imprevisible, incontrolable, inexorable) en lo dramático (ello se logra brindándole una red explicativa y causal). Bion afirma que el ser humano tolera mal la no causalidad, el no poder ordenar la experiencia en una serie de causas y efectos (Bion 1963, 1977)

Diferentes teorías han surgido intentando explicar la transmisión transgeneracional del trauma, a partir sobre todo de los trabajos efectuados con descendientes de primera y segunda generación de los genocidios ocurridos en ocasión del Holocausto judío en la segunda guerra mundial y del genocidio armenio a comienzos del siglo XX.

Se ha hablado así de un a) trauma empático: en el cual el niño es dañado por su intento de entender empáticamente el dolor de sus padres y al establecer un contacto restaurativo con ellos b) la presencia de silencio o recuerdos obsesivos de lo traumático c) por implantación de la inestabilidad emocional de alguno de los progenitores. d) por adopción de conductas adecuadas para sobrevivir el trauma pero ineficaces para vivir en el mundo cotidiano e) por

identificación f) por revivir reactivando permanentemente el trauma.

Se considera que los niños de 0 a 3 años tienden a tener una sintonía con su entorno materno como madre ambiental y ello podría justificar que se embeban de las respuestas que aparecen en el comportamiento de sus madres. Entre los 3 a los 7 años hay una sintonía mental basada en la imitación y obediencia especialmente en las situaciones estresantes. Las impresiones precoces pueden permanecer inalteradas. Los niños hijos de víctimas de traumas severos pueden quedar expuestos en forma intermitente a 1) no ser reconocerlos como los niños que son, ignorando sus necesidades, o 2) llantos o conductas incoherentes o misteriosas de sus padres o 3) tener que lidiar con la aparición de cierta anestesia emocional (numbness) por lo cual el progenitor aparece distante, frío, inmovible e inaccesible a los pedidos infantiles.

De esa manera, los niños quedan expuestos a ser traumatizados a su vez por el trauma de sus progenitores. No sólo estos niños deben soportar las emociones , comportamientos y actitudes de sus padres sino que además deben muchas veces desmentir sus propias respuestas

emocionales frente a esos padres. Pueden sentirse culpables de haber traído tanto sufrimientos a sus padres y de no haberlos podido rescatar en forma satisfactoria de sus duelos congelados.

A veces estos padres solicitan al niño que sea capaz de traer nuevamente al padre a la vida, y que lo rescate, lo que puede incrementar el sentimiento de culpa del niño cuando no lo logra.

Lorens Braga (1999) ha señalado que es común en sobrevivientes de traumas severos y en sus descendientes una falta de creencia en el mundo, una función parental dañada, vergüenza crónica, incapacidad para comunicar sentimientos, una sensación siempre presente de peligro, una presión excesiva para lograr logros educativos de sus hijos, severa ansiedad de separación y un sistema familiar narcisista con límites poco claros. Este autor señala que es común que la descendencia sufra trastornos psicosomáticos, los síntomas somáticos, los silencios, lo secreto, el miedo a ser identificado, experiencias de desvitalización o de cuerpo victimizado, presentificaciones del trauma.

El niño puede pasar a ser una “vela de memoria viviente”, al tomar el rol de chivo expiatorio de la familia, asumiendo los conflictos no resueltos de sus padres. Muchos padres han intentado reconstruir sus propias identidades a través de sus hijos, lo que provoca que sus hijos tengan dificultadas para formar su propia identidad.

De Kel y col (2008) han señalado que la transmisión transgeneracional de lo traumático recurre a la proyección e identificación sobre todo de la persecución, la agresión, la vergüenza y la culpa. Los niños se identifican con lo proyectado y pueden experimentar estos sentimientos como si fueran propios. Tienen muchas dificultades para formar un self separado del de sus padres y pueden experimentar culpa por el aislamiento social y alejamiento afectivo de sus padres. Los padres que pasaron por situaciones traumáticas se comprometen menos con el funcionamiento familiar, lo que provoca una actitud de permanente oscilación entre la cercanía y la lejanía con sus hijos generando stress por su ambigüedad. Creemos que el caso N°4 que hemos expuesto manifiesta claramente las serias dificultades de estos niños cuando tienen que optar entre vivir su propia vida o

ofrendarse para mantener el equilibrio mental de sus progenitores.

VALIDACIÓN

Este trabajo se inscribe dentro del paradigma de la investigación cualitativa recurriendo tanto al análisis del discurso como al análisis de los contenidos.

El tema de la validación en la investigación cualitativa es una cuestión controvertida. La investigación cualitativa parte del supuesto básico de que el mundo social está construido por significados y símbolos, siendo la intersubjetividad una pieza clave de su desarrollo. La investigación cualitativa puede ser vista como un intento de comprender la situación de las personas y de lograr la comprensión profunda de ciertos significados, por ello el método es necesariamente **interpretativo** y el investigador debe ser responsable por la adjudicación de un sentido (Jiménez-Domínguez 2009).

La investigación cualitativa es una investigación con final abierto, que utiliza un método de estudio en profundidad y requiere que haya un compromiso directo del investigador con respecto a las vidas de los investigados.

En la investigación cualitativa se prioriza el estudio de los significados intersubjetivos mediante entrevistas y

observación. Se busca la comprensión mediante la llamada **descripción densa** (interpretación de las interpretaciones) y la dilucidación del lenguaje simbólico. (Ruiz e Ispizua, 1989). La investigación cualitativa se considera útil para el estudio de las personas, sus historias, sus comportamientos y las relaciones interpersonales.

