



LOS TRAUMATISMOS EMOCIONALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y LA NECESIDAD DE AMOR¹

Joan Coderch de Sans²

Sociedad Española de Psicoanálisis, IPA

La tesis de este trabajo es la de que la mayoría de los pacientes adultos que acuden a los consultorios psicoanalíticos han sufrido experiencias traumáticas emocionales durante su infancia o adolescencia, a causa de la falta de sintonía de la figura de apego; como consecuencia de ello buscan en el análisis el amor del que han carecido en estas etapas. Son pacientes a los que podemos catalogar como muy necesitados del amor que no han gozado. Buscan el amor en las diversas circunstancias de su vida y, en ocasiones, a través de altos rendimientos, si son capaces de ello, en actividades profesionales, artísticas, deportivas, etc. Al no sentirse amados y aceptados desarrollan un sentimiento de culpabilidad, a consecuencia del cual se consideran merecedores de castigo en lugar de amor, y, para evitarlo, desarrollan "estructuras defensivas de acomodación" a las exigencias y deseos de la figura de apego, para evitar ser traumatizados de nuevo. En el tratamiento, el analista ha de crear un ambiente que permita la expresión libre de sus emociones y se apoye en la hermenéutica de la confianza.

Palabras clave: trauma, infancia, adolescencia, figura de apego, culpa, amor.

The thesis of this essay is the fact that most mature patients that attend a psychoanalytic consultancy have suffered emotional traumatic experiences during their childhood or their adolescent period because of lack of sympathy with the person to whom they were attached; as a consequence, in their analytical process they look for the love they have lacked during those periods. They are patients whom we could classify as patients in very high need of the love they have not enjoyed. They look for this love in the several stages of their lives and, in some cases, through a high performance, if they are able to, in professional, artistic or sport activities etc. As they do not feel appreciated and accepted, they develop a feeling of guilt, and because of this they consider themselves worthy of punishment rather than of love and, in order to avoid this, they develop "defensive structures" that adapt themselves to the requirements and wishes of the person to whom they are attached, in order to prevent being traumatized again. In the treatment process, the analyst must produce an environment that allows the free presentation of the patient's emotions and that is based upon the hermeneutics of mutual trust.

Key Words: trauma, childhood, adolescence, attachment figure, guilt, love.

English Title: Emotional trauma in childhood and adolescence and the need for love.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Coderch de Sans, Joan. (2013). Los traumatismos emocionales en la infancia y adolescencia y la necesidad de amor. *Clinica e Investigación Relacional*, 7 (2): 338-347. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Cuanto más dilatada en el tiempo es mi experiencia clínica, y ésta se acerca ya al medio siglo, más me convengo de que la mayoría de mis pacientes adultos han acudido en búsqueda de ayuda como consecuencia de haber sufrido en su infancia una frustración de sus necesidades emocionales, es decir, ser atendidos regularmente, así como de recibir pruebas de amor y de que su propio amor es aceptado; en suma, mantener una relación interactiva con, al menos, una persona que muestre comprender sus estados mentales y que les infunda confianza y seguridad en sí mismos; por tanto, precisan vivir una relación de apego segura. Pienso que, si existe una frustración persistente y prolongada en el tiempo de estas necesidades, podemos hablar de trauma emocional contextual e intersubjetivo, puesto que el trauma tiene lugar en el contexto formado por el niño y sus cuidadores. Agrava esta situación la dificultad que ella conlleva para que el niño pueda ver e internalizar sus propios estados mentales reflejados en el rostro de la madre y para que le sea posible formar una representación secundaria de ellos; si no es así, se entorpecerá la formación de un *self* integrado y coherente (Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. y Target, M., 2004; Allen, J., Fonagy, P., y Bateman, A., 2008).

Para no olvidar la historia del psicoanálisis y para aprender de las cosas buenas que hay en esta historia pienso que, al abordar el tema de los traumas emocionales, sería injusto y desacertado no recordar el concepto de *trauma acumulativo* acuñado por R. Masud Khan (1963) quien atribuye tal trauma al fallo de la función de la madre como “escudo protector” que ha de proporcionar al hijo el medio ambiente preciso para la satisfacción de sus necesidades “anaclíticas”.

