

TRAUMATIZACIÓN RELACIONAL COMPLEJA: UNA NOCIÓN ÚTIL EN LA COMPRENSIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Carla Crempien Robles *

Resumen

Se desarrolla una conceptualización de traumatización relacional compleja, en procesos de victimización por violencia contra la mujer en la pareja. La mirada sobre el fenómeno entrelaza contribuciones psicodinámicas, la evolución del concepto de estrés postraumático en psiquiatría y los estudios sobre trauma interpersonal. Desde estos aportes, se desarrolla una perspectiva que enfatiza la noción de proceso por sobre evento (traumatización v/s trauma), en un tipo de relación que da contexto, significado y prescribe la dinámica abusiva, cuyas consecuencias en las víctimas son complejas y se caracterizan por la mantención de comportamientos de re-victimización, generando frustración en los agentes de intervención. Se propone que esta sería una noción útil para enriquecer la comprensión del funcionamiento de las víctimas y para orientar la intervención.

Palabras clave: trauma, traumatización, violencia doméstica, re-victimización.

Key words: trauma, traumatization, domestic violence, re-victimization.

Introducción

La violencia dentro de las familias ocurre fundamentalmente hacia aquellos miembros más vulnerables y con menor poder, habitualmente niños, mujeres y ancianos. Constituye una manifestación de abuso de poder asentada en una ideología cultural, con mitos, creencias, ideas y acciones que la han perpetuado y la sustentan (Ravazzola, 1996, Velásquez, 2003).

La vinculación afectiva entre la víctima y quien ejerce la violencia constituye uno de los ejes de la complejidad del fenómeno, lo que se ha asociado al desarrollo de diversas consecuencias en quienes sufren la violencia, en los dominios de su identidad, sus relaciones interpersonales, su funcionamiento psíquico y salud mental (Briere y Spinazzola, 2005; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; Messman-Moore, Brown, Koelsch, 2005; Herman, 1992).

Estas consecuencias tendrían relación con los obstáculos en la intervención y las dificultades de las víctimas para salir de la relación de violencia.

Se propone una mirada comprensiva de la violencia de pareja como un proceso de “traumatización relacional compleja”, desarrollada sobre la base de conceptualizaciones sobre trauma, surgidas desde la psiquiatría, las contribuciones psicodinámicas y los estudios sobre trauma interpersonal.

Antecedentes

La violencia doméstica se entiende como el ejercicio abusivo del poder en las relaciones de pareja, que se manifiesta a través de un patrón de comportamiento vincular coercitivo, que transgrede la libertad del otro, sometiéndole y ubicándolo en una posición no deseada, justificándose mediante argumentos de educar, disciplinar y proteger (World Health Organization, 2000; Velásquez, 2003; Loketk, 1997; Ravazzola, 1996).

Constituye un problema de salud pública altamente prevalente (García Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006). Sus consecuencias sociales, económicas, y en la salud física y mental de las mujeres son severas y han sido ampliamente descritas en la literatura (Humphreys y Thiara, 2003; Campbell, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2002).

* Carla Crempien Robles, Pontificia Universidad Católica de Chile, Macul, Santiago de Chile

E-Mail: cecrempi@uc.cl

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 65-73

© 2012 Fundación AIGLÉ.

Las investigaciones sobre violencia doméstica evidencian asociaciones con depresión, ansiedad y desorden por estrés postraumático (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García Moreno, 2008; Campbell, 2002; World Health Organization, 2000). Menos se han investigado las interacciones entre VD y funcionamiento de la personalidad y del sí mismo (Pico-Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008; Briere y Rickards, 2007), los mecanismos mediante los cuales los procesos de traumatización prolongados y las historias de re-victimización, impactan el funcionamiento psicológico de las víctimas y con esto sus posibilidades reales de interrupción de la violencia (Frankel, 2002; Sluzki, 1994).

En Chile, la Evaluación del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en la Atención Primaria, encontró que un 51,4% de la muestra constituida por mujeres refirió algún episodio de violencia doméstica en los últimos dos meses y se estableció una relación significativa entre violencia y severidad del cuadro depresivo. Se encontró, también, que la tasa de abandono del programa en las mujeres con situación de violencia doméstica fue 5 veces más alta que en aquellas sin este antecedente (Universidad de Chile, 2002).

Humphreys y Thiara (2003) plantean que se podría establecer una relación causal entre violencia y trastornos emocionales, de manera que estos últimos podrían ser entendidos como “síntomas” del abuso.

