

## **Incorporación del EMDR a la psicoterapia psicoanalítica. Un caso vinculado al trauma histórico y su transmisión transgeneracional (\*)**

### **Incorporating of EMDR into psychoanalytic psychotherapy. A case linked to historical trauma and its transgenerational transmission**

Concepció Garriga i Setó

International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP)  
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

#### **Resumen**

Este artículo trata de valorar la conveniencia de la incorporación de la técnica del EMDR a tratamientos iniciados desde un enfoque psicodinámico, en la medida en que aparecen elementos traumáticos en la historia de la persona analizada. Se describe esta técnica y se demuestra su aplicación a un caso que contiene, además, la transmisión transgeneracional de traumas históricos vinculados a la guerra (1936-1939) por partida doble, tanto del padre como de la madre del paciente. Se concluye que la aplicación de esta técnica facilita la recuperación terapéutica.

**Palabras clave:** EMDR, Trauma, Trauma histórico, Transmisión transgeneracional, Conocimiento relacional implícito

#### **Abstract**

The present paper deals with the assessment of the convenience to incorporate the EMDR technique to treatments that were initiated from a more psychodynamic approach as traumatic elements appear in the history of the analyzed person. This technique is described, and its application is demonstrated in a case that also contains the double transgenerational transmission of historical traumas linked to the war (1936-1939), both from the father and the mother of the patient. It is concluded that the application of this technique facilitates therapeutic recovery.

**Keywords:** EMDR, Trauma, Historical trauma, Trans-generational transmission, Implicit relational knowing

(\*) A partir de la presentación de la autora en el encuentro mensual de 'Forum' Madrid, 29-6-2019

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse al autor a [concepgarriga@gmail.com](mailto:concepgarriga@gmail.com); [www.concepciogarriga.com](http://www.concepciogarriga.com)

*En memoria de Francine Shapiro, fallecida (16-6-2019) a los 71 años*

La incorporación de la técnica EMDR al trabajo analítico puede servir para hacer avanzar un proceso de recuperación terapéutico a mayor velocidad. Este artículo describe: los principios del EMDR; hace una definición del trauma y del trauma histórico y muestra su transmisión transgeneracional con un caso clínico detallado, con el que también se ilustra la aplicación de la técnica y su eficacia terapéutica, como un agregado del trabajo analítico, que no se menoscaba, sino que se profundiza en la medida en que el EMDR pretende “limpiar” toda la historia traumática de la persona, empezando por el elemento traumático más temprano de la infancia.

### **EI EMDR**

EMDR son las siglas de *eye movement desensitization and reprocessing* (Shapiro, 2001), una técnica terapéutica consistente en animar al paciente a hacer movimientos oculares (MO) siguiendo los movimientos derecha-izquierda de la punta de los dedos de la terapeuta con el objetivo de inducir a la desensibilización de sus elementos traumáticos y al reprocesamiento de los mismos. Además de los movimientos oculares, se puede utilizar el *tapping* (golpecitos alternos en cada rodilla) o el sonido alterno en cada oído.

La terapia EMDR es un tratamiento para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) agudo y crónico, producido por algún episodio lesivo para el sujeto.

El término estrés proviene de la ingeniería y en su aplicación a lo biológico, se define como una condición que perturba seriamente la homeostasis fisiológica/psicológica de un organismo (de Iceta, 2002).

### **Trauma**

A menudo se reconoce que un paciente ha sufrido algún trauma porque presenta características del TEPT, que, según el DSM IV-TR (APA, 2002) tiene lugar cuando una persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático que:

1. Representa un peligro real para su vida o ve amenazada su integridad física; o bien cuando es testigo de un acontecimiento donde hay muertos o heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas.
2. La respuesta a estos hechos es de miedo, desesperanza y horror intensos, que se manifiestan con recuerdos recurrentes e intrusivos y con síntomas de activación: pesadillas y dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de concentración, malestar psicológico e irritabilidad.
3. El evento excede la capacidad de respuesta de una persona y sus mecanismos habituales de afrontamiento y defensa, por lo que experimenta sensaciones de reducción del interés, de restricción de la vida

afectiva y de futuro limitado (T. Talarn, comunicación personal, 7 de mayo de 2003).

Hay Traumas (con T mayúscula): accidente, violación, intervención quirúrgica..., que se caracterizan por un único episodio traumático, y traumas (con t minúscula), que tienen lugar de forma repetida y/o continuada, como la omisión de cuidados o el trauma relacional; abusos físicos, psíquicos y/o sexuales, en que el desarrollo psicológico del niño o la niña (que luego serán adultos) queda atrapado y atascado en el malestar afectivo infantil: con miedo, impotencia, indefensión, imposibilidad de elegir, ausencia de control, inadecuación,... cosa que no le permite llegar a alcanzar la perspectiva adulta madura: responsabilidad, seguridad, autocontrol, confianza en las propias capacidades para tomar decisiones; en definitiva, no puede alcanzar el máximo desarrollo en ninguno, o en pocos, de los cinco módulos del *modelo modular transformacional*: 1) la auto/heteroconservación; 2) la autoestima; 3) la regulación psicobiológica; 4) la búsqueda del placer sensual/sexual y 5) en un contexto relacional de apego seguro (Bleichmar, 1997).

El concepto de *trauma histórico* explica el impacto profundo que las heridas de la historia producen en el funcionamiento psicológico de las personas, que se transmite transgeneracionalmente (Grand y Salberg, 2017; Salberg y Grand, 2017), son "las heridas emocionales y psicológicas que emanan del trauma masivo de grupo y se acumulan a lo largo de la vida y de generación en generación" (Brave Heart, Chase, Elkins y Altschul, 2017, p. 252). Los acontecimientos históricos que tienen consecuencias psicológicas a largo plazo incluyen catástrofes colectivas como la guerra, el hambre, la colonización forzosa y el genocidio aunque sea en ausencia de guerra. El trauma histórico tiene un profundo impacto en la composición psicológica de las personas afectadas. El trauma histórico se asocia con malestar emocional, específicamente con depresión y enfado. Cuando alguien está en psicoterapia, buscar las posibles raíces de sus conflictos individuales e interpersonales en el trauma histórico tiene efectos beneficiosos significativos como se puede apreciar en el caso clínico del presente trabajo y en otros muchos (Garriga, 2012, 2018; Hosseini, 2017; van der Kolk, 2014).

### **Premisas básicas del EMDR**

El cerebro dispone de un sistema innato de procesamiento de la información preparado para alcanzar una resolución adaptativa (modelo de procesamiento de información adaptativa, MPIA) (Bower, 1981; Lang, 1979). Un trauma puede desequilibrar y detener el sistema porque perturba su homeostasis psicofisiológica.

Desde un modelo neurobiológico la relación entre el estrés y la memoria/aprendizaje es compleja (Bleichmar, 2000; de Iceta, 2002); las experiencias traumáticas producen intensos y vívidos recuerdos que perduran en el tiempo, pero también es cierto que deterioran la memoria llegando incluso a inducir amnesias (sus efectos disociativos) (Terr, 1995).