Si cito el trabajo de Masud R. Khan es porque en él se nos señala la importancia de una situación traumática solapada, muchas veces poco perceptible pero continuada, como factor clave en la patología de gran parte de los pacientes que acuden a los consultorios psicoanalíticos. De acuerdo con Stolorow (2011), pienso que traumas puntuales que, a causa de la precariedad y contingencia de la vida humana pueden presentarse en el curso del desarrollo, sólo adquieren su grave carácter patológico cuando falta la presencia de una figura con la que el niño o adolescente interactúe y viva un campo intersubjetivo de confianza y amor; y, personalmente, también pienso que podemos afirmar que tiene lugar el trauma cuando este sistema complejo que es la díada niño-madre no es capaz de absorber la variable del dolor provocado por determinado estímulo o situación. Esto lo señala muy acertadamente Stolorow (2011) cuando dice que el dolor no es la patología, sino que esta última es la falta de una idónea sintonía entre el niño y su cuidador o cuidadores. Es decir, que el verdadero trauma no se produce como consecuencia de los fallos de la madre como escudo protector, sino cuando ésta no presenta la respuesta adecuada frente a tal trauma. Es por ello que, en el pensamiento analítico actual, vamos mucho más allá de la perspectiva de la madre como supuesto escudo, para ocuparnos de investigar el contexto intersubjetivo en el que se producen los traumas emocionales. De todas maneras, me parece muy importante puntualizar que, al hablar de la falta de la respuesta apropiada, hemos de tener

exquisito esmero en no culpabilizar siempre a los padres o cuidadores de negligencia, falta de amor, o maltrato, ya que en muchas ocasiones, según mi experiencia, los padres han quedado superados por la misma situación traumática, como puede ser el fallecimiento de otro u otros de sus hijos, por ejemplo, situaciones económicas desesperadas o conmociones sociales graves tales como una guerra civil, etc., y es a causa de ello que no se encuentran en condiciones de regular el estado emocional del niño. Hemos de tener muy presente que culpabilizar es muy fácil; comprender y perdonar lo es menos, pero también es más honesto y ecuánime y, a la larga, más favorable para el crecimiento personal y la salud mental.

Una grave consecuencia de una situación traumática prolongada en el tiempo durante el desarrollo, es la de que el sujeto vive la experiencia dolorosa como resultado de su propia maldad, como provocada por sus demandas y afectos que no debieran haberse presentado ni expresado y, para evitar nuevas situaciones dolorosas, se desarrolla un *self* culpabilizado del cual han de quedar excluidos todos los elementos que puedan dar lugar a la pérdida del amor de los padres o del contexto social en el que vive. Esta estructura defensiva, destinada a impedir la aparición de cualquier riesgo en el sentido apuntado, se transforma en una verdadera cárcel en la cual quedan encerrados todos aquellos estados mentales que son sentidos como peligrosos, de forma que toda espontaneidad y posibilidad de cambio resulta asfixiada antes de ver la luz (Brandacht, B, Doctors, S., Sorter, D. 2010).

Cabe advertir que, según mi experiencia, estas estructuras defensivas no siempre distorsionan seriamente la totalidad del desarrollo psíquico del sujeto, sino que, en muchas ocasiones, les dan un sesgo especial y afectan, selectivamente, algunos aspectos del funcionamiento mental, dejando otras funciones parcialmente indemnes, sin que deje de estar presente en ellas alguna patología porque la mente trabaja siempre como una totalidad. Pero puede suceder, incluso, que se incremente el rendimiento de ciertas capacidades y aptitudes específicas, ya sea en el campo profesional, en el deporte, en la música, el arte o la literatura, como en un esfuerzo desesperado para aliviar el sentimiento de culpa al que me he referido, “si no me aman es porque soy culpable”, y, a la vez, para obtener de los otros este amor del que siente que ha carecido, lo cual, entonces, significa para el sujeto que no es culpable. Sin embargo, este empleo compensatorio de algunas aptitudes y rendimientos socialmente valorados y apreciados por los otros encierra un riesgo, ya que la necesidad de escapar a la culpa y de recibir el amor que siente le ha faltado puede llevarle a un esfuerzo extremo para crear, producir, destacar en alguna actividad, etc., con lo cual consigue, efectivamente, ser aceptado, tal vez también querido por algunos, pero si no llega a una comprensión del sentido de su búsqueda, del porqué de su necesidad, no se produce una modificación de su mundo interno y su sufrimiento persiste perennemente, pese a sus logros profesionales o creaciones o lo que sea. Por tanto, el analista ha de estar muy atento a este peligro para lograr que el paciente comprenda el significado de su búsqueda y asimile en su interior, a través de la misma experiencia relacional y del diálogo, que la amistad y el afecto de quienes le rodean lo ha de alcanzar en las relaciones interpersonales por sus valores humanos, tales como generosidad, altruismo, tolerancia, modestia, amistad sincera, discreción, etc., no por sus creaciones del tipo que

sean (Fernández, E. , 2012).