Esta tesis se engloba dentro del tipo de entrevistas “en profundidad” en las cuales el entrevistador intenta descubrir nuevas claves y permanece abierto a nuevas dimensiones de un problema y tiene por fin proporcionar un relato detallado y preciso de su propia experiencia en contacto con los pacientes citados.

La investigación cualitativa es un intento de capturar el sentido que estructura y subyace en lo que decimos o en lo que hacemos y es al mismo tiempo una exploración, elaboración y sistematización de la relevancia del fenómeno estudiado buscando tratar de esclarecer el significado oculto en ciertas cuestiones o problemas delimitados. En este tipo de investigación la subjetividad del investigador es un recurso para alcanzar una explicación teórica satisfactoria.

En lo que respecta al estudio de casos cualitativo, como ocurre con esta tesis, del análisis de un número limitado de

casos (limitación inherente al método psicoanalítico utilizado) se intentan derivar conclusiones generales. Este tipo de estudio tiene tres usos a) exploratorio b) descriptivo c) explicativo. Creemos que nuestra investigación es preferentemente **explicativa**.

Si bien se ha criticado que los estudios cualitativos no tienen validez estadística y no prueban teorías ni permiten hacer generalizaciones en realidad ello es así sólo si lo analizamos con el prisma positivista. En la investigación cualitativa lo esencial es la comprensión de la estructura, los procesos y las fuerzas que surgen del objeto de estudio. La posibilidad de generalizar dependerá de la calidad del trabajo realizado y del rigor científico del proceso de descubrimiento (Reyes 1998).

La toma de la muestra de los pacientes que hemos efectuado en esta tesis, ha sido una toma basada en la teoría, se seleccionaron casos que intentan proporcionar ejemplos paradigmáticos que avalen la teorización efectuada.

Diferentes autores han expresado la necesidad de tener presente diferentes aspectos con el objeto de que los resultados finales de los estudios cualitativos puedan tener

una validación satisfactoria. (Ruiz e Izpizua, 1989) (Ward-Schonfield 1993).

Dentro de ellos se han señalado:

- a) la acomodación anticipatoria (la posibilidad de acomodar aspectos únicos de los que luego se perciben contextos nuevos)
- b) la credibilidad del investigador
- c) la transferibilidad de los resultados
- d) la observación intensiva
- e) la triangulación de los resultados (permite entrecruzar resultados obtenidos de entrevistas personales, familiares, registros de sesiones y registro contratransferencial, para chequear la coherencia de los resultados obtenidos.
- f) la descripción espesa.

Para los metodólogos Lincoln y Guba (1985) para establecer la confiabilidad de una investigación cualitativa se debe tener en cuenta 4 items: a) el valor de verdad (en qué grado el trabajo revela y devela una realidad tangible), b) el valor de aplicabilidad (la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos con el grupo investigado al resto de la población; c) la neutralidad d) la consistencia (es considerada como una

auto-auditoria, un ejercicio de flexibilidad que incluye la provisión de una autocrítica metodológica acerca de cómo fue efectuada la investigación en curso. y e) la autenticidad (es un consenso temporario y sofisticado de puntos de vistas que confluyen para considerar a una conclusión como verdadera).

Malterud (2001) en un trabajo publicado en Lancet afirma que los métodos cualitativos de investigación tienen por fundamento el hecho de que el investigador comprenda que la investigación debe seguir un proceso reflexivo y sistemático para el desarrollo de conocimiento. Para ello, el investigador debe estar siempre preparado para cuestionar los hallazgos y las interpretaciones en vez de tomarlas por definitivas, debe ser capaz de chequear su validación interna y externa en vez de juzgar que sus conclusiones son obvias y universales, debe ser capaz de tener en cuenta al contexto y a los factores de sesgo o error.

La flexibilidad es un valor muy importante. El background y la posición del investigador pueden afectar lo que él ha elegido para investigar, el ángulo de la investigación, los métodos utilizados, los hallazgos y la manera de presentar sus conclusiones. La perspectiva del observador siempre

condiciona lo que puede ser visto o no. La objetividad debe tener en cuenta que todo conocimiento es parcial y situado en un contexto determinado.

Se debe efectuar una reflexión acerca de las preconcepciones que el investigador aporta al proyecto, incluyendo sus experiencias previas personales y profesionales. El investigador no debe confundir un conocimiento intuitivo presente de antemano en sus preconceptos con el conocimiento obtenido del análisis sistemático del material obtenido.

Se debe efectuar un ejercicio continuo de descontextualización y recontextualización. Mediante la descontextualización se permite que partes del material sean aislados e investigados más de cerca en mayor profundidad, poniendo dicho material a resonar con informaciones obtenidas en otro contexto. La recontextualización es el camino de regreso para asegurar que los patrones elegidos aún concuerdan con el contexto del cual han sido seleccionados.

Miles y Huberman (1994) han confeccionado un listado del cual hemos tomado los estándares básicos para cumplir en este trabajo de tesis para la validación de las conclusiones.

Hemos consultado además a los autores Castillo –Vazquez (2003) y Denman y Haro (2000) al respecto. Los ítems a tener en cuenta son:

A) Criterios de objetividad / confirmabilidad
--

Se describen explícitamente y detalladamente los métodos empleados? Son ellos adecuados para la exploración del tema a investigar?