La psicología clínica ha tenido algunas dificultades en el abordaje del problema. Por un lado, la tendencia a psicopatologizar, reduciendo la complejidad del fenómeno, y por otro lado, el desconocimiento de las variables estructurales de género y poder en las relaciones. Además, ciertas nociones terapéuticas tradicionales como la neutralidad, el secreto, o la circularidad aportarían a la perpetuación y legitimación de la violencia (Ravazzola, 1996; Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead, 1989). Otra dificultad pareciera ser la insuficiente consideración, en la práctica clínica, de los impactos de la violencia relacional en el funcionamiento psicológico y comportamiento de la víctima, siendo frecuente la culpabilización y la re-victimización secundaria por parte de los profesionales que toman contacto con las víctimas en los sectores salud, psicosocial, policial y judicial.

Por otro lado, se ha visto que los tratamientos exclusivamente centrados en los síntomas han mostrado ser insuficientes en pacientes que presentan traumas prolongados y repetidos (Schottenbauer, Glass, Arnkoff y Hafter Gray, 2008). La posibilidad de proveer comprensión y significado a los síntomas a través de su conexión con el trauma y las características del funcionamiento psicológico y relacional

de las víctimas, puede ser un aporte significativo al tratamiento de este problema.

Evolución de la noción de trauma en psiquiatría

En psiquiatría, el concepto de trauma se encuentra asociado a la categoría nosológica de trastorno por estrés postraumático (TEPT) caracterizado básicamente por:

1. presentarse tras la exposición a un trauma intenso, que involucra la muerte o amenazas a su integridad o la de otros, generando respuestas persistentes de temor, desesperanza u horror intenso
2. la re-experiencia a través de recuerdos intrusivos, sueños o la sensación de revivir la experiencia como si estuviera ocurriendo
3. la evitación permanente de los estímulos asociados al trauma y un embotamiento psíquico o anestesia afectiva
4. persistente aumento de la activación que se manifiesta en síntomas como hipervigilancia, insomnio, dificultad para concentrarse, entre otros (American Psychiatric Association, 2000).

El DSM-IV-TR introduce un cambio relevante en la noción de trauma. Las versiones anteriores enfatizaban la idea del trauma como un evento fuera de la experiencia normal, pero numerosos estudios sugieren que los desencadenantes típicos del síndrome de estrés post-traumático, son eventos relativamente comunes, de manera que esta versión más reciente pone el acento en la cualidad amenazante y provocadora de miedo del trauma (aspecto subjetivo) más que en la naturaleza del evento objetivo (Kaplan, Sadock y Sadock, 2005). Esta última versión incluye dentro de las experiencias traumáticas el vivenciar sistemáticamente abuso físico o sexual.

En la discusión contemporánea acerca del trauma y el TEPT, se aprecia una evidente controversia respecto a estos constructos. Algunos autores proponen que ha habido un abuso en el diagnóstico de estrés postraumático, que éste incluye una serie de síntomas inespecíficos, que no ha sido una contribución al campo de la salud mental ni a la mejor comprensión del trauma, sino que ha aportado confusión (McHugh y Treisman, 2007; Bodkin, Pope, Detke y Hudson, 2007).

Para otro grupo de investigadores del trauma, el TEPT tiene un alcance limitado en la posibilidad de capturar y describir la complejidad de la experiencia del trauma, planteando que algunos relevantes fenómenos clínicos, tales como disociación, la soma-

tización y la desregulación afectiva, que formarían parte del espectro de respuestas al trauma quedan fuera del marco del TEPT o bien son separados entre sí, cuando en realidad presentan una alta asociación. Las manifestaciones clínicas del trauma serían más amplias, variadas y conectadas entre sí (Rodríguez Vega, Fernández Liria y Bayón Pérez, 2005; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996; Herman, 1992).

Una limitación del concepto de PTSD en violencia doméstica sería un aspecto de fondo que Fernández Liria y Rodríguez Vega (2000) proponen en su estudio entorno a la guerra, y que podría aplicarse a las relaciones abusivas dentro de las familias: esta no es un acontecimiento (que produce un impacto), sino un proceso (que exige un trabajo de adaptación).

Herman (1992) desarrolla una propuesta especialmente relevante para el presente estudio. Propone la existencia de una forma compleja de TEPT en sobrevivientes de trauma prolongado y repetido, señalando que esta situación sólo puede ocurrir en el contexto de la subordinación al control coercitivo de un perpetrador, lo que genera un impacto psicológico que tiene características comunes, ya sea que el trauma ocurra en la esfera pública o política o, en la intimidad de las relaciones familiares o sexuales, de las que serían ejemplo el abuso infantil y la violencia de pareja.

