

Hacia una nueva sensibilidad psicoanalítica para la intervención centrada en el trauma¹

Carlos Pitillas Salvá²

Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España.

RESUMEN

El presente trabajo propone una revisión e integración de los desarrollos contemporáneos en psicoanálisis centrados en el trauma, con el objetivo de articular una “nueva sensibilidad” clínica informada por los avances en psicopatología traumática, neurociencia y enfoques relacionales. A partir de una revisión de alcance de la literatura reciente (2010–2025), se identifican cinco ejes fundamentales que organizan la intervención terapéutica con pacientes traumatizados: la regulación del arousal dentro de una ventana de tolerancia, el trabajo con lo no simbolizado mediante intervenciones preinterpretativas, la atención a la disociación y a los múltiples estados del self, la modulación de la intimidad para evitar la regresión, y el uso de la subjetividad del terapeuta como herramienta clínica a través del reconocimiento de los enactments. Se destaca la importancia de una práctica terapéutica que priorice la co-regulación, la experiencia corporal, la resonancia afectiva y la co-construcción del significado, frente a modelos exclusivamente interpretativos. Asimismo, se subraya la necesidad de integrar estas aportaciones sin perder de vista la dimensión del inconsciente dinámico y la conflictividad intrapsíquica. El trabajo concluye proponiendo una oscilación clínica entre la estabilización del paciente traumatizado y la exploración de sus procesos inconscientes, enfatizando el papel del terapeuta como testigo implicado y participante en la transformación de la experiencia traumática.

Palabras clave: trauma; disociación; regulación afectiva; psicoanálisis relacional; intervención clínica; enactment; apego; simbolización

ABSTRACT

This paper proposes a review and integration of contemporary psychoanalytic developments focused on trauma, aiming to articulate a “new clinical sensibility” informed by advances in trauma psychopathology, neuroscience, and relational approaches. Based on a scoping review of recent literature (2010–2025), five core axes of therapeutic intervention with traumatized patients are identified: regulation of arousal within a window of tolerance, working with non-symbolized experience through pre-interpretative interventions, attention to dissociation and multiple self-states, modulation of intimacy to prevent regression, and the use of the therapist’s subjectivity as a clinical tool through the recognition of enactments. The paper emphasizes the importance of therapeutic practices that prioritize co-regulation, bodily experience, affective resonance, and the co-construction of meaning, rather than exclusively interpretative models. It also highlights the need

¹ Trabajo presentado en las VIII Jornadas del IPR. “Trauma personal y colectivo. Recuperar la dignidad a través de la psicoterapia relacional” Celebradas en el Colegio de Médicos de Madrid el 28 y 29 de noviembre de 2025

² Doctor en Psicología, Director del Máster en Psicoterapia Psicoanalítica Contemporánea, Universidad Pontificia Comillas (Madrid)

to integrate these contributions without neglecting the role of the dynamic unconscious and intrapsychic conflict. The paper concludes by proposing a clinical oscillation between stabilization and exploratory work, underscoring the therapist's role as an engaged witness and participant in the transformation of traumatic experience.

Key Words: trauma; dissociation; affect regulation; relational psychoanalysis; clinical intervention; enactment; attachment; symbolization

English Title: Toward a New Psychoanalytic Sensibility for Trauma-Informed Intervention

Cita bibliográfica / Reference citation:

Ptilillas Salvá, C. (2026). Hacia una nueva sensibilidad psicoanalítica para la intervención centrada en el trauma. *Clínica e Investigación Relacional*, 20 (1): 48-75. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2026.200106

Introducción

El origen de este trabajo se remonta a una lectura que realicé hace tres años de un artículo de Vivian Dent, publicado en *Psychoanalytic Inquiry*, y cuyo título traducido al castellano vendría a ser *Cuando el cuerpo lleva la cuenta: algunas implicaciones de la teoría y la práctica del trauma para el trabajo psicoanalítico* (*When the Body Keeps the Score: Some Implications of Trauma Theory and Practice for Psychoanalytic Work*). Aquel texto me resultó profundamente inspirador por la agilidad con la que promovía el intercambio de saberes entre la tradición psicoanalítica y los modelos contemporáneos de intervención especializados en trauma de desarrollo. Dent invita en ese trabajo a revisar (y a problematizar) algunos principios del psicoanálisis a la luz de los descubrimientos recientes sobre la psicopatología traumática. Sobre la base de los conocimientos que se han acumulado acerca del trauma durante las últimas décadas, la autora formula algunos principios clínicos muy específicos (tales como la estabilización corporal como condición necesaria para un trabajo analítico más profundo; una teoría de la disociación llevada hasta sus últimas consecuencias; o una nueva manera de observar y modular las energías transferenciales que circulan en el campo intersubjetivo con pacientes muy dañados). La pregunta que se hace Dent es: “¿cómo nos ayuda entender el trauma a *redefinir* algunos aspectos de nuestra intervención?”, algo que me recordó la sugerencia defendida por Gabbard y Westen de sustituir la pregunta acerca de si determinados principios o técnicas son analíticos y centrarnos, en cambio, en si son terapéuticos. “Si la respuesta a esa pregunta es positiva”, afirmaban los autores, “la siguiente cuestión es

cómo integrarlos en la práctica analítica o psicoterapéutica del modo más útil para el paciente.” (2007).

Tras leer este trabajo, me pregunté si la comunidad psicoanalítica compartía intereses y una sensibilidad semejantes: ¿había más? Descubrí un patrón emergente de publicaciones que buscaban una apertura hacia la integración de nuevos elementos teóricos y técnicos. Algunos trabajos proponían renovar ciertas consideraciones clínicas tradicionales; otros, desarrollar aplicaciones específicas de principios psicoanalíticos clásicos; otros, incorporar componentes procedentes de enfoques terapéuticos vecinos. Sin embargo, me encontré también con la ausencia de trabajos que recogieran, sintetizaran y articularan en un modelo unitario el conjunto –más bien disperso, y narrado en lenguajes relativamente diversos– de intuiciones que han ido sumando los autores a esta “nueva sensibilidad” psicoanalítica en torno al trauma.

A partir de esta observación, me embarqué en una revisión de alcance (o *scoping review*) de los artículos publicados en los últimos quince años (2010-2025), centrados en la terapia del trauma y la disociación. Realicé esta revisión junto a una alumna, Emma Albarracín, en el contexto de su trabajo de fin de máster. Emma es coautora de lo que presento hoy aquí, y parte de aquel trabajo constituye el núcleo de este texto. Mi objetivo es presentar los resultados de dicha revisión en lo que Steve Purcell (2019) describe como un “lenguaje vivo” que sirva para revisar fenómenos que en buena medida estaban ya en el discurso psicoanalítico, con la esperanza de “añadir algo novedoso a nuestro pensamiento clínico sobre el análisis de las personas traumatizadas” (Purcell, 2019, p. 316).

HACIA UN MODELO DE INTERVENCIONES ESPECÍFICAS INFORMADAS POR EL TRAUMA

¿Cuáles son los principales riesgos que asumimos al embarcarnos en el trabajo terapéutico con personas traumatizadas? ¿De qué forma afecta a la intervención el modo específico en que los pacientes traumatizados viven sus afectos, organizan su experiencia o interpretan la intimidad? Teniendo en cuenta la psicopatología específica del trauma de desarrollo, ¿a qué retos clínicos nos enfrentamos? Y, lo más importante, ¿qué adaptaciones del encuadre y de la conversación psicoanalíticas debemos realizar frente a estas particularidades?

Estas preguntas vertebran los *ejes* teórico-clínicos que quiero presentar a continuación. Estos ejes representan algo así como los aspectos comunes o los patrones emergentes que encontramos en la moderna literatura psicoanalítica acerca del trauma de desarrollo y de su abordaje. Cada uno de ellos se compone de consideraciones específicas sobre:

1. La psicopatología postraumática y los principales retos clínicos que se derivan de la misma
2. El principio terapéutico nuclear que podría derivarse de estas consideraciones.
3. Algunas herramientas y abordajes específicos que participan de dicho principio.

Eje 1. Estabilización, conciencia dual y el trabajo dentro de un margen de activación tolerable.