Hemos descrito en detalle el método al que hemos recurrido para interpretar los hechos, básicamente las historias clínicas de 4 pacientes en tratamiento psicoanalítico, con las entrevistas a sus familiares y allegados y el registro contratransferencial del analista. Los pacientes fueron supervisados con analistas de experiencia, para evitar sesgos de interpretación personal.

Se puede reconstruir la secuencia que va desde la obtención de los datos, su procesamiento, su condensación, su transformación y conclusión final?

Hemos presentado a los pacientes, discutido cada caso en particular y luego procesado la información lograda en la discusión en general, antes de llegar a una conclusión final

Existe un vínculo explícito entre las conclusiones finales y los datos condensados?

Creemos que existe una vinculación entre la presentación de los datos condensados y las conclusiones finales que hemos arribado en este trabajo.

Se analizaron los posibles sesgos, prejuicios, valores y emociones del investigador y cómo ellos pudieron incidir en los resultados?

Se tuvieron en cuenta en el transcurrir de las sesiones individuales y vinculares, además se recurrió a las supervisiones psicoanalíticas para despegar aún más este sesgo posible.

Se consideraron hipótesis previas y alternativas?

La discusión final con otros autores que abordaron los temas de la identificación, lo traumático y el concepto de lo transgeneracional nos permitió efectuar la consideración de otras hipótesis explicativas y alternativas.

B) Confiabilidad

La pregunta planteada por el investigador corresponde a un tema relevante? Esta bien focalizado el tema y expresado con claridad?

Proporciona el título una clara explicación del contenido ulterior?

Creemos que la investigación en el tema de la transmisión transgeneracional de lo traumático es muy relevante por la severa patología que puede provocar en descendientes de primera, segunda y tercera generación. El objetivo final es adquirir una herramienta preventiva que permita detectar precozmente estos casos y efectuar más rápidamente intervenciones efectivas que centren la atención del analista en los hechos remotos. Creemos que hemos podido focalizar el tema en las manifestaciones vinculares y en particular transferenciales de lo traumático ancestral con el concepto de escena ancestral traumática.

Son claras las preguntas, las hipótesis preliminares, los motivos del investigador y sus perspectivas y background?

Es claro el diseño de la investigación?

Creemos que nuestro diseño fue explicitado con claridad.

Se explicita la estrategia que llevó a la recolección de los datos?

Se ha explicitado que la muestra ha sido tomada basada en la teoría, seleccionando los casos que intentan proporcionar ejemplos paradigmáticos que avalen la teorización planteada.

Se describe explícitamente el rol y la posición del investigador?

Al tratarse de pacientes psicoanalíticos abordados con sesiones individuales y vinculares se plantea la particular posición del analista como agente terapéutico y agente del cambio psíquico posible, al mismo tiempo que recolector de los datos e investigador del enfermar. En el caso peculiar de esta tesis en que se trabaja con sesiones psicoanalíticas, se tendrá en cuenta que la propia sesión es a) un encuentro intersubjetivo b) una entrevista con un objetivo terapéutico c) una investigación cualitativa en si misma d) un diálogo entre

una concepción del mundo y las teorías psicoanalíticas e) un espacio donde mediante la transferencia y la contratransferencia se ponen de manifiesto los contenidos inconscientes. (Rascon, 2003)

Hay paralelismo significativo de los hallazgos considerando diferentes fuentes de datos? (en el caso de esta tesis entrevistas familiares y personales, registro contratransferencial)

Consideramos que la confrontación de los datos obtenidos de las entrevistas individuales, de las sesiones vinculares y del registro contratransferencial avalan nuestros conclusiones. Tres de los casos presentados fueron planteados como casos individuales en diferentes jornadas científicas psicoanalíticas donde fueron objeto de discusión con otros colegas (dos de ellos en Congresos Mundiales de Psicoanálisis de pareja y familia en Barcelona y en Buenos Aires y el tercero en la Asociación Argentina de psicoanálisis de pareja y familia y en el área de pareja y familia de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

C) Validez interna /Credibilidad/ autenticidad

Las descripciones presentadas son significativas y ricas en contexto?.

Hemos intentado transcribir de la manera más clara posible la mayor cantidad de datos personales y familiares de cada uno de los casos presentados. La extensión del contexto familiar a la familia extendida permitió el enriquecimiento del contenido y el hallazgo de conclusiones reveladoras en relación al tema de la tesis de doctorado que estamos presentando.

Las reconstrucción elaborada genera la sensación de ser plausible y convincente.?

Creemos que nuestras reconstrucciones a través de construcciones vienen a reunir de manera plausible y significativa los datos recogidos en el campo de investigación y permiten convalidar las conclusiones finales a las que hemos arribado.

La triangulación de los datos obtuvo conclusiones convergentes?

Del entrecruzamiento de las entrevistas individuales, de las reuniones vinculares, de las discusiones en reuniones científicas, del registro contratransferencial y de las

discusiones con supervisores psicoanalíticos se obtuvieron conclusiones convergentes que enriquecieron la mirada original centrada en el caso individual.

Los datos presentados se muestran bien relacionados con categorías de análisis previos?

Hemos establecido para nuestra discusión con la literatura previa tres categorías que engloban lo traumático en general y el trauma ancestral en particular. La transmisión transgeneracional y el tema de la identificación. Como temas conexos se utilizaron conceptos de transferencia y de campo psicoanalítico según la teoría de W. Baranger.

Hay coherencia interna? Hay sistematización en el encadenamiento de los conceptos expuestos?

Creemos haber logrado un corpus con buena coherencia y encadenamiento de los conceptos expuestos.

