

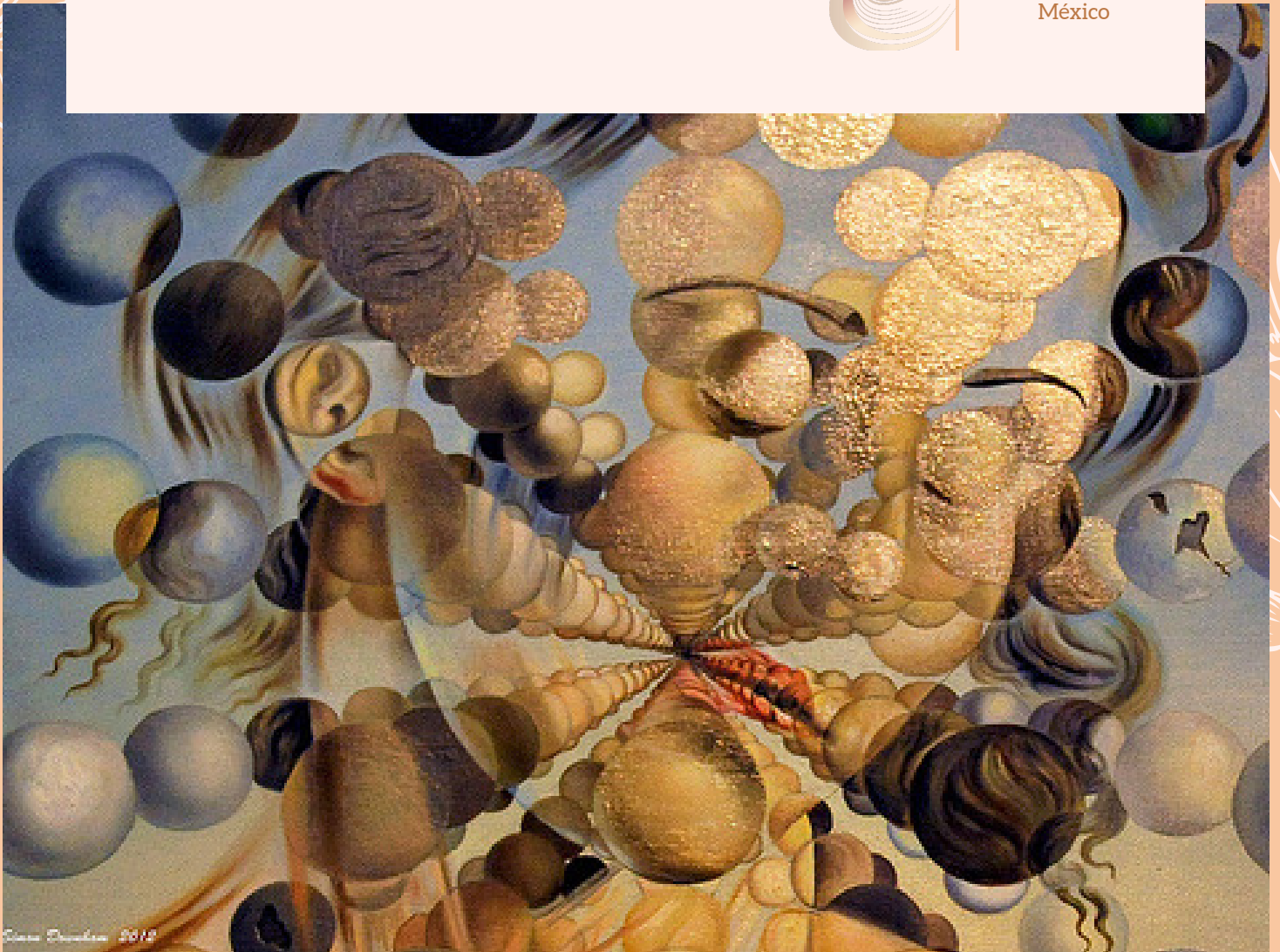
# Trastornos de la Personalidad y Génesis de los Traumas

Análisis Existencial de los Trastornos de la  
Personalidad condicionados por Traumas

---



Leben & Beruf  
México



# Trastornos de la personalidad y génesis de los traumas

## Análisis existencial de los trastornos de la personalidad condicionados por traumas \*

Alfried Längle\*\*

### Resumen

El tema de la "traumatización" tiene una relevancia existencial muy especial. El Análisis Existencial (AE) considera que lo específico de la traumatización grave está en la experiencia del "horror", en la que se vivencia lo abismal del Ser (en vez de la Nada). Esta experiencia central de la traumatización es analizada en dos niveles:

El nivel procesal es estudiado a través del análisis de la estructura del Yo. Se va comparando el modelo de la estructura del Yo del AE con el de Ch. Scharfetter.

En el nivel estructural, un trauma grave afecta las cuatro dimensiones de la existencia completa. Esto explica tanto la aparición de un TSPT (trastorno por estrés post-traumático), como el alto índice de comorbilidad de este trastorno. Como consecuencia directa del trauma, debido a una paralización en la esfera procesal, se produce una disminución de intercambios con la estructura existencial, que se caracteriza por pérdida de mundo, empobrecimiento de las relaciones, pérdida de sí mismo y de futuro. La vivencia es acompañada por típicas reacciones de coping – más que nada reflejos de posición de muerto y un activismo de la primera Motivación Fundamental (MF).

Terapéuticamente se hace necesaria una reestructuración de las relaciones existenciales fundamentales y de las funciones personales. El modelo de las MF señala pasos terapéuticos específicos para superar el desarraigo existencial y para movilizar las funciones personales mediante el empleo de factores "inespecíficos", como el diálogo y el encuentro.

**Palabras clave:** trauma, TSPT (PTSD), análisis existencial, motivaciones fundamentales, análisis existencial personal.

### Personality disorders and genesis of trauma existential analysis of traumatized personality disorders

The topic of traumatizing has a particularly great existential relevance. In existential analysis the specificity of grave traumatizing is considered to be the experience of "horror" at seeing the abysmal side of one's being (instead of the void). This central experience in traumatizing is looked at on two levels. The process level is examined via an analysis of the self-structure, with the existential-analytical model of self-structure being close to the one propounded by Ch. Scharfetter.

On the structural level all four fundamental dimensions of fulfilled existence are touched by grave traumatizing. This explains the genesis of PTSD (post-traumatic stress disorder) as well as the high comorbidity factor of this disorder. As a direct consequence of trauma the interaction with the existential structure is reduced, causing a loss of world, relationship, self and future. Characteristic coping reactions accompany all experience – above all the death-feigning reflex and activism on the first fundamental motivation.

Therapy must restructure the existential fundamental references and the functioning of the person. The model

\* Traducción por Magdalena Von Oepen. Santiago de Chile, 2010.

\*\* Sociedad Internacional de Logoterapia y Análisis Existencial. Viena. Dirección: Eduard Suess-Gasse 10 A-1150 Vienna, Austria  
+43 1 9853030 / [alfried.laengle@existenzanalyse.org](mailto:alfried.laengle@existenzanalyse.org)

of the fundamental motivations provides specific therapeutic steps to overcome the existential deracination and to mobilise the functions of the person with the help of non-specific factors such as dialogue and encounter.

**Key words:** trauma, PTSD, existential analysis, fundamental motivations, personal existential analysis.

## 1. Introducción

Ocurre un accidente en la autopista: un bus repleto roza la barrera de contención, rasga la carrocería por el lado, personas caen desde el vehículo zigzagueante que finalmente se vuelca. Cuerpos destrozados, personas gritando, sollozando, sangrando, inconscientes en la carretera. Otras personas desprevenidas llegan a esta escena, entran sin saber cómo en este infierno, todavía con la agradable música en el oído, las fantasías de vacaciones en la mente, ánimo de paseo o quizás justo un problema conyugal en el corazón. En forma abrupta se transforma la realidad. La realidad inocua, dulce, se precipita en un abismo nunca vivido, nunca visto, nunca soportado. Como quien se golpea la cabeza contra una puerta de vidrio invisible, por un instante ya no se sabe qué es – qué es la realidad. Sin orientación ni capacidad de comprensión, se encuentran las personas que van llegando frente al cuadro horroroso en la autopista. La mayoría está paralizada; algunos captan la situación, en forma más mecánica que consciente colocan señales de aviso, comienzan a dar los primeros auxilios a los más próximos.

Si nos alejamos del infierno de un escenario como éste y pensamos en las consecuencias para los sobrevivientes y para los que llegaron de improviso, hay que partir sin duda de un efecto de shock, que es fácil de imaginar. Pero luego los desarrollos son diversos y se plantea la pregunta psicológicamente relevante: ¿por qué un acontecimiento como éste produce un efecto traumatizante sobre algunas personas y sobre otras no? ¿Por qué una vivencia se convierte en una *experiencia* y otra en un *trauma*? - ¿Y debido a qué se convierte quizás en un *trastorno duradero*?

Debido a varias razones vale la pena plantearse esta pregunta. Algunas indicaciones pueden iluminar la importancia del tema en un marco más amplio:

- Es la pregunta psicológico-antropológica por la *vulnerabilidad* y *fragilidad* del ser humano. ¿Qué es lo vulnerable en el hombre? ¿Por qué algo nos causa dolor? Esto constituye la base de las siguientes consideraciones.
- Aquí se encuentra el tema psicológico-filosófico de la *experiencia de la conmoción sobre-dimensional*, del horror, que arranca de cuajo todo lo anteriormente existente. - ¿Cómo es posible este efecto y con qué se relaciona?
- Se justifica por razones personales plantearse esta pregunta, porque igual que la muerte es parte de la *realidad humana*. Uno se preguntará quizás, qué haría y cómo le iría, qué le podría ayudar, si le tocara vivir una tragedia como ésta. Esta reflexión nos puede llevar a no pasar por alto, no esconder o mantener alejado, quizás no reprimir o disociar este lado de la realidad, esta posibilidad de su irrupción. Se trata por lo tanto de un *riesgo* de que, incluso siendo un ser-humano *psíquicamente sano*<sup>1</sup> sin una vulnerabilidad específica, pueda *enfermar*, lo que vale tanto para el niño como para el adulto.
- Desde luego vale la pena por motivos *profesionales* plantearse estas preguntas. Sabemos cuán expandidas están las traumatizaciones. Cómo durante mucho tiempo en la psicoterapia se desconoció el efecto del trauma y cómo la investigación hoy pone de manifiesto su relevancia en la aparición de desarrollos deficitarios y con trastornos. Para el AE, el tema constituye un desafío especial, ya que la catástrofe, la destrucción completa del apoyo existencial no es ni cerca un tema tan importante en la literatura existencial, como lo son el fracaso, lo absurdo o la muerte.

Sabemos que todos podemos llegar a ser de improviso testigos, incluso víctimas de un escenario terrorífico como éste. La vida humana no está protegida de este aspecto de la realidad posible. Ni el saber ni la conciencia, ni la ciencia ni la fe nos pueden proteger, nos pueden ahorrar

1. Cuando no se especifica el género, vale para ambos.

la conmoción, si nos tocara confrontarnos con él. Posiblemente no podríamos afrontar siquiera el diario vivir, si estuviéramos siempre conscientes de los posibles abismos de la existencia. Así el hombre se adapta a un cuadro de la realidad que se presenta como seguro, manejable, previsible, fiable y digno de confianza. Y en general nos va bien con este cuadro de la realidad.