Evolución del concepto psicodinámico de trauma

El concepto de trauma es tan antiguo y fundamental en la historia de la psicología y psicopatología como controversial y complejo. La dificultad en la definición y comprensión del concepto pareciera ser inherente al fenómeno en sí mismo (Balint 1969). ¿Qué es el trauma? ¿Qué constituye lo traumático? ¿Son los eventos externos? ¿Es la respuesta subjetiva al estímulo?

En un comienzo Freud (1893-95) desarrolla una teoría económica del trauma en que éste era comprendido como un estímulo externo, fundamentalmente de naturaleza sexual, que supera cuantitativamente en su intensidad la capacidad del aparato psíquico para tramitarlo o procesarlo. Posteriormente Freud (1920), evoluciona hacia una teoría dinámica del trauma, en que serían más bien las fantasías y conflictos internos, los estímulos que producirían el trauma, poniendo el énfasis en lo intrapsíquico.

Para Ferenczi (1949), en toda psicopatología habrá siempre una situación traumática real como desencadenante. A diferencia de Freud, destaca el rol de la realidad externa y del otro en la estructura-

ción del aparato psíquico y en la génesis del trauma, señalando el aspecto traumatógeno de la realidad psíquica del otro, cuando éste tiene el poder de dar e imponer sus propios significados, tanto al suceso traumático como a toda la existencia del sujeto.

Balint (1969) señala, no obstante, que Freud no abandonó completamente la idea de la etiología traumática de las neurosis, reconociendo que el trauma efectivamente contendría, tanto un aspecto real de la experiencia en sí misma, como un aspecto subjetivo intrapsíquico, el recuerdo o la re-experiencia del suceso. Esta es una idea que cuenta con bastante consenso en la actualidad y que se asume en el desarrollo del estudio propuesto.

El trauma psíquico implica siempre la interacción entre mundo externo y mundo interno. Lo traumático sería consecuencia de una interacción entre el evento real externo y la forma en que éste es vivenciado por el psiquismo del sujeto (Tutté, 2004).

Una contribución significativa para la propuesta conceptual que se desarrolla en este artículo, es el concepto de trauma acumulado desarrollado por Khan (1963), que sería el efecto de las fallas sistemáticas de la madre en su rol de escudo protector de los estímulos y exigencias ambientales a las que el niño ha sido expuesto repetidamente a lo largo de su desarrollo.

Lo interesante en esta conceptualización, es que no sería cada falla aislada de la madre lo que tendría el efecto traumático, sino la acumulación sistemática de estas fallas a lo largo del tiempo. En la idea del trauma acumulado, encontramos una visión que enfatiza, más que la magnitud del evento, la cualidad sistemática de la falla en una relación significativa. Es decir, sería la recurrencia, la cronicidad de esta falla en una relación, lo que va generando el trauma como proceso.

Si bien, para el psicoanálisis el trauma remite siempre a una situación en el desarrollo infantil, que involucra el mundo externo, particularmente a las figuras de cuidado y que activa la situación vital del desvalimiento (Tutté, 2004), en este estudio ha parecido relevante incluir estas nociones psicodinámicas por su posibilidad de iluminar en los procesos de traumatización de la vida adulta, considerando la idea de que ciertas experiencias también en la vida adulta pueden constituir un estímulo devastador para el sí mismo, generando desvalimiento y teniendo un efecto modelador en la forma en que la persona se experimenta a sí misma y al mundo, incluso en el mismo nivel que lo tienen las experiencias de apego en la infancia (Fernández Liria, 2008).

Conceptualizaciones y estudios en torno al trauma interpersonal

Herman (1992) desarrolla a partir de la evidencia empírica, el concepto de TEPT complejo, forma de trauma desarrollado en una situación permanente de sumisión al control coercitivo de un perpetrador de quien la víctima se hace dependiente. Este desarrollo ha sido enriquecido con estudios posteriores en trauma interpersonal (Sahin, Timur, Ergin, Taspinar, Balkaya y Cubukcu, 2010; Briere y Spinazzola, 2005; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; Messman-Moore, Brown y Koelsch, 2005). Este cuadro se caracteriza por:

1. Una multiplicidad de síntomas, dentro de los que se cuentan variadas formas de somatización, disociación y síntomas afectivos, que se combinan y potencian entre sí.
2. El desarrollo de cambios permanentes en la personalidad en las esferas de la identidad y de las relaciones interpersonales.
3. Alto riesgo de re-victimización.