Frente a un estímulo emocional estresante se activa un doble circuito: neural (conexiones sinápticas ascendentes de subcortical a cortical, desde el hipocampo y la amígdala hacia la corteza frontal y las áreas asociativas) y endocrino (catecolaminas) que tiene un efecto de deterioro de la memoria/aprendizaje más grave a mayor indefensión del sujeto.

La mayor parte de patologías nacen de experiencias tempranas negativas (cuando la indefensión es mayor), de acuerdo con la mayoría de las teorías psicopatológicas. La estructura patológica se forma sobre información no procesada o *detenida* (almacenada fisiológicamente en la memoria procedimental) de manera que la persona, en el presente, sigue reaccionando igual que reaccionó en el pasado, en el momento del trauma.

Durante la vivencia del trauma las catecolaminas liberadas bloquean el sistema innato de procesamiento del cerebro, aislando las informaciones, almacenándolas en una red neural que contiene las emociones, creencias y sensaciones físicas del momento traumático (Shapiro, 2001; van der Kolk, 2014).

El EMDR parte de la observación empírica de los efectos beneficiosos de la estimulación bilateral (movimientos oculares/*tapping*/sonidos) sobre el procesamiento emocional-cognitivo. Este hecho fue descubierto casualmente por Shapiro en 1987 (Shapiro, 2001).

EMDR trabaja con la *atención dual*: el recuerdo traumático (red neural traumática) y la conciencia actual. Se parte de la hipótesis de que la estimulación bilateral reactiva el sistema innato de procesamiento, lo que permite que el recuerdo sea integrado mediante la conexión de redes neurales y llegue a ser adaptativo. La esencia del tratamiento es el restablecimiento de un equilibrio neurológico (Freud, 1919/1981; Janet, 1889; Krystal et al., 1989; Pavlov, 1927; van der Hart, van Dijke, van Son y Steele, 2000; van der Kolk, 2014).

Aunque Shapiro (2001) se basa en una observación empírica de una vivencia personal de los efectos beneficiosos que produce la estimulación ocular bilateral, que han sido experimentados repetidamente con múltiples personas, lo que sigue es su intento de dar un fundamento teórico a su técnica, que no se ha podido contrastar empíricamente por otros estudios rigurosos. La explicación de Shapiro (2001, p. 339-343) es que los movimientos oculares ejercen un efecto directo sobre el cerebro, a través del quiasma óptico y el cuerpo caloso, que produce una sincronización hemisférica beneficiosa (Drake, 1993) parecida a la fase REM del sueño. La activación bihemisférica funciona como un marcapasos del sistema límbico que facilita la función cortical (Bergmann, 2000).

EMDR “limpiaría” los canales neurales de elementos traumáticos. Hay información perturbadora almacenada (bloqueada) en una neuro-red traumática, la persona tiene otras neuro-redes adaptativas adultas y no puede realizar conexiones nuevas entre ellas. Con la estimulación EMDR ambas redes se conectan hasta que la información es asimilada y ya no vuelve a molestar.

Mediante la estimulación EMDR la información no procesada y almacenada traumáticamente se puede ir transmutando en información adaptativa. Durante el procesamiento con EMDR se pueden producir desbloques de tensiones profundas a nivel corporal. A continuación, los cambios se pueden suceder de forma rápida y fácil. La formación de la terapeuta debe permitirle apreciar la relevancia de lo que está sucediendo.

## La técnica EMDR

El EMDR es una terapia interactiva, intrapsíquica, cognitiva, conductual, orientada al cuerpo y centrada en el cliente, cuyo objetivo terapéutico es acceder a recuerdos atascados, procesarlos y reducir/eliminar sintomatología. Es compatible con otros métodos terapéuticos: cognitivo-conductual, reichiano o bionergetico, gestáltico, psicodinámico...

El EMDR integra el pasado con el presente (tiene un pie en el pasado –en el recuerdo traumático- y uno en el presente –en la cognición negativa actual); actualiza y modifica el sistema de creencias (negativas y positivas) acerca del sí mismo; y conecta el mundo emocional (pone el foco en las emociones/sentimientos) y el cuerpo (percepciones sensoriales) de una manera muy rápida y sistemática. Es decir, trabaja con múltiples canales de experiencia.

Personalmente, no tuve interés en el EMDR hasta el 2007, en que un colega alemán me introdujo a la técnica de un modo informal. Cuento esta anécdota personal para explicar mis dudas acerca de su incorporación a mi formación terapéutica. En aquel momento quise elaborar los elementos traumáticos de unos tocamientos en la calle siendo yo una niña de 7-8 años. Entonces no pude apreciar su efectividad porque el contexto no era el adecuado. A pesar de mi reticencia inicial por lo que me parecía una falta de fundamentación de esta técnica, unos años más tarde, en 2011, después de que mis compañeras de despacho se formaran y mostraran satisfacción por su eficacia empírica, decidí probarla en mí misma y seguir un nuevo periodo de psicoterapia personal en EMDR. Me hizo bien, y además me di cuenta de que esta técnica tenía una bondad que yo valoraba muchísimo: la rapidez con la que el protocolo de aplicación coloca a la persona en atención multifocal entre la mente, el cuerpo y las emociones mientras mantiene a una parte del *self* actuando como observadora.

El EMDR trae simultáneamente a la mente el recuerdo traumático, la creencia negativa de la persona acerca de sí misma asociada a la vivencia/recuerdo, la emoción presente y la atención al cuerpo en el aquí y ahora; a lo hay que añadir, en un segundo paso, que la persona se acabará quedando con una creencia positiva sobre sí misma. Mi hipótesis es que toda esta focalización multicanal de la atención consigue poner la memoria en estado lábil (Bleichmar, 2001).

Como desarrolla maravillosamente Bleichmar (2001) en su extenso artículo sobre la reorganización y reconsolidación de la memoria, es justamente este momento de labilidad el que posibilita *agregar* al sistema cognitivo elementos que no estaban en la situación original. Probablemente lo que sucede con el EMDR tenga que ver con este fenómeno, y es lo que lo hace terapéuticamente tan eficaz. Para que se produzca un cambio positivo no basta el revivir en sí, sino que hace falta que en el momento de recordar -en el momento de este estado lábil de memoria- se produzca un cambio, que se *reinscriba* el recuerdo original dando lugar a otra vivencia, otro significado (Bleichmar, 2001). La misma “hoja de aplicación del protocolo EMDR” lo posibilita. Mientras que, en la fase de desensibilización, la puntuación de la creencia negativa asociada al recuerdo traumático se hace bajar hasta un nivel de perturbación de 1 ó 0 (en una escala de 10), se va generando este momento de labilidad, pero con serenidad, puesto que el EMDR también produce una respuesta de relajación (Shapiro, 2001, p. 338). La tarea principal en la fase de reprocesamiento es conectar con una creencia positiva vinculada e integrarla en la red neural. Es en este momento en el que se reinscribe el recuerdo con el agregado

de la creencia positiva acerca de sí misma de la persona. Es decir, el recuerdo queda *resignificado* positivamente.