Pero este cuadro nos puede ser destruido en forma tan imprevista, que la fuerza brutal nos estremece hasta los fundamentos. En situaciones extremas como catástrofes naturales, accidentes que ponen en peligro la vida o son mortales, crueldad nunca vista que invalida tanto la dignidad como la existencia, no son válidas las reglas ni las leyes de la realidad cultural "domesticada". En estas situaciones extremas fracasan los esquemas operativos como actitudes y puntos de vista con que enfrentamos la realidad cotidiana. La experiencia traumática se confronta con algo tan nuevo, que uno no se encuentra adaptado ni tiene formas de conducta a su disposición para enfrentarlo. En estos casos, en vez de la pregunta: "¿Qué hace la persona con el trauma?", es más válida la pregunta contraria: ¿qué hace el trauma con la persona?

## 2. Trauma, trastorno de estrés post-traumático (TSPT) y trastorno de personalidad post-traumático

¿Qué es lo que caracteriza el trauma? – En general se entiende por trauma un acontecimiento nocivo, que se sitúa fuera de la "experiencia habitual del ser humano" (Vermetten, Charney, Brenner 2000, 67). En el DSM IV se lo restringe a acontecimientos en que uno mismo u otros han estado expuestos a la *muerte*, a graves *lesiones* o daños *corporales*, lo que condujo a una reacción subjetiva intensa de temor, desamparo u horror (ob.cit.). Debido a esta restricción de la definición a la confrontación con la muerte o la integridad corporal, el DSM IV concibe el trauma en forma mucho más estrecha que el CIE 10 (ob.cit. 70), que asocia los acontecimientos con la importancia subjetiva de una experiencia que normalmente no ocurre en la vida de una persona.

Con esto se diferencia un trauma de factores estresantes comunes y de lesiones, que son inevitables en toda vida. Sólo aquellos traumas deben ser considerados como causa de un TSPT, que sobrepasan las capacidades habituales de asimilación del ser humano, porque poseen una *dimensión abrumadora* y, debido a eso, llevan a reacciones *inusitadamente violentas*. Aquí se encuentra el hombre con una fuerza, con una violencia, una magnitud destructiva, que lo deja totalmente desamparado y lo llena de terror y espanto.

Más de la mitad de las personas (60% de los hombres, 51% de las mujeres) experimenta un acontecimiento semejante por lo menos una vez en su vida (ob.cit. 67; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson 1995).

Los síntomas del TSPT se dividen en tres categorías (Vermetten et al. 2000, 71f.):

- Re-vivencia del acontecimiento: se requiere al menos un síntoma de los "síntomas de resonancia": recuerdos insistentes; sueños agobiantes; vivencia recurrente del acontecimiento; intenso estrés psíquico frente a estímulos de advertencia;
- Conducta evitativa: se requiere de por lo menos tres síntomas de los grupos de sensaciones de estar anestesiado, de capacidad disminuida de reacción y de evitación;
- Síntomas duraderos de irritabilidad elevada: por lo menos dos síntomas como insomnio, irritabilidad o accesos de ira, trastornos de la concentración, alerta excesiva, reacciones de susto excesivas.

La re-vivencia, la conducta de evitación y la irritabilidad elevada tienen algo en común: son fenómenos de un intento de asimilación y con esto, síntomas de un proceso. El TSPT puede ser considerado por lo tanto como sintomatología de asimilación. La persona se encuentra en un nivel de irritación elevado, que repercute sobre las tres dimensiones antropológicas, trastornándolas funcionalmente: somáticamente (síntomas vegetativos, pérdida de peso, trastornos motores), psíquicamente (sentir, dormir, oscilaciones diarias, falta de ganas, fuerza motivacional, concentración) y personalmente (valoración de sí mismo, concepto de vida y actitud de vida, atención y motivación). Lo vivenciado agobia a la persona, sus estructuras yoicas ceden, de manera que no logra volver a "su altura".

Esta sintomatología aún difusa se cristaliza con contornos más claros cuando el TSPT se convierte en un trastorno de personalidad post-traumático (p.ej. cambio de personalidad, como se menciona en el CIE 10 – F 62,0). El cuadro de los síntomas revueltos, inquietos, agudos, se sedimenta en una actitud de protección frente al mundo, que se combina con una pérdida marcada del Yo. Este "atrincheramiento" de la personalidad ocurre sobre el terreno de una restringida relación con el mundo y con el interior. Las cinco características del "cambio de personalidad duradero causado por carga extrema" del CIE 10 se pueden incluir dentro de estas relaciones personales básicas:

#### a. referencia al mundo restringida

1. una actitud desconfiada-hostil frente al mundo
2. retirada social

#### b. referencia interna restringida

3. sentimientos de vacío, desesperanza
4. nerviosismo crónico y constante sensación de amenaza.
5. distanciamiento

Después de una dimensión tal de experiencia horrorosa ya no se puede abordar o mantener ninguna relación normal. El mundo es sencillamente demasiado amenazante y el sujeto está tan debilitado, que las otras personas (que en algunas traumatizaciones incluso contribuyen a causarlas), ya no se pueden soportar. Con este amplio retiro del mundo se produce, bajo la sombra de un temor constante, una pérdida de sí mismo con vacío y distanciamiento interior.

### 3. El horror como tema existencial de la traumatización

A uno se le plantea inevitablemente la pregunta, con qué se confronta la persona cuando reacciona en forma tan extremadamente intensa. La sintomatología señala una experiencia extrema que, a diferencia de un "temor normal", es arrollador y por lo tanto no puede ser clasificado dentro del marco de la "experiencia humana usual".

Goethe (sin fecha 370), en "Poesía y Verdad" (libro 16), denominó estas experiencias extremadamente fuertes que sobrepasan toda familiaridad y posibilidad de previsión, en forma muy precisa con los conceptos de "asombro" y "horror": "La naturaleza actúa según leyes eternas, necesarias, tan divinas, que ni la misma divinidad podría modificar en absoluto. Todos los hombres – inconscientemente – están totalmente de acuerdo en ello. Pensemos cómo una aparición de la naturaleza, que indica entendimiento, razón, o – incluso – sólo arbitrariedad, nos produce asombro, hasta horror. (...) Un horror semejante nos asalta en cambio, cuando vemos actuar al hombre sin cordura contra leyes éticas comúnmente aceptadas, en forma irracional contra su propio beneficio o el ajeno. Para deshacernos del horror que sentimos frente a esto, incluso lo convertimos en crítica, en repugnancia, y tratamos de liberarnos de una persona semejante ya sea en la realidad o en pensamientos."

Horror y pensamientos insoportables nos abruman, cuando el marco de la legalidad o de lo éticamente esperado, o bien de lo considerado como natural, se disloca. Entonces toda la confianza queda destruida. Una experiencia como ésta es un trauma. Parece que lo característico de una vivencia traumática no es tanto el miedo, como la experiencia (percepción) de una estremecedora imposibilidad de comprensión de la realidad que no tiene igual. Freyd (1994), a través de sus investigaciones de traumatizaciones infantiles, interpersonales, llega a estas conclusiones. Por ejemplo, encuentra primariamente en 75 personas traumatizadas una *conmoción de la confianza* (lo que según entendemos, sería la consecuencia inmediata de la "incapacidad de comprensión" experimentada y la sintomatología concebible más profunda). Este tipo de experiencias obviamente también produce temor<sup>2</sup> (más que nada y probablemente más en la retrospectiva), pero en la situación aguda desencadena más que nada *horror*. Definimos el horror como *incomprensión desconcertante ante algo extraño, cuya existencia se consideraba imposible*. Un TSPT tendría por lo tanto un núcleo temático: la confrontación con el contenido del horror, y esencialmente con el desconcierto, en la que nos encontramos en forma totalmente inesperada frente al ser.

2. Pero Freyd considera en forma decidida, que el temor no estaría en el primer plano de la experiencia, sino esta conmoción de la confianza. Ella sería también – finalmente – la que conduce a disociaciones (y, por eso, no conduce a las reacciones clásicas de miedo).

Es como si el ser hubiera defraudado al ser-humano – y sin embargo sigue dependiendo del ser, no puede seguir viviendo sin él (nótese la semejanza con la vivencia del niño frente a los padres – y cuando esta arteria vital de relación es defraudada por el abuso; Freyd construye su teoría del trauma sobre estas experiencias).

Para lograr entender mejor la idea de la imposibilidad de comprensión, tenemos que observar lo específico del horror con mayor detención. El horror en el fondo es una forma de *asombro*; sólo con la diferencia, que el objeto no es un valor inconcebible o una grandeza sobre-dimensional que nos produce asombro, sino que su objeto es lo inconcebible de lo abismal de la existencia. Convertido en palabras, el sentimiento del horror dice: "¿Puede ser eso posible? ¡Eso no existe! – ¡y sin embargo eso también existe!"

Sentimientos como estos nos invaden p.ej. frente a un accidente automovilístico, como el anteriormente descrito, o cuando escuchamos de atrocidades de la guerra, imágenes del campo de concentración, observamos como el World Trade Center se desploma el 11/09/01; también nos puede asaltar por el diagnóstico de una enfermedad grave e incurable. Cuando sea que experimentamos el horror, se destruye la confianza. No se trata siempre ni específicamente de que estemos en peligro nosotros mismos, como sucede en el susto, sino más que nada de la *incomprensión y la pérdida de confianza* en la existencia.

Mientras la psicología no le prestaba atención a este concepto (a lo más se describe el horror como sentimiento que acompaña al miedo), Emmanuel Levitas desarrolló en su obra temprana (1947) una comprensión profunda de esta experiencia. Puede ser considerado fundamental para una comprensión existencial del horror y del trauma. Para Levitas, lo que se experimenta en el horror, es algo diferente al miedo. A diferencia del miedo, el horror es desencadenado por algo que es. Mientras que en el miedo uno se ve confrontado con la *nada* potencial, en el horror es el ser lo que desencadena la conmoción. Lo horroroso es justamente que "eso exista", y no, que allí no haya *nada*. Levitas especifica este ser como el ser "anónimo", como un "torrente apersonal del ser", que

inunda al hombre. Este ser no es el ser "dádivo", el ser "cuidadoso" o "preocupado", como lo describe Heidegger, sino el "murmullo anónimo" del "existe". Al vivenciar el horror nos enfrentamos por lo tanto con una *paradoja del ser*. Nuestra vivencia acostumbrada del ser es, que nos proporciona protección, espacio y apoyo. Es el fundamento sostenedor del "ser-en-el-mundo" (Heidegger), es terreno al lado del abismo. Ahora esta confianza se derrumba por la vivencia de "lo que sí *existe*", con lo cual uno no había contado y probablemente tampoco puede contar, y lo que como ser, es capaz de amenazar el propio ser en forma extrema.

La experiencia repetida o la experiencia sobre-dimensional de que el ser "no sostiene", le sustrae al hombre el suelo de su mundo. Sin tener donde pararse cae en la impotencia frente al acontecimiento que se sustrae de su control, y que ahora tampoco logra asimilar. Esto lleva a una "interrupción", como lo denominan Kleber & Brom (1992) en un lenguaje más psicológico, por la "destrucción drástica de suposiciones y esperanzas" (Cléber 2000, 728).