En la relación consigo misma, la sumisión produce profundas alteraciones en la identidad. La imagen de sí misma, la imagen corporal, las imágenes internalizadas de los otros, sus propios valores que le dan sentido de coherencia son invadidos y quebrados (Sahin y cols., 2010)

En la relación con el otro, el perpetrador se convierte en la persona de mayor poder para la víctima, quien desarrolla un apego patológico o *vínculo traumático*, de extrema dependencia emocional, siendo la persona que ejerce el abuso, fuente de consuelo y humillación simultáneamente. Las personas crónicamente traumatizadas son a menudo juzgadas como pasivas e inseguras, pero esto tiene que ver con que cualquier acción independiente es vivenciada como una insubordinación, lo que resulta muy amenazante considerando que el perpetrador es parte del mundo interno de la víctima (Sahin y cols., 2010; Frankel, 2002; Montero, 2001; Herman, 1992).

Estos cambios en la personalidad pueden asociarse al concepto de identificación con el agresor descrito por Ferenczi (1949) en el que, como una manera de sobrevivir en la relación, la víctima anticipa los deseos y expectativas del agresor y los hace propios, anulándose a sí misma, disociándose de sus propios sentimientos, como una manera de adaptarse y controlar la amenaza. De este modo, la víctima renuncia a su propio sentido de self, a sus sentimientos y necesidades, para asimilarse a una imagen que se adecua a la mente de su agresor, como una manera de protegerse (Frankel, 2002).

Montero (2001) se interesó en la pregunta del por qué las mujeres permanecen largamente en relaciones de maltrato, también se interesó en el desarrollo de los vínculos traumáticos. Desde ahí propone el modelo de Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica que partiría en una reacción psicofisiológica con una serie de modificaciones cognitivas en el contexto referencial doméstico y que operaría como un mecanismo activo de adaptación que se desarrolla en fases y que culmina con la formación de un vínculo de dependencia que paradójicamente cumple una función de protección para la integridad psíquica de la víctima.

Los investigadores en trauma interpersonal sugieren que en el trauma complejo, los sobrevivientes tienen riesgo de repetir la victimización, no sólo en la re-experiencia del trauma sino como una forma sistemática y estable de relacionarse consigo mismas y con los demás. Sería interesante poder identificar en distintos niveles: funcionamiento estructural, conflictiva intrapsíquica predominante y patrones relacionales disfuncionales de la víctima (Grupo de trabajo OPD, 2008), elementos predisponentes al riesgo de re-victimización en sus diversas formas, lo que favorecería la orientación de la intervención terapéutica.

En esta misma línea, van der Kolk (1989), ha señalado que las conductas de re-victimización, que serían una forma de repetición del trauma, tienden a disminuir o terminar, cuando su significado puede ser comprendido por la víctima en el contexto de la historia de traumatización.

van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005) se refieren al TEPT complejo como constelaciones sintomáticas que conllevan cambios duraderos en la personalidad, se caracterizan por una amplia gama de alteraciones en la regulación de la afectividad y de los impulsos, en la percepción del sí mismo, en la percepción del agresor, en las relaciones, en los sistemas de significado y en las somatizaciones (Briere y Spinazzola, 2005; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; Messman-Moore, Brown y Koelsch, 2005; Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997; Roth, Newman, van der Kolk y Mandel, 1997; van der Kolk y cols., 1996; Herman, 1992).

Briere y Spinazzola (2005) plantean que las respuestas a estímulos estresantes devastadores pueden ubicarse en un continuo de complejidad, en que en un extremo estarían las respuestas a eventos traumáticos de ocurrencia excepcional, únicos en la vida adulta de personas con un desarrollo de infancia adecuado y un sistema nervioso normoreactivo sin comorbilidad de perturbaciones psíquicas. Al otro lado del continuo estarían las experiencias tempranas, múltiples, crónicas y muy invasivas, frecuentemente de naturaleza interpersonal, que

involucran vergüenza y estigma y que ocurren en individuos que por distintos motivos pueden ser más vulnerables a los efectos del estrés. Estos individuos tendrían mayor probabilidad de experimentar una variedad de síntomas postraumáticos y estados de ánimo negativo y, suelen presentar dificultades en la regulación afectiva y en las relaciones interpersonales (Lang, Aarons, Gearity, Laffaye, Satz, Dresselhaus, Murray y Stein, 2008; Vatnar y Bjorkly, 2008; Herman, 1992).