He visto que en otras ocasiones, cuando el traumatismo vivido en la infancia o pubertad deriva de fallecimientos o enfermedades graves de personas queridas, como padres o hermanos, puede ocurrir que este esfuerzo continuado para obtener un rendimiento elevado en alguna actividad tenga la finalidad, implícita, de devolver la vida al ser querido. En estos casos, el sujeto siente, simbólicamente, que la vida ha triunfado sobre la muerte, especialmente si otros son ayudados gracias a su trabajo, y, con ello, se atenúan su dolor y su culpa. Sin embargo, también en estos casos el afán creativo se torna menos compulsivo, más satisfactorio e, incluso, más fructífero, cuando el sujeto entiende plenamente su significado.

Considero de particular importancia, dentro de esta cuestión de los traumas emocionales en la infancia, las ideas de B. Brandchaft (Brandchaft, B.,1993,2007; Brandchaft, B, Doctors, S. y Sorter, D, 2010) acerca de la *acomodación patológica* como respuesta a la “continua influencia de la experiencia de apego traumática en el curso del desarrollo” (2007, p.669). Para Brandchaft, este movimiento de acomodación de los pensamientos a lo que exige el contexto no tiene lugar únicamente en la infancia, sino que se continúa en la edad adulta. Cuando el niño percibe que en su contexto socio-familiar determinados sentimientos, pensamientos y expresiones no sólo no son aceptados, sino que incluso conducen a reprobación y rechazo, se inicia, en palabras de Brandchaft “la co-creación de un *complejo sistema de acomodación patológica*”. Este nuevo sistema es exquisitamente sensitivo al contexto y dependiente de él, al tiempo que organiza la adaptación a la realidad de manera muy sensible a toda huella de memoria que pueda hacer temer la proximidad de un nuevo trauma por parte de la figura de apego.

Brandchaft distingue, muy cuidadosamente, la acomodación a la figura de apego por el amor que se le profesa, lo cual es la base y esencia de las buenas relaciones, de la acomodación patológica forzada por el temor al rechazo por parte de esta figura. Cuando el niño o adolescente se ve inevitablemente obligado a adherirse a lo que siente como mandato de la figura de apego respecto a aquello que puede o no pensarse, sentirse, desearse o expresarse, entonces toda espontaneidad y adquisición de nueva información queda excluida. En este caso, en el posterior curso de la vida el sistema de acomodación patológica irá dictando la manera como el sujeto percibirá cada situación que se le presenta en la realidad, de acuerdo con las directrices de la estructura de acomodación, para evitar la pérdida de la persona o personas necesitadas.

Después de esta breve revisión, que podría alargarse mucho, en torno a las consecuencias del trauma emocional en la infancia y la adolescencia, pienso que podemos resumir la cuestión, de manera muy sencilla, diciendo que el trauma más frecuente en estas etapas de la vida, aparte de los grandes traumas puntuales que pueden producirse por diversas circunstancias es la experiencia, por parte del infante, de no recibir la atención y el amor necesarios. Desde la ampliación de las primitivas teorías de Bowlby (1958,1969, 1972) sobre el apego, tenemos un término muy preciso para conceptualizar esta situación. Me refiero a la frustración o insatisfacción de la motivación de apego, porque ahora sabemos

que lo que necesita el niño no es la presencia de una figura protectora para cuando se la precise frente a un peligro, sino una figura disponible y confiable para interaccionar, comunicar, recibir una heteroregulación de sus estados emocionales, ser cuidado y dar y recibir amor, que esto y no otra cosa es el apego seguro. (Fonagy, P., 2001; Marrone, M., 2001; Lyons- Ruth, K., 2006; Wallin, D., 2007; Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A., 2008).