En este marco de continuidad destruida también se encuentran los conceptos del trauma que se basan en el sentimiento de coherencia de Antonovski (1997). Frommberger, Stieglitz, Straub, Nyberg, Schlickewei, Kunner, Berger, Brügger (1999) pudieron demostrar, p.ej., en víctimas de accidentes graves, que las reacciones cognitivas y emocionales en víctimas de accidentes del tránsito que desarrollaron un TSPT, eran independientes de la gravedad de las lesiones (!), pero sí correlacionaban con el *sentimiento de coherencia* (es decir, con el significado subjetivo del acontecimiento negativo). Un buen *sentimiento de coherencia* estaba correlacionado negativamente con el desarrollo de un TSPT. Es decir, cuando uno puede encuadrar un acontecimiento difícil y traumático en una relación de sentido, el efecto traumático del acontecimiento parece debilitarse. En un trasfondo cognitivo tal y en el terreno de la experiencia de "que el ser no sostiene", naturalmente se produce en el futuro una vivencia duradera de peligro. Allí se produce la angustia. En el modelo *terapéutico cognitivo-conductual* de Ehlers & Clark (2000)<sup>3</sup>, es este sentimiento continuo de peligro una de las razones principales para el surgimiento

de un TSPT. Según nuestro punto de vista, este modelo parte en forma relativamente tardía en la línea del desarrollo del surgimiento del trauma.

Para completar mencionaremos un concepto psicodinámico del surgimiento del trauma. Según Gabbard (2000), la traumatización también se adscribe al significado subjetivo del estresor y no a un grado de gravedad objetivamente medible. Pero el TSPT se desarrolla sólo si la experiencia traumática entra en resonancia con un *trauma infantil*. En este caso, la conmoción se hace tan fuerte, que los afectos ya no pueden ser regulados y aparecen somatizaciones y alexitimia.

#### 4. La psicodinámica en la sobre-exigencia

Lo que el hombre experimenta aquí, sobrepasa su capacidad de elaboración. La incapacidad de manejarse con

lo vivenciado, de acomodarse en el ser junto a y con lo vivenciado, de encontrar una "morada", produce una "inseguridad existencial" tal (Butollo, Rosnes, Wentzel 1999, 184) que lleva a una *oscilación* de las reacciones. Hiperactividad y pasividad aparecen simultáneamente. Intentos de enfrentar y asimilar lo vivenciado, alternan con fases de paralización y fatiga. De este modo, el ser humano oscila entre intrusiones y negaciones, entre un constante re-vivenciar y conductas de evitación, entre irritación aumentada y embotamiento. Parece que se movilizan simultáneamente tres de los niveles fundamentales de las reacciones de coping, que describimos en el AE (Längle p.ej 1998), y dos de ellos en los ámbitos de las cuatro dimensiones fundamentales de la existencia. Esto muestra claramente la dimensión de la amenaza estructural, o bien, de la destrucción (en comparación con la neurosis, donde la fijación generalmente se produce preponderantemente en un solo mecanismo de coping). La tabla.1 da una visión de estas reacciones:

Tabla N°1

Las formas de la conducta automática de protección (reacciones de coping), clasificadas según los temas de las motivaciones fundamentales ("MF" – de Längle 1998, 23). Destacadas están aquellas reacciones de coping que son movilizadas por el horror traumático.

Trastorno de las MF: Sentimiento fundamental	Movimiento fundamental (intento de evitación)	Movimiento paradójico: Activismo (intento de superación)	Dinámica de defensa al no-escapar (tipo de agresión)	Experiencia de dominación (reflejo de posición de muerto)
1ª MF <input type="checkbox"/> Temeroso	Huir	Luchar	<i>Destructivo: odio</i>	Paralización
2ª MF <input type="checkbox"/> Depresivo	Retraimiento	Rendir	<i>Buscando relación: rabia</i>	Agotamiento, resignación, apatía
3ª MF <input type="checkbox"/> Histérico	Tomar distancia	Justificar, dar razón (disimular)	<i>Delimitando: rabia, enojo</i>	Disociación (escisión, negación)
4ª MF <input type="checkbox"/> Suicidal y Dependiente	Compromiso provisorio	Provocación, idealización, fanatismo, "para-existencialidad"	<i>Configurando un contexto: agresividad lúdica, cinismo, indignación</i>	Aturdimiento

3. Sin embargo relacionan la aparición de la vivencia de peligro con "excessively negative appraisals (added meanings) of the trauma and/or its sequelae" [evaluaciones excesivamente negativas (significados agregados) del trauma y/o de sus secuelas]. Según nuestro punto de vista, la evaluación negativa no debería ser considerada como voluntaria, sino como percepción y toma de posición emocional frente al contenido de la experiencia.

Todas las formas de la experiencia de dominación (reflejos de posición de muerto) se suelen encontrar juntos en el TSPT y dominan el cuadro. Se encuentran los reflejos de posición de muerto de las cuatro MF al mismo tiempo: paralización, apatía, disociación<sup>4</sup> y aturdimiento.

Sólo en los trastornos graves están afectadas todas las capas de la existencia. El cuadro se parece con la movilización del **movimiento fundamental protector**, que a su vez abarca las cuatro dimensiones fundamentales de la existencia: evitar y huir, retraerse, tomar distancia y compromiso provisorio. Además y como para subrayar las dimensiones del miedo contenidas en el TSPT, también está movilizado el nivel de reacción del **activismo de la 1ª MF**, la lucha en forma de intrusiones, pesadillas, revivencia del trauma, etc.

Como en esta movilización simultánea de conductas opuestas apenas se logra un avance en la elaboración del trauma, no debe extrañar que el 86% de los TSPT desarrollen un *trastorno co-mórbido disociativo* (Bremner et al. 1998, en Vermetten et al. 2000, 80). El desarrollo de una *disociación* debe ser considerado como una reacción fuerte. Una disociación representa un fracaso de las "funciones integrativas de la conciencia, de la memoria, de la identidad personal, como también de la percepción de sí mismo y de la percepción del mundo circundante" (Kapfhammer 2000, 152f). Esto muestra que en el fenómeno de la disociación se ha tomado el ducto de la pérdida del sí mismo y del mundo del TSPT. A este fenómeno que antes se denominaba neurosis histérica, le corresponde una *posición intermedia* entre el TSPT agudo y el trastorno de personalidad, que cala aún más profundo.

## 5. La estructura del yo según Scharfetter

El horror al cual uno está expuesto en el trauma rompe la habitual capacidad de elaboración del ser humano, según hemos observado. Debido a esto se llega a una sobre-

exigencia de la estructura elaboradora del yo. El lugar de la elaboración, de la integración, o bien de la selección de los estímulos es el yo. ¿Cuáles estructuras del yo son las que no son capaces de resistir a la experiencia? – Para eso se necesita antes una breve ilustración del concepto del yo, para explicar a continuación la repercusión de la patología. El concepto del yo del AE puede ser ligado en gran medida al concepto del yo de Scharfetter.

Christian Scharfetter (2002, 72-116) designa el yo como el "centro del vivenciar y de la conducta que se sitúa en el mundo en general, el lugar de afluencia para lo que llega, lugar de unión de lo actual con el pasado y el futuro, lugar de elaboración y envío para todo lo eferente (ob.cit.73). Es el lugar en el cual "todas estas funciones permanecen cohesionadas en un ente uniforme" (ob.cit.)

Scharfetter le atribuye varias dimensiones y aspectos, que grafica con círculos concéntricos, en que los centrales traspasan a los más periféricos y de este modo están contenidos dentro de ellos. El núcleo más interno es en este esquema la **vitalidad del yo** y la experiencia evidente del "yo soy" con su real presencia y afinación (ob.cit 74). – En el AE, esta dimensión fundamental del estar-allí humano, es el tema de la 1ª condición fundamental de la existencia. La existencia comienza con esta experiencia fundamental del "yo soy", o bien, del "yo existo", a través de la cual enseguida nos llega un poderío y una energía – que se convierte en la base del poder-ser y del *poder-hacer* en general.

2. Le sigue la **actividad del yo**: el experimentarse como autónomo en su actuar y en su percibir; vivenciar que soy "yo" quien lo experimenta, siente, piensa, espera, etc. – En el AE, esta dimensión encuentra su equivalencia en una combinación de la primera y segunda MF, en la experiencia del poder de la propia capacidad y en la vivencia de la vitalidad.

3. La **coherencia del yo** es la experiencia de la cohesión, de la unidad, de la consistencia de las tendencias y fuerzas en nuestro ser-uno-mismo. – En el AE hablamos de la

4. En una disociación fuerte se encuentran significativamente más traumatizaciones humanas y quiebres de confianza con personas de las cuales uno depende. La disociación ayuda más que nada a posibilitar una vida conjunta futura y necesaria (p.ej. niños en familias). (Freyd 1996, DePrince & Freyd 2001, Freyd 2003)

mismidad del yo en la 3ª MF. Es la vivencia consistente de la unidad interna, marcada por su ser único y exclusivo (como fundamento de la diferencia con otros).

Detengámonos un poco. Si observamos estas dimensiones sobre el trasfondo de los TSPT, podemos imaginar fácilmente, que la conmoción ataca justamente estas dimensiones. La unidad recién mencionada del yo ("mismidad del yo" en la experiencia y en la conducta) es estremecida por lo masivo de la irrupción y al menos cuestionada en su significado vital y en su evidencia, si no relativizada al máximo. ¿Es posible aún vivenciarse como "internamente cohesionado", cuando la vida juega de tal manera con uno que ya no tiene *nada que contraponerle*? ¿Es posible mantener aún, frente a una tal inconsistencia y un tal quiebre de la experiencia del mundo, una consistencia *interna*? – Podemos imaginarnos que el trauma se contrapone a la actividad del yo, la apaga, nos hace sentir que en los aspectos existenciales decisivos no somos los actores, los actuantes. El trauma agarra el yo hasta la médula, alcanza topográficamente hasta el núcleo más central de este esquema. La presencia autónoma, real, el "yo soy" natural lleno de sentimiento de vitalidad y fuerte afinación ya no es vivenciable. Está entumecido, aturdido, insensible, insegurizado.

La pregunta inexpresada, íntima tras una catástrofe tal sería: "¿Existo yo todavía o sólo existe esta fuerza, esta ola, esta brutalidad que ya me apagó hace rato?" El *ser-yo en esta realidad sobre-dimensional* ya no le parece *posible* al sujeto. Éste, que me parece ser el fenómeno central de la *experiencia traumática*, se propaga a las demás dimensiones del yo. Es la "impresión" interna de lo inconcebible, de la experiencia de algo que "en verdad no puede existir" – ahora "tampoco existe uno mismo".

4. Scharfetter describe como punto cuarto la **demarcación del yo**, la capacidad de delimitarse del no-yo, lo que por una lado posibilita la formación del yo y por otro crea el control de la realidad. – En el AE vemos la delimitación del yo como una *condición de las capacidades* del yo, o bien, de la 3ª MF: de la observación de

sí mismo, de la percepción de sí mismo, mediante las cuales se hace posible una delimitación y que, a su vez, se fortalece gracias a un enlace de feedback. Este límite hacia el mundo está irremediablemente roto, el límite protector y formador del yo está quebrado. Scharfetter (ob.cit. 74) habla de que en casos patológicos se puede llegar ya sea a una formación de un muro o a un "ser inundado sin protección por el 'no-yo' desde afuera". Justamente esto que ocurrió en el trauma, ocurre en flashback una y otra vez.