La moderna teoría del trauma, junto con la evidencia neurocientífica que la acompaña, nos indica que el trauma, en su sentido más básico, supone una ruptura de los mecanismos psicosomáticos esenciales que permiten mantener el equilibrio interno (Dent, 2020; Lupien et al., 2018; Ogden, 2006). En contextos de exposición traumática prolongada o muy severa, los organismos tienden a oscilar entre estos dos polos de la desregulación. Se suceden estados de hiperactivación (en forma de alerta, tendencias al ataque o la huida o la búsqueda desesperada de auxilio) e hipoactivación (en forma de embotamiento o sumisión) en una especie de "tanteo" que busca una solución al dolor abrumador, sin encontrarla. La repetición de estos movimientos extremos a lo largo del desarrollo puede alterar de forma permanente la regulación del sistema nervioso, la actividad hormonal y el funcionamiento inmune. De esta forma, la desregulación afectiva se convierte en un aspecto definitorio de la psicopatología postraumática a largo plazo.

Este fenómeno se pone de manifiesto entre las cuatro paredes de la consulta terapéutica. Los pacientes con trauma pueden desregularse en el transcurso de las conversaciones clínicas, bajo el efecto de recuerdos espontáneos o imágenes mentales, ante intercambios interpersonales que de otro modo serían inofensivos o, simplemente, cuando las emociones (independientemente de su valencia) se intensifican durante el trabajo terapéutico. Las mismas características que definen la psicoterapia (escucha atenta por parte de otra persona cuidadosa; conversaciones centradas en las emociones;

retrospección biográfica; introspección; diálogo de libre asociación; señales ostensivas de sintonía empática por parte de los clínicos; etc.) pueden perturbar los procesos de regulación neurofisiológica (altamente vulnerables) del paciente y empujar al sistema paciente-terapeuta a una ruptura interpersonal y afectiva.

Intentar tratar el trauma sin reconocer esto puede resultar en abordajes analíticos que empujan a los pacientes de vuelta a la pérdida de la regulación, con el peligro de que se produzca una retraumatización: "Evocar el trauma sin una sensación de seguridad reinscribe el recuerdo traumático" (Dent, 2020, p. 441). En este marco, el concepto de escucha analítica debe ampliarse y abrirse a reconocer el impacto corporal y las tensiones fisiológicas que se juegan en el campo intersubjetivo paciente-terapeuta, así como las paradojas que entraña, para estos pacientes, ponerse en contacto con sus afectos.

Principio

Una implicación clínica derivada de estos fenómenos tiene que ver con la calibración de la intensidad del trabajo terapéutico. Una de nuestras tareas centrales es evitar que el encuentro terapéutico se convierta en una fuente de desbordamiento. Sobre esta base, y apoyándose en ideas de las terapias sensoriomotoras y la teoría polivagal, varios autores proponen trabajar dentro de la "ventana de activación tolerable" del paciente (Dent, 2020).

Abordajes específicos

Esto involucra un trabajo continuo de estabilización del sistema nervioso autónomo de nuestros pacientes mediante algunas técnicas como las que siguen:

- Garantizar la seguridad (mediante el encuadre, un chequeo continuo del estado del paciente, contratos terapéuticos, etc.) (Wöller et al., 2012)
- La integración de técnicas sensoriomotoras que modulan (hacia abajo) la disociación basada en la hiperactivación y modulan (hacia arriba) los estados disociativos por hipoactivación (Knox, 2013)
- La discriminación de emociones pasadas y presentes (Wöller et al., 2012)
- El uso de la mente (pensamientos, recuerdos) para regular los estados del cuerpo ligados al trauma y el uso del cuerpo (respiración controlada, atención a

la relajación) para regular los movimientos mentales ligados al trauma (Rüfenacht et al., 2023).

- La incorporación en la vida de los pacientes de prácticas reguladoras específicas (yoga, el deporte, la meditación, el movimiento corporal) (Craigie, 2023).
- Un movimiento pendular dentro de la conversación: acercarse al afecto y, después, alejarse de él, en *un juego que fomenta la adquisición de competencia afectiva* (Dent, 2020).

Junto a técnicas como estas, orientadas a recuperar la regulación, están las técnicas de *grounding*. Ralentizar la respiración y observar sus efectos; invitar al paciente a hablar más despacio; prestar atención al modo en que el cuerpo reposa sobre el respaldo del asiento o al descenso de la propia activación fisiológica; observar alrededor y reconocer las coordenadas familiares del espacio terapéutico; entre otras prácticas, forman parte de este conjunto de abordajes que, como su nombre indica, tratan de ofrecer a los pacientes un “anclaje” al presente, a la seguridad, y a cierta experiencia de competencia emocional, mientras se enfrentan a los materiales de su experiencia traumática. Emerge así una conciencia dual en la que conviven la experiencia traumática reactivada (en forma de recuerdo o estado afectivo) con una experiencia presente, real, de estabilidad y seguridad. Cuando se emplea repetidamente, este conjunto de intervenciones abre a los pacientes la posibilidad de experimentar la memoria traumática no como un presente reactivado e invasivo, sino genuinamente como *memoria* (Dent, 2020).

Eje 2. Trabajar con lo no simbolizado: del contagio corporal a las formulaciones preinterpretativas.

Un cerebro en alerta es un cerebro al que le cuesta procesar la información, ligarla a contenidos de la memoria, articularla narrativamente, comunicarla. El enmudecimiento, la ausencia de palabras, el colapso de la simbolización, constituyen uno de los aspectos más básicos e inmediatos del trauma (véase Caruth, 2016). En un artículo de 2020, Michael Diamond nos recuerda que “el funcionamiento cognitivo —incluyendo la simbolización, el pensamiento y la integración— queda comprometido durante las experiencias traumáticas” (p. 847).

A este efecto del miedo sobre nuestra capacidad simbólica se añade otro proceso central en la génesis de los traumas, bien reconocido por los psicoanalistas relacionales: la ausencia de un entorno contenedor que ofrezca apoyo en el procesamiento de la

experiencia, o el fracaso del testimonio. El trauma relacional se desarrolla en tres pasos: el niño depende de un adulto (primer paso), el adulto causa daño por acción u omisión (segundo paso) y el entorno no reconoce el daño ni acepta la respuesta de dolor (tercer paso). Este fracaso del testimonio (Benjamin, 2018) puede adoptar la forma del silencio alrededor de lo traumático, una distribución distorsionada de las responsabilidades o mensajes que invalidan la experiencia del niño («eso no ha pasado», «te lo has inventado», «me estás obligando»), todo lo cual puede dejar sin procesar partes importantes de la experiencia subjetiva.

Como resultado de todo lo anterior, un aspecto esencial de la psicopatología traumática es la existencia de “islas” de experiencia sin procesar que son inaccesibles a la simbolización y la autorreflexión. Parafraseando la caracterización que hizo Thomas Ogden de la posición esquizo-paranoide, podemos decir que, dentro de estas islas de funcionamiento postraumático, la persona es *objeto* de sus propios estados, en lugar de su propietario. Gran parte de los contenidos afectivos más dolorosos y centrales en la mente traumatizada quedan registrados en el nivel de lo no verbal (Cates, 2014; Craige, 2023), y su manifestación relegada a patrones de comportamiento sensoriomotor y a hábitos interpersonales de carácter procedimental. De ahí que, en el campo del trauma, pueda decirse que las acciones y el cuerpo hablan más alto que las palabras.

Todo esto pone un techo muy bajo a nuestra capacidad de trabajar analíticamente: “[L]as fantasías inconscientes, así como las estructuras fantasmáticas arcaicas establecidas durante o poco después de un trauma masivo, especialmente en la infancia o la primera niñez, son menos propensas a encontrar una representación verbal y suelen estar más débilmente simbolizadas.” (Diamond, 2020, p. 847). De hecho, para estos pacientes las palabras pueden tener más impacto en cuanto *cosas* que se hacen con ellos que en cuanto portadoras de significado, y su dimensión prosódica marca importantes diferencias en la experiencia del paciente respecto a la seguridad. Con frecuencia, los aspectos performativos del lenguaje se imponen a su función significativa en el curso de la interacción terapéutica. El paciente puede sentir que, con las palabras (con el tono, el ritmo, el momento en que son dichas, la “temperatura” afectiva que contienen), la terapeuta *abraz*a, *sostiene*, *penetra*, *expulsa*, *persigue*, *envuelve*, o *ataca* al paciente (entre otras). Para estos pacientes, nuestras palabras pueden ser vividas como “herramientas que utilizamos para influir en ellos” (Purcell, 2019, p. 326).