Y, aquí, llego al punto que, propiamente, planteo en este trabajo, como ya he apuntado al principio del mismo. ¿Qué es lo que vienen a buscar los pacientes que han sido traumatizados en la infancia cuando acuden a nuestros consultorios? No acuden a analizarse –hago excepción de los profesionales- ya que esto de analizar es cosa inventada por nosotros, los analistas. Empleando una terminología psicoanalítica podemos decir que acuden en busca de una figura que les ofrezca un sentimiento de apego seguro. Pero, dicho en palabras menos sofisticadas y académicas pero más directas, podemos proclamar que buscan y solicitan del analista el amor que no han recibido en su infancia y adolescencia. Evidentemente, no sólo lo pretenden hallar en su tratamiento, sino que lo han perseguido durante toda su vida en las distintas experiencias relacionales que han vivido, empleando determinadas aptitudes cuando les ha sido posible, como antes he señalado, así como también han intentado evitar el dolor traumático con los mecanismos de acomodación, las estructuras defensivas, los principios organizadores selectivamente configurados, etc. Ahora bien, el analista ha de tener muy presente que la finalidad última del apego seguro es que, mediante él, el niño –el paciente- avance en la construcción y profundización de la intersubjetividad -con los padres- con el analista- gracias a lo cual el sentimiento del yo individual va disminuyendo y cediendo el paso al sentimiento del “nosotros”, sólido fundamento no sólo de la identificación social, sino también del progresivo desarrollo del cerebro y la mente en la historia evolutiva de la humanidad.

Como es de esperar, no puedo, en este breve trabajo, extenderme en muchas reflexiones acerca de la praxis del tratamiento de estos pacientes, más allá de lo que ya he dicho. Dos consideraciones tan sólo. La primera es que para que el sujeto pueda superar los traumas debe integrarlos, y para ello es imprescindible que pueda expresar las emociones provocadas por los mismos en una atmósfera de confianza, con la esperanza de ser comprendido y acompañado en su dolor (Velasco, R., 2008, 2012)

La segunda consideración se vincula con la primera. Se trata, para nuestros propósitos, de la necesidad de abandonar en la práctica clínica la perspectiva de la *metapsicología de la sospecha* (Ricoeur, 1965) que muchos de nosotros hemos sufrido en nuestros análisis y en la que hemos sido formados. Esta metapsicología ha de ser substituida por la hermenéutica de la confianza, la cual, nos dice D. Orange (2006, 2001) asume la buena voluntad de los participantes en el diálogo mediante el cual tratan de hallar el significado y la verdad. En ella se da por sentado la sinceridad y buenas intenciones de los interlocutores, sin las cuales el diálogo no sería posible, cosa que ya hace años expresaron teóricos de la comunicación como P. Grice (1975) y J. Habermas ((1987).

Con esto termino las breves consideraciones que en este momento puedo permitirme en relación a la praxis clínica con los pacientes que han sufrido una situación persistente

de traumatismo emocional en la infancia o adolescencia.

Ejemplo clínico

Una mujer joven, a quien llamaré Regina, acudió a solicitar ayuda a causa de lo que ella juzgaba una vida vacía, triste, empobrecida y, sobre todo carente de amistades. Se lamentaba de que sentía una gran necesidad de tener amigas con quienes compartir las relaciones afectuosas que anhelaba pero, desafortunadamente, sus intentos fallaban en este sentido ya que, en todas las ocasiones, las amistades que iniciaba acababan rompiéndose. Antes de contraer matrimonio había mantenido diversas relaciones amorosas con hombres, que tampoco llegaron a buen término. Pero las cosas eran diferentes con ellos. Siempre hubo hombres que se interesaban por ella, pero al cabo del tiempo sentía que no le daban lo que necesitaba y era la propia Regina la que decidía romper las relaciones. También se lamentaba de que su marido era muy parco en sus expresiones afectivas y no le ofrecía, ni de lejos, el amor que ella anhelaba. El tiempo de que dispongo me obligará a ofrecer sólo algunas pinceladas de su tratamiento.