¿Qué ocurre con el 5º punto, la **identidad del yo**? Scharfetter la describe como la experiencia de la mismidad a través del tiempo: "...que una persona sepa que desde su nacimiento hasta hoy es la misma persona, que puede decir 'yo' de sí mismo (...) a pesar del cambio propio y de la configuración de su entorno en el transcurso de su historia vital" (ob.cit.). Esta identidad está quebrada, partida en dos por el trauma. Uno ya no se experimenta como el mismo que fue, se ha convertido en otro, se hizo extraño. Desde ahora hay un antes y después.

Scharfetter describe finalmente 6. la **imagen de sí mismo** como una dimensión del yo: lo que uno piensa de sí mismo, a lo cual pertenece también su **valoración de sí mismo**. Pareciera que esta dimensión *no está afectada directamente* por el trauma, pero sí entra en forma *indirecta* al juego. La persona traumatizada está ocupada en forma tan exclusiva en la superación de lo vivenciado, que no tiene fuerza, ni le interesa el valor de sí mismo. Lo elemental es ahora más importante.

Para Scharfetter, 7. la **fuerza del yo** es el resultado del juego conjunto de estas dimensiones. Según su opinión se trata aquí de un "constructo muy global" (ob. cit.77). Lo especial de esta teoría es, sin embargo, que *la fuerza del yo es entendida muy dinámicamente* como una "*cuadricidad* de varias funciones del yo" (lo que Federn ya había señalado en 1956, anota Scharfetter en forma elogiosa). Scharfetter piensa, que a través de esta cuadricidad de juego conjunto de las diferentes funciones del yo, se hace comprensible la alta *adaptabilidad y logro de síntesis del yo*.

## 6. La estructura del yo en la comprensión analítico-existencial.

El concepto de la estructura del yo en el AE, que fue logrado fenomenológicamente en el marco de un enfoque personalista, es construido en forma parecida a la dinámica de la fuerza del yo descrita por Scharfetter. Este paralelo se debe probablemente a una forma de proceder fenomenológica común. En la concepción del AE, la **fuerza del yo** es vista en el juego conjunto de aquellas capacidades que corresponden a las últimas *tres dimensiones de Scharfetter*. El yo recibe su fuerza del desarrollo y del empleo de facultades específicas que fundamentan el ser-uno-mismo (Längle 1999 a,b,c). Estudios fenomenológicos (p.ej. Eckhard 2000,2001; Längle 1999<sup>a</sup>, 2002 a,c,d) concluyeron que para ello se requieren tres condiciones:

1. A través de la **percepción de sí mismo** se llega a la delimitación y separación del yo y no-yo, de lo propio y lo ajeno. La clarificación de límites y diferencias es la base para el diálogo. El intercambio sólo es posible donde existe una diferencia.
2. En el **juicio de sí mismo** se trata de una actividad del yo, que se tiende a pasar por alto, pero que debe considerarse como *constitutiva para la formación del yo*. Una comprensión de la persona, en la cual el hombre es entendido como alguien que se es dado a sí mismo, subraya la capacidad de la aceptación de sí mismo, como también la del distanciamiento de sí mismo (Frankl 1996, 234ff.; Längle 1999b,c; 2002a; Tutsch 2000). Este aspecto esencial del ser persona trae consigo la necesidad de tomar posición consigo mismo. Mediante la toma de posición hacia sí mismo, se fortalece el límite encontrado y lo propio circunscrito por él, y "se hace propio". En el enjuiciamiento de sí mismo, o sea al darse cuenta de lo que uno piensa de sí mismo, de lo que uno considera que le pertenece, que le viene a uno mismo, de lo que le corresponde de todos sus planes, maneras de vivenciar y acciones a uno mismo, se *consolida el yo*. Es una forma de "pararse frente a sí mismo", de delimitarse internamente frente a sí mismo, de *tomarse en serio* en lo que uno

es, para ayudarlo a *manifestarse*. Ésta es la actividad *integradora real*, a través de la cual la identidad del yo se fundamenta eficazmente.

Es esencialmente esta capacidad, la que se ve interrumpida en su ejecución por la *experiencia traumática*. La conmoción de la experiencia lleva a una pérdida de la integridad del yo y enfrenta al traumatizado con preguntas como: "¿Qué es lo que ahora todavía me pertenece? - ¿Cómo puedo posicionarme frente a mí, si la monstruosidad de la experiencia ensombrece todo lo que fue? ¿Existe todavía algo propio que me pertenece y que no me será arrebatado en el próximo instante por una ola de horror, como si no me perteneciera?"

3. A través de la valoración de sí mismo se completa la integración de sí mismo. En ella, el ser-humano se coloca explícitamente frente a lo que puede apreciar en sí mismo y funda de este modo el *valor de sí mismo*. De esta manera, el sentimiento de la yoidad obtiene su techo, se redondea, de modo que la capacidad de la observación crítica de sí mismo se va convirtiendo en una *percepción de lo positivo* en el propio decidir y actuar. Esta actividad es especialmente formadora del sí mismo.-

En el *trauma*, el propio actuar está paralizado, o bien, se encuentra tan a la sombra de los acontecimientos, que ya no tiene significado para el sujeto. Entonces tampoco se puede llegar ya a un juicio valorativo de las propias decisiones y actuaciones. Con esto falta el redondeo de la formación de sí mismo, lo que refuerza aún más los sentimientos de *vacío* y *extrañamiento*.

Estas funciones yoicas se encuentran naturalmente en un interjuego con el ser visto por otros, más aún, son impulsadas por la interacción yo-tú. Por eso, si la persona experimenta crueldades de parte de otros, estas funciones son atacadas incluso en mucho mayor medida y su efecto se paraliza. Ésta podría ser la causa de que la probabilidad de desarrollar un TSPT después de un trauma sufrido por la brutalidad de personas, sea 10% más alta que en las víctimas de catástrofes naturales (40 - 65 % en situaciones de lucha y violación,

contra menos del 5% en catástrofes naturales) (comp. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson 1995, citados por Friedmann 2004, 14).

## 7. Efecto del trauma

El efecto del trauma tiene en el modelo teórico analítico-existencial una topografía doble. Por la intensidad de lo ocurrido se produce un marcado cambio en el **plano estructural** del anclaje existencial, como también un bloqueo persistente de la **función procesal** en la ejecución de la existencia.

### 7.1. Efecto sobre la estructura de la existencia

El modelo de Scharfetter descrito arriba con sus tres funciones básicas del yo pudo ser puesto en paralelo con las tres MF existenciales. Las demás funciones yoicas de Scharfetter tendrían su correspondencia en nuestro modelo teórico, en las condiciones de la formación del sí mismo, o sea, *dentro* de la 3ª MF. Habría que agregar que en el DSM IV aparece otro efecto del trauma, a saber, el sentimiento de un futuro restringido (Vermetten et al. 2000, 74). En el caso del trastorno grave, la transformación de la personalidad (CIE 10), se menciona una forma más intensa de este sentimiento: la *desesperanza*. Esto significa en el modelo analítico-existencial que también la 4ª MF es afectada estructuralmente en el trauma grave (en las reacciones de coping ya hemos visto que también están activadas aquéllas de la 4ª MF).

Por medio de la sintomatología descrita internacionalmente, nos damos cuenta de que el trauma grave – observado en el paradigma existencial – *se expande a las cuatro condiciones fundamentales de la existencia* y las bloquea en gran medida. Con el enfoque de este modelo se puede concluir, que el trauma entre otras cosas tiene consecuencias tan serias, porque todos los planos estructurales de la existencia son afectados por él. En una neurosis, p.ej., el efecto del trauma está focalizado en un *tema específico, determinado*, de las condiciones fundamentales. Un TSPT, o bien, un trastorno de personalidad permanente tiene como tema la *existencia en su totalidad*. La experiencia de un trauma grave conmociona las

dimensiones del poder-ser, bloquea la relación con la vida, el sentimiento del valor vital y de la vida relacional inclusive, apaga las funciones del yo, de modo que la visión de sí mismo, la identidad y el valor de sí mismo se opacan. Finalmente, el trauma quita la esperanza de un futuro, de un desarrollo en el cual la propia vida y el propio actuar podría realizarse (comp. Frommberger et el 1999). Y a diferencia de los trastornos de personalidad como el borderline, el narcisismo, el histrionismo, etc, no es afectado un tema principal y otro secundario, sino que **todos** los temas están en juego *más o menos* en el *mismo grado*.

Cuando el efecto del trauma lleva a un trastorno de personalidad permanente (CIE 10), se manifiesta claramente como fijación de déficit de todas las cuatro MF:

1ª MF: actitud hostil/desconfiada frente al mundo

2ª MF: retirada social

3ª MF: sentimiento de vacío

4ª MF: sentimiento de desesperanza; sentimiento crónico de nerviosidad [interpretado como equivalente frustrado de la actividad]

Una fijación en todas las dimensiones de la existencia explica también la alta comorbilidad del TSPT con la angustia, la depresión y los trastornos disociativos (70 – 85% en Kapfhammer 2000, 157; 86% en Vermetten et el. 2000, 79), trastornos de somatización y trastornos condicionados por sustancias (Vermetten et al. 2000, 78). Desde el punto de vista del modelo teórico analítico-existencial, esta propensión puede ser explicada por el debilitamiento de la estructura de las MF, en donde hay acentuaciones debidas a características de personalidad, experiencias previas, efecto traumático directo, etc. Aquí está el punto de intersección con el desarrollo de trastornos específicos de personalidad condicionados por traumas, entre los cuales el trastorno de personalidad borderline parece encontrarse en primer lugar.

La psicóloga analítico-existencial rusa Natalia Ignatseva (comp. 2005), que trabaja hace años con traumatizados muy graves en una sección neurológica en Moscú, me dio una idea interesante en relación al desarrollo de transformaciones de la personalidad después de un TSPT. Ella ve el acontecer central del efecto traumático en primer

término y en forma muy general, como una *disminución del nivel de conciencia y de actividad*, que repercute sobre todas las MF. Este efecto se relaciona a continuación con una serie de síntomas corporales, con una pérdida de fuerza tensional psíquica, con una pérdida del ser-persona y de visión al futuro. Como la persona después del efecto traumático *ha perdido el acceso a sí mismo* (y a las MF), *depende de otras personas*, que una y otra vez le crean y abren este acceso. Según su experiencia, el acostumbramiento a esta ayuda externa es la causa principal del desarrollo de una *transformación de personalidad*.

## 7.2 Efecto sobre el plano procesal

Si la persona queda privada de los elementos estructurales de la existencia, se derrumba el proceso de elaboración de los estímulos internos y externos. Debido al efecto traumático pierde el acceso a sus recursos personales y, con esto, a su actividad yoica. En relación a las funciones del yo, el trauma puede ser entendido como un shock del enfrentamiento, que lleva a un bloqueo total del yo. – En el AE se describe la capacidad de enfrentamiento del yo en el método del Análisis Existencial Personal (AEP) (Längle 1993, 2000). La persona gravemente traumatizada no sólo está conmocionado en todas las cuatro dimensiones fundamentales de la existencia, sino al mismo tiempo – y eso es lo que dificulta tanto el tratamiento del trauma – se encuentra en una "parálisis de AEP pro-traída" (de larga duración). Está tan dominado por la impresión, que no es capaz de concebir la emoción primaria y menos el contenido fenomenal que lo destruye todo. La comprensión, la toma de posición, la formación de la voluntad y finalmente una conducta expresiva adecuada – todas estas fuerzas de elaboración son destruidas por la fuerza de la impresión. En vez de la elaboración vuelven a aparecer una y otra vez las imágenes *antiguas* sobre la espalda de la emoción primaria. Pronto reemplazan el sentimiento y se extiende la sordera emocional. Aparece indiferencia, insensibilización, anhedonia. La actividad se desplaza al plano de las reacciones y es dominado por conductas de evitación. La persona se encuentra como puesta bajo hielo, congelada, sepultada. Sus intentos de activarse, debido al estado "amurallado", sólo producen nerviosidad, irritación, sobre-excitación – síntomas de defensa subyugada, pero síntomas de vida al fin, que todavía se mueve; podrían ser considerados como "signos de golpeteo del

yo", que bajo la constante amenaza psíquica, reacciona con excesivo susto, vigilancia elevada e insomnio (comp. la lista de síntomas del CIE 10).