Principio

Frente a este aspecto de la fenomenología del trauma, las propuestas de muchos autores son variaciones de un mismo tema: la intervención preinterpretativa. Los terapeutas deben facilitar un tipo de diálogo clínico más preocupado por estar cerca de los pacientes en su experiencia, conforme esta se va desplegando (esa experiencia no formulada, registrada preverbalmente y sin acceso a lo simbólico) que por el desvelamiento de conflictos inconscientes que puedan subyacer a la misma. Una postura basada en *hacer* el análisis de lo no dicho cede su puesto a una postura que busca *estar* con la experiencia del paciente, tal y como sugiere Purcell (2019):

En el trabajo con el trauma y los afectos disociados, aunque uno de los objetivos finales sea dar sentido a experiencias no representadas, se necesita algo diferente a nivel “técnico”: la actitud técnica —la de *hacer cosas* a nuestros pacientes— debe sustituirse en gran medida por una forma de *estar con* nuestros pacientes. Nuestra teoría clínica debe abarcar la necesidad de que el analista esté con su analizado tanto en la comunicación sin significado como en la comunicación simbólica (p. 317, cursivas añadidas).

Esta forma de intervenir, que aspira a dar forma aspectos de la experiencia del paciente no reconocidos, fomentar la legitimidad de sus sentimientos y contener estados emocionales intolerables puede promover, a medio y largo plazo, la aparición de nuevas oportunidades para trabajar en un registro simbólico más acorde con la intervención “tradicional”.

Abordajes específicos

Y, así, continuando con la propuesta de Diamond (2020), podemos organizar la conversación terapéutica como un trabajo “en doble pista”. La *pista I* consiste en dar forma y afirmar experiencias disociadas y fantasías primitivas asociadas al trauma, mientras que la *pista II* (que depende de que el trabajo en la pista I se haya desarrollado significativamente) implica un trabajo analítico más tradicional, en el que se incluyen interpretaciones dinámicas, análisis de los significados personales y exploración de los conflictos inconscientes.

El autor advierte que el trabajo en la pista I suele basarse en la participación vicaria del terapeuta en la experiencia primitiva, preverbal y no formulada del paciente. El registro somático de la experiencia traumática —en la medida en que se actúa más que

se piensa o dice—suele *alcanzar* al terapeuta e impactar sobre él; contamina, si se quiere, la propia experiencia física del profesional (Craigie, 2023). Así, pueden cristalizar en el seno de la relación terapéutica dinámicas de incomodidad postural, rigidez muscular, apagamientos somáticos, la cristalización de ritmos excesivamente acelerados o excesivamente lentos, desajustes en el tempo de las intervenciones de cada participante en la conversación (véase el trabajo microanalítico de sesiones de psicoterapia adulta de Beebe & Lachman, 2014, para más detalles sobre esto). Este *dejarse impactar* tiene algo del “*ser usado*” del que hablara Winnicott como sugerencia para el trabajo con pacientes graves, y nos orienta hacia una escucha que presta su atención al cuerpo y a las acciones en su dimensión microscópica y momento a momento (Cates, 2014; Craigie, 2023; D’Agostino, 2011; Diamond, 2020).

¿Cómo debemos abordar estos aspectos presimbólicos y no formulados de la experiencia traumática en la conversación terapéutica? Más allá de prestarse a esta contaminación corporal e intersubjetiva, es decisiva la capacidad del terapeuta para procesar estos afectos y transformarlos en material comunicable. D’Agostino (2011) invita a los terapeutas a retener conscientemente los impactos paraverbales que normalmente pasarían inadvertidos y, mediante una actividad mental asociativa (o de *reverie*), generar una especie de “fricción clínica productiva” que impide que esos contenidos se deslicen fuera del campo de la atención. Estos actos de *reverie*, como sabemos, se articulan mediante un lenguaje que está más cerca de la fantasía, la asociación libre, las imágenes espontáneas (una especie de soñar despierto) que la de poner un argumento detrás de otro. Atenta al impacto (corporal y automático) que tiene para ella estar con el paciente, la terapeuta puede comunicarse con un discurso incipiente, más sensitivo que racional, más insinuación que argumentación cristalizada:

- *Algo pesa.*
- *Falta el aire.*
- *Como si algo quisiera apagarse.*
- *Es una sensación de velocidad, de no poder ir más lento, porque, ¿qué pasará si vamos más lento?*
- *Es como estar a la espera.*
- Etc.

Estas aproximaciones también pueden adoptar la forma, según autores cercanos a la teoría de la mentalización (Teicholz, 2014), de un *mirroring* que está muy próximo al afecto nuclear contagiado y, al mismo tiempo, lo re-presenta de forma marcada. El

marcaje de nuestras expresiones puede ayudar a que el paciente se sienta visto y comprendido; en otras palabras, a contrarrestar el aislamiento y la soledad no deseada que ocupan el núcleo de la experiencia traumática. El marcaje involucra también que el terapeuta emplea un discurso que *resuena* con los afectos disociados de su paciente y, habitualmente, los enfatiza (incluyendo la naturaleza catastrófica de las experiencias fundamentales en cuestión). Esta perspectiva encuentra un eco interesante en las investigaciones de Shai y Belsky (2016) sobre la mentalización parental encarnada dentro de las díadas madre-bebé. Para estos autores, el cuidador opera como una especie de diapason afectivo, reflejando de manera marcada el estado emocional del niño y ofreciendo un borde o reverberación que contrarresta la soledad psíquica y confirma la existencia del bebé como sujeto. Teicholz (2014) añade a todo esto que el mirroring de una terapeuta sensible al trauma, más allá de ser contingente y marcado, también debe incorporar cierta discrepancia en la intensidad, el tono o las potencialidades de ese afecto. Así, al no arrastrar a la terapeuta hacia una traumatización semejante a la del paciente, el poder de los afectos traumáticos va siendo contrarrestado.

Todas las ideas que estoy desarrollando implican entender la conversación clínica más con un acompañamiento “musical”, preverbal y resonante, que con un intercambio semántico/simbólico; una especie de *estética conversacional* basada en la receptividad, la improvisación y la confianza: “Un lenguaje terapéutico eficaz es más poético, complejo e implícito, menos explicativo y explícito. Es un lenguaje en el que las palabras tienen valor por sus cualidades físicas, imaginativas y estéticas, y no por sus funciones de exposición o explicación racional” (Purcell 2019, p. 327).

Las consideraciones que estoy haciendo me recuerdan al trabajo que el pintor cántabro Juan Uslé realizó en una serie de obras reunidas bajo el título *Soñé que revelabas*. Realizados en su estudio de Nueva York durante la madrugada, estos lienzos de gran formato están compuestos por franjas cromáticas rítmicas, ejecutadas mientras el pintor presta atención al latido de su corazón, a la respiración y al pulso. La tela, en estos trabajos, funciona como una superficie de registro corporal, una suerte de sismógrafo que captura variaciones energéticas más que decisiones formales. El propio artista hizo estos comentarios sobre su proceso creativo (comentarios que bien podrían ser trasladados a la filosofía de acción terapéutica discutida aquí):

Son pinceladas entrecortadas, resultado de un contacto intermitente: muevo la brocha y presiono hasta que aparece el siguiente latido. Trato de seguir un ritmo

secuencial impulsado por mi latido y esa es la razón por la que casi siempre trabajo en estos cuadros de noche, especialmente aquí en Nueva York. Me hacen falta concentración y silencio. [...] El resultado varía [...] según lo calmado o acelerado del pulso. El bombeo sanguíneo no es siempre igual.