Por otro lado, mi formación previa en análisis bioenergético (Lowen, 1977), que trabaja en y con el cuerpo para tratar la psicopatología; en psicoterapia humanista (Rogers, 1980), que también insiste en el aspecto vivencial; mi afiliación presente en las asociaciones de psicoterapia psicoanalítica (Sociedad Forum de Madrid) y relacional (IARPP); y el hecho de que el EMDR sea “una terapia interactiva, intrapsíquica, cognitiva, conductual, orientada al cuerpo y centrada en el cliente” (Shapiro, 2001, p. 54), es decir, que incluye aspectos de cada uno de estos enfoques, me ayudó a abandonar mis reticencias iniciales y a formarme en 2012-2013 en este modelo con el propósito de tener una técnica disponible más en mi caja de herramientas. Su eficacia y rapidez en colocar a la persona en este estado de memoria lábil que acabo de describir, con todos los canales abiertos simultáneamente: el recuerdo, las creencias, la emoción y el cuerpo; la memoria explícita y la procedimental; más mi experiencia de su eficacia terapéutica en la reinscripción de los recuerdos traumáticos con una nueva valencia positiva, me acabaron de convencer2.

Es fundamental tener un plan a seguir para cada paciente: la autora misma es muy flexible al respecto aunque prefiere empezar por el recuerdo más antiguo y más perturbador de la infancia (Shapiro, 2001). En un trabajo reciente (Bongaerts, Van Minnien y de Jong, 2017) leo que se puede empezar por el episodio más traumático. Personalmente, dentro de la carpeta de cada paciente a quien aplico EMDR, tengo una hoja de color (para poderla encontrar fácilmente) donde he registrado su historia traumática en orden de acontecimiento más antiguo a más reciente, como se verá en el caso clínico, y voy poniendo tics a medida que voy “limpiando” episodios traumáticos.

### Caso clínico

Juan3, 37 años, vino por primera vez en junio de 2006 por una obsesión con la homosexualidad. Estuvimos trabajando juntos hasta octubre del 2011. En esta época afrontó muchos aspectos de su personalidad y vicisitudes de la vida. Le escuché desde un enfoque psicodinámico; entendiendo que sus vivencias actuales eran fruto de su historia relacional. Estaba en pareja con una mujer. Su nivel de estudios era de bachillerato superior.

Trabajaba como transportista en una pequeña empresa de un familiar que le hacía creer que él heredaría el negocio, sin acabar de ser claro en el cómo ni el cuándo. Su jefe también jugaba un rol paterno con él (tenía cualidades de fortaleza y determinación de las que su padre carecía). Juan adoptaba una posición de hijo rebelde con su jefe -que no podía adoptar con su padre porque al ser tan frágil no sobreviviría (Benjamin, 1988)- al que encaraba con un estilo pasivo-agresivo como mecanismo de defensa adecuado a su retraimiento, cobardía y miedo. Juan también presentaba rasgos perfeccionistas y obsesivoides, aunque su estilo relacional predominante era, y aun es, de muy buena persona: educado, atento, cumplidor de los acuerdos, fiel y leal.

Su padre real (vivo entonces y enormemente inhibido) había estado muy ausente física y emocionalmente, pero siempre trabajando en pluriempleo, entre una fábrica textil y un negocio de la familia muy cerca de donde vivían, en un modelo de familia extensa, con los abuelos maternos, a quien Juan estaba muy apegado (particularmente a su abuelo,

más comunicativo que su padre, al que tenía idealizado). Se podía apreciar la carencia en Juan de una figura paterna más potente.

Debajo de su timidez había episodios de *bullying* en la escuela y en la calle, en ocasiones con peleas a puñetazos; así como otras dos capas de vivencias generadoras de patología: a) el estilo relacional implícito (Lyons-Ruth, 1998) que le confirió su padre, extremadamente retraído; y b) otra más profunda, de heridas transmitidas transgeneracionalmente (Salberg y Grand, 2017), enraizadas en la represión ejercida contra los republicanos durante y después de la guerra (1936-1939).

Al final de este periodo de tratamiento de cinco años (tres de los cuales en sesiones quincenales) Juan: 1) se había convertido en autónomo con posterioridad al cierre de la empresa de su pariente sin heredar nada; 2) su mujer estaba embarazada de su primer hijo; y 3) las dudas acerca de su homosexualidad habían perdido intensidad. Juan interrumpió el tratamiento para dedicarse de lleno a su empresa y a su familia.

En julio de 2017, seis años después, volvió. Ahora ya tenían dos hijos. Habían fallecido el padre y la madre de Ana, su mujer. Tanto el padre (con Parkinson) como la madre de Juan seguían vivos, pero incapacitados, con cuidadoras 24 horas. Juan decía que era muy duro lo que estaban viviendo y que él hacía un esfuerzo titánico para salir adelante. Pero aún había más. El motivo de la demanda, entonces, era una amenaza de separación por parte de su esposa que le rompía el corazón. Ana (también en terapia desde hacía meses) había reencontrado, vía Facebook, a una expareja con la que mantenía conversaciones telefónicas desde hacía un año, y con la que estaba explorando la viabilidad de un reencuentro. Ana le hacía saber sus dudas a Juan, pero le aseguraba que había cortado el contacto mientras se lo pensaba.

Pero, justo la semana anterior a nuestra primera cita, Ana sufrió un terrible accidente de coche en el que casi perdió la vida. De modo que, cuando Juan acudió al hospital y se hizo cargo de su móvil, descubrió que ese hombre seguía ahí a pesar de que ella le había dicho que habían interrumpido la comunicación. Juan llegó con un TEPT agudo y múltiple, casi en estado de *shock*.

Le ofrecí psicoterapia intensiva durante el mes de julio, porque en agosto interrumpimos por vacaciones, para proporcionarle el contexto contenedor de la relación terapéutica que le ayudara a manejar el estrés. Verle tan superado por las circunstancias me hizo pensar que poder incorporar el EMDR al tratamiento le ayudaría. Se lo ofrecí y me agradeció poder disponer de una técnica específica para los efectos traumáticos que reconocía. Él se planteaba esta etapa de tratamiento como la última oportunidad para ver si conseguían remontar la relación con Ana. Le planteé la necesidad de hacer un proceso paralelo, entre el análisis de su organización subjetiva actual, junto con el análisis y reprocesamiento, de manera sistemática, con EMDR, de todo su mundo traumático, desde sus traumas más tempranos hasta los actuales.

Agosto fue complicado para la pareja y en septiembre trabajamos básicamente en comprender, acompañar y continuar procesando el estado de *shock* traumático en el que se encontraba, mientras hacía malabares con los niños, sus padres enfermos, la rehabilitación de su mujer y sus sentimientos de rabia, resentimiento, desconfianza y distancia emocional respecto a ella por su infidelidad virtual. Evaluaba la posibilidad de una separación (que no deseaba) o de una reconciliación (si se llegaban a dar las condiciones).

Mi capacidad de sintonización empática para captar su sufrimiento, que también destrozaba su vida afectiva, le proporcionó un contexto contenedor que le permitió tener un *hogar relacional* (Spezzano, 2007) donde poder soportar e integrar los traumas, expresar la vergüenza, y sentir que éstos se van disolviendo a medida que focalizamos en ellos, para, así, poder gozar más de lo que tiene (Carr, 2011).