El problema del TSPT es que no se trata de un *proceso de sufrimiento*, sino de un *estado de sufrimiento*. En realidad, el TSPT es una incapacidad de llegar, bajo estas condiciones, a un sufrimiento. Para aminorar la carga del dolor insoportable e intensivo, no existe tanto un sufrimiento como una paralización, análogamente a que la depresión conduce no tanto a un duelo, como a una petrificación en un estado semejante al duelo. La petrificación en el TSPT se basa en la pérdida del anclaje en el fundamento de la existencia. Es ser arrollado por la experiencia de 1) conmoción, 2) pérdida, 3) dolor y 4) incomprendibilidad, correspondientes a las cuatro estructuras fundamentales de la existencia, como fue descrito arriba. El *stress traumático* surge, por lo tanto, no por la *elaboración del sufrimiento*, sino por la incapacidad de progresar en este proceso necesario.

### a) Elaboración impedida

Toda adaptación a una nueva situación requiere básicamente de *fuerza psíquica y presencia mental*, especialmente cuando se trata de la pérdida o muerte de una persona cercana. Esta elaboración necesita dedicación y tiempo, en los que uno se sumerge en imágenes del recuerdo y elabora visiones para el futuro. La elaboración de traumas ocurre según el mismo principio de la elaboración de problemas, pérdidas, penas. Siempre se trata de situar al yo en la nueva realidad, encontrar de nuevo su *vivacidad*, de reestructurar la *imagen de sí mismo* y la identidad en el intercambio con lo nuevo y de vislumbrar el *horizonte de sentido*, es decir, colocar lo nuevo en un contexto con sentido y más amplio.

Lo especial en la *elaboración del trauma* es que el efecto del acontecer es tan fuerte, que el *yo no llega a una actividad propia, estable*. Vuelve a ser inundado una y otra vez por la pasividad del acontecimiento. Cada intento de elaboración termina en un rebelarse y arremeter *a modo de cólico* contra la destrucción sobre-dimensional. Pero luego, la atenta dedicación emocional y cognitiva se debilita nuevamente, se desiste de ella, incluso se evita, para encontrar en un *embotamiento de los sentimien-*

tos al menos alguna *tranquilidad* y no tener que volver a experimentar la traumatización en el recuerdo. Pero la dinámica de la vida no se detiene; exige la reestructuración de su forma y de sus capacidades. Se puede lograr una buena analogía corporal para la situación psíquica, que se parece al *atragantamiento* y a los cólicos que se sienten después de haber ingerido un alimento descompuesto. En forma análoga sufre el traumatizado "al atragantarse y vomitar lo indigerible". Esto lo lleva a representaciones del acontecimiento que acalamban, que impiden el uso de la propia fuerza, que subyugan y lo tornan pasivo.

La situación especial del traumatizado es entonces, que se queda pegado en estas convulsiones psíquicas – *no puede* volver a elaborar lo vivenciado, porque las estructuras del yo no alcanzan; y tampoco *quiere* trabajar en eso, porque los sentimientos son tan fuertes. De este modo, el traumatizado no llega a un proceso de elaboración, sino persiste en un acontecer vital de *reacciones de coping*. Estos lo protegen de lo que no puede *aceptar*, ni siquiera soportar (1ª MF): lo protegen en el déficit de fuerza y frente a lo *indigno* de lo vivenciado, para no tener que enfrentarse con esta total destrucción (2ª MF). Se siente que en un mundo tal no se puede *seguir siendo* como antes, y no se sabe ahora, quién se es (3ª MF). El dramatismo destructor del acontecer no deja lugar alguno para un desarrollo con visión de futuro, para una esperanza de poseer algo *constructivo*, que se le pueda contraponer a estas medidas destructivas.

La poetiza vienesa Johanna Vetter (2005, 30) puso esto en palabras de una claridad dolorosa:

Todavía  
Y una y otra vez  
Abre la puerta cerrada  
El pozo con la certeza de lo inevitable  
De estar perdido en forma definitiva

Paredes de hielo impenetrables  
Violan el aliento  
Descomponen los colores en gris  
Devoran el ahora y el después  
En el antes  
(...)

## b) Consecuencias del trauma

La obstaculización de la elaboración personal de lo vivenciado también hace sucumbir el intercambio dialógico en las referencias existenciales fundamentales. El debilitamiento de las cuatro dimensiones fundamentales repercute en el proceso existencial de la siguiente manera:

1. Lo vivenciado apaga el sentimiento de que un poder existir real y efectivo en el mundo sea posible. Se pierde la base para el ser en el mundo. Esta pérdida de *referencia del mundo* también se refleja en una vivencia diferente y debilitada de la propia *corporeidad*.
2. Otra consecuencia es el bloqueo de la *resonancia interna* al vivenciar. La capacidad para vibrar emocionalmente con algo está estrechada, la unión emocional con los valores está como cortada. Debido a esto falta la referencia vital en el vivenciar, que da un sentimiento temporal a la experiencia, el que está apagado en los traumatizados – no existe estructura de procesos sucesivos, el trauma permanece presente.
3. Lo vivenciado bloquea la *interiorización* y el tener **internamente al frente** lo horroroso. Por su sobredimensionalidad no permite un reflexionar real y hacerlo consciente. Debido a eso no se puede llegar a un "realizar" personal (a un hacer real desde mi ser persona) de lo acontecido, o bien, a tomas de posición integradoras. Lo vivenciado queda "afuera", extraño al yo, no debe convertirse en algo propio ni pertenecer a la existencia.
4. Tanto por el contenido de la impresión de recuerdos subyugantes, paralizadores, que siempre vuelven como nuevos, como por las estructuras personal-existenciales debilitadas, no hay visión que abra una mirada hacia un *futuro digno de ser vivido*. El marco en el cual se encuentra la vida ahora, es como un desierto sin un horizonte de valores y sin un desarrollo que le daría un sentido.

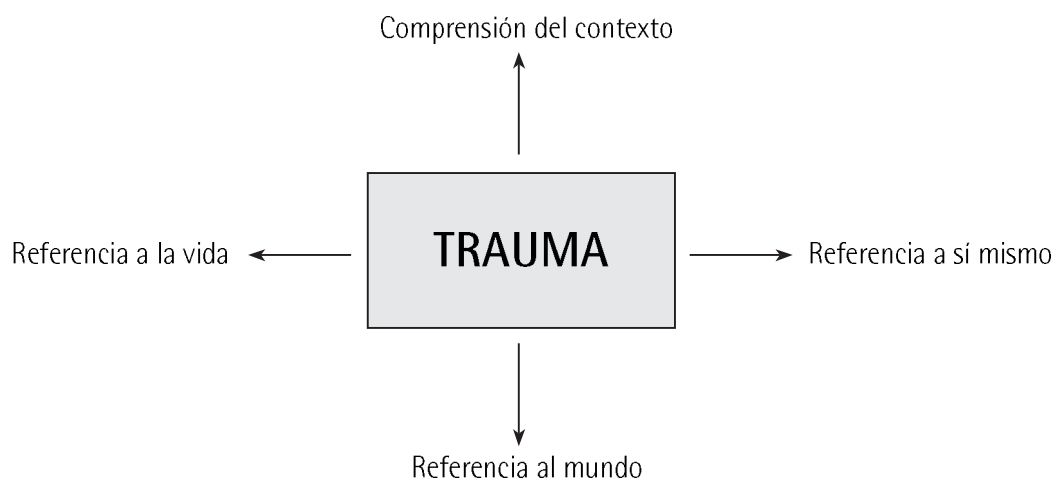
En una especie de "disociación existencial de origen" (que continúa en la sintomatología en forma repetitiva como en una fuga), el trauma destruye todas estas *posibilidades de intercambio con las dimensiones fundamentales de la existencia*, que proveen de una estructura. Las cuatro referencias existenciales fundamentales están blo-

queadas: un mundo como éste ya no sostiene, un mundo tal pierde su *fuerza* atractiva y su calor; habiéndose hecho extraño a sí mismo, ya no se encuentra el *acceso hacia sí mismo*, ni tampoco hacia un mundo, donde lo

valioso puede ser destruido de la peor manera en cualquier momento y en forma imprevista. Un futuro así no es *constructivo*, en él no existe *desarrollo con sentido* ni crecimiento.

### Diagrama N°1

El trauma destruye la cohesión existencial que está contenida en forma sistemática dentro del concepto de las cuatro dimensiones fundamentales (MF) de la existencia.



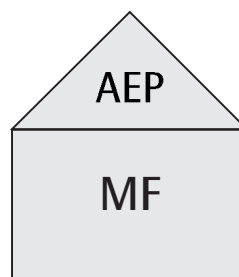
El trauma destruye la cohesión existencial en todas las dimensiones relevantes de la existencia y de este modo lo priva de la base para la ejecución del proceso de ela-

boración (como está concebido en el Análisis Existencial Personal o AEP), con lo cual sucumbe la realización existencial de la persona.

### Diagrama N°2

Se puede imaginar que la relación entre estructura de la existencia y capacidad de elaboración es tal, que la capacidad procesal del yo se apoya en la estructura experiencial. Si la experiencia cede a la estructura, los procesos ya no son completamente ejecutables.

MF ... Motivación Fundamental AEP ... Análisis Existencial Personal



Este enlace entre estructura (MF) y proceso (AEP) muestra nuevamente lo grave que es el trastorno TSPT, visto de modo *existencial*. La realización de la existencia está afectada en todo el ancho de las dimensiones existenciales fundamentales y priva a la función procesal de su sustento. Y, en un lazo de feedback, el plano procesal sobreexigido actúa a su vez sobre los referentes fundamentales en forma desestabilizadora y bloqueadora. Con esto se llega en el TSPT a un *"trastorno del propio estar-consigo-mismo"*. Esto se vivencia como "perderse a uno mismo" con sentimientos de extrañeza, lo que entendemos como un síntoma de la 3ª MF: el acceso al propio ser-persona, al "estar-consigo", se pierde. El TSPT lleva a un trastorno gravitante de la *integridad* y de la *potencia integradora del yo*, debido a lo cual el yo se convierte en nada más que la sombra de sí mismo.

### c) Reacciones de coping

En una amenaza tan fuerte de la existencia se destruyen las estructuras de resistencia y quedan reducidas al último escalón defensivo: al reflejo de posición de muerto. Ya casi dominado, como último resto de una actividad protectora, se experimenta instintivamente el mantenerse quieto en forma pasiva como la mejor posibilidad de sobrevivencia. Recién en forma secundaria aparecen los movimientos fundamentales de las dimensiones existenciales y un activismo de la 1ª MF – una señal de que el TSPT se encuentra ubicado tópicamente lo más cercano a la angustia y a la relación con el mundo<sup>5</sup>. El empleo masivo de reacciones de coping (psicodinámicas) reemplaza el diálogo (personal) consigo mismo y con el mundo externo.