D) Validez externa / transferibilidad /oportunidad

Pueden los datos del trabajo generalizarse hasta cierto punto?

El propósito de una tesis no termina en su presentación y publicación sino que es necesario que permita predecir determinados hechos significativos y que brinde herramientas para un abordaje original y más satisfactorio de patologías para las cuales no teníamos hasta no hace mucho un abordaje bueno. Los trabajos de otros investigadores en el área de trauma psíquico y de transmisión transgeneracional de lo traumático sobre todo en ocasión de explicar casos producidos como consecuencia de genocidios o violencia social extrema avalan la importancia del diagnóstico precoz de las víctimas de la segunda y tercera generación.

Hay congruencia entre los hallazgos y el marco teórico?

La discusión de los resultados obtenidos con el marco teórico permite integrar la investigación a un corpus previo científico global (Cisterna Cabrera, 2005).

Hemos puesto mucho cuidado con la discusión con el marco teórico y con los colegas que previamente abordaron estos temas, a partir de la importancia de la transmisión transgeneracional, lo traumático y lo identificatorio. Hemos encontrado significativas congruencias con otros autores.

E) Utilización/aplicación/orientación en la acción

Los hallazgos presentados pueden ser tomados como hipótesis para futuras investigaciones?Cuál es la utilidad de los hallazgos explicitados? Permiten los hallazgos observados tomar acciones específicas?

Creemos que los hallazgos presentados permiten que nos planteemos ante cualquier paciente, ante nuestro registro transferencial si no estamos en presencia de una transferencia ancestral traumática siendo en muchos casos el nexo o hilo conductor para su resolución desconocido para el paciente. Permite abrir nuevos campos de investigación en la correlatividad necesaria entre el análisis individual y vincular.

CONCLUSIONES GENERALES

Nos hemos preguntado al comienzo de esta tesis de doctorado acerca de cómo se expresa en los vínculos y en la transferencia en una psicoterapia individual de orientación psicoanalítica un hecho traumático acaecido en la vida de un ancestro.

Creemos haber demostrado con los casos presentados y con la discusión de cada uno de ellos, con la discusión en general y con la discusión con otros autores que eventos traumáticos ancestrales de magnitud pueden desplegarse como una escena transgeneracional traumática, tanto en la transferencia como en los vínculos entablados por nuestros pacientes con otras personas.

Hemos podido analizar las características mediante las cuales, un hecho ancestral traumático es pasado de generación en generación, provocando una compulsión a la repetición del trauma. Los vínculos familiares que permiten el pasaje desde el familiar que sufrió el trauma original hacia sus descendientes se ha caracterizado en general por una intrusividad patológica que compromete a las generaciones

futuras e impide que se realice un proyecto personal, que queda sacrificado ante la lealtad mítica familiar. Dicha intrusividad ha sido conceptualizada de manera diversa por los distintos autores (depresión exportada, telescopaje transgeneracional, cripta clivada, transmisión-repetición patógena, objeto transgeneracional mítico, identificaciones alienantes, inoculaciones-incrustaciones).

Creemos que otro aporte original para ser citado en las conclusiones tiene que ver con cierto aporte técnico en el abordaje de estos enfermos. Nos referimos al hecho de que el mismo terapeuta que lleva a cabo el análisis personal del paciente, tenga a su cargo también las entrevistas vinculares con el paciente y sus familiares. Creemos que este abordaje permitió en muchos casos acortar los tiempos de mejoría de la patología, y permitió una reconstrucción histórica mucho más minuciosa de los hechos acaecidos ancestrales, que en muchos casos eran aún desconocidos por el paciente.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi gratitud a mi familia que me ha apoyado en las largas horas de esfuerzo que conlleva la realización de la tesis.

Al Profesor Dr Félix Etchegoyen que me ha brindado toda su colaboración para que esta tesis llegue a un buen puerto final

Al Dr Héctor Alejandro Barceló por el diseño abierto de esta carrera de doctorado que ha permitido un intercambio mi enriquecedor con colegas con otras formaciones.

Al Dr Roberto Losso por su apoyo incondicional como padrino de esta tesis, y por haberme estimulado en la indagación de la patología vincular.

BIBLIOGRAFIA

Abadi M (1982) Aportación para una teoría de la transferencia en *El psicoanálisis y la otra realidad* Ed Abadi M, Amorrurtu Buenos Aires, 122-139

Abadi M (1982). La construcción entre la historia y el mito en *El psicoanálisis y la otra realidad* Ed Abadi M, Amorrurtu Buenos Aires, 139-155.

Abraham N y Torok M (1978) *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Montaigne.

André Fustier F y Aubertel F (1998) La transmisión psíquica familiar en suspenso en *Lo generacional, abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Ed: Eiguer A y col, Amorrurtu Buenos Aires 123-139.

Ainslie RC y Solyom A (1986) The replacement of fantastical oedipal child: a disruptive effect of sibling lost son in the mother-infant relationship *Psychoanalytic psychology* nº 3 : 257-268.

Auerhanhb NC, Laud D (1998) Intergenerational memory of the Holocaust en *International Handbook of multigenerational legacies of trauma* ED: Y. Danieli NT, Plenum 21-41.

Aulagnier P (1977) *La violencia de la identificación, del pictograma al enunciado*, Buenos Aires Amorrortu,

Aulagnier P (1979) *Los destinos del placer. Alienación-amor-pasión*, Paris PUF, 1979.