Briere y Spinazzola (2005) proponen un conjunto de síntomas llamado “alteración de las capacidades del self”, que tiene que ver con las habilidades para regular la experiencia interna y la interacción con los otros.

Consecuencias postraumáticas más severas y complejas frecuentemente se asocian con una historia de vida con múltiples experiencias de victimización interpersonal, que a menudo comienzan con abusos o negligencia en la infancia (Ford y Kidd, 1998; Zlotnick, Zakriski, Shea, Costello, Begin y Pearlstein, 1996). Estas experiencias predisponen al riesgo de re-victimización futura (Neumann, Houskamp, Pollock y Briere, 1996).

Sluzki (1994) ha sugerido con anterioridad que serían distorsiones cognitivas tales como la negación, la minimización o normalización las que permiten acomodarse al sistema abusivo y, de este modo propender a la estabilización o mantención de la relación de abuso.

La violencia doméstica como fenómeno de traumatización relacional compleja

De los antecedentes revisados, hay algunos elementos que parece importante destacar si se piensa en las consecuencias de la violencia de pareja en las víctimas, y cómo estas consecuencias podrían estar explicando parte de la dificultad para detener la violencia.

Se propone hablar de “traumatización” ya que este concepto alude al carácter de proceso del fenómeno de la violencia doméstica, algo que ocurre de manera sistemática en el tiempo y en el contexto de una relación significativa. Es necesario diferenciar el impacto de los eventos o “hechos de violencia” del impacto de la permanencia en una dinámica relacional abusiva en la que posiciones complementarias de dominio y sumisión se perpetúan, atrapando a víctimas y agresores en el circuito traumatizante de la *violencia relacional*.

El foco está puesto entonces en las cualidades de la “relación de abuso” más que en las manifes-

taciones observables de la violencia. No sería sólo el tipo o la severidad de los episodios de violencia lo que los vuelve potencialmente traumáticos, sino que por un lado, el contexto de la relación de sometimiento y subordinación y, por otro lado, la sistematicidad y las experiencias acumuladas de abuso (Sahin y cols., 2010; Briere y Spinazzola, 2005; van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; Messman-Moore, Brown y Koelsch, 2005; Herman, 1992; Khan, 1963), son lo que daría lugar a un proceso en que se van instalando algunos de los sentimientos que caracterizan las respuestas al trauma en las mujeres que sufren violencia en la pareja y que fueron observadas tempranamente en el campo de la violencia relacional: el aislamiento, la desesperanza, la indefensión (Larraín, 1994; Walker, 1979) y lo que fuera originalmente descrito por Ferenczi (1949) como identificación con el agresor.

La noción de “*complejidad*” se vincula a las particulares dificultades que inerva este tipo de traumatización desarrollada en una relación significativa, donde los afectos que unen a quien sufre la violencia con quien la ejerce, dificultan la posibilidad de salir de la relación abusiva.

Recordemos que el agresor representa la persona de mayor poder para la víctima, quien desarrolla una gran dependencia emocional, pues es al mismo tiempo la fuente de calma o consuelo. El *vínculo traumático* constituye entonces un mecanismo activo de adaptación, una estrategia de supervivencia y una forma de ganar control sobre la experiencia, paradójicamente cumple una función de protección para la integridad psíquica de la víctima. Esta se apega a su agresor, adhiere a sus deseos, identificándose con él y justificándolo (Velásquez, 2003; Frankel, 2002; Montero, 2001, Herman, 1992; Ferenczi, 1949).

Las situaciones de violencia en la pareja, además de ser frecuentemente sistemáticas y crónicas, se desarrollan como procesos en que los maltratos alternan cíclicamente con promesas de cambio, arrepentimiento y recompensa. Las personas crónicamente traumatizadas son a menudo enjuiciadas y rotuladas con diagnósticos como trastornos de personalidad. En observaciones muy tempranas y relevantes en este campo de estudio, Walker (1979) describió los ciclos de la violencia en la pareja y observó fenómenos, que trasladaban el foco desde las características intra-psíquicas de las víctimas a las consecuencias del fenómeno de la violencia en ellas (pasividad, desesperanza y baja auto-estima). Estudios actuales en trauma interpersonal (citados más arriba) apoyan las observaciones de Walker y enriquecen desde el punto de vista explicativo los mecanismos mediante los cuales se produce la re-victimización.