## 8. Reestructuración de funciones personales como base para la terapia

Vimos que la extensa paralización y el bloqueo de las fuerzas personales traen como consecuencia una pérdida del anclaje existencial. Los contactos fundamentales con las

estructuras sostenedoras de la existencia se pierden, y las condiciones fundamentales de una existencia realizada, estable, no pueden ser restablecidas, debido a la ausencia de la dinámica procesal.

El efecto más profundo del trauma consiste en la conmoción de la confianza fundamental. Con ella se pierde el sentimiento de que "siempre existe algo que nos sostiene y nos da apoyo". La confianza básica es la confianza en "algo más grande" que supera vivencialmente al hombre y lo sostiene (un mundo, un cosmos, un orden divino). En ello se podía confiar, esta grandeza era sentida y proveía de un sostén psíquico-espiritual, orientación, imperturbabilidad (Freyd, 2003, denomina *"betrayal"* [traición] a esta desilusión que se produce en los traumas sociales, como destrucción de la confianza por infidelidad y traición).

Además de la confianza fundamental, como ya hemos visto, también están conmocionadas las otras referencias sostenedoras de la existencia, como "arrancadas de su anclaje": la relación fundamental con la vida, con la propia profundidad personal y un desarrollo con vista al futuro. Tampoco pueden volver a fortalecerse, debido a la falta de la función procesal personal. Por lo tanto se requiere de *ayuda externa* para iniciar este proceso. Sobre este trasfondo se hace muy comprensible que la persona traumatizada necesita al otro y que aparece un sentimiento abismal de estar perdido, cuando queda sola. La sola presencia y el estar con el otro que no "se aleja" en el miedo, sino que lo soporta con ella, podría ser sanadora, sin otra intervención especializada.

Rödhammer (2002) pudo aportar una primera evidencia empírica sobre la influencia positiva de competencias personal-existenciales sobre la elaboración de traumas, en una investigación con 40 víctimas de accidentes de tránsito. Personas afectadas que tenían bajos puntajes en la escala existencial (Längle, Orgler, Kundi 2000), reaccionaban al accidente con cavilación, disociación, evitación y pensamientos negativos hacia sí mismos. La autora entendió la disminuida capacidad para la elaboración del

5. En comparación con esto: las neurosis parecen trabajar primariamente con una fijación en el primer y/o segundo escalón defensivo, los trastornos de la personalidad, con una fijación en el cuarto y segundo (reflejo de posición de muerto y activismo); las psicosis parecen reaccionar preponderantemente con el cuarto escalón (reflejo de posición de muerto).

trauma, como una consecuencia de la apertura reducida para permitir el encuentro con otro. Cuando aparecía depresividad, temerosidad, agresividad o psicoticismo, aumentaba aún más la elaboración disfuncional del trauma, lo que podría ser comprendido por la reducción consecuente del intercambio dialógico con el mundo (entorno).

La reestructuración de las competencias personal-existenciales, es decir, la terapia específica, puede ser sistematizada mediante las estructuras fundamentales de la existencia. Con la ayuda de sus contenidos pueden ser denominadas las áreas temáticas de la terapia:

Tabla N°2

En correspondencia con las dimensiones conmocionadas de la existencia (MF existenciales) resultan temas concretos para el tratamiento del trauma, o bien, del TSPT.

Puntos de partida sistemáticos de la terapia	Temas concretos de la terapia
1. Referencia al <b>mundo</b> real, <b>fáctico</b> , y a su percepción	Imagen perturbada de la <b>realidad</b> ; confianza, falta de capacidad sostenedora de la realidad (supuestos a la base sobre la realidad)
2. Referencia a <b>valores vivenciables</b> y a su captación emocional	Incapacidad para <b>relacionarse</b> ; pérdida de la fortaleza de una relación sostenedora y de su valor conservador de la vida; apatía, carencia de fuerza motivadora; sentimientos de culpa
3. Referencia al <b>sí mismo propio</b> y a la capacidad integradora del yo	<b>Debilidad de decisión</b> ; puntos de vista y actitudes resignados, falta de direccionalidad de la persona; vergüenza
4. Referencia al <b>contexto más amplio</b> y participación en el desarrollo/ crecimiento/ llegar a ser (cambio hacia lo positivo)	Falta de orientación, falta de sentido, desesperación, desesperanza

Como consecuencia de este "desarraigo existencial" aparecen variados temas concretos.

Serán expuestos brevemente:

En primer lugar se produce una profunda confusión del "ser en el mundo": el traumatizado está existencialmente confuso, "ya no se ubica". Ya no sabe lo que "es real" y en qué puede confiar. Su confusión existencial hace surgir el sentimiento de que la catástrofe puede volver a irrumpir en cualquier momento y arrasar con todo lo conocido, con todo lo seguro. Los supuestos anteriores sobre la realidad, su confiabilidad y su consistencia están quebrados

(Janoff-Bulman 1992 lo describe como el quiebre de supuestos básicos – de esquemas – sobre la realidad interna y externa, que ya no valen). Lo experimentado lleva al traumatizado vivencialmente a la cercanía de la psicosis<sup>6</sup>, en lo que se refiere a la dimensión de la confianza en la realidad: ¿qué es realidad? ¿Se puede confiar en una realidad desde la cual uno cae, como desde un peñasco no percibido, a un abismo terrorífico? – El sentimiento frente al mundo es desconfianza, desesperanza en el sentido de: no poder confiar en que todo estará bien y que se logrará un apoyo en él.

6. A diferencia de la psicosis, naturalmente se mantiene el contacto con la realidad.

Allí está la sordera emocional, la pérdida de vivencia. Es prácticamente imposible dejarse tocar por algo, porque inmediatamente vuelve a surgir un dolor indescriptible. Y aunque se trate de algo hermoso, bueno, que podría tocar al traumatizado – no puede/quiere dejarse llevar por ello, porque en el próximo instante puede volver a ser destruido tan abrupta- e inexorablemente, y apagar el resto de la recién encendida chispa de vida. Esto hace prácticamente imposible, poder entablar relaciones y enfrentarse a la vida. Un estado apático, lejos de todo ser tocado y encapsulado en un abrigo protector, vuelve más soportable el estado doloroso y reduce el peligro de la re-traumatización. A veces, lo más torturante es el sentimiento de haber fallado uno mismo. Esto produce *sentimientos de culpa no realistas* en la víctima del trauma.

Regularmente surge hasta cierto grado la *pérdida de identidad*, como consecuencia de la capacidad de integración destruida. Se pierde el conocimiento de sí mismo, ya no sabe con certeza quien es, porque lo que sabía antes, ya no está (van der Kolk & Fislser, 1995, hablan de la destrucción de los contenidos explícitos de la memoria que definen el sí mismo). Se confunde la vivencia intuitiva de sí mismo, titila, no logra armar una imagen estable. El traumatizado se torna falto de guía, pierde actitudes y puntos de vista. El sentimiento del propio fracaso y estar dolido en su profundidad personal se condensa en *vergüenza*.

El traumatizado cae finalmente en **desesperación, desesperanza** y sufre de **pérdida del sentido**. Se percibe como arrancado de las *conexiones*<sup>7</sup>, como ya no contenido en un cosmos ordenado, sino arrollado por el caos y la destrucción. Smyth (1998) encontró en un meta-análisis, que la *comprensión del sentido* es fundamental para la integración de la nueva experiencia. Que la pregunta por el sentido de lo vivenciado preocupa a las personas por decenios, lo demostró como ej. un estudio canadiense (Silver, Boom, Stones 1983). El 80% de las mujeres abusadas sexualmente, después de 20 años todavía se preocupan por la pregunta del sentido, el 50% de ellas vivencian la pregunta como una coerción que se impone una y otra

vez y al mismo tiempo abre heridas (y viceversa llevan los síntomas del TSPT, como en un círculo infernal, nuevamente al sufrimiento del sinsentido – Wirtz 1989, 152). *La perspectiva de un crecer y madurar*, de llegar bien al fin de la vida, del propio actuar y existir, está sepultada bajo los escombros del acontecer. Después de un trauma tal, en verdad ya no queda futuro alguno, nada más hacia lo cual dirigirse y hacia donde vivir, a lo que uno podría abrirse y *realizarse* en algo distinto.

Las *posibilidades de desarrollo* desaparecieron doblemente: en el trato con el *mundo* y los otros domina la amenaza – en *sí mismo* carece de todo fundamento, ya no se sienten fuerzas de desarrollo, falta la fuerza y la estructura para un proceso. El sentimiento de la falta de una perspectiva existencial, del "corte del hilo vital", se puede traducir en *desesperación* y en *desesperanza*, en el sentido de carencia de confianza de que en el futuro podría llegar a estar *bien*.

Las consecuencias de un "desarraigo existencial" como éste hacen que en la terapia con TSPT (como también en muchos trastornos graves de la personalidad) se pueda experimentar en el paciente una suerte de carencia de fondo. A ella le corresponden cambios neuroanatómicos, neurobiológicos, neurofisiológicos y neuropsicológicos, como la actividad aumentada de la amígdala (trastorno de las emociones), la disminución del volumen del hipocampo, el empeoramiento de la regulación en el cortex órbito-frontal (que parece estar asociada a una especial susceptibilidad a los TSPT), etc. (comp. p.ej. Hüther 1997, 2002; Stein et al. 1997; Schore 2001; Kent et al. 2003). Todos los inicios de razonamiento, ensayo, corrección vuelven a fracasar y reaparecen los antiguos síntomas, imágenes, modos de conducta, reacciones y explicaciones. La claridad de los sentimientos que fue elaborada durante la sesión de terapia, los propósitos, motivaciones y decisiones se vuelven a perder apenas llegan los pacientes a sus casas. Mi colega Hans Zeiringer comparó alguna vez la pérdida de estas estructuras con pacientes después de un *ataque de apoplejía*: sólo en la medida en que la estructura neurológica se regenera después del accidente,

7. Van der Kolk & Fislser (1995) señalan el rol crítico del trauma en el contexto vital, el que se "deformaría", por lo cual todos los referentes vitales se desordenarían.

pueden las medidas terapéuticas ser exitosas y durar. Algunos de estos pacientes post-apopléjicos se recuperan ampliamente, en otros persiste un daño permanente. Para la comprensión y el trabajo práctico es de ayuda ver los sucesos de la esfera psíquica en los TSPT en forma análoga (comp. también Hüther 2002). No debe ser subestimada la repercusión de este estancamiento persistente en la terapia, sobre el terapeuta mismo. En la contra-transferencia aparecen pronto sentimientos de impotencia y de incompetencia. Exigen un gran esfuerzo por parte del terapeuta, para mantener en pie una valoración auténtica en sus propias capacidades y la confianza en sí mismo (van der Kolk et al. 1996).

## 9. Entrar en el diálogo

Para ganar inicialmente terreno en la terapia, según nuestro punto de vista es central el trabajo en el diálogo y la guía del paciente en varios planos. Por medio del "diálogo guiado", por un lado se ofrece estructura, por otro, se estimula y despierta la *capacidad procesal* del paciente. La dirección del diálogo no sólo es importante por la *conducta* implícitamente *evitativa*, sino también por el funcionamiento no contextualizante, asociativo de la *memoria* traumatizada (ambas son consideradas, junto con el ya mencionado sentimiento constante de amenaza debido a evaluaciones excesivamente negativas, como factores que originan los TSPT en el modelo de Ehlers & Clark, 2000). Esterling et al. 1999 señalan que los diálogos *no guiados* o incluso el escribir solo en su casa, resultan más dañinos, que el hecho de no llevar a cabo estas actividades.