Juan sentía que esta era la última oportunidad que se daban, él y Ana como pareja, para ver si podían generar un contexto emocional más satisfactorio para todos. Ana le había planteado que lo que echaba en falta en su relación tenía que ver con la conexión emocional, con la capacidad de intimidad y con la sexualidad. Juan reconocía que verdaderamente él a veces rechazaba su cuerpo, que le negaba conscientemente la intimidad desde que en un encuentro sexual con ella, él tuvo un orgasmo tan intenso, que le hizo temer por su vida. Se asustó tanto que desde entonces procuraba que no se repitiera. A esto se añadía su resentimiento por el amante virtual y la desconfianza en la que se encontraba sumido. Anteriormente Ana era muy clara y transparente, pero ahora él desconfiaba de ella porque se había sentido engañado.

Le vi el 2 de octubre de 2017, en que el tratamiento tuvo un punto de inflexión. Vino muy alterado por la represión ejercida por la policía durante la jornada del referéndum del 1 de octubre en Catalunya que sumó un nuevo elemento traumático a su ya cargado TEPT. El día 2 Juan explica que él y su pareja tampoco tienen la misma posición ante el referéndum, que él es partidario de la independencia y ella no. Trataba de comprender los motivos de sus distintas posiciones. Entonces, empezó a asociar y se dio cuenta de que había vivido en un entorno gris, pesado... resultado del miedo y las dificultades que padecieron sus padres como consecuencia de la guerra (1936-1939). Su abuelo paterno estuvo preso tres años en un campo de concentración en León, volvió devastado a un entorno rural yermo y pobre del interior de Catalunya, donde su padre creció sin apenas recursos, ni formación. A los 20 años le enviaron a trabajar a Vilafranca, ciudad vinícola e industrial, a vivir con unos familiares. El padre de Juan apenas se movió de la pura supervivencia: fábrica, matrimonio (arreglado), pluriempleo y mucho retraimiento.

Su madre también nació en la Catalunya interior, en una colonia<sup>4</sup> (fábrica/vivienda). Durante la guerra (1936-1939) vivieron unas contradicciones terribles. En su colonia los trabajadores decidieron proteger al dueño, en vez de revolverse. A pesar de esto su abuelo fue detenido y encarcelado. Como efecto, a su abuela materna la echaron de la colonia, sola, con una niña de un año (su madre). Unos familiares las acogieron. Su madre tampoco tuvo estudios. Juan recuerda su infancia rodeado de silencios. Sus padres tenían un bar lúgubre, donde reinaba la represión y el miedo. No se podía hablar de nada: “cuidado”, “cállate”, eran las expresiones más frecuentes que oía, en un contexto perdedor y muy precario. El nivel cultural de sus padres no les permitía ni siquiera acceder al carné de conducir. Como consecuencia, él se ve a sí mismo todo retraído, más bien vergonzoso, con poco espacio para el disfrute, incluido el sexual... Es consciente del efecto que le produce el afecto insoportable que siente y que se le manifiesta como una sensación atroz de singularidad y soledad producida por los traumas tempranos (Stolorow, 2007), que quedó inscrita a nivel procedimental y activa a nivel somático en su vergüenza y retraimiento: su conocimiento relacional implícito.

El concepto de conocimiento relacional implícito (Lyons-Ruth, 1998) se refiere al efecto que produce determinado tono emocional del hacer de los padres o abuelos, a la persona que lo recibe. Un efecto que es procedimental; no es explícito. Se refiere al

sufrimiento singular que las generaciones anteriores generaron en sus hijos e hijas (en Juan en este caso), desde su propio sufrimiento: aquella tristeza en la mirada que les llegaba del padre o la madre; aquella dificultad de disfrute que tenían y que se traducía en desprecio hacia alguna fuente de alegría de algún hijo o hija; aquella falta de pasión en las conversaciones, que les afectaba porque confería una tonalidad emocional baja que hacía que, en caso de que el niño o la niña se saliera del guion -con una alegría o vitalidad inesperadas- se sintiera traidor/a o culpable. Más los efectos singulares de cada uno de los traumas que sufrió Juan y que podemos ver listados más adelante en este texto.

En cambio la familia de su mujer es todo lo contrario: sus padres nacieron en un entorno de vencedores. Su abuelo era policía en una zona rural de Galicia; allí daban por supuesto que siempre habría ingresos, y vivieron una vida despreocupada. Parte de los problemas que tienen como pareja están relacionados con que él es reservado, preocupado por el futuro, comprometido, y ella es más fiestera, desprevenida y abierta. De lo que podemos deducir que las características personales de la historia del desarrollo personal de Ana no fueron tan adversas como las de Juan.

Estas asociaciones nos permitieron vincular su estado de estrés postraumático agudo y múltiple presente en las sesiones posteriores al 1 de octubre, además de con la infidelidad y el accidente de su mujer, con el trauma histórico (Salberg y Grand, 2017) y su transmisión transgeneracional (Garriga, 2012, 2018; Grand y Salberg, 2017).

Poder conectar sus dificultades con las heridas de la historia le alivió, de entrada. Entender de donde viene su propio retraimiento le facilitó plantearse si no se podía permitir algo más de disfrute, sobre todo por su propio bienestar, para la vida de pareja y para el bienestar de sus hijos. También como manera de detener la transmisión transgeneracional del trauma de la guerra.

Aunque lo veo quincenalmente y avanzamos poco a poco, le pedí que confeccionáramos un listado desde su temprana infancia hasta la actualidad, con las situaciones que él estimara traumáticas:

- 1) 2-3 años. Aparatoso accidente doméstico del que sale indemne. Muy asustado y abroncado.
- 2) 3-4. Se hizo de vientre en la escuela.
- 3) 6-7. Atmósfera gris vinculada a los tres años que su abuelo ha pasado en un campo de concentración.
- 4) 7-8. Va al cine, vio a dos hombres en la cama. Desconcierto.
- 5) 9-10. *Bullying* en la calle. Los compañeros le humillaban. Indefensión.
- 6) 11. Más *bullying*. Le robaban los libros. Humillado.
- 7) 13-14. Un compañero de clase le esperó en la calle para pegarle. El lloró.
- 8) 18-19. Entró en la despensa: encontró a su tía bebiendo vino.
- 9) 19-20. En la mili, un superior le hizo literalmente morder el barro.

- 10) 25. Un conocido le dijo que era homosexual, que no lo había asumido.
- 11) 29. Sexo en el coche. Temió por su vida. Creyó que no podría volver a sentir nada igual con una mujer.
- 12) 35. Ana hizo las maletas y se trasladó a vivir con sus padres.
- 13) 46. Ana le quería dejar. Había reencontrado a un ex novio.
- 14) 48. Accidente de Ana. Sobrevive por los pelos.
- 15) 48. Descubrió en su móvil que este *otro* todavía existía a pesar de que ella había dicho que habían cortado.