Ya en las primeras entrevistas, Regina situó el origen de sus problemas en su madre y en el ambiente de abandono y frialdad que había vivido siempre en el hogar. Los padres, mal avenidos; ella, pasando largas horas sola en su habitación; los dos hermanos, mayores que ella, igualmente distantes y fríos. Desde muy temprano en su infancia, dijo, se percató de que su madre hubiera preferido otro hijo varón y que a ella la consideraba un estorbo. No tenía, me explicó, más compañía que la de sus fantasías; fantasías siempre de tipo romántico, soñando con un gran amor, con un hombre maravilloso, romántico y sentimental como ella, que la llenara de amor y felicidad. Esto no lo encontraba en su matrimonio.

Creo que merece ser tenido en cuenta que, durante el curso del tratamiento, apareció en uno de los senos de Regina un tumor que levantó la sospecha de ser canceroso y que requirió largas pruebas para que pudiera descartarse este diagnóstico. La madre, según me iba describiendo Regina al narrarme este acontecimiento, no mostró ninguna preocupación ni interés frente a esta angustiada situación.

Otro de los motivos para el desánimo y las lamentaciones de Regina era la creencia de que todas las personas con quienes trataba, por ejemplo yo mismo, éramos muy felices, que en nuestras vidas no había problemas y que era únicamente ella la que llevaba una vida vacía y triste, ella a quien parecía que todos rechazaban, lo mismo que su madre. Se desprendía de sus palabras que anhelaba, en sus ensueños, un mundo de color de rosa, poblado por las fantasías románticas de su adolescencia, y del que sentía que ella estaba excluida a causa de sus dificultades psíquicas. Y el dolor se tornaba todavía más agudo porque Regina se culpaba a sí misma de esta situación. Las quejas y recriminaciones que Regina dirigía hacía a sí misma eran constantes y una de sus mayores fuentes de sufrimiento, ya que, aplicándose la metapsicología de la sospecha de la que antes he hablado, se culpabilizaba por todo.

Cuando yo introduje en nuestro diálogo esta doble visión del mundo a la que me he referido y conseguí que Regina reflexionara seriamente sobre esta perspectiva y que acudiera a su sentido de la realidad, lo primero que sucedió es que quedó muy sorprendida de que no fuera así y preguntó “¿de verdad la gente normal también sufre”?

Me centraré, ahora, en algunos aspectos de la interacción y desarrollo de la intersubjetividad entre Regina y yo. Esta necesidad de obtener afecto y, a la vez, el temor a que sus demandas provocaran reprobación y nuevo sufrimiento, se puso rápidamente de manifiesto en nuestra relación. Regina, además de hablar mucho, a veces incansablemente, estaba siempre muy alerta para comprobar mi dedicación a ella y convencerse de que yo le prestaba la suficiente atención. A veces, después de haber estado hablando un buen espacio de tiempo, sin que yo pudiera intervenir, se detenía bruscamente y preguntaba, asustada “¿Qué se ha marchado, qué se ha dormido? “En ocasiones me ponía a prueba y decía “¿seguro que me está escuchando? a ver, repítame lo que acabo de decir, a ver si me ha escuchado”. He de advertir que yo no notaba agresividad en estos cuestionamientos, sino sólo inquietud y necesidad de cerciorarse de mi cuidado por ella, y en todas las ocasiones pensé que la “responsividad específica” (Ávila Espada, A., 2005) era la de, en sintonía con su preocupación, hablarle de su temor de no ser digna de ser escuchada y querida, e invitarla a que, juntos, siguiéramos investigando sobre esta creencia y sobre sus dudas referentes a mi solicitud para con ella, pero, a la vez, mostrarle que estaba atento a sus palabras. Afortunadamente, en muchas ocasiones me pillaba en falta debido a que, a causa de sus largas y repetitivas explicaciones, que a veces parecían inacabables, en torno a determinadas circunstancias y episodios de su vida, mi atención quedaba fijada en algún punto concreto que atraía mi curiosidad investigadora y ello me había impedido seguir exactamente el hilo de su discurso. Digo afortunadamente porque -y ahora resumo en breves palabras el resultado de larguísimas horas de diálogo- gracias a mis distracciones y faltas pudimos poner en común que yo no era un analista perfecto y capaz de atender a todo, como su marido no era el amante perfecto; que yo tenía limitaciones y cometía errores, y que los admitía, pero que ella soportaba, comprendía y perdonaba estos errores y limitaciones porque tenía depositada una confianza básica en mí, ya que entendía que esta confianza y éste no exigirme que fuera un analista maravilloso era, inexcusablemente, una condición indispensable para que pudiera ayudarla a tolerarse a sí misma y a transigir con el imperfecto mundo de la realidad, luminoso en ocasiones y tenebroso en otras. Siguiendo con estas largas horas de diálogo, también fue posible que nos planteáramos y discutiéramos una situación muy dolorosa para ella, sus constantes autoacusaciones y recriminaciones hacia sí misma. Alcanzamos a darnos cuenta de que, en la medida en que podía hacerse cargo de mis limitaciones -la mayor de las cuales era no lograr que desaparecieran por completo su ansiedad y malestar- sin sentirse abandonada y sin dudar de mi dedicación a ella; si me perdonaba a mí, entonces también podía tolerarse y perdonarse a sí misma en lugar de perderse en inútiles y dolorosos reproches. Perdonar al otro es una condición indispensable para perdonarse y sentirse en paz con uno mismo. Regina sentía amor, yo pienso, en mi esfuerzo para superarme y ayudarla más allá de mis posibles deficiencias como analista y como ser humano. Este perdonar mis limitaciones la llevó a soportar mejor