Stephens (220) menciona varios estudios que demuestran que existe suficiente evidencia empírica de que la obstaculización de hablar sobre un trauma empeora la salud psíquica y corporal. En cambio, los estudios muestran con suficiente evidencia, que hablar (o también escribir) sobre un trauma posee efectos positivos sobre la salud psíquica y corporal. Pennebaker, Mayne y Francis

(1997) opinan, que en el hablar y el escribir se trata de dos procesos independientes que, por lo tanto, pueden entrar en acción en forma paralela: en el primero se trata de la necesidad de encontrar una historia o bien, una explicación del acontecimiento; en el segundo, mayormente de una necesidad de nombrar los sentimientos.

Para enfrentarse nuevamente al mundo después de un trauma, el impulso por parte de un *tú* es de la mayor importancia. La persona conmocionada, enmudecida necesita a alguien, en quien poder confiar, que esté cerca, que la estime y guíe, que vaya a su encuentro y a veces lo encuadre<sup>8</sup>, y que crea en un desarrollo y un futuro para él. El tú representa así un polo contrario a su estado, va a su encuentro con las cualidades específicas de un "raigambre existencial", del cual se hace cargo en cierto modo para el paciente y se lo coloca al frente como un retrato (Stuhr, Wirth 1990). Con la actitud del terapeuta y la mediación del diálogo deberá ser disuelta lentamente la *rigidez personal*, lo que se hace posible mediante una raigambre renovada de las estructuras existenciales. Con esto deberá ser "personalizado" el bloqueo apersonal posterior al trauma, ser impregnado por la persona (van der Kolk, McFarlane, Weisaeth 1996). En este momento hay que tener especial cuidado de no forzar – ¡sólo sería una retraumatización (Roderick, Schnyder, 2003)! En cambio se debe cuidar de la progresiva formación de estructuras en todos los ámbitos existenciales – que a su vez vuelve a liberar más capacidad procesal. Cuáles estructuras existenciales crecen primero – si esto posee una secuencia regular o si su crecimiento depende en cada caso de la personalidad del paciente y/o del terapeuta, según mi conocimiento aún está por ser investigado. Lo mismo vale para la pregunta de cómo repercute la formación de estructuras en las funciones del yo y su liberación.

Para la terapia es *central* construir un *diálogo interno* constructivo. El impulso para ello proviene de un *diálogo externo* bueno, confiado, empático, que sirva de mo-

8. Lutgendorf y Antoni (1999) encontraron que el peligro de intrusiones y estados de ánimo negativos aumentaba con la cantidad de palabras usadas al escribir – ¿un síntoma de elaboración disociativo-histriónico que requiere de una contención por parte de otro?

delo y guía para el diálogo interno<sup>9</sup>. Ya en la *historia del desarrollo* ocurre que el hombre no se desenvuelve solo, sino que requiere para ello del encuentro con el otro. En un TSPT, la persona comienza existencialmente "como de nuevo" y por lo tanto necesita de los otros para encontrar el acceso a sí mismo, para construir la confianza hacia su propio cuerpo, para volver a reconocer los sentimientos como propios, construir una nueva identidad y dirigirse al futuro. Los traumatizados *por abuso* necesitan en mayor medida de encuentros confiables, bien intencionados, protectores, en los que ven reflejados sus propias fuerzas, para lograr nuevamente un acceso a sí mismos y poder verse. Justamente los pacientes abusados tienen, además de la imagen destructora del mundo que proviene, p.ej. de una catástrofe natural, al mismo tiempo una *imagen de sí mismo* directamente *destruida*: lo que se vio de ellos, como fueron tratados, se contradice con cualquier forma de aceptación de sí mismo. Por eso es que estos pacientes se pierden una y otra vez, ya no se ven, caen inmediatamente en la misma pérdida de sí mismo que han vivido agudamente, p.ej., cuando un conocido les toma la mano, o pueden llegar a ser fuente de violencia (May 1972).

Paralelamente a estos trastornos de la percepción referentes a sí mismos, también pueden aparecer fuertes *contra-reacciones psicodinámicas* debidas a las *constantes pérdidas de sí mismos*. Perderse una y otra vez son experiencias repetidas, dolorosas, retraumatizantes del no poder aceptarse a sí mismo. Como para ello faltan las condiciones estructurales, el traumatizado vivencia su propio fracaso y esto puede conducirlo al odio a sí mismo y a la auto-desvalorización. Sin otro al frente que ve al traumatizado y *sostiene la estructura por él*, es difícil que estas personas logren salir de este círculo infernal. – Necesitan el diálogo externo como alimento para el crecimiento espiritual-mental y para la construcción de un diálogo interno verdadero, adecuado a sí mismo y a la situación. El diálogo interno es indispensable, ya que recién a través de él se realiza lo obtenido, se integra al propio yo lo puesto a su disposición.

---

9. P.ej. Janoff-Bulman 1992; sobre el significado del habla como formador de estructuras para el proceso de sanación comp. Pennebaker, Mayne and Francis 1997; también el escribir sobre el trauma es sanador, cuando está emocionalmente cargado, comparado con menos visitas médicas y enfermedades: Pennebaker, 1992, Pennebaker and Beall 1986; comp. también el meta-análisis de Smyth 1998, que a pesar de resultados divergentes, en la suma llega a la misma conclusión.

## 10. Indicaciones prácticas para la terapia

Para el trabajo terapéutico práctico se enumerarán finalmente en forma taxativa los ámbitos de trabajo de los cuales –correspondientemente al modelo estructural analítico-existencial y lo expuesto sobre las estructuras específicas del yo, afectados por el trauma– resulta la siguiente clasificación y secuencia de pasos terapéuticos:

### 1. Realidad (referencia al mundo):

Trabajo en los supuestos a la base (consideraciones sobre la realidad, es decir, sobre la "visión del mundo"); trabajo y ejercicio en situaciones que brindan apoyo, especialmente en la aceptación de lo dado (correspondiente a la 1ª MF).

### 2. Valores y relaciones (referencia a la vida)

**Dedicación:** Empleo de la relación terapéutica que posee una función sostenedora (y habitualmente es "probada" al comienzo de la terapia por el paciente, respecto a su confiabilidad y, por lo tanto, también requiere de un esfuerzo activo por parte del terapeuta – comp. p.ej. Grassmann 2004, 46f.); introducir paso a paso y con empatía cuidadosa (!) los sentimientos en el diálogo (con "diferencia mínima" a la experiencia traumática – ob.cit.), parcialidad en la relación (Wirtz & Zöberli 1995) y toma de posición por parte del terapeuta.

### 3. Reestructuración del sí mismo (referencia a sí mismo)

**Guía al encuentro** por parte del terapeuta; trabajo en la realización de pequeños pasos de *libertad* y configuración propia de la vida; posibilitar y guiar hacia *tomas de posición* propias. Trabajo procesal central con ayuda del AEP para la elaboración paso a paso de los acontecimientos traumatizantes. Hyer & Brandsma (1999) acentúan, que el tratamiento del trauma por sí solo sería insuficiente; sería importante, en cambio, tratar a la persona y su imagen de sí misma.

#### 4. Restablecimiento de una referencia al contexto (referencia de sentido):

Cambio existencial y apertura del *sentido situacional* (Frankl); *sentido ontológico* y espiritualidad (Wirtz & Zöbeli 1995); *entrega* de lo no-comprendido a una "realidad trascendente".

Esta forma de proceder contiene, en primer lugar, elementos *re-estructurantes*. La movilización e instalación de *recursos* es el fundamento de la terapia, luego de las devastaciones de una experiencia traumática. Primero corresponde crear lo indispensable para sobrevivir y lograr un poco de libertad de movimiento. Para ello pueden ser consideradas las MF existenciales y los recursos personales, como condiciones para un "posttraumatic growth" [crecimiento postraumático] (Jaffe 1985; Calhoun, Tedeschi 2000; Tedeschi, Calhoun 2004), lo que sugiere la investigación sobre la influencia de las capacidades existenciales fundamentales (Rödhammer 2002). El crecimiento en base al trauma consiste en una multiplicidad de posibilidades, como p.ej. una mayor valoración de la vida en general, relaciones interpersonales de mayor sentido, un sentimiento más nítido de la fuerza propia, prioridades cambiadas, una vida existencial y espiritual más plena (Tedeschi et al, 2004, 1).

Pero no debería pasarse por alto, que la confrontación con la experiencia traumatizante y su elaboración representa un punto crítico en la terapia del trauma (para una vista general comp. Schnyder 2005, 496ff.). Sin una descarga previa y sin una movilización de recursos (p.ej. la vivencia de un nuevo apoyo, una nueva relación hacia los valores y hacia la emocionalidad) se puede contar con una *retraumatización*. Está claro que desde la visión de ayuda del terapeuta existe el deseo de que el paciente llegue a una liberación duradera, hasta definitiva de su sufrimiento. La terapia pretende en lo posible actuar en forma "causal" y no sólo sintomática. Esta ambición terapéutica, o bien la contratransferencia no reflexionada de un deseo de sanación del paciente, puede inducir a enfrentar la vivencia traumática en forma demasiado osada, precoz, directa, etc. (Roderick et al 2003). Se debe estar consciente de que alguna traumatización grave puede *no ser elaborable*, sino que sólo se puede aprender a volver a afirmarse en la vida, en una vida nueva y diferente, "a pesar de" esta

vivencia, o bien "con" ella". Que a veces sólo puede tratarse de agotar el resto de las posibilidades y reconstruirlo *al lado de las ruinas*. A esto se refiere Frankl con su famoso "decir sí a la vida a pesar de". Según mi experiencia e imaginación es casi *imposible* elaborar un trauma hasta tal punto que internamente se *tranquilece totalmente* y ya no duela. Una experiencia tan monstruosa *nunca puede perder su monstruosidad* – en ese caso la traumatización y el horror serían sólo una reacción exagerada y carecerían de su profundidad y seriedad existencial. Sólo cuando existe *suficiente estructura*, se puede comenzar con el proceso de elaboración. Las intrusiones, p.ej. deben ser enfrentadas inicialmente con formación de estructura, para contenerlas un poco. Cuando esto se logre, de modo que el paciente no se sienta totalmente perdido por las intrusiones, se puede comenzar con la elaboración del trauma, p.ej. con ayuda del AEP. – Una aplicación sensible del AEP también provee de indicaciones para saber si ya es el momento adecuado para iniciar la elaboración del trauma. Simonet & Daunizeau (2002) escriben sobre la lograda superación del trauma: "Sin querer negar el rol de víctima, la experiencia puede ser integrada y lleva a un cambio de la identidad. Estas personas 'mueren para sí mismas' para volver a nacer – como otros. En conocimiento de su vulnerabilidad y de lo quebradizo que es su mundo interno y externo, alcanzan un sentido más profundo y están en mejor situación para valorar el momento." (Cit. según Lavallée & Denis 2004)

Mientras que en los trastornos psíquicos corrientes una o dos condiciones fundamentales de la existencia se han convertido en problemas, al experimentar un trauma toda la base de la existencia es arrancada de su anclaje por una ola inmensa. Como ya ninguna de las "cuatro raíces" de la existencia brinda sostén ni puede alimentar el existir, inicialmente tampoco hay nada sobre lo cual la terapia pueda "colocar" su puente y tenga "la espalda libre" para proceder. Esta simultaneidad del trastorno de todas las dimensiones del existir explica la complejidad de la terapia del trauma y el desamparo espontáneo frente a sus víctimas. Ésta puede haber sido una razón de que la psiquiatría y la psicoterapia hayan pasado por alto el efecto específico del trauma durante decenios. La dedicación de Frankl (1946, 1996) a la "psicología del campo de concentración" fue un trabajo de pionero y acentuó la

necesidad de una preocupación espiritual por el sentido, como indispensable para la superación de experiencias espantosas. Pero hasta los años 90 del siglo pasado, Frankl, con su "psicología desde lo espiritual", apenas fue tomado en serio dentro del ámbito de la psicoterapia. Este desamparo frente al trauma iba de la mano con la represión y negación de los hechos abusivos, que comenzó con el error histórico fatal de Freud, de abandonar la teoría del trauma como causa originante de la neurosis (Freud 1896; Atwood, Orange 2000).