### Situación en junio 2019

Efectivamente, en este último año Juan se está permitiendo disfrutar más. Cuando escribo este texto, a mediados de 2019, llevamos dos años de tratamiento en esta segunda fase. En este tiempo ha podido gozar más de su familia y de sus hijos, de su tiempo juntos, de actividades que les gustan... Su nivel de activación para el placer ha aumentado. Cuando empezó esta segunda fase de tratamiento estaba muy preocupado por el hecho de tener a sus padres enfermos y de los gastos que las cuidadoras ocasionaban, de modo que él restringía su vida personal y familiar al mínimo. Actualmente se permite dedicar algunos recursos mentales y materiales al placer.

Respecto a su relación con Ana, durante unos meses mantuvo abierta la posibilidad de separarse. Le planteó a Ana que para él no era admisible que mantuviera este contacto, que si realmente lo cortaba estaba abierto a replantearse la relación. Ana también se tomó su tiempo y decidió apostar por su familia. Poco a poco Juan ha podido recuperar la confianza en ella, la intimidad y la ternura. Han conversado mucho. Han decidido que están juntos y están encontrando la mejor manera.

Por otro lado, en estos apenas dos años, han enfrentado muchas dificultades y se han apoyado mutuamente: ascenso laboral de Ana; fallecimiento del padre de Juan; fallecimiento de su tío (hermano mayor del padre: el heredero [hereu]5; fallecimiento prematuro de una amiga común de 42 años; ampliación del negocio de Juan...

### Ejemplo de uso del EMDR como empuje al proceso analítico

Casualmente estábamos revisitando el tema de la homosexualidad (su motivo de demanda inicial) como elemento traumático con EMDR, cuando Hugo Bleichmar me invitó a participar en una jornada de la asociación Forum (la homosexualidad aparece en el listado de elementos traumáticos como número 10: un conocido le dice que es homosexual, que no lo ha asumido). Acepté la invitación con entusiasmo porque me permitiría, por un lado ilustrar cómo utilizo la técnica, y por el otro profundizar un poco más en el caso para beneficio de ambos.

Procederé a resumir la aplicación del EMDR a este elemento traumático como ilustración de cómo ayuda a acelerar las asociaciones y los *insights* para que el proceso

analítico prosiga y el paciente continúe avanzando en su autoconocimiento y en su aceptación afectiva benevolente.

A partir de las consignas del protocolo de aplicación del EMDR el paciente cuenta: “Estando de fiesta en una fiesta mayor, en verano, en un pabellón municipal, en el baño, un conocido del pueblo de al lado me dice: ‘José dice que eres homosexual y no lo has asumido’”. A continuación se le pregunta si tiene asociada alguna creencia negativa sobre sí mismo a esta revelación. Dice “Soy diferente”. Se le pregunta qué le gustaría creer sobre sí mismo, “que soy como los demás”, contesta; y añade que siente rabia e impotencia, y que puede localizar estas sensaciones en el estómago, las rodillas y las piernas.

Entonces se procede a estimular con movimientos oculares (MO) y le surgen recuerdos de que su madre no entiende nada del mundo *gay*, y que manifestaba una actitud muy negativa y despreciativa hacia esta condición. Luego se acuerda de cuando jugaba en la calle y le pegaban; que se ponía a llorar, y que los chavales insistían; que le hacían daño físico y moral. Tanto que quedaba inmovilizado en un rincón, humillado. Cuando llegaba a casa su padre no le ayudaba, no le decía nada que le sirviera. Su abuelo tenía una actitud más cercana. Después de más estimulación ocular se acuerda de la persona que dijo lo de su homosexualidad no asumida. Un tal José. Se termina la sesión y se va más aliviado.

En la siguiente sesión, a la pregunta de qué le suscitó el EMDR, me comentó que había pensado que su detector de estrés es su obsesión respecto a la homosexualidad; que esto antes le bloqueaba; pero que ahora le permite tenerlo en una esquina de la mente y seguir funcionando, mientras se ocupa de las cosas de la vida. Al volver al EMDR afirmó que sus sentimientos habían cambiado a vulnerabilidad, tranquilidad y calma. Entonces empezó a asociar y a contarme que a él nunca le gustó este tal José. Que apareció un buen día por el pueblo de su padre, donde desde hace años él veranea, también proveniente de Vilafranca, su ciudad, y que llegó en plan muy engreído. En este pueblo, a 100 km de donde vive, veranean personas de muchas procedencias. Hasta entonces él era el único de Vilafranca. Yo le pregunto si se conocían allí. Me contesta que de ninguna manera; que Juan iba a escuelas públicas, de barrio, y que José, en cambio, provenía de la Pía, una escuela religiosa concertada de clase alta del centro de la ciudad, donde van los hijos de la burguesía local, donde las familias son acomodadas, de profesionales y empresarios que se pueden permitir no solo escuela concertada, sino que los hijos tengan bastantes lujos (motos y coches, sobre todo) y aparezcan fanfarroneando por allí. Pero además, dijo, este tal José se jactaba de hacer todo tipo de trampas: a su jefe le mentía haciéndole pagar horas que no hacía; no pagaba en los bares donde iba y Juan y sus amigos se tenían que hacer cargo de sus cubatas; rompía corazones en las fiestas y él tenía que consolar a las chicas destrozadas... Entonces Juan conectó con que, en aquella época, cualquier cosa que José decía tenía mucho impacto en él. Si él decía que era homosexual, lo creía, porque esto lo conectaba con cuando se quedaba inmovilizado y humillado, llorando, cuando los compañeros de la calle le robaban cosas y le pegaban. “Será que es así”, se decía. Se iba a casa cabizbajo y dudando de su orientación sexual.

De repente, después de una nueva estimulación con MO, dijo, “Veo que tengo asociado gay con cobarde, perdedor”, lo que me recuerda el excelente artículo de Corbett (2001) con el que cuestiona la masculinidad normativa. Continuó Juan: “Esto me resuena con toda la atmósfera [relacional] en la que he crecido, donde mis padres, mi padre particularmente, adoptó este papel, porque era el que le tocó, en tanto que segundo hijo

de ‘perdedores’ pobres de la guerra. Una posición opuesta a la de ‘tener derecho a todo’ del tal José, hijo de ‘ganadores’ sin miramientos, que se permiten aplastar a sus semejantes...” Dijo: “creo que voy a cambiar la creencia negativa (una posibilidad que da la técnica) de ‘Soy diferente’ por ‘Soy perdedor’”. “Creo que tiene mucho sentido”, le contesté. “Entonces, ¿cuál sería tu creencia positiva?”, pregunté. Dijo “Salgo adelante”. Me pareció muy coherente, porque sentía que es verdad que sale adelante, y que lo hace muy bien. Trabajamos con MO hasta que él observó que el cuerpo estaba tranquilo y la nueva creencia positiva le reorganizaba y resignificaba el trauma. De nuevo tuvimos que terminar, le pregunté cómo se sentía y me contestó que muy aliviado de poder integrar tantos planos distintos. Pudimos cerrar el EMDR con éxito y vislumbrar la complejidad del contenido explícito e implícito.

A mí se me ocurrió que este era un buen ejemplo para presentar en la Jornada de Forum. Después de un par de días le mandé una nota de voz por WhatsApp pidiéndole permiso para utilizar su historia debidamente disfrazada. Se tomó su tiempo en contestarme. Al final, en una nota de voz me dijo que había necesitado tiempo porque era muy reservado; que me autorizaba; que estaría contento si su experiencia pudiera ser útil a más personas. Yo le contesté que muchas gracias, que era muy sano lo que había hecho de tomarse su tiempo antes de contestar; que no esperaba más urgencia de su parte.