También desde una sensibilidad preinterpretativa, se nos recuerda la relevancia de *historicizar* el trauma (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016), lo que implicaría reconocer el hecho traumático, comprender la experiencia individual del paciente y sus consecuencias. Esta tarea implica con frecuencia una postura activa: rellenar brechas en el discurso, atender a los correlatos no dichos de la historia (de nuevo: los síntomas somáticos, los cambios corporales, los silencios) y, sobre todo, promover un sentido de verdad. Algo real ocurrió, incluso aunque sea imposible conocer por completo los aspectos fácticos u objetivos del evento. En *Trauma y recuperación*, Judith Herman nos hacía ver que “[e]l conflicto entre la voluntad de negar los acontecimientos horribles y la voluntad de desvelarlos es la dialéctica central del trauma psicológico”, y que este conflicto trasciende la mente de la víctima para ser un dilema en el que participamos también las sociedades y los profesionales. La *historicización* propuesta por Bohleber y Leuzinger-Bohleber evoca la reivindicación de Herman por un testimonio esencialmente afirmativo y que pueda contrarrestar las dudas de muchas víctimas acerca de lo que sufrieron, si sufrieron, o si tienen legitimidad para decir o decirse a sí mismos que han sufrido.

Eje 3. Hablar con todos los pacientes que hay en el paciente (trabajo con la disociación)

Otra de las líneas convergentes en los trabajos revisados es la preocupación por la intervención centrada en lo disociativo. Como sabemos, en condiciones de dolor y amenaza inescapables, los organismos sobreviven mediante el congelamiento, el embotamiento y la desconexión temporal. Cuando las amenazas se hacen crónicas, estas defensas se configuran como políticas estables de fragmentación interna, la cual sirve para impedir la reactivación de un dolor no procesado. La mente traumatizada se caracteriza, así, por la presencia de estados del self autoorganizados, que mantienen relaciones conflictivas o contradictorias y que no se informan mutuamente. Esto conlleva al menos dos retos importantes para el trabajo psicoanalítico.

A veces, el diálogo se organiza exclusivamente en torno a estados pseudofuncionales del yo (los que son más fáciles de entender o compatibles con la

identidad del terapeuta), excluyendo del campo analítico los estados más vulnerables o agresivos del paciente. En resumen, a veces hablamos con un paciente parcial. Sin embargo, el funcionamiento cotidiano no debe confundirse con la persona en su totalidad; más bien, dicho funcionamiento puede entenderse como una parte del yo que sigue siendo incapaz de integrar la experiencia traumática (puede ocurrir el error contrario: considerar las partes emocionales primitivas o muy defensivas como más reales que el yo cotidiano más adaptativo).

Otras veces, las oscilaciones disociativas del paciente pueden inducir fragmentaciones paralelas en el terapeuta: los terapeutas se encuentran saltando entre representaciones mentales contradictorias del mismo paciente. Esto nos lleva a cambiar abruptamente entre posturas terapéuticas incompatibles, a perder nuestra función reflexiva o nuestra habilidad para mantener un encuadre estable y protector para ambas partes de la relación. A veces sentimos que viajamos entre interacciones parciales con una multitud de pacientes (que forman parte de un solo individuo), cada uno de los cuales nos presenta exigencias divergentes y evoca percepciones y afectos contradictorios.

Principio

Muchas propuestas sobre la intervención centrada en el trauma comparten un principio terapéutico: la negativa a privilegiar una parte disociada sobre las demás, o la renuncia a una conversación jerárquica (del tipo “una parte del paciente es más relevante/sana/auténtica que otra parte”). En otras palabras, estas propuestas abogan por hablar con todos los pacientes dentro del paciente. Se nos anima a reconocer y hablar con empatía con todas las partes disociadas del paciente; no solo con las más visibles o funcionales, ni únicamente con las asociadas a lo que tradicionalmente se ha considerado un indicador de salud psicoanalítica (como la posición depresiva, la preocupación por los demás o la represión de los impulsos negativos).

Conceder dignidad clínica a todas las partes requiere reconocer que cada una de ellas contiene recuerdos, expectativas y hábitos procedimentales vinculados a aspectos específicos de la experiencia traumática (Dent, 2020). Las partes llenas de rabia, las partes omnipotentes, las partes que han renunciado a la intimidad y se defienden de ella, o las partes agobiadas por la vergüenza, saben algo acerca del trauma y contienen una importante sabiduría supervivencial, a la que conviene dar voz.

El objetivo general es ayudar a los pacientes a convertirse en mejores directores de orquesta de su mundo mental, capaces de tolerar su diversidad interna sin perder la cohesión psicológica. El terapeuta que logra empatizar con todas las partes —y al mismo tiempo promover su coexistencia— puede ser internalizado por el paciente como una presencia integradora (Dent, 2020). Johanna Dobrich (2024) hace hincapié en que esto no implica la búsqueda de la cohesión plena del yo (algo que solo algunos pacientes podrían lograr), sino más bien una capacidad creciente para tolerar la propia división, conocerla y utilizarla de forma creativa.

Abordajes específicos

En su artículo, Dent describe el caso de un hombre que, tras una sesión particularmente íntima, acudió la semana siguiente desplegando una actitud segura y distanciada. El diálogo clínico que transcribo es una adaptación del intercambio que Dent describe con su paciente:

T: Tengo la impresión de que la parte de ti que está hablando hoy es diferente a la que estuvo presente la semana anterior. ¿Qué opinas?

P: No lo había pensado. Puede ser. Probablemente me he estado separando de mis sentimientos.

T: ¿Qué se te viene a la cabeza?

P: Me imagino como a un general de un ejército. Un ejército que está asediado y herido, y, sin embargo, el general sigue gritando órdenes a sus tropas para que avancen más rápido y no se da cuenta, o ignora, los daños del ejército, los ataques que enfrentan. Es un desastre, y, si yo soy ese, no estoy seguro de que vaya a poder cambiar.

T: Y fíjate, lo estás viendo todo: al general en su determinación e indiferencia, a los soldados abrumados que trabajan duro, a los desertores enfadados y todos los peligros con los que se enfrentan las tropas. Puedes ver la imagen completa, puedes comprender a todos los jugadores y, como resultado, podemos ayudarte a ayudar a todos en ese ejército, y así ayudarte a ti mismo.

Esta viñeta ejemplifica una propuesta de conversación terapéutica que no busca desvelar contenidos mentales inconscientes, sino describir las relaciones entre los

diferentes estados del yo y sus contextos inter e intrapersonales (Dobrich, 2024). Por cada parte que se manifiesta (y es importante recordar que algunas partes se manifestarán en un formato microscópico, presimbólico o incipiente), escuchar –y hacer que hablen–: su historia, sus tendencias de respuesta, sus afectos asociados, su función dentro del panorama general de la vida emocional de la persona. La terapia pretende facilitar el diálogo entre partes del yo que a menudo se viven como discontinuas; ver y hablar de la disociación donde antes podríamos haber visto un simple conflicto. Por ejemplo, en lugar de interpretar una resistencia “a estar aquí” en un paciente que llega tarde, la autora utilizaría una intervención sensible a la disociación: “Puedo oír lo mucho que deseas mi ayuda y lo asustado que estás al sentir que algo dentro de ti parece tener otros planes” (Dent, 2020).

Este cambio de términos para la conversación terapéutica va más allá. Se nos invita a adoptar una comprensión centrada en la disociación para los productos del inconsciente (es decir, sueños, lapsus, actos fallidos). Según Dobrich (2024), estos materiales pueden considerarse no tanto como expresiones desplazadas de un conflicto inconsciente, sino como intentos de comunicación entre partes del yo que tratan de informarse mutuamente. Una vez más, se trataría de facilitar un diálogo (con la ayuda de la mente del terapeuta, más cercana a la integración que la del paciente) entre los sectores internos de la persona, y acerca de las oscilaciones entre ellos que se representan, tanto fuera como dentro de la transferencia (Horowitz, 2018).

En algunos casos, esta propuesta de diálogo “democrático” alrededor de lo disociativo tiene un corolario importante: recuperar o dar voz a algunas partes que, en el seno de las psicologías traumáticas, están típicamente disociadas.