A nosotros los psicoterapeutas – y quizás esto pueda ser dicho con mayor énfasis para el Análisis Existencial – este trabajo nos da un impulso para mirar la vida en su *estructura más profunda e inconcebible*, y para trabajar con mayor dedicación en un anclaje propio en el fondo del ser. De este modo, el trabajo con personas traumatizadas no sólo podrá servir a los afectados, sino que puede beneficiarnos a todos y, en forma indirecta, ayudarnos a nosotros mismos a lograr un crecimiento mayor.

## Bibliografía

1. Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag
2. Attwood GE, Orange DM (2000) Verführungstheorie. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 754f.
3. Butollo W, Rosner R, Wentzel A (1999) Integrative Psychotherapie bei Angststörungen. Bern: Huber
4. Bremner JD, Krystal JH, Putnam F et al. (1998) Measurement of dissociative states with the Clinician Administered Dissociative States Scale (CADSS). In: J Trauma Stress 11, 125-136
5. Calhoun LG, Tedeschi RG (2000) Early posttraumatic interventions: facilitating possibilities for growth. In: Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues, and Perspectives. In: Violanti JM, Paton D, Dunning C (Ed) Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publishers, pp135-152.
6. Eckhardt P (2000) Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Wien, Gruwi-Fakultät der Univ.: unveröff. Diss.
7. Eckhardt P (2001) Selbstwert und Werterleben aus existenzialistischer Sicht. Existenzanalyse 18, 1, 35-39
8. Ehlers A, Clark DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy 38, 319-345
9. Esterling BA, L'Abate L, Murray EJ, Pennebaker JW (1999) Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. In: Clinical Psychology Review, 19, 1, 79-96
10. DePrince AP, Freyd JJ (2002) The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal? In: Kauffman J (Ed) Loss of the Assumptive World: a theory of traumatic loss. New York: Brunner-Routledge, 71-82
11. Frankl VE ([1946] 1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke, 10. Aufl. [(2002). Psicoanálisis y existencialismo. México: FCE]
12. Frankl VE (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper (Neuausgabe) [(2003). El hombre doliente. Barcelona: Herder]
13. Freud S [(1896), 1982] Zur Ätiologie des Hysterie. In: Mitscherlich A, Richards A, Strachey J (Hrsg) Sigmund Freud-Studienausgabe, Bd. VI: Hysterie und Angst. Frankfurt/M: Fischer, 37-145 [La etiología de la histeria]
14. Freyd JJ (1994) Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse. In: Ethics & Behavior 4 (4), 307-329
15. Freyd JJ (1996) Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
16. Freyd JJ (2003) What is a Betrayal Trauma? What is Betrayal Trauma Theory? Retrieved April 1, 2003 from www.dynamic.uoregon.edu/~jjff/defineBT.html 23
17. Friedmann A (2004) Allgemeine Psychotraumatologie. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg) Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung. Wien: Springer, 5-34
18. Frommberger U, Stieglitz RD, Straub S, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M, Brügger G (1999) The concept of "sense of coherence" and the development of posttraumatic stress disorder in traffic accident victims. Journal of Psychosomatic Research. 46; 343-348
19. Gabbard GO (2000) Anxiety disorders: psychodynamic aspects. In: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI (Hrsg) Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 7. Aufl., 1472-1474
20. Goethe JWv (oJ) Dichtung und Wahrheit. In: Goethes Werke in zwei Bänden. Salzburg: Bergland, Bd. 1, 129-390
21. Grassmann H (2004) Körperpsychologische Grundlagen einer Traumatherapie. Posttraumatische Übertragungsphänomene im therapeutischen Dialog. In: Psychologische Medizin 15, 3, 43-47
22. Janoff-Bulman R (1992) Shattered assumptions. Toward a new psychology of trauma. New York: The Free Press
23. Hüther G (1997) Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

24. Hüther G (2002) Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Göttingen: Psychiatr. Univ.-Klinik [http://www.agosp.de/UB\_Veroeffentlichungen/Aufsatz/Aufsatz\_34/ hauptteil\_aufsatz\_34.html] Zugriff 20. 4. 2005
25. Hyer L, Brandsma JM (1999) The Treatment of PTSD Through Grief Work and Forgiveness. In: CR Figley C (Ed) *Traumatology of Grieving*. Philadelphia: Brunner/Mazel. CIE 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Dilling H, Mombour Welt, Schmidt MH (Hrsg). Bern: Huber 1991
26. Ignatjewa NS (2005) Schädel-Hirn-Trauma – Phasen der Wiederherstellung des Selbst- und Weltbezugs und seine existenzanalytische Behandlung. In: *Existenzanalyse* 22, 2, 38-45
27. Jaffe DT (1985) Self-renewal: Personal transformation following extreme trauma. *J Human Psychol* 25, 99-124
28. Kapfhammer HP (2000) Dissoziative Störungen und Konversionsstörungen. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Ed) *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 6: Erlebensund Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 149-185
29. Kent JM, Rauch SL (2003) Neurocircuitry of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 5(4), 266-273
30. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: *Arch Gen Psychiatry* 52, 12, 1048-1060
31. Kleber RJ, Brom D (1992) Coping with trauma: theory, prevention and treatment. Amsterdam: Swets & Zeitlinger
32. Kleber RJ (2000) Traumatischer Stress. In: Stumm G, Pritz A (Ed) (2000) *Wörterbuch der Psychotherapie*. Wien: Springer, 727f
33. Längle A (1993) Personale Existenzanalyse, In: Längle A (Hrsg) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7. Wien: GLE, 133-160
34. Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. In: *Existenzanalyse* 15, 1/98, 16-27
35. Längle A (1999a) Die existentielle Motivation der Person. In: *Existenzanalyse* 16, 3, 18-29 24
36. Längle A (1999b) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In: *Existenzanalyse* 16, 1, 18-25
37. Längle A (1999c) Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein oder: Wie können wir trotzdem werden, wer wir sind? – Anregungen aus der Existenzanalyse. In: *Existenzanalyse* 16, 1, 26-34
38. Längle A (2000) (Ed) *Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas
39. Längle A (2002a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: *Fundamenta Psychiatrica* 16, 1, 1-8
40. Längle A (2002b) (Ed) *Hysterie*. Wien: Facultas Längle A (2002c) Die grandiose Einsamkeit. Narzißmus als anthropologisch-existentielles Phänomen. In: *Existenzanalyse* 19, 2+3, 12-24
41. Längle A (2002d) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hrsg) *Hysterie*. Wien: Facultas, 127-156, 134
42. Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Existenzskala. Göttingen: Hogrefe Beltz [La Escala Existencial: Bs.As. : Dunken]
43. Lavallée F, Denis MC (2004) From surviving to living. How does one return from horror?
44. Vortrag 23. 7. 2004 by 3rd Biennial International Conference on Personal Meaning, Vancouver B.C.
45. Levinas E (1947) *De l'existence à l'existant*. Paris: Editions de la Revue Fontaine. Deutsch:
46. (1997) *Vom Sein zum Seienden*. Freiburg: Alber
47. Lutgendorf SK, Antoni MH (1999) Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. In: *Cognitive Therapy and Research* 23, 1, 423-440
48. May R (1972) *Die Quellen der Gewalt. Eine Analyse von Schuld und Unschuld*. Wien: Molden
49. Pennebaker J W, Beall SK (1986) Confronting a traumatic event: towards and understanding of inhibition and disease. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281
50. Pennebaker JW (1992) Inhibition as the linchpin of health. In: Friedman HS (Ed) *Hostility coping and health*. Washington: American Psychological Association
51. Pennebaker JW, Mayne T, Francis ME (1997) Linguistic predictors of adaptive bereavement. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871
52. Roderick O, Schnyder U (2003) *Reconstructing Early Intervention after Trauma. Innovations in the Care of Survivors*. London: Oxford Univ.-Press
53. Rödhammer M (2002) *Existenz & Unfalltrauma. Existenzanalytische Erhellung von Traumaverarbeitung am Beispiel Verkehrsunfall*. Innsbruck: Univ., Psychol. Institut, unveröff. Dipl.-Arb.
54. Scharfetter C (2002) *Allgemeine Psychopathologie. Eine Einführung*. Stuttgart: Thieme, 5. neubearb. Aufl.
55. Schnyder U (2005) *Posttraumatische Störungen*. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme, 493-501, 3°
56. Schore AN (2001) The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. In: *Infant Mental Health Journal* 22, 201-269. Wiederabdruck in: [www.trauma-pages.com](http://www.trauma-pages.com)
57. Silver R, Boom Ch, Stones M (1983) Searching for Meaning in Misfortune. Making Sense of Incest. In: *J Social Issues* 39, 2, 81-102
58. Simonet E, Daunizeau B (2002) Les prises en charge psychothérapeutique. In Lopez G, Sabouraud-Séguin A (Éds) *Psychothérapie des victimes*. Paris: Dunod, 55-82
59. Smyth J (1998) Written emotional expression: effect size, outcome types, and moderating variables. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 174-184
60. Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med* 1997; 27: 951-959 25
61. Stephens Ch (2002) Health benefits of the disclosure of emotions about traumatic experiences: What is the evidence and potential for therapeutic benefits? In: *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-1/edital.htm> 2. 4. 2005
62. Stuhr U, Wirth U (1990) Die Bedeutung des Therapeuten als inneres Objekt des Patienten. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg) *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Fra-*

- ge der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer, 54-70
63. Tedeschi RG, Calhoun L (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. In: Psychological Inquiry 15, 1-18
  64. Tutsch L (2000) Selbst-Distanzierung. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer, 624f
  65. van der Kolk BA, Fislis R (1995) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Overview and explanatory study. In: J. Traumatic Stress 8, 505-536
  66. van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L (1996) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: Guilford (dt. 2000)
  67. Vermetten E, Charney DS, Bremner JD (2000) Posttraumatische Belastungsstörung. In: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N (Ed) Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 6: Erlebens- und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer, 59-136
  68. Vetter J (2005) Mein Raum ist ein auswegloser Hinterhof. Gumpoldskirchen/Wien: [-de'A-] Lyrik-Verlag
  69. Wirtz U (1989) Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz
  70. Wirtz U, Zöbeli J (1995) Hunger nach Sinn. Menschen in Grenzsituationen. Grenzen der Psychotherapie. Zürich: Kreuz

## Misión

# Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.  
En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la salud mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

*“La salud mental es tarea de todos”*