El día antes de la presentación lo vi de nuevo, entró diciendo que estaba más contento; que estuvo en contacto con la cognición “Salgo adelante”; que había tenido mucho trabajo estos días y había disfrutado de sus habilidades y capacidades; que había tenido conversaciones con su mujer en las que había compartido con ella lo mucho que le habían hecho sufrir sus confusiones anteriores, y que le había sentado bien expresarlas y airearlas, en vez quedárselas dentro, avergonzado. Juntos se habían alegrado de que estaban avanzando, cada uno por su lado, personalmente y profesionalmente, con el apoyo mutuo. Juan también había quedado con unos amigos de la mili para cenar y había podido expresar sus logros con ellos y recibido su reconocimiento.

Juan también conectó con que tenía un mandato/reto interno ante el miedo que le decía: “No seas cobarde, lánzate al vacío” imposible de cumplir, que le empujaba a decir, “Pues vale, soy homosexual” y a salir de un supuesto armario contra toda evidencia respecto a sus preferencias y elecciones heterosexuales continuadas. Una formación de compromiso que lo ponía en un lugar muy arriesgado. Le comenté lo adaptativo del miedo, porque nos advierte de un peligro, que lo sano es atender; no negar o ignorar. También vimos su sometimiento al otro, al que él colocaba en posición de poder (poder de definir su orientación sexual).

Conectó con su deseo de darse una buena vida, de ir a sitios elegantes, de tener acceso a placeres que sus padres no podían ni considerar. Y de cómo había trabajado duro, pero legal y honestamente, para que fuera así. Ha aparecido el concepto de dignidad. Ha comprendido que quiere dignificar los esfuerzos de sus antecesores y los suyos propios para tener acceso a una mejor vida psicológica y material; que se siente depositario de su legado y que lo está empujando adelante.

En los párrafos precedentes se aprecia muy bien cómo el EMDR facilita el trabajo de resignificación de la memoria. En la elaboración que se hace de la técnica se ve como ha facilitado que la memoria de Juan esté en estado lábil, ya que le ha ayudado a focalizar simultáneamente en su creencia negativa (“soy perdedor”), en su estado

emocional (rabia e impotencia) y en la localización corporal de este estado (estómago, rodillas y piernas). Es en este punto que suceden dos cosas significativas: 1) se le pregunta qué le gustaría creer sobre sí mismo, lo que produce la reinscripción y resignificación del momento traumático con el agregado “salgo adelante”, que no estaba en la situación original y que tiene una valencia positiva; y 2) se vuelve a focalizar en el estado emocional y corporal para observar que se han ido produciendo cambios significativos en la regulación psicobiológica (siente vulnerabilidad y calma donde sentía rabia e impotencia). La resignificación producida es altamente generadora de *insights* y terapéutica.

En otras palabras, estos párrafos anteriores muestran la manera en que se va desarrollando el trabajo analítico y su función terapéutica. A partir del despliegue de asociaciones estimuladas por los MO surgen las nuevas comprensiones que el paciente va haciendo sobre sí mismo junto con el cambio de tono emocional hacia una mayor relajación y autocompasión, que van sustituyendo la tensión y la angustia de la vergüenza que comportaba su inhibición anterior.

También se puede apreciar cómo se van generando modificaciones en todos los módulos motivacionales: a) del narcisismo (se puede apreciar un aumento de su autoestima cuando manifiesta estar contento por sus logros; poder hablar de ellos con su mujer y con sus amigos; cuando puede dignificar su legado; y puede recibir mi corroboración de sus percepciones); b) de la regulación psicobiológica (poderse expresar le sienta mejor que reprimirse, percibir el estrés le permite buscar maneras de relajarlo, darse cuenta de que sus emociones cambian de rabia e impotencia a vulnerabilidad y calma cuando conecta con su agencia); c) de la auto/heteroconservación (sus mejoras y las de su mujer en el plano laboral, a partir su conciencia y aceptación de que el sostenimiento presente y futuro de él y de su familia depende exclusivamente del trabajo que él y Ana puedan hacer mientras estén con suficientes fuerzas); d) del placer (sabe lo que desea y trata de proporcionárselo para gozar más de la vida que tiene); y e) del apego, que va siendo más seguro a medida que se va sintiendo mejor consigo mismo y puede confiar más en sí mismo, en Ana y en el vínculo de pareja con Ana. En esta etapa del tratamiento hemos trabajado principalmente con el módulo del apego. Personalmente (Garriga, 2017), con Coderch y Plaza (2016), considero que la forma adulta del apego seguro es el buen funcionamiento de la relación de pareja. Él y Ana han atravesado muchas vicisitudes como pareja, pero de cada una han salido más reforzados.

La siguiente vez que le vi (ya después del encuentro de Forum) me informó de que tenía muchos pensamientos dando tumbos por su cabeza, utilizó la metáfora de una lavadora. Me los desgranó un poco, aunque, me dijo, “Tengo un sentimiento de desazón generalizado relacionado con el momento político que estamos viviendo” (es muy empático con el sufrimiento de los presos políticos y los exiliados catalanes, sufre por lo que siente como juicio de vergüenza al que los han sometido, tiene la percepción de que el franquismo sigue vivo 80 años después). “Todo esto”, me dijo, “me tiene sumido en un sentimiento de indefensión que tengo que mantener a un lado para seguir adelante con mi vida”. Estas son buenas noticias. Juan está mucho más conectado y vitalizado, no puede ignorar que lo que le mueve del momento político está relacionado con el trauma histórico que también padece, pero es mucho más capaz de autorregularse (disociación saludable), dejar a un lado aquello que no está a su alcance para focalizar en lo que sí está en sus manos, sin renunciar a nombrar sus sentimientos y percepciones que buscan ser testificados.

Contratransferencialmente siento que puedo empatizar finamente con los distintos momentos evolutivos de su tratamiento. Mi propia historia vinculada al trauma histórico de la guerra (Garriga, 2018), junto con el enfoque emancipador de la mayor parte de mi producción escrita (ver [www.concepciogarriga.com](http://www.concepciogarriga.com)) me permiten sintonizar con sus percepciones para acompañarlo de cerca en su proceso analítico.

### **Las curación de las heridas de la historia**

Salberg (2017) afirma: "a menudo procesar el trauma lleva tiempo. Para procesar una guerra hace falta medio siglo, a veces hay un periodo de silencio gestacional más largo" (2017, p. 82). En nuestro caso, la guerra se terminó formalmente hace 80 años. Esta tarea la suelen emprender los gobiernos democráticos posteriores. En España, según Nandín (2019), no ha habido ninguna intención de política pública de memoria hasta la ley de Recuperación de la Memoria Histórica de 2007, que podía haber sido un buen inicio, pero fue paralizada con la llegada de la derecha al gobierno, a pesar de ser el segundo país del mundo con más desaparecidos en las cunetas (entre 114.000 y 140.000 según las fuentes), después de Camboya.