Por ejemplo, Gaddini y Riefolo (2020) nos invitan a estar atentos a las parcelas del psiquismo que obedecen a lo que ellos llaman la *disociación creativa*, es decir, configuraciones específicas del *self* que –en contra de las tendencias restrictivas de la disociación traumática– albergan un potencial de significado, adaptación y transformación. Los autores relatan el caso de un paciente que acude a sesión bostezando, ofreciendo razones vagas para justificar su ausencia en la sesión anterior, y señalando que se siente muy cansado e incapacitado para pensar. Esta configuración clínica responde a una disociación defensiva (orientada a no pensar, no sentir y a excluir defensivamente partes del *self*). Por contra, aparece inesperadamente en plena asociación libre la imagen mental de un bailarín torpe, intentando encontrar el ritmo. Aunque esta imagen corresponde a una parte del *self* disociada, encierra un potencial de

despliegue creativo y apunta hacia nuevas formas de autoorganización. La asociación libre a partir de esa imagen conduce al recuerdo de recetas que su madre preparaba con dificultad, debido a la falta de utensilios de cocina en su época. El paciente celebra que hoy dispone de esas herramientas y que puede ahorrarse parte del trabajo duro que ella tuvo que realizar. A partir de este recuerdo emergen nuevas asociaciones: el malestar por no haber estado cerca de sus hijos en las últimas semanas, el deseo —percibido como infructuoso— de acompañarlos mejor y cuidarlos más. Poco a poco se configura un paisaje subjetivo en el que se reconoce un deseo de cambio, junto con el miedo a no poder lograrlo. Aparece también la evocación del padre ausente del paciente, junto al deseo de convertirse en un padre distinto. Gaddini y Riefolo sugieren que las intervenciones interpretativas clásicas deben reservarse para los momentos en los que predomina la disociación defensiva (que supone un obstáculo para el trabajo creativo). Por el contrario, sugieren hablar de forma preinterpretativa (desde una postura de curiosidad genuina, apoyo y afirmación) con las disociaciones creativas que surgen en la conversación clínica.

Goldblatt (2013), por su parte, propone explorar la vergüenza como una parte disociada central de las psicologías postraumáticas, y que frecuentemente se actúa en forma de envidia, escisión o proyección. Integrar la vergüenza en la conversación implica reconocer lo que esta tiene que decir y permitir que deje de operar en el nivel de la actuación para volverse pensable. Music (2021) sugiere dar cabida a la rabia, una emoción frecuentemente soslayada que, sin embargo, puede ser un recurso central para recuperar un sentido de dignidad, defender los propios derechos y redistribuir de forma saludable la responsabilidad en las relaciones. De modo semejante, West (2013) nos invita a trabajar los *enactments basados en la identificación con el agresor (donde el paciente se vuelve sádico o se percibe como sometido a un terapeuta sádico)*, facilitando que el paciente reconozca esta parte disociada como propia y no haga falta seguir actuándola.

Eje 4. Evitar la regresión y modular la intimidad

La psicología traumática se construye con frecuencia sobre una ecuación entre intimidad y peligro. Para quienes han sufrido trauma relacional, la vulnerabilidad compartida, la confianza o la búsqueda de protección o consuelo —manifestaciones todas de la activación del sistema de apego— se asocian a la amenaza de desorganización (Liotti, 2004).

Las personas expuestas a traumas interpersonales tempranos suelen desarrollar estrategias defensivas que suprimen o desactivan el sistema de apego mediante la sobreactivación de sistemas motivacionales alternativos (tales como el sistema de rango-competición, el sistema defensivo, el sistema sexual o el sistema de cuidados). Estas estrategias de control pueden generar una sensación de pseudocercanía, al tiempo que evitan la verdadera intimidad y esquivan cualquier sentimiento asociado a la dependencia. Aunque aseguran cierto grado de supervivencia, son mecanismos con un límite funcional (Serván, 2023), en la medida en que las necesidades fundamentales de proximidad interpersonal y reciprocidad continúan vivas (y, como resultado del propio acto defensivo, permanecen insatisfechas). Con el tiempo, acontecimientos vitales que evocan vulnerabilidad —la pérdida, la enfermedad, la separación, la paternidad— reactivan inevitablemente el sistema de apego. Con ellos, se fracturan las estructuras defensivas y queda expuesto el anhelo por una conexión segura, con su correlativa activación de angustias muy primitivas y de estados de confusión mental.

El principal reto clínico que se deriva de estas consideraciones implica una paradoja: los pacientes necesitan que nos acerquemos a ellos y, al mismo tiempo, temen sentirse cercanos a nosotros. Las características que definen un dispositivo terapéutico suficientemente bueno (empatía, cuidado, reconocimiento o la promesa de reciprocidad) hacen precisamente que nuestros pacientes sean vulnerables a recaer en la desorganización, la fragmentación interna o la pérdida de control sobre sus estados mentales. Este fenómeno puede cruzarse con la disociación estructural (véase el Eje 3 para más detalles), de manera que las partes disociadas reaccionan de manera muy diferente a las intervenciones del analista; los gestos de calidez o cuidado manifiesto pueden activar la sospecha en las partes protectoras del paciente; las muestras de irritación, ansiedad o frustración por parte del analista pueden ser experimentadas como catastróficas por las partes más vulnerables y orientadas al apego; etc.

En estas condiciones, tanto el paciente como el analista pueden sentirse inmovilizados, atrapados en una configuración interpersonal que se hace eco de la noción de Main y Hesse de “miedo sin solución”, en la que ninguna respuesta parece segura y todas las opciones corren el riesgo de reproducir viejas heridas. Frente a esto, los instintos psicoanalíticos estándar, tales como profundizar la relación o aumentar la frecuencia de las sesiones, pueden inadvertidamente intensificar el conflicto interno del paciente, aumentando tanto el anhelo como el terror a la cercanía (Dent, 2020).

Principio

El principio fundamental que se deriva de estos aspectos patológicos (y sus retos asociados) es el de modular la intimidad dentro de la relación terapéutica. Esto implicaría, generalmente, que la expresión de los aspectos más amorosos de dicha relación debe estar siempre monitorizada y bajo el control de una terapeuta que nunca permite que la temperatura afectiva suba demasiado. Esta propuesta implica, entre otras, reducir proactivamente la cercanía (cuando esta se vuelve peligrosamente intensa), poner un límite a las intervenciones empáticas, permitir que los pacientes se defiendan de la dependencia o ataquen al vínculo cuando lo necesitan, e incluso ayudarles activamente a salir de la dependencia.

Frente a la confianza en la neurosis de transferencia o en las dinámicas de contención que ha regido gran parte de la sensibilidad tradicional psicoanalítica, las terapias contemporáneas centradas en el trauma coinciden en la importancia de prevenir la regresión y hacer que la mente del paciente sea un espacio más “habitabile”. Esto implica renunciar a posturas excesivamente contenedoras o marcadamente interpretativas (favorecedoras de una asimetría donde la impresión de dependencia o vulnerabilidad pueden hacerse fuertes) para fortalecer los recursos internos disponibles, reconectar a los pacientes con los aspectos positivos de sus vidas y con actividades que mejoren su bienestar, y respetar la necesidad —y la lógica protectora— de sus defensas contra la intimidad.

Abordajes específicos

Un tema recurrente en los enfoques psicoanalíticos contemporáneos sensibles al trauma es la necesidad de reconsiderar la centralidad tradicional del trabajo de transferencia. Con los pacientes traumatizados, un foco conversacional sobre la transferencia puede activar fácilmente formas de intimidad que se vuelven paradójicas, estimulan en exceso la dependencia o evocan de nuevo los dilemas relacionales fundamentales característicos del apego desorganizado (Dent, 2020). Por esta razón, algunos autores proponen minimizar o posponer las intervenciones centradas en la transferencia, reservándolas para aquellos momentos en los que la transferencia se convierte en un obstáculo directo para la alianza terapéutica (Wöller et al., 2012). En la misma línea, estos autores aconsejan precaución con los enfoques que se basan en gran medida en el silencio o que enfatizan prematuramente un trabajo centrado en el pasado,

ya que estos pueden dejar a las personas altamente traumatizadas “a solas” con estados afectivos que aún no pueden simbolizar ni regular.