Para Humphreys y Thiara (2003) la victimización sería lo primario en relación a las manifestaciones de los problemas en la salud mental de la víctima. Despejar la situación de victimización sería fundamental para una consideración de los obstáculos y recursos psíquicos más permanentes en las mujeres que sufren violencia doméstica.

Podríamos entenderlo como un circuito recursivo, donde la traumatización relacional conduce a mantener ciertos mecanismos psicológicos y comportamentales adaptativos para la víctima, que constituyen precisamente una parte de los obstáculos y fuentes de estancamiento en la interrupción de la violencia, siendo estos circuitos, mantenedores de la relación abusiva.

Algunos de los mecanismos a la base de la re-victimización podrían entenderse desde la perspectiva de las funciones psíquicas vulneradas, tales como las alteraciones en la percepción de sí misma y del otro (auto devaluación e indefensión y una experiencia interna del otro con gran poder); las alteraciones en la regulación afectiva y en la regulación de las relaciones interpersonales (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; Briere y Spinazzola, 2005), dentro de las cuales se encontraría característicamente la vinculación traumática, la adaptación e identificación con el agresor. Es posible pensar que estas funciones alteradas tiendan al desarrollo de patrones comportamentales e interpersonales estables y repetitivos en la relación con los otros y consigo mismas.

La posibilidad de encontrar estos funcionamientos sería mayor en los casos en que las historias de traumatización por violencia relacional comienzan tempranamente en la infancia y se han mantenido de manera más o menos crónica (Ford y Kidd, 1998; Zlotnick y cols., 1996). La identificación de los mismos puede orientar el foco de la intervención y la planificación del tratamiento.

Discusión final

Si bien la violencia doméstica como fenómeno complejo, puede y requiere ser enfocada desde diferentes ángulos y modelos comprensivos y descriptivos, entre los que destacan, el modelo ecológico (Brofenbrenner, 1987), el ciclo de la violencia (Walker, 1979) y la perspectiva de los sistemas abusivos (Ravazzola, 1996); la noción de traumatización relacional compleja puede aportar un enfoque de las características de las mujeres que sufren violencia de pareja, que facilita reconocer los comportamientos de las víctimas más que como manifestaciones estructurales de la personalidad (de naturaleza estática y asociadas a estigmas psicopatologizantes),

como parte de un funcionamiento vulnerable en que las capacidades psíquicas se encontrarían alteradas o menos disponibles como una respuesta al proceso de traumatización. Estas alteraciones podrían constituir mecanismos a través de los cuales se desarrolla la re-victimización.

Fenómenos inherentes a la traumatización relacional compleja, como la identificación con el agresor, el establecimiento de un vínculo traumático, los efectos en la identidad de las víctimas, en la percepción de sí misma y del otro, las vulnerabilidades en la capacidades de regulación afectiva - junto con el aislamiento social y emocional, la escasez de redes de apoyo o la dificultad para percibir las y utilizarlas, contribuyen a entender que una mujer permanezca prolongadamente en una relación abusiva, no porque presente características de personalidad intrínsecas que la limiten, sino más bien porque sus *recursos psíquicos actuales* se encuentran menos disponibles, como consecuencia de la violencia. Se sugiere que esta mirada podría favorecer la empatía en los agentes de intervención de distintos sectores (psicosocial, policial, judicial, salud), ayudándolos a comprender la pasividad de las víctimas, su tendencia a abandonar los tratamientos, su dificultad para sostener una denuncia o para acatar las medidas cautelares que se le otorgan como apoyo.

La propuesta relacional de los agentes interventores a las víctimas puede en muchos casos, apelar a funciones psíquicas que se encuentran temporalmente debilitadas en las mujeres y habitualmente surge un enjuiciamiento que tiene que ver con atribuir una falta de cooperación por parte de las víctimas, o rótulos psicopatológicos estáticos. Lo que habitualmente es menos considerado, es la serie de respuestas adaptativas que sostienen la vinculación traumática con el agresor, por un lado y, los esquemas mentales internos que facilitan la repetición de relaciones similares.

Podríamos hipotetizar que las funciones psíquicas vulneradas y los patrones relacionales disfuncionales adquiridos en historias de trauma interpersonal median de alguna manera la ocurrencia de esta repetición que es más que una tendencia autodestructiva, una imposibilidad de acceder a los recursos internos y externos y un mecanismo adaptativo aprendido que se ha autonomizado en la forma de relación consigo misma y con el otro.