Aunque esto sería tema para otro trabajo y otro contexto, sí que hay que reconocer que por el lado de la vertiente pública hay demasiada negación/olvido del trauma histórico vinculado con la guerra de 1936-1939. Dentro del psicoanálisis también, aunque como analistas podemos facilitar, a nivel individual, el procesamiento de las heridas de la historia abriendo espacio para el reconocimiento del dolor recibido (y causado) y para la expresión de este dolor; propiciando las vivencias y acciones reparadoras; aceptando ser testigos y mostrando el apoyo afectivo que cura, es decir, dando amor (Coderch, 2018, p. 85) a nuestros pacientes, mientras intentamos crear nuevas condiciones para que no se repita el trauma.

Hace falta atestiguar el trauma histórico de manera que nos podamos mover de su ausencia a su presencia en nuestras teorías y prácticas. Al hacerlo, estaremos mejor equipados como testigos el uno para el otro y para nuestros pacientes para alimentar semillas de resiliencia donde menos esperaríamos encontrarlas. Finalmente, nos necesitamos los unos a los otros para compartir, subsistir y transformar nuestras historias. (Salberg, 2019, p. 96)

### **Discusión**

En primer lugar, afirmo que el proceso terapéutico de Juan sigue adelante de manera positiva y que se está beneficiando de la incorporación del EMDR en su análisis, en tanto que sus pensamientos acerca de su supuesta homosexualidad han dejado de ser tan intrusivos porque ahora tiene su mente ocupada en aspectos más productivos de su vida personal y familiar, que además le regulan emocionalmente al ser de carácter más significativo.

También valoro la multiplicidad de planos de memoria y de conocimiento en los que Juan puede trabajar y la perspectiva que confiere a su análisis; este ir y venir a través de las generaciones, a través de los planos individual y colectivo de su lectura de sí mismo, le da una enorme profundidad analítica, aunque a veces también le aturde (como

cuando dice que sus pensamientos dan tumbos como en una lavadora), aunque observo que al final acaba teniendo una visión más completa de su proceso de recuperación.

Por otro lado, en referencia a la incorporación del EMDR al psicoanálisis, justamente un número del *Psychoanalytic Dialogues* de 2018 contiene un debate acerca de la integración/incorporación de otras modalidades terapéuticas, como el EMDR o el *Somatic Experiencing* (Levine, Blakeslee y Sylvae, 2018). En el artículo a discutir, Levit (2018) sostiene que muchas aproximaciones terapéuticas (Levine, Blakeslee y Sylvae, 2018; Shapiro, 2001; van der Kolk, 2014) fundamentadas en la neurobiología subrayan maneras de ayudar a los pacientes a tener más estabilidad ante los recuerdos insoportables, de manera que al revisitar terapéuticamente el pasado no lo tengan que revivir de una forma tan destructiva. Estos enfoques, afirma, se centran en el cuerpo y en los niveles subyacentes a las palabras del sistema nervioso y pueden proporcionar autorregulación a los estados de sobreactivación intensa o de subactivación. Estos estados conllevan disociación ya que perturban el funcionamiento del hipocampo y de la función cortical del nivel más alto y alteran tanto los procesos de codificación como las capacidades mentales más sofisticadas: la reflexiva, la simbólica y la integrativa, que, justamente, son las funciones que se requieren para que el paciente pueda reprocesar las experiencias insoportables y llegar a nuevas integraciones coherentes con significados revisados o expandidos.

Mientras que Wachtel (2014) propone una integración de enfoques, Levit (2018) propone un entretrejo entre el psicoanálisis y la técnica incorporada a la psicoterapia psicoanalítica, de modo que se enriquezca nuestra manera psicoanalítica de mirar, escuchar y responder. Para un paciente traumatizado, que a menudo tiene la experiencia de estar peligrosamente “al borde”, sobre todo cuando hay desregulación afectiva, la introducción de una técnica como el EMDR puede hacer una función reguladora, al poner en marcha otras partes del cerebro (del *self*) al servicio de la observación (del cuerpo, de las emociones, de las creencias...).

### Conclusiones

En el momento de preparar la presentación hice un recuento para ver con que amplitud utilizaba el EMDR, y me salió que en 1/3 de mis pacientes. También observé lo muy sistematizada que tenía la incorporación con las correspondientes hojas de protocolo en mis dos consultas.

Encuentro el uso del EMDR una herramienta útil para muchos pacientes, que me ayuda a empujar el trabajo analítico adelante a través de muchos canales de vivencia: la sensación, la imagen, el comportamiento, el afecto y el sentido y, en esta medida, a continuar el tratamiento de una manera menos interpretativa, más de abajo hacia arriba (van der Kolk, 2014).

También me he encontrado con pacientes quienes esta técnica no les encaja, o bien porque no conectan con el enfoque y su protocolo de aplicación, o bien porque los movimientos oculares se les hacen extraños y, por ejemplo, se encuentran ridículas. En estos casos no tengo ningún inconveniente en abandonar mi pretensión de utilizarla.

De la misma manera, en mi formación en análisis bioenergético aprendí técnicas expresivas, que también aplico si me parecen pertinentes. Van der Kolk (2014) lo plantea

de manera bien clara en los caminos hacia la recuperación: EMDR, yoga, *mindfulness*, *neurofeedback*, *somatic experiencing*... Se trata de utilizar todos los recursos terapéuticos disponibles para promover el avance del proceso.

Como sostengo ahora y dije (Garriga, 2011), si se consigue una buena conexión emocional (Riera, 2010) y una vinculación aseguradora con la terapeuta para que el paciente encuentre un hogar para su mente (Spezzano, 2007), es mucho más probable que se logre promover una mayor capacidad del paciente para hacer los cambios de actitud y comportamiento necesarios para alcanzar mayor vitalidad (Stern, 2010), bienestar y satisfacción en la vida que es, finalmente, la acción terapéutica del psicoanálisis (Renik, 2007).

### Referencias

- Benjamin, J. (1988). *The bonds of love. Psychoanalysis, feminism and the problem of domination*. Nueva York, Estados Unidos: Pantheon Books.
- Bergmann, U. (2000). Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology*, 6(3), Recuperado de <http://www.fsu.edu-trauma/>
- Bleichmar, H. (1997). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, España: Paidós.
- Bleichmar, H. (noviembre, 2000). Biología del trastorno de estrés postraumático. *Aperturas Psicoanalíticas*, (6). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=141>
- Bleichmar, H. (noviembre, 2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Aperturas Psicoanalíticas*, (9). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=178>
- Bongaerts, H., Van Minnien, A. y de Jong, A. (2017). Intensive EMDR to treat patients with complex posttraumatic stress disorder: a case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(2), 84-95.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Brave Heart, M. Y. H., Chase, J., Elkins, J. y Altschul, B. (2017). Historical trauma among indigenous peoples of the Americas: concepts, research, and clinical considerations. En J. Salberg y S. Grand (Eds.), *Wounds of history. Repair and resilience in the trans-generational transmission of trauma* (pp. 250-267). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Carr, R. B. (2011). Combat and human existence: toward an intersubjective approach to combat-related PTSD. *Psychoanalytic Psychology*, 28(4), 471-496.
- Coderch, J. y Plaza, A. (2016). *Emoción y relaciones humanas*. Madrid, España: Ágora Relacional.
- Coderch, J. (2018). *Las experiencias terapéuticas en el proceso psicoanalítico*, Madrid, España: Ágora Relacional.
- Corbett, K. (2001). Fagott = Loser. *Studies in Gender and Sexuality*, 2(1), 3-28.
- de Icaza, M. (Julio, 2002). Neurobiología de las interacciones estrés-memoria, *Aperturas Psicoanalíticas*, (11). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=210>
- American Psychiatric Association (APA) (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