Aulagnier P (1986) *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*, Buenos Aires Amorrortu,

Balsamo M (1994) *L'altro che é in noi* , Interazioni 1

Baracas HA, Baracas CB (1979) Wounds of the fathers: the next generation of holocausto victims Int Journal Psychoanalysis 6; 331-340.

Baranes JJ (1996) Devenir sí mismo, avatares y estatuto de lo transgeneracional. En *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones* Ed Kaës R Amorrortu Buenos Aires, 187-209.

Baranes JJ (1984) Vers une metapsychologie transgeneracionelle Adolescente V 1, 79-93 1984.

Baranes JJ (1991) Desmentida, identificaciones alienantes, tiempo de la generación. En *Lo negativo, figuras y modalidades* Ed Missenard A, Amorrortu Buenos Aires 103-127.

Baranger M, Baranger W (1961) La situación analítica como campo dinámico Rev Uruguay de Psicoanálisis 4, N°1.

Baranger M, Baranger W, Mom JM (1988) The infantile psychic trauma from us to Freud : pure trauma, retroactivity and reconstruction Int J. Psychoanal. 69 113-128.

Baranger W (1961) El muerto vivo, estructura de los objetos en duelo y en los estados depresivos. Revista Uruguaya de Psicoanálisis 4, 586-603.

Benyakar M, Lezica A (2005) *Lo traumático. El proceso traumático* Ed Biblos, tomo 1, Bs As.

Benyakar M, Lezica A (2006) *Lo traumático. Abordaje clínico.* Ed Biblos, tomo 2, Bs As.

Boszormenyi Nagy I y Spark GM (1983) *Lealtades invisibles*, Buenos Aires Amorrortu.

Berenstein I (1978) *Familia y enfermedad mental* Paidós, Buenos Aires.

Berenstein I (1985) *Psicoanalizar a una familia.* Paidós. Buenos Aires.

Berenstein I (2001) *El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia*, Paidós, Bs As.

Berenstein I (2004) *Devenir otro con otro(s). Amenidad, presencia e interferencia.* Paidós, Buenos Aires.

Berenstein I (2007) *Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad.* Paidós, Buenos Aires.

Bion W (1963) *Elements of psychoanalysis*, London Marefield.

Bion W (1977) *Volviendo a pensar*, 2da edición Paidós, Bs As

Blum H (1980) The value of reconstruction in adult psychoanalysis, *Int J Psychoanal.* 61- 39-52.

Bollas C (1989) *Forces of destiny: Psychoanalysis and human Idiom.* Jason Aronson, New Jersey, EEUU.

Bowins Brad (2010) Repetitive maladaptive behaviour: beyond repetition compulsion, *The American journal of psychoan.* 70, 282-298.

Bowlby J *Attachment and loss* Vol 1 Attachment. New York, Basic Books 1973.

Bowlby J *Attachment and loss* Vol 2 Separation, New York, Basic Books, 1973.

Brenman E (1980) The value of reconstruction in adult psychoanalysis, *Int J Psychoanal* 61, 53-60.

Busto de Rossi, A (1995) Acerca de la transmisión transgeneracional *Revista APU Lo arcaico* 335-344.

Cain AC y Cain Bs (1964) On replacing a child, *Journal of the American Academy of child psychiatry* nº 3: 443-456.

Carel André (1998) El après coup generacional en *Lo generacional, abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Ed: Eiger A y col, Amorrortu Buenos Aires 83-120.

Castillo E, Vasquez ML (2003) El rigor metodológico en la investigación cualitativa, *Colomb Med* 34: 164-167.

Cavagnaro de Britos, S (1995) Acerca de la transmisión transgeneracional en un paciente con una psicosis delirante aguda, *Revista APU, Lo arcaico* 321-331.

Certok O, Guzzo SA, Losso R (1993) Contratransferencia y contraidentificación proyectiva en el psicoanálisis de familia y pareja *Rev de Psicoanálisis* 50, 4-5 887

Chaitin J (2000) Facing the holocausto in generations of familias of survivors. *Contemporary family therapy* 22 (3) 289-313.

Chaitin J (2002) Issues and interpersonal values among 3 generations in families of Holocaust survivors, *Journal of social and personal Relationships* 19 (3) 379-402.

Cicccone A (1998) Intrusión imagoica y fantasía de trasmisión en *Lo generacional, abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Ed: Eiger A y col, Amorrortu Buenos Aires 123-139.

Cisterna Cabrera F (2005) Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. Rev Colombina de Metodología de la investigación, nº4

David Menard M, (1988) Identificación e historia en las identificaciones Ed Nueva Vision, Bs As.

Dekel R, Golblatt H (2008) Is there a transgenerational transmission of trauma? The case of combat veterans children Am J of Orthopsychiatry vol 78 nº 3 281-289.

De Mijolla A (1999) Histoire e préhistoire psychiques, L'intergenerational et ses fragments de identité, Ver Franc de Psych 1999 LXIII pag 1109-1125.

Denman CA, Haro JA (2000) Trayectorias y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social, Ed Colegio de Sonora, México.

Dupont J (1988) La noción de trauma en Ferenczi y su influencia en la investigación psicoanalítica posterior. Rev Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, nº 19.

Eiguer A (1998) La parte maldita de la herencia, en *Lo generacional, abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Ed: Eiguer A y col, Amorrurtu Buenos Aires, 25-78.

Eiguer A (1986) Les representations transgeneracionales et leurs effets sur le transfert dans la therapie familiale Gruppo 2 55-72.