La noción que se propone podría contribuir, de este modo, a disminuir la victimización secundaria de las mujeres en los sistemas de atención. Si la traumatización ocurre en la relación interpersonal, es posible pensar que la reparación se desarrolle en el contexto vincular también, a la manera de una experiencia emocional correctora, que podría ocurrir en los distintos niveles de intervención con las vícti-

mas, en la recogida de la denuncia, en la atención de salud y constatación de lesiones, en el apoyo psico-social y terapéutico, en el proceso judicial.

Por otro lado, en el nivel clínico de la intervención, resulta necesaria la consideración de las vulnerabilidades estructurales presentes en las víctimas de violencia doméstica y su inclusión en el abordaje terapéutico. No cabe duda que la interrupción de la violencia es requisito fundamental para la reparación y la recuperación de los recursos internos. En este sentido, las intervenciones en un primer momento se dirigirán a la protección de la víctima, a evitar nuevas situaciones de violencia y manejar el riesgo. Sin embargo, sabemos también que las vulnerabilidades de las funciones psíquicas, recursivamente, constituyen obstáculos internos que limitan a la víctima en su posibilidad de interrumpir la violencia, incluso cuando cuenta con el apoyo de recursos externos. De esta manera, parece necesario pensar en un equilibrio dinámico entre las intervenciones orientadas a la protección y aquellas orientadas a la visualización y comprensión, por parte de la víctima, de las dificultades internas que se presentan como consecuencia de la relación de violencia. Consiguientemente, la terapia debe focalizar también en la recuperación y fortalecimiento de las capacidades psíquicas vulnerables.

La inclusión de estos focos en el tratamiento requiere de una evaluación de las capacidades del self, para poder distinguir entre aquellas funciones más dañadas y las áreas que pueden constituir recursos para el progreso terapéutico.

Así, por ejemplo, la mirada conjunta de terapeuta y paciente sobre cómo su autoimagen se ha ido restringiendo a aspectos parciales del sí mismo, que tienden a estar devaluados y cómo se han hecho menos visibles para ella sus capacidades, favorece una actitud reflexiva acerca de sí misma, la diferenciación entre el self y el otro y por consiguiente su autonomía y una mayor posibilidad de regular internamente su autoestima (recuperación de la función de percepción de sí misma). Junto con esto, trabajar en la percepción más completa y realista del otro y en la distinción de las necesidades de éste y las propias, podrían contribuir a la elaboración y "disolución" del patrón del vínculo traumático

En resumen, la noción de *traumatización relacional compleja* en la violencia doméstica, sugiere o implica en la clínica de la violencia, un diagnóstico de las vulnerabilidades internas de la víctima y la focalización en las funciones psíquicas más dañadas y sus recursos internos, lo que podría aumentar la eficacia de la tratamiento, agilizar la interrupción de la violencia, disminuir el riesgo de victimización secundaria, en la medida que ofrece una comprensión

más profunda de los obstáculos de la víctima para su progreso en la detención de la violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text Revision. Washington, D.C. American Psychiatric Association
- Balint, M. (1969). Trauma and Object Relationship. *The International Journal of Psychoanalysis*, 50, 429-435.
- Bodkin, J. A., Pope, H. G., Detke, M. J. y Hudson, J. I. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 176-182.
- Briere, J. y Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and Psychological Assessment of Complex Posttraumatic States. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 401-412.
- Briere, J. y Rickards, S. (2007). Self-Awareness, Affect Regulation, and Relatedness: Differential Sequels of Childhood Versus Adult Victimization Experiences. *Journal of Nervous and mental disease*, 195 (6), 497-503.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331 - 1336.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.
- Ferenczi, S. (1949). Confusion of tongues between the adults and the child. The language of tenderness and passion. *The International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-230.
- Fernández Liria, A. (2008). *What we call "traumatic" and what are the consequences for treatment?* Ponencia presentada en la 39th Annual Conference of Society for Psychotherapy Research (SPR), Barcelona, España.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2000). Trabajo de duelo o trastorno por trauma: modelo para la actuación en situaciones de guerra o violencia política. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(74), 189-205.
- Ford, J. y Kidd, P. (1998). Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 743-761.