las de su marido como amante, y a reconocer sus cualidades y la forma como siempre cuidaba de ella en sus momentos de ansiedad insufrible y de amarga desesperación; se percató, me dijo, de su gran paciencia para con ella, pese a no mostrarse como el amante apasionado y romántico que ella hubiera deseado.

Otro aspecto de nuestro mutuo reconocimiento intersubjetivo que deseo comentar nos permitió, así mismo, desvelar, y disminuir, sus sentimientos de ser culpable y no digna de amor. Yo no soy, con mis pacientes, muy estricto en la terminación de las sesiones, de manera que dejaba pasar algunos minutos, cuando ella o yo sentíamos que estábamos enfrascados en algo que nos importaba. Indefectiblemente, cuando Regina se percataba del tiempo de más transcurrido se alarmaba grandemente, se excusaba repetidamente, decía que me estaba explotando, robando mi tiempo, pedía perdón, una y otra vez, etc. Para evitar estos sentimientos, su estructura de acomodación la obligaba a no excederse en el tiempo. De nada parecía servir que le mostrara, con mi actitud, que yo no me sentía molesto, que era yo el responsable de la hora y que reclamara su atención para que investigáramos cuidadosamente unos sentimientos de culpa que seguían un esquema imperturbable: “no me aman, luego soy culpable”, y que luego se repetían conmigo en un algo así como “puesto que nadie puede amarme, si he gozado de más tiempo es que lo he robado”. En otras ocasiones, al decirle yo que era la hora de terminar se ponía en pie, angustiada, y exclamaba “¡ya me hecha!”. En una de ellas le rogué que se sentara de nuevo y le pregunté si, verdaderamente, sentía que la echaba. Reflexionó un momento y dijo que no, que sabía y sentía que no, pero que algunas veces, al dar yo por finalizada la sesión, súbitamente se sentía, de nuevo, como la niña no querida y abandonada. Es decir, su temor a ser de nuevo traumatizada se convertía, fugazmente, en realidad. Después de esta breve conversación su queja de ser expulsada fue haciéndose menos frecuente hasta desaparecer del todo.

Antes he hablado de que Regina necesitaba experimentar que yo, su analista, sentía compasión por sus sufrimientos y le daba amor. La compasión es, también, muy importante. Un analista que no siente compasión por su paciente le está tratando como a un objeto. Los pacientes traumatizados, más que otros, viven y captan en su mundo interno el interés del analista por ellos, el cuidado solícito y el compartir sus sufrimientos como pruebas del amor que demandan, y el analista no debe defraudarles en esto. Sin amor el paciente no puede sentir confianza y superar el temor a sentirse de nuevo traumatizado y adentrarse, junto al analista, en la investigación en profundidad de los principios organizadores que le obligan, una y otra vez, a sufrir las mismas ansiedades y pautas de comportamiento que le impiden la construcción de su auténtico *self*.