Eiguer A (1987) Especificidad de la transferencia familiar en *El parentesco fantasmático* Ed Eiguer A, Amorrortu Buenos Aires, 39-61

Eiguer A (1987) Las representaciones transgeneracionales, sus efectos sobre la transferencia en *El parentesco fantasmático* Ed Eiguer A, Amorrortu Buenos Aires, 155-176.

Eiguer A (1987) El mito familiar en *El parentesco fantasmático* Ed Eiguer A, Amorrortu Buenos Aires, 1987 179-202.

Eiguer A (2006) *La part des ancêtres*, Dunod, Paris.

Eiguer A (1987) El objeto transgeneracional en terapia familiar: el ancestro y su circulación. Rev de Psico y Psicoterapia de grupo nº X nº 2 y 3

Faimberg H (2006) El telescopaje de generaciones, genealogía de las identificaciones alienantes en *El telescopaje de generaciones*, Ed H. Faimberg Amorrortu Buenos Aires, 23-45.

Faimberg H (2006) Pertinencia psicoanalítica del concepto de telescopaje de generaciones en *El telescopaje de*

generaciones, Ed H. Faimberg Amorrortu Buenos Aires,64-79.

Faimberg H (2006) Repetición y sorpresa: la construcción y su validación en *El telescopaje de generaciones*, Ed H. Faimberg Amorrortu Buenos Aires, 79-95.

Faimberg H (2006) La dimensión narcisística de la configuración edípica. en *El telescopaje de generaciones*, Ed H. Faimberg Amorrortu Buenos Aires, 106-125.

Fassion P, Rejas M y col (2003) Family approach with grandchildren of Holocaust survivors Am J of Psychotherapy 57(4) 519-527.

Ferro Antonino (2007) *Evitar las emociones, vivir las emociones*. Ed Lumen 2011. Buenos Aires.

Ferro A. Basile R (2007) *The analytic field a clinical concept* Karnac books, London.

Ferro A, Civitarese G (2012) Desarrollos actuales del concepto de campo. Rev de Psicoanálisis, APA LXIX nº 2-3

Fliess R (1942) Metapsychology of the analyst. Psychoanal Quaterly 11.

Fraiberg S , Aderson E y col (1975) Phantomes dans le chamber d'énfants Psychiatrie de l'énfant 1983, 16,1, 57-98.

Framo JL , Boszormeny-Nagy I (1976) *Terapia familiar intensiva*. México, Trillas

Freud A (1949) *El yo y los mecanismo de defensa* Bs As Paidós.

Freud S (1892-1899) Fragmentos de la correspondencia con Fliess Amorrortu Buenos Aires, tomo 1.

Freud S (1900) *La interpretación de los sueños* Amorrortu, Buenos Aires tomo IV y V.

Freud S (1905) Fragmento de análisis de un caso de histeria Amorrortu Buenos Aires, tomo VII.

Freud S (1909) Análisis de un caso de neurosis obsesiva, Amorrortu, Buenos Aires, tomo X.

Freud S (1910) Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci Amorrortu, Buenos Aires, tomo XI.

Freud S (1912) Sobre la dinámica de la transferencia, Amorrortu, Buenos Aires, tomo XII.

Freud S (1913) *Tótem y tabú* Amorrortu Buenos Aires tomo XIII.

Freud S (1914) Introducción del narcisismo Amorrortu, Buenos Aires, tomo XIV.

Freud S (1914) Recordar, repetir, y reelaborar Amorrortu Buenos Aires, tomo XII

Freud S (1915) Sobre el amor de transferencia, Amorrortu, Buenos Aires, tomo XII.

Freud S (1917) Duelo y melancolía Amorrortu Buenos Aires. tomo XIV

Freud S Más allá del principio de placer (1920) Amorrortu, Buenos Aires, tomo XVI

Freud S (1921) Psicología de las masas y análisis del yo Amorrortu, Buenos Aires. tomo XVIII.

Freud S (1923) El yo y el ello Amorrortu, Buenos Aires, tomo XIX

Freud S Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933) Amorrortu tomo XXII-

Freud S (1939) Moisés y el monoteísmo, Amorrortu, Buenos Aires, tomo XXIII.

Freud S (1937) Construcciones en análisis. Amorrortu, Buenos Aires, tomo XXIII.

García Badaraco J (1985) Identificación y sus vicisitudes en la psicosis, importancia del objeto enloquecedor. Rev Psicoanálisis 42, nº3

Gomel Silvia (1997) Transmisión generacional, familia y subjetividad Ed Lugar Bs As.

Granjon E (1990) Alliance et alienation, ou les avatars de la transmission psychique intergénérationnelle Dialogue 108, 61-72.

Granjon E (1998) Du retour du forços généalogique aux retrouvailles avec l'ancêtre transgénérationnel, Le divan familial n° 1, 15-25.

Granjon E (2000) Mythopoïèse et souffrance familiale, Le divan familial n° 4 13-21

Grinberg L (1985) Teoría de la identificación, Tecnipublicaciones Madrid Cap 1, 2, 3, 4. pag 7-37.

Guba EG, Lincoln YS (1994) Competing paradigms in qualitative research, in Handbook of qualitative research, Ed Dentin NK USA, 105-117.

Halfon O, Pierre Humbert B y col (1997) A propos de la transmission transgénérationnelle en *La psychiatrie de l'enfant* vol XL 2 / PUF 625-648.

Harvery Diane (1998) Intergénérationnelle transmission of trauma, from holocaust survivors to their children Boston.