- Drake, R. A. (1993). Processing persuasive arguments: Recall and recognition as a function of agreement and manipulated activation asymmetry. *Brain and Cognition*, 15, 83-94.
- Freud, S. (1981). Introducción al simposio sobre las neurosis de guerra. En *Obras completas* (Vol. III, pp. 2542-2544). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Obra original publicada en 1919).
- Garriga, C. (marzo, 2011). Reflexiones acerca de la “cura” y de los mecanismos de acción terapéutica desde un enfoque de género. Viñetas clínicas. *Aperturas Psiconalíticas*, (7). Recuperado de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000692#contenido>
- Garriga, C. (octubre, 2012). La transmisión intergeneracional del trauma. Caso María. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(3), 602-619. Recuperado de [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N3\\_2012/14\\_Garriga\\_La%20transmisi%C2%A2n%20intergeneracional%20del%20trauma\\_CeIR\\_V6N3.pdf?ver=2012-10-28-121851-260](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V6N3_2012/14_Garriga_La%20transmisi%C2%A2n%20intergeneracional%20del%20trauma_CeIR_V6N3.pdf?ver=2012-10-28-121851-260)
- Garriga, C. (octubre, 2017). Acompañamiento terapéutico a lxs pacientes que buscan pareja utilizando aplicaciones de móviles (o no). *Clínica e Investigación Relacional*, 11(3). Recuperado de [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N3\\_2017/04\\_Garriga\\_Acompa%C2%A4amiento-terapeutico-parejas\\_CeIR\\_V11N3.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N3_2017/04_Garriga_Acompa%C2%A4amiento-terapeutico-parejas_CeIR_V11N3.pdf)
- Garriga, C. (junio, 2018). Traumatic legacy and resilient outcomes of Catalonia’s long fight for Independence, Presentation at the 16th IARPP Annual Conference. *Hope and Dread: Therapists and Patients in an Uncertain World*. Nueva York: 14-17 junio, 2018. Recuperado de [http://www.concepciogarriga.com/articles/XER\\_2018\\_01.pdf](http://www.concepciogarriga.com/articles/XER_2018_01.pdf)
- Grand, S. y Salberg, J. (2017). *Trans-generational trauma and the other*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge
- Hosseini, M.A. (octubre, 2017). Repensando el discurso del trauma en el trabajo con supervivientes de violaciones de derechos humanos. *Clínica e Investigación Relacional*, 11(3), 615-625. Recuperado de [https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N3\\_2017/10\\_Hosseini\\_Repensando-el%20discurso-del-trauma\\_CeIR\\_V11N3.pdf](https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N3_2017/10_Hosseini_Repensando-el%20discurso-del-trauma_CeIR_V11N3.pdf)
- Janet, P. (1889). *L’automatisme psychologique*, París, Francia: Sociéte Pierre Janet.
- Krystal, J. H., Kosten, T. R., Southwick, S., Mason, J. W., Perry, B. D. y Giller, E. L. (1989). Neurobiological aspects of PTSD: Review of clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy*, 20, 177-198. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80068-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80068-1)
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
- Levit, D. (2018). Somatic experiencing: In the realms of trauma and dissociation. *Psychanalytic Dialogues*, 28(5), 586-602.
- Levine, P. A., Blakeslee, A. y Sylvae, J. (2018). Reintegrating fragmentation of the primitive self. *Psychoanalytic Dialogues*, 28(5), 620-629.
- Lowen, A. (1977). *Bioenergética*. Ciudad de México, México: Diana.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit Relational Knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 282-289.
- Nandín, A. G. (29 de agosto de 2019). Milers de víctimes de la guerra de 1936-1939 continuen en fosses comunes vuitanta anys després. *VilaWeb*. Recuperado de <https://www.vilaweb.cat/noticies/milers-victimes-guerra-1936-1939-continuen-fosses-comunes-vuitanta-anys-despres/>
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*, Nueva York, Estados Unidos: Liveright.

- Renik, O. (2007). Intersubjectivity, Therapeutic action, and analytic technique, *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 1547-1562.
- Riera, R. (2010). *La connexió emocional*. Barcelona, España: Octaedro
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, Estados Unidos: Houghton Mifflin.
- Salberg, J. (2017). The texture of traumatic attachment: presence and ghostly absence in transgenerational transmission. En J. Salberg y S. Grand (Eds.), *Wounds of history* (pp 77-99). Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Salberg, J. y Grand, S. (2017). *Wounds of history*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing*. Ciudad de México, México: Pax Editorial.
- Spezzano, Ch. (2007). A home for the mind. *Psychoanalytic Quarterly*, 76, 1563-1583.
- Stern, D. (2010). *Forms of vitality*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Stolorow, R. (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. Nueva York, Estados Unidos: Analytic Press.
- Terr, L. (1995). *True stories of traumatic memories lost and found*. Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.
- Van der Hart O., van Dijke M., van Son M. y Steele K. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: a neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(4), 33-66.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score*. Nueva York, Estados Unidos: Viking Penguin.
- Wachtel, P. L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

<sup>1</sup>Para evitar el masculino genérico, así como el engorro de doblar los artículos y los sufijos, cuando me refiera a la persona que ocupa la posición de terapeuta, utilizaré el femenino y cuando hable de la persona que ocupa la posición de paciente utilizaré el masculino.

<sup>2</sup>Deseo hacer un inciso, en este punto, acerca de la conveniencia de formarse con la asociación oficial de EMDR si se desea aplicar esta técnica. Hacer la formación tiene, entre otras ventajas, la de que su aplicación se hace de forma uniforme en todo el mundo. Pero además los/las miembros de la asociación adquirimos el compromiso de no formar por nuestra cuenta. Por lo tanto, apelo a la responsabilidad de quien quiera aplicar esta técnica para que se forme oficialmente a fin de no desmerecer el rigor y la homogeneidad del método.

<sup>3</sup>A efectos de garantizar la confidencialidad de la información acerca del paciente, todos los nombres están cambiados y todos los detalles están alterados, lo mismo que las localizaciones de los escenarios. Además, el paciente ha dado su conformidad en que se use la historia de su tratamiento con finalidades didácticas.

<sup>4</sup>Colonia: industria dependiente de los motores de vapor. Las fábricas y las viviendas de los dueños y de los trabajadores se instalaban al lado y a lo largo de ríos en Catalunya. Este tipo de industria se encuentra en el Llobregat.

<sup>5</sup>Hereu: hijo mayor que se queda con el patrimonio a cambio de dar cobijo a los padres y a los hijos/as no herederos y desprotegidos.