- Frankel, J. (2002). Exploring Ferenczi's concept of identification with the aggressor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (1), 101-139.
- Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*, en Obras Completas Volumen 2. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Mas allá del principio del placer*, en Obras Completas, volumen 18, Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. y Watts, C. (2006). The prevalence of violence against women: finding from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260 – 69.
- Goodrich, T., Rampage, C., Ellman, B., Halstead, K. (1989). *Terapia Familiar feminista*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Grupo de Trabajo OPD. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Editorial. Herder.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated. Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377-391.
- Humphreys, C. y Thiara, R. (2003). Mental Health and Domestic Violence: "I call it Symptoms of Abuse". *British Journal of Social Work*, 33, 209-226.
- Kaplan, H., Sadock, B. y Sadock, V. (2005). Kaplan y Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th edition. Philadelphia: Sadock, B.J. y Sadock, V.A. Editors.
- Khan, M. (1963). Ego distortion, cumulative trauma and the role of reconstruction in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 272-279.
- Lang, A., Aarons, G., Gearity, J, Laffaye, C, Satz, L, Dresselhaus, T. y Stein M. (2008). Direct and indirect links between childhood maltreatment, posttraumatic stress disorder, and Women's Health. *Behavioral Medicine*, 33, 125-136.
- Larraín, S. (1994). *Violencia puertas adentro. La mujer golpeada*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Loketec, A. (1997). "La violencia en la Pareja". En J. Droeven (comp.). *Más allá de pactos y traiciones* (pp. 225-228). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- McHugh, P.R. y Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic criteria. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 211-222.
- Messman-Moore, T., Brown, A. y Koelsch, L. (2005). Posttraumatic Symptoms and Self-Dysfunction as Consequences and Predictors of Sexual Revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18, (3), 253-261.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia. *Clinica y Salud*, 12 (1), 371-397.
- Neumann, D.A., Houskamp, B.M, Pollock, V.E. y Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1, 6-16.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Publicado en español por Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. y Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 13-26.
- Ravazzola, M.C. (1996). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rodríguez Vega, B., Fernández Liria, A. y Bayón Pérez, C. (2005). Trauma, Disociación y Somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 27-38.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B. y Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 10, 539-556.
- Şahin, N. y Timur, S., Ergin, A., Taşpinar, A., Balkaya, N. y Çubukçu, S. (2010). Childhood Trauma, Type of Marriage and Self-Esteem as Correlates of Domestic Violence in Married Women in Turkey. *Journal of Family Violence*, 25, 661-668.
- Schottenbauer, M., Glass, C., Arnkoff, D. y Hafter Gray, S. (2008). Contributions of Psychodynamic Approaches to Treatment of PTSD and Trauma: A Review of the Empirical Treatment and Psychopathology Literature. *Psychiatry*, 71 (1), 13-34.
- Sluzki, C. (1994). Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas de un modelo general.

- En D. Fried Schnitman, *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, (pp. 351-370). Buenos Aires: Editorial Paidós,.
- Tutté, J.C. (2004). The concept of psychic trauma: A bridge in interdisciplinary space. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85 (4), 897-921.
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, División de Promoción de la Salud (2002). Evaluación de la Efectividad del Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en la Atención Primaria, Informe Final. Santiago.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. y Steele, K. (2005). Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 413-423.
- Van der Kolk, B. (1989). The compulsión to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2), 389-411.
- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153 (7), 83-93.
- Vatnar, SK. y Bjorkly, S. (2008). An interactional perspective of IPV: An In-Depth Semi-Structured Interview of a representative sample of helpseeking women. *Journal of Family Violence*, 26, 265-279.
- Velásquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencias de género*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Walker, L. (1979). *The Battered Woman*. New York : Harper and Row.
- World Health Organization (2000). Women's Mental Health: An Evidence Based Review, Part Four. Violence Against Women. 65- 95, Geneva.
- Zlotnick, C., Zakriski, A., Shea, T., Costello, E., Begin, A. y Pearlstein, T. (1996). The long term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder *Journal of Traumatic Stress*, 9, 195-205.

Recibido: 14-10-10

Aceptado: 8-8-11

Abstract: A complex relational traumatization notion is developed, regarding intimate partner violence against women. The perspective on the phenomena intertwines psychodynamic contributions, with the evolution of trauma concept and posttraumatic stress disorder within psychiatry and, studies on interpersonal trauma. Considering these contributions, a perspective that emphasizes the notion of process (traumatization) over event (trauma) is developed, in the context of a meaningful relationship which signifies and prescribes the abusive dynamic, leading to complex consequences in victims, who tend to maintain re-victimization behaviours, provoking frustration among intervention agents. It is proposed that this could be a useful notion to enrich the comprehension of victims functioning and to guide interventions.