Haesler L (1992) De la transmission transgénérationnelle du traumatisme Journal de la Psychanalyse de l'enfant. 9, 132-47.

Jacobson E. (1954) Contribution to the metapsychology of psychotic identification J American Psychoanalytic association II.

Jallinsky S (1997) Acerca de las memorias inmemoriales Rev Psicoanálisis, Tomo LIV N° 2.

Janet P (1907) The mayor symptoms of Hysteria, London Macmillan.

Jimenez-Domínguez Bernardo (2006) Investigación cualitativa y psicología social crítica, la ilusión de la pureza. www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/3investigación.html.

Kaës R. (1991) El pacto denegativo en los conjuntos transubjetivos, en *Lo negativo, figuras y modalidades* Ed Missenard A, Amorrortu Buenos Aires 130-168.

Kaës R. (1996) Introducción al concepto de transmisión psíquica en el pensamiento de Freud en *Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones* Ed Kaës R Amorrortu Buenos Aires, 31-72.

Kaës R. (1998) Dispositivos psicoanalíticos y emergencias de lo generacional, en *Lo generacional, abordaje en terapia familiar psicoanalítica*, Ed: Eiquer A y col, Amorrortu Buenos Aires 11-24.

- Kahane Nissembaum M** (2011) Exploring transgenerational transmission of trauma in 3^o generation of holocausto survivors. Doctoral tesis, University of Pennsylvania, EEUU,
- Kalayginan A, Shaninian S y col** (1996) Coping with otoman Turkish genocide. An exploration of the experience of Armenians survivors *Journal of Traumatic stress* 9 (1) 87-97.
- Kellermann NPF** (2001) Transmission of holocaust trauma , an integrative view. *Israel J of psychiatry* 64(3) 256-267.
- Koff RH** (1961) A definition of identification *Int J Psychoanal.* 42, 1961.
- Kolyjian A y col** (1996) Coping with otoman Turkish genocide, an exploration of the experience of the Armenian survivors *Journal of Traumatic stress* 9 (1) 87-97.
- Kristeva J.** (1988) Lo real de la identificación en *Las identificaciones* Ed Nueva Vision, Bs As.
- Kovladoff S.** (2006) *Lo irremediable* Ed Emece Buenos Aires.
- Kupelian D y col** (1998) The turkish genocide of the armenians en *International Handbook of multigenerational legacies of trauma* Ed Y Danieli NT, Planum 191-210.

Legg C y Schrick I (1976) The replacement child. A development tragedy Child Psychiatry and Human development. N° 7 : 79-97.

Levin de Said, AD (2000) Teoría y clínica de las transmisiones (telescopaje e interpenetración) APA tomo I XVI jornadas de niños y adolescentes.

Lebovici S (1995) Los vinculos transgeneracionales y las interacciones fantasmáticas en *La Psicopatología del bebe*, Ed Lebovici S , Siglo XXI.

Lichtman H (1984) Parental communications of holocausto experiences and personality characteristics among 2º generation survivors Journal of Clinical Psychology 40 (4) 914-924.

Lorens Braga L, Feijó Mello M y col (1999) Transgenerational transmisión of trauma and resilience: a qualitative study with Brazilian Offsprings of Holocaust survivors (comunicación personal).

Losso R y col (1996) Modalidades del procesamiento de los duelos a lo largo de las generaciones Rev de Psicoanálisis 53.3, 791

Losso R (1996) Mitos familiares. Trasmisión transgeneracional en IV simposio Internacional sobre mitos Buenos Aires Asociación Psicoanalítica Argentina.

Losso R (1997) Les processus de transmission et d'acquisition de l'identité. PTAH Psychanalyse, Traversées, anthropologie histoire n 3-4 p 109. 1997

Losso R, Packciarz A y col (1997) La dimensión transgeneracional en la práctica analítica hoy, en XXV Congreso interno y XXXV symposium, APA, 553-540.

Losso R (2001) *Psicoanálisis de la familia, recorridos teóricos y clínicos* Ed Lumen Bs As.

Losso R (2000) Le mythe familial, source de transferts familiaux, Le divan familial n° 4, 25-37.

Losso R, Packciarz A (2006) Repetición transgeneracional, elaboración transgeneracional en Jornada de Psicoanálisis de pareja, familia, grupo e instituciones en APA, 67-71.

Losso R, Horvart PA y col (2000) El paraíso perdido, Mitos, secretos e irrupción somática APA tomo 1 XVI Jornadas de niños y adolescentes 275-283.

Losso R (2001) Proceso y cambio en la práctica psicoanalítica con familias y parejas. Campo vincular,

transferencia mítica y campo ampliado Rev Intern de Psicoanal. De pareja y familia <http://www.aippf.net>

Maldavsky D. (1996) Linajes abúlicos, procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares. Paidós. Buenos Aires , 1996.

Malterud K (2001) Qualitative research: standards, challenges and guidelines Lancet 358: 483-88

Meissner WW (1970) Notes on identification I. Origins in Freud. The Psychoanal. Quarterly 39.

Meissner WW (1971) Notes on identification II. Clasification of related concepts. The Psychoanal Quaterly 40,2,

Meissner WW (1972) Notes on identification III. The concept of identification. The Psychoanal. Quaterly 41, 2.

Mendelssohn F (2008) Trangenerational transmission of trauma : guilt, shame and the « heroic dilemma » en International Journal of Group Psychotherapy 58 (3) 125-135.