Dentro de este marco más amplio, un segundo grupo de propuestas hace hincapié en el fortalecimiento de la competencia afectiva y la autocomprensión psicobiológica. Rüfenacht et al. (2023) abogan por el uso de estrategias de estabilización (véase el Eje 1) combinadas con psicoeducación para ayudar a los pacientes a comprender los mecanismos básicos que rigen su funcionamiento psicobiológico: la disociación, los sistemas de hiperactivación e hipoactivación y la interacción entre la fisiología y las emociones. El objetivo es fomentar entre los pacientes una relación racional y compasiva con sus estados internos. Los mismos autores destacan la importancia de cultivar la confianza epistémica y el funcionamiento reflexivo dentro de la diada terapéutica. Esto requiere, por parte del terapeuta, la adopción de una postura de “no saber”, el reconocimiento transparente de las rupturas en su propia capacidad de mentalización y el fomento de la adopción de perspectivas y la creación colaborativa de significado.

En paralelo, Craige (2023) apuesta por integrar en el diálogo una preocupación (y un fomento) de las acciones y los hábitos vitales que devuelven al paciente un sentido de competencia y permiten su regulación (conectar con otros; participar en actividades grupales; consumir de manera consciente y con cuidado; etc.). A este tipo de propuestas podrían añadirse otras técnicas tales como la consolidación de objetos internos buenos mediante la evocación de recuerdos de bienestar, o el manejo de un enfoque explícitamente centrado en los recursos (Wöller et al., 2012).

Las reflexiones ya mencionadas de Music (2021) sobre devolver la voz a la ira disociada añaden una dimensión importante a estos enfoques. El autor sugiere replantear la ira como un aspecto legítimo y vital de la experiencia personal del paciente: un afecto que puede generar vitalidad, agencia y autoestima. Proporcionar un espacio para que las partes enfadadas articulen sus reivindicaciones permite a los pacientes explorar formas más adaptativas de hacer valer sus derechos, establecer límites protectores, aspirar a mejores experiencias relacionales o reconocer los estados vulnerables del yo que la ira suele defender.

En conjunto, estas propuestas convergen en un objetivo terapéutico común: ayudar a los pacientes a ser mejores compañeros de sí mismos, es decir, capaces, de un modo cada vez más estable, de sostenerse, regularse y acompañarse a sí mismos. En

lugar de ocupar la posición de contenedor omnipotente o intérprete distante, el terapeuta se convierte en un compañero activo, estable y digno de confianza en la compleja tarea del paciente de reconocer, apreciar y responder a su mundo interno con compasión (Dent, 2020).

Eje 5. Poner la propia fragilidad al servicio del proceso

Otra de las características de los estados postraumáticos es su alta capacidad para contagiarse o generar empujes relacionales que convierten a los demás en lo que Wachtel (2014) describe como “cómplices” del dolor relacional, un dolor que se reedita en las relaciones actuales. El poder absorbente de los cuadros postraumáticos nos conduce a los terapeutas a participar de esquemas interactivos en los que se retroalimenta la sensación de amenaza (y la necesidad de defenderse/disociarse de ambas partes) y se ven confirmadas las expectativas traumáticas del paciente (y a veces, también, de la terapeuta).

La disociación compartida es el sello distintivo del *enactment*, y se encuentra en la base de los estancamientos terapéuticos, de las actuaciones anti-terapéuticas y de las rupturas en la alianza. Dicho de otra manera, la importancia comunicativa del *enactment* —es decir, la totalidad de lo que ocurre y se hace en el campo intersubjetivo paciente-terapeuta— eclipsa, hasta cierto punto, la importancia del significado de lo que se dice. Por supuesto, la pareja analítica sigue hablando entre sí, pero es en los aspectos físicos y performativos del habla y el lenguaje (ya se ha dicho: las palabras como “cosas”, y lo que se hace con ellas) donde realmente se producen las comunicaciones más importantes (Purcell, 2019).

Para el caso específico del trauma, el *enactment* encierra muchas veces el dilema respecto a la verdad que nos presentaba Judith Herman y recuperábamos más arriba. Las terapeutas pueden verse inmersas en un patrón de reacciones oscilantes frente a material traumático: conectar demasiado o demasiado poco (Bohleber y Leuzinger-Bohleber, 2016). La vergüenza traumática del paciente puede parasitar la experiencia del profesional y estimular colusiones en las que ambos participantes (el paciente desde la vergüenza y el terapeuta desde el miedo a exponer al paciente) dejan partes importantes de la experiencia sin procesar (Goldblatt, 2013). O la expresión que hace el paciente de su dolor mediante un lenguaje incipiente, cargado de fragilidad, mágico o infantil puede encontrarse con intervenciones que, al formularse en un lenguaje adulto,

técnico y cargado de buenas intenciones, confirman la sospecha de que conviene seguir manteniendo encapsulados esos núcleos de “saber” traumático (Levy & Shalgi, 2022).

En estos y otros escenarios, existe un conflicto entre saber y no saber que se pone en escena y que reproduce una de las señas de identidad del trauma: el miedo a reconocer el dolor y la participación de los otros mediante la ignorancia o el silencio.

Durante los *enactments*, las intervenciones clínicas que se utilizan tradicionalmente para superar la resistencia —como la interpretación o la contención— pueden, paradójicamente, reactivar un aspecto central del trauma interpersonal: el fracaso del testimonio (Benjamin, 2018). De un lado, las interpretaciones pueden reproducir las primeras experiencias de no reconocimiento del paciente al atribuir su sufrimiento a procesos inconscientes. Del otro, la contención puede evocar la soledad no deseada de la víctima cuando el terapeuta asume una posición de omnipotencia e inmunidad emocional, haciéndose eco de los cuidadores que negaron su propia vulnerabilidad y, por lo tanto, no reconocieron los momentos de ruptura interactiva.

Principio

Además de ser una parte inevitable de los procesos terapéuticos, estas participaciones automáticas e inconscientes del terapeuta en la dinámica postraumática del paciente son, para los autores contemporáneos, un material de trabajo fundamental y una oportunidad de curación. La diferencia la marca un principio muy fundamental: prestar nuestra subjetividad al impacto del trauma del paciente, y utilizar ese impacto como plataforma para la reparación interactiva y la reflexión compartida. En este sentido, “la traumatización vicaria que experimenta el analista [...] puede convertirse en una herramienta terapéutica necesaria para representar e interpretar el significado que ha sido inconscientemente repudiado.” (Diamond, 2020, p. 855).

Levy y Shalgi (2022) señalan que el único camino hacia un encuentro terapéutico real, capaz de transformar la disociación compartida en imaginación, es que el paciente conozca a un terapeuta que, en determinados momentos, responda desde su propia vulnerabilidad emocional, es decir, desde sus propios núcleos dolorosos e irracionales que han sido reconocidos conscientemente. El terapeuta se deja “traumatizar” vicariamente para, así, contrarrestar la soledad del paciente, recuperar el testimonio, ayudar al paciente a reapropiarse de su propia vulnerabilidad. Nuestra vulnerabilidad (a

contagiarnos del miedo, a defendernos o dejarnos arrastrar por las dinámicas de silenciamiento) puede y debe ser puesta al servicio del proceso.

Abordajes específicos

Una forma esencial en la que se expresa este principio consiste en participar en las inhibiciones, los miedos y las ansiedades catastróficas que los pacientes no pueden procesar por sí mismos (Katz, 2015). Purcell (2019) compara esto con una especie de "dueto" clínico, en el que el terapeuta se entrega al canto y al baile del paciente y se convierte en su compañero; le presta su subjetividad, no se la impone. Este tipo de acompañamiento puede vivirse como un descenso al caos y la oscuridad, donde mantener nuestros planes terapéuticos puede a veces volverse imposible. Por ello, es en este territorio donde los analistas son más propensos a disociarse.