REFERENCIAS

- Allen, J., Fonagy, P. y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington, C. D.: American Psychiatric Publishing.
- Ávila Espada, Alejandro (2005). Al cambio psíquico se accede por la relación. *Intersubjetivo*, 7: 195-220.
- Balint, M. (1979). *La Falta Básica*, Barcelona: Paidós (1982).
- Bowlby, J. (1972). *Attachment and Loss*, vol.1, Attachment. London: The Hogarth Press- Institute of Psychoanalysis.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*, vol.2, Separation, Anxiety and Anger.
- Bowlby, J. (2009). *Attachment and Loss*, vol.3e, Loss, Sadness and Depression
- Brandchaft, B., (1993). To free the spirit from its cell. *Progress in Self Psychology*, 9: 209-230.
- Brandchaft, B. (2007). *Systems of pathological accommodation*.
- Brandchaft, B., Doctors, S. y Sorter, D., (2010). *Toward an Emancipatory Psychoanalysis*, Nueva York: Routledge.
- Emde, R. (2010). Del yo al “Yo-Nosotros”. *Clínica e Investigación Relacional*, vol.5 (1): 85-97.
- Coburn, W. (2002). A world of systems: A role of the systematic patterns of experience in the therapeutic process. *Psychanalytic Inq.*, 22: 665-677.
- Coderch, J. (2012). *Realidad, Interacción y Cambio Psíquico. La práctica de la Psicoterapia Relacional II*. Madrid: Ágora Relacional.
- Fonagy, P. (2001). *Teoría del Apego y Psicoanálisis*, Barcelona: Espax, (2004)
- Fonagy, P, Gergeley, G, Jurist, E. y Target, M. (2006), Nueva York: Karnac.
- Gadamer, H.G. (1975). *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme (1977).
- Grice, P. (1975). *Lógica y conversación*. En L.M. Valdes (comp.) *La búsqueda del significado*, Madrid: Tecnos (2000).
- Fernández, Edelmira (2012). *Comunicación Personal*.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la Acción Comunicativa*, Madrid: Alianza.
- Khan, R.M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18: 286-366.
- Lyons –Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanal. Inq.*, 25: 595-516.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*, Madrid: Psimática.
- Orange, D. Atwood, G. Stolow, R. [1997]. *Trabajando Intersubjetivamente*, Madrid: Ágora Relacional.
- Orange, D. (2006). For whom the bell tolls: Context, complexity and compassion in psychoanalysis. *Int .J. Psychoanal. Self Psychol.* 1: 5-21.

- Orange, D. (2011). *The Suffering Stranger*, Nueva York: Routledge.
- Ricoeur, P. [1965]. *Freud. Una Interpretación de la Cultura*, México: Siglo veintiuno editores,s,a, (1970).
- Stern, D. (2004). *The Present Moment*, Nueva York: W.W, Norton &Company
- Stolorow, R. (1997). Dynamic, dyadic, intersubjective systems: an evolving paradigm for psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 14: 337-346.
- Stolorow, R. (2011). *World, Affectivity, Trauma*, Nueva York: Routledge.
- Stolorow, R., Atwood, G., Orange, D. (2002). *Worlds of Experience*, Washington: Basic Books.
- Trevarthen, C. (2011). La psicobiología intersubjetiva del significado humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, vol.5 (19): 17-33, (Original de 2009).
- Velasco, Rosa (2012). La vergüenza en la construcción/deconstrucción del sentimiento de sí. En *Clínica e Investigación Relacional*, vol.2 (1): 58-67.
- Velasco, Rosa (2012). El trauma a l'étapa de les vergonyes. *Rev. Catalana de Psicoanal.*, Noviembre de 2012.
- Wallin, D. (2007). *El Apego en Psicoterapia*, Bilbao: Desclée de Brouwer.

Original recibido con fecha: 20-5-2013 Revisado: 26-5-2013 Aceptado para publicación: 30-6-2013

¹ Trabajo leído en la 4ª Reunión Anual de IARPP-España, Barcelona, 24 de Mayo de 2013.

² Joan Coderch. Doctor en Medicina-Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro Titular y Didacta de la *Sociedad Española de Psicoanálisis* (IPA). Ha sido profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Dirección del autor: Balmes 317; 08006-Barcelona. Correo electrónico. 2897jcs@comb.es. Autor de muy numerosas obras, entre las más recientes están: *Pluralidad y diálogo en Psicoanálisis* (Barcelona: Herder); *La relación paciente-terapeuta* (Barcelona: Paidós-FViB); *La práctica de la psicoterapia relacional* (Madrid: Ágora Relacional); y *Realidad, Interacción y Cambio Psíquico* (Madrid: Ágora Relacional).