Mijolla A (1981) *Los visitantes del yo*, Paris, Les Belles Lettres.

Miles MB, Huberman A (1994) Qualitative data analysis an expanded source book Newbury Park, CA, Sage.

Möhler E y col (2001) The early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in *Journal of Child Psychotherapy* 27>(3) 257-271.

Montevechio Blanca R (1993) Repetición transgeneracional, entre la historia y el mito *Rev de Psicoanálisis* nº2 119-131.

Moore BE y Fine BD (1968) A glossary of psychoanalytic terms and concepts New York, The American psychoanalytical association.

Nicolo-Corigliano AM (1995) Lo transgeneracional entre el mito y el secreto en *Terapia Familiar* Ed Garrido M y col Fundamentos Madrid, pag 93-103.

Numberg H (1950) *Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis*, Barcelona Publicaciones.

Pasnanski EO (1972) The replacement child. A saga of unresolved parenteral grief *Behavioral Pediatrics* nº81: 1190-1193.

Pichon Riviere E. (1979) *Teoría del vínculo* Ed Nueva Visión Buenos Aires.

Pollock GH (1970) Anniversary reactions: trauma and mourning *Psychoanaly Q* 39:347-371

Ponsi M (1997) Interaction and transference Int Journal of Psychoanal. 78, 2, 243.

Racamier PC (1990) A propos de l'engrenement. Gruppo N° 6 Paris, Apsygee.

Rascon SR, Lopez Garza DN (2003) Investigación cualitativa en salud y psicoanálisis www.apm.org.mx/dreamweaver/publicaciones/2003/3-4/investigación%20cualitativa.

Reik T (1935) *Surprise and the psychoanalyst* Londres, Kegan Paul.

Renik O (1998) The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity Int Journal of Psychoan. 79, 3. 487

Reyes Tomás (1998) Métodos cualitativos de investigación: los grupos focales y el estudio de caso. Conferencia presentada en la facultad empresarial de la Universidad de Puerto Rico.

Rosolato G (1967) Trois generations d'hommes dans le mythe religieux et dans la genealogie L'inconscient 1, 71-108.

Rouchy J.C (1997) Secreto intergeneracional: transfusión, guardián resurgencia. En *El psiquismo ante la prueba de las*

generaciones, Clínica del fantasma. Eds: Tisseron S y col
Amorrurtu Buenos Aires, 165-191

Rozembaum de Schvartzman (2000) A Transmisión traumática transgeneracional, APA 2000 XVI jornadas de niños y adolescentes tomo II 99-105.

Ruffiot A (1980) Function mythopoiétique de la famille, mythe, fantasma, delire et leur genese, Dialogue N° 70.

Ruiz J.I., Ispizua MA (1989) *La descodificación de la vida cotidiana*, Universidad del Deusto.

Russell D (1986) *The secret Trauma* New York Basic Books

Rycroft CH (1968) A critical dictionary of psychoanalysis. New York, Boan Books Inc.

Sapriza S (1993) Lo transgeneracional y las identificaciones alienantes en Rev Uruguay de Psicoanálisis n° 77 57-71.

Schaffer R (1968) *Aspects of internalization* New York, Intern. Univ press.

Schützenberger Anne (2005) ¡Ay mis ancestros! Ed OMEBA Bs As.

Seale C (1999) Quality in Qualitative research in Qualitative Inquiry, Vol 5, N° 4 465-478.

Silveira ND (1993) *Interpreting qualitative data, methods for analyzing talk, tests and interactions* London, Sage.

Sopena S (2010) El campo dinámico del psicoanálisis. Un punto de inflexión en las teorías del inconsciente Rev Psicoanálisis de la Asoc. Psico. de Madrid. N°60.

Storolow RD, Atwood GE (1997) Deconstructing the myth of the neutral analyst: an alternative from the intersubjective systems theory Psychoanal. Quarterly 46, 431.

Sued N , Kogan L (2000) Lo identico y lo diferente: vicisitudes de la transmisión transgeneracional en Congreso Interno APA, 2000 tomo II 237-243.

Szilagyi J, Cserne J y col (1994) La segunda y tercera generacion de sobrevivientes del Holocausto Revista de niños y adolescentes N°6 122-138.

Tisseron S (1997) El psicoanálisis ante la prueba de las generaciones, en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones, Clínica del fantasma*. Eds: Tisseron S y col Amorrurtu Buenos Aires, 11-31.

Tisseron S (1997) Las imágenes psíquicas entre las generaciones en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones, Clínica del fantasma*. Eds: Tisseron S y col Amorrurtu Buenos Aires, 141-161.

Ulriksen de Viñar, M (1994) Inscripción transgeneracional y traumatismo por violencia política Revista de Psicoanálisis de niños y adolescentes nº6 96-109.

Van der Kolk Bessel (1989) The compulsion to repeat the trauma Psychiatric Clinics of North America vol 12, nº2 389-411

Ward-Schofield J (1993) Increasing the generalisability of qualitative research in social research, philosophy, politics and practice. London, Open University.

Werba Alicia (2002) Transmisión entre generacionnes. Los secretos y los duelos ancestrales. Revista APdeba vol xxiv nº 1 y 2 295-313.

Yehuda R y col (1994) Depressive features in Holocaust survivors with PTSD Journal of Traumatic stress 7 (4) 699-704.

Yehuda R y col (1997) Alexithymia in holocaust survivors with and without PTSD Journal of Traumatic Stress 10(1) 93-100.