La inevitabilidad de disociarse en paralelo al paciente ha sido pensada por Gordon (2023) como una oportunidad de conexión terapéutica. Para este autor, el "vínculo disociativo" se define como un espacio compartido entre paciente y terapeuta donde el no-saber y el no-sentir se vuelven experiencias comunes. La disposición del terapeuta a acomodarse inicialmente a la defensa disociativa del paciente ofrece una base de seguridad desde la cual puede iniciarse el tránsito hacia zonas de experiencia que antes resultaban amenazantes. El terapeuta, al habitar junto al paciente la sensación de vacío o la experiencia misma de la división interna, soporta el malestar que ello implica y comparte con el paciente un estado disociativo que, paradójicamente, posibilita la creación de un vínculo terapéutico. Para ello, el terapeuta encarna tanto el impulso disociativo (que comparte junto con el paciente) como el horizonte de una conversación creativa acerca de los contenidos que son inmanejables o aún no están constituidos.

Y, así, desde esta experiencia compartida de disociación, la tarea clínica consistiría en deslizarse hacia la formulación creativa y transformar el contagio físico en material simbólico, salir del "espacio muerto" proyectado por el paciente a un espacio vivo de reconocimiento, pensamiento y creatividad (Diamond, 2020). Bohleber y Leuzinger-Bohleber (2016) sostienen que dicho trabajo implica dos posturas simultáneas: permitirnos tener un acceso inconsciente a la experiencia del paciente mediante la identificación con sus patrones viscerales, procedimentales y sensoriomotores, por un lado, e introducir pequeñas desviaciones incrementales que abran una nueva categoría de experiencia compartida, por el otro. Podemos dar la

bienvenida a los contagios que impone la experiencia traumática del paciente (lo que incluye tanto las angustias primitivas como las tendencias disociativas) y volver a un tipo de actividad mental que convierte dichos contagios en algo visible y fantaseable, una simbolización siempre incipiente pero que podemos compartir (Waldron, 2010).

Levy y Shalgi (2022) relatan el caso de un paciente que, sumido en una depresión profunda, envía al terapeuta un mensaje de texto en el que dice: "No sé qué decir, aunque hay mucho que tengo que decir. Estoy cansado, estoy deprimido, estoy colapsado y no sé por dónde avanzar." El terapeuta, desde un estado emocional defensivo, responde con un mensaje técnico y expedito, sin verdadera conexión emocional. Más tarde, olvida este intercambio. Días después, durante la sesión, el terapeuta percibe en el paciente una especie de vigilancia, como si estuviera buscando una confirmación: ¿está el terapeuta emocionalmente presente o no? Este momento activa en el terapeuta una serie de reflexiones que lo llevan a recordar el mensaje olvidado y a tomar conciencia de su propia respuesta rígida y elusiva, y a reconocer que el bloqueo narrativo del paciente reflejaba su propio bloqueo emocional. En su infancia, este terapeuta había sufrido intensos sentimientos de culpa por no saber salvar a su madre crónicamente deprimida, lo que en su día estimuló una política (compartida familiarmente) de disociación y desconexión. Conectar con esta realidad interna permitió al terapeuta modificar su postura emocional y ofrecer una respuesta basada en la vulnerabilidad compartida:

"Veo tus miradas furtivas y me alegra que me estés buscando. Lamento muchísimo haber estado dormido en mi puesto cuando me escribiste. Debería haber estado despierto y me quedé dormido. Seguí adelante y olvidé lo que había visto. Ahora lo recuerdo y lo sé."

El paciente, entonces, preguntó: "¿Qué ves? ¿De qué estás hablando?", a lo que el terapeuta respondió:

"Estoy hablando de mi propia angustia, y te veo. La mirada que se asoma detrás de tus ojos. Un destello de esperanza a pesar de las voces duras que dicen lo contrario. Tus voces duras se encontraron con las mías y me hicieron quedarme dormido. Ahora estoy despierto porque te veo. Te veo esperando que alguien esté contigo. Y entonces los adultos, los de fuera y los de dentro de ti, toman el control y reprimen cualquier otra conversación, y te quedas sin voz. Permití que

esos adultos me engañaran y atraparan mi atención, y te perdí. Espero no volver a dormirme”.

Esta viñeta ilustra cómo los *enactments* pueden convertirse en una oportunidad para que los terapeutas se conviertan en algo así como un objeto de investigación de los pacientes. Cabe señalar que los adultos traumatizados provienen de entornos tempranos en los que era muy difícil mentalizar, explorar o cuestionar la mente de los cuidadores, o en los que dichos cuidadores actuaban bajo conflictos motivacionales (por ejemplo, el cuidado frente a la defensa) (Solomon y George, 2011) que hacían que las interacciones resultaran confusas. Los fallos de los adultos a la hora de ser testigos a menudo implicaban una negación de su propia agresividad, vulnerabilidad o defensas (“no te he gritado tanto; estás exagerando”), lo que hacía muy difícil para el niño traumatizado ver (y comprender) los motivos, las emociones o los pensamientos de los padres. Por eso, ser objetos del escrutinio de nuestros pacientes y estar dispuestos a reconocer nuestra vulnerabilidad (y los efectos de esta sobre la relación terapéutica) puede ser parte de un abordaje terapéutico integral (Levy y Shalgi, 2022).

Conclusiones y discusión

El moderno psicoanálisis centrado en el trauma, tal y como hemos visto, busca hacerse teórica y técnicamente “poroso” para integrar formas específicas y psicopatológicamente informadas de trabajo con una psicología disociativa, vulnerable a la desorganización, absorbente en sus dinámicas de fragilidad y defensa, y necesitada pero también temerosa de la intimidad. Frente a estos retos y riesgos, una multiplicidad de autores contemporáneos –utilizando términos y matices distintos– apuestan por convertir la terapia en un circuito recursivo de interacciones que van permitiendo al paciente rehabitar un cuerpo seguro, contarse su propia historia —siempre amenazada por la sombra de la fragmentación disociativa— y experimentar la intimidad y la confianza sin perder su equilibrio. Estos trabajos nos invitan a ser versiones de nosotros mismos que, en parte, difieren del lugar de donde tradicionalmente venimos. Nos proponen, entre otras cosas, ser terapeutas que:

- Atienden activamente y momento a momento el estado de *arousal* del paciente, para devolver esa activación al interior de una ventana de intensidad tolerable.
- Emplean un tipo de conversación que se centra más en la dimensión del *estar-con* de la terapia, en la vitalidad y la resonancia, que en la dimensión semántica y la simbolización.

- Reivindican constantemente un tipo de conversación que fomenta las capacidades del paciente de cooperar con otros sin confundirse (y, en última instancia, de cooperar consigo mismo).
- Ofrecen un testimonio que consolida en las víctimas la sensación de que son reales, de que su sufrimiento es real y de que puede y merece ser contado.

En resumen, estos trabajos sugieren que un lenguaje terapéutico es eficaz frente al trauma cuanto más poético, complejo e implícito (y menos explicativo y explícito) resulta; un lenguaje en el que las palabras tienen valor por sus cualidades físicas, imaginativas y estéticas, y no tanto por sus funciones de exposición o explicación racional. Un lenguaje, en definitiva, en sintonía con una experiencia emocional no formulada y, en buena medida, inaccesible a la conversación psicoanalítica tradicional. Esta visión permite que el psicoanálisis incorpore —o, si somos más precisos, que recupere— una sensibilidad que estaba en los orígenes de nuestra disciplina.

Sin embargo, conviene reconocer que el énfasis en estos componentes de la psicología traumática conlleva, también, el riesgo de desatender una dimensión igualmente fundamental de la psicopatología y de su tratamiento. Según Diamond (2020), al tradicional desinterés psicoanalítico por la disociación —lo que se ha interpretado como una defensa histórica frente al miedo a que el psicoanálisis fuera hermanado con el hipnotismo— se ha sumado, en las últimas décadas, una represión complementaria: los teóricos del trauma han tendido a excluir el inconsciente dinámico. El *quién* de la disociación —el agente que decide o necesita disociar— queda omitido de la comprensión y, así, “varios principios esenciales del procesamiento mental inconsciente —relativos a la fantasía endógena primitiva, el impulso, la experiencia somática y el conflicto— han sido, lamentablemente, sustituidos, más que complementados, por ideas más mecanicistas referidas a la mera reactivación de experiencias intolerables” (Diamond, 2020, p. 845).

Este diagnóstico nos remite a la advertencia ya clásica de Stephen Mitchell acerca de no dejarnos arrastrar por el sesgo del desarrollo, prestando una atención excesiva a los aspectos deficitarios de algunos pacientes, descuidando la dinámica conflictiva y agencial que todo psiquismo —incluso el más roto y privado— conserva. Reducir a nuestros pacientes a sus mecanismos psicobiológicos de “apagamiento” puede limitar profundamente nuestro trabajo, y hacernos olvidar que el trauma y sus efectos están

siempre en interacción con el mundo interno de impulsos y fantasías anteriores, simultáneas o posteriores al evento traumático.

Por recuperar una metáfora que se ha empleado previamente, quizás nuestra artesanía deba incluir la capacidad de una saludable oscilación entre dos formas de mirar al paciente o dos polos conversacionales. Un polo se ocupa de mantener a un organismo traumatizado en condiciones de estabilidad, promoviendo la recuperación gradual de sus capacidades representacionales y de su equilibrio psicosomático. El otro polo, una vez alcanzada esa base de seguridad, invita al paciente a explorar las fantasías inconscientes e identificaciones, los afectos conflictivos, los sentimientos de culpa, las construcciones defensivas y, en general, los contenidos de un inconsciente dinámico que se ha desarrollado bajo la influencia del dolor traumático.

Por último –y tal vez como eje más importante, porque atraviesa todos los demás–, las propuestas que he revisado en este trabajo nos recuerdan algo que el psicoanálisis relacional lleva diciéndonos desde sus orígenes: que somos parte del problema, y que casi siempre nos damos cuenta de esto un poco tarde. Entrar en el *enactment* es inevitable en la medida en que nos ponemos en contacto con angustias muy primitivas (las del paciente) que despiertan en nosotros angustias análogas y la necesidad de defendernos. Y en ese acoplamiento de vulnerabilidades que buscan sobrevivir, los pacientes se reencuentran con un dolor que, siendo potencialmente retraumatizante, también es potencialmente liberador. Esto exige poner la propia mente (y, particularmente, la propia vulnerabilidad) al servicio del proceso, y ser un tipo muy particular de testigo: ese que sabe lo que el paciente sufre (lo que ha vivido) después de estar, con él o ella, en el interior de su experiencia.

REFERENCIAS

- Benjamin, J. (2018). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge.
- Bohleber, W., & Leuzinger-Bohleber, M. (2016). The Special Problem of Interpretation in the Treatment of Traumatized Patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 36(1), 60–76.
<https://doi.org/10.1080/07351690.2016.1112223>
- Cates, L. B. (2013). Insidious Emotional Trauma: The Body Remembers ... *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 9(1), 35–53.
<https://doi.org/10.1080/15551024.2014.857751>
- Caruth, C. (2016). *Unclaimed experience: Trauma, narrative, and history*. JHU press.

- Craige, H. (2023). At Home in Oneself: Self-States and the Treatment of Trauma. *Psychoanalytic Inquiry*, 43(6), 468–481. <https://doi.org/10.1080/07351690.2023.2235305>
- D'Agostino, G. (2010). Analytic listening as a holding function of the dissociated parts of the patient. *International Forum of Psychoanalysis*, 20(1), 31–37. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2010.514944>
- Dent, V. (2020). When the Body Keeps the Score: Some Implications of Trauma Theory and Practice for Psychoanalytic Work. *Psychoanalytic Inquiry*, 40(6), 435–447. <https://doi.org/10.1080/07351690.2020.1782144>
- Diamond M. J. (2020). Return of the Repressed: Revisiting Dissociation and the Psychoanalysis of the Traumatized Mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68(5), 839–874. <https://doi.org/10.1177/0003065120964929>
- Dobrich, J. (2024). Expanding dissociation informed psychoanalytic practice: How to make conceptual sense of Not-Me, No-Me, and Many-Mes. *Psychoanalysis, Self and Context*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/24720038.2024.2400216>
- Gabrad, G. & Westen, D. (2007). Repensando la acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas*, 26, recuperado de <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=445>
- Gaddini, A., & Riefolo, G. (2020). "I-ness" and the dissociative process. Working with defensive and creative dissociations in the analytic process. *American Journal of Psychoanalysis* 80(1), 53–68. <https://doi.org/10.1057/s11231-020-09240-4>
- Goldblatt, M. J. (2013). Shame in psychodynamic psychotherapy of post-traumatic states. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 36(2), 104–111. <https://doi.org/10.1080/01062301.2013.852877>
- Gordon, N. (2013). The Dissociative Bond. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(1), 11–24. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.694595>
- Haliburn, J., Stevenson, J., & Halovic, S. (2018). Integration in the Psychodynamic Psychotherapy of Severe Personality Disorders: The Conversational Model. *Journal of personality disorders*, 32(1), 70–86. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_290
- Horowitz M. (2018). Redefining Identity after Trauma or Loss. *Psychodynamic psychiatry*, 46(1), 135–144. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.1.135>
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *JAPA*, 48, 1097–1127.
- Katz, G. (2015). Repressed Ghosts and Dissociated Vampires in the Enacted Dimension of Psychoanalytic Treatment. *The Psychoanalytic Quarterly*, 84(2), 389–414. <https://doi.org/10.1002/psaq.12006>
- Knox, J. (2013). The Mind in Fragments: The Neuroscientific, Developmental, and Traumatic Roots of Dissociation and Their Implications for Clinical Practice. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(5), 449–466. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.815063>
- Levy, D., & Shalgi, B. (2022). Imagination and Fantasy: The Dialectic Nature of the Encounter with Trauma and Dissociation. *Psychoanalytic Dialogues*, 32(1), 54–69. <https://doi.org/10.1080/10481885.2021.2011731>
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472.

- Lupien, S. J., Juster, R. P., Raymond, C., & Marin, M. F. (2018). The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in neuroendocrinology*, 49, 91-105.
- Music, G. (2021). Being safe and being brave: new thoughts on trauma, and adaptations to technique. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 35(4), 318–334. <https://doi.org/10.1080/02668734.2021.1992490>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Ogden, T. (1990/2018). *The matrix of the mind: Object relations and the psychoanalytic dialogue*. Routledge.
- Purcell, S. D. (2019). Psychic song and dance: Dissociation and duets in the analysis of trauma. *The Psychoanalytic Quarterly*, 88(2), 315-347.
- Rüfenacht, E., Shaverin, L., Stubley, J., Smits, M. L., Bateman, A., Fonagy, P., & Luyten, P. (2023). Addressing dissociation symptoms with trauma-focused mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(4), 467- 491. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2272765>
- Serván, I. (2023). Desorganización del apego: clínica y psicoterapia con adultos. Desclée de Brouwer.
- Shai, D., & Belsky, J. (2017). Parental embodied mentalizing: How the nonverbal dance between parents and infants predicts children’s socio-emotional functioning. *Attachment & human development*, 19(2), 191-219.
- Solomon, J., & George, C. (Eds.). (2011). *Disorganized attachment and caregiving*. The Guilford Press.
- Teicholz, J. G. (2014). Treating Trauma: The Analyst’s Own Affect Regulation and Expression. *Psychoanalytic Inquiry*, 34(4), 364–379. <https://doi.org/10.1080/07351690.2014.899790>
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking Penguin.
- Wachtel, P. L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self: The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Waldron S. (2010). A curious metaphor. Engaging with trauma: an analytical perspective. *The Journal of analytical psychology*, 55(1), 74–90. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5922.2009.01825.x>
- Wöller, W., Leichsenring, F., Leweke, F., & Kruse, J. (2012). Psychodynamic psychotherapy for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse--Principles for a treatment manual. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(1), 69–93. <https://doi.org/10.1521/bumc.2012.76.1.69>

Original recibido con fecha: 01/03/2026 Revisado: 12/03/2026 Aceptado: 30/03/2026

NOTAS: