Clínica e Investigación Relacional
Revista electrónica de Psicoterapia
ISSN 1988-2939
Vol. 20 (2) – Octubre 2026 - http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2026.200209

Desencuentro con el paciente ante la reactivación del trauma. Una reflexión a propósito de una situación clínica que imposibilita la continuidad.[1]

Ana Rodríguez Gonzalo[2]
IPR, IARPP, PSICOAFIRMA
Madrid, España

RESUMEN

Con este trabajo busco reflexionar sobre el desencuentro entre paciente-terapeuta que imposibilita la continuidad del tratamiento. Reviso una situación clínica con fines didácticos, en un acompañamiento clínico centrado en la contención y regulación emocional, para ir indagando experiencias traumáticas. En un momento de la terapia algo cambia, experimentándome la paciente como un objeto al que controlar, rompiéndose la intersubjetividad necesaria que permite el diálogo y el mutuo reconocimiento. Se suceden varios mensajes que muestran una dinámica sadomasoquista, intentando crear un vínculo conmigo en el que ella manda, controla y tiene el poder, con un alto despliegue de agresividad. Es su intento defensivo de restaurar y mantener su cohesión estructural y estabilidad afectiva, con el anhelo encubierto de ser reconocida. En mí se activó una alerta y la necesidad de no entrar en esa dinámica. Ambas tuvimos claro, que se había roto la confianza básica necesaria para poder trabajar. Ella se iba con su dolor y yo me quedaba con el mío, el que me recuerda que no soy omnipotente, el que se queda con parte de su confusión. ¿Cuándo se activa la línea que limita la posibilidad de ayudar, rompiéndose la genuina posición de amor?

Palabras clave: trauma, ruptura relación terapéutica, sadomasoquismo, agresividad

ABSTRACT

With this work, I reflect on the disconnect between patient and therapist that prevents the continuity of treatment. I review a clinical situation for educational purposes, in which I provide clinical support focused on emotional containment and regulation, to explore traumatic experiences. At a certain point in therapy, something shifted. The patient began to experience me as an object to be controlled, breaking down the necessary intersubjectivity that allows for dialogue and mutual recognition. Several messages followed, revealing a sadomasochistic dynamic. She tried to create an emotional attachment with me in which she commands, controls, and holds power, with a high degree of aggression. This was her defensive attempt to restore and maintain her structural cohesion and emotional stability. It's her desire to be recognized. An alarm was triggered in me, along with the need to avoid entering into that dynamic. We both understood that the basic trust necessary to continue doing therapy together had been broken. She left with her pain, and I was left with mine, the one that reminds me I am not omnipotent, the one that carries part of her confusion. When does the line that limits the possibility of helping come into play, breaking the genuine position of love?

[1] Trabajo presentado en las VIII Jornadas de IPR. Madrid. Noviembre 2025

[2] Psicóloga y Psicoterapeuta Acreditada en FEAP, por el Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR). Miembro del Instituto de Psicoterapia Relacional. Madrid. Miembro del International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy. Correo electrónico de contacto: ana.rodriguez@psicoafirma.com

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Key Words: trauma, breakdown therapeutic relationship, sadomasochism, aggression.
English Title: Disagreement with the patient when the experience of trauma is reactivated. A reflection on a clinical situation that makes continuity impossible.

Cita bibliográfica / Reference citation:
Rodríguez Gonzalo, (2026). Desencuentro con el paciente ante la reactivación del trauma. Una reflexión a propósito de una situación clínica que imposibilita la continuidad. *Clínica e Investigación Relacional*, 20 (2): 129-141. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2026.200209

Introducción

El trauma del desarrollo, aun siendo una cuestión de grado, es un fenómeno central en la conformación de la personalidad, con experiencias más allá de lo que la mente infantil puede manejar, amenazando la continuidad de la experiencia del self, estructurando de forma disociada la mente, para tener una acceso limitado a la experiencia dolorosa, limitando la función reflexiva, desencadenando ante eventos imprevistos desregulación afectiva (Bromberg, PM, 2009).

Las tensiones entre los estados del self afectan a la relación terapeuta-paciente, externalizándose en el aquí-ahora de la terapia la relación de la paciente con sus propios objetos internos (Bromberg, PM, 2009). De hecho cuanto más intenso sea el afecto no simbolizado, más intensa es la fuerza que intenta prevenir la comunicación entre las partes aisladas del self (Bromberg, PM, 2009). Es habitual que los fragmentos hostiles del self se proyecten en nosotros como terapeutas, cerrando la posibilidad a una comunicación y diálogo abierto, traduciéndose, a veces en altas expectativas y/o exigencias hacia el terapeuta, demandándonos como proveedores inagotables de sus necesidades (Coderch, J, 2012).

En las sesiones terapéuticas con los pacientes facilitamos un espacio de encuentro intersubjetivo para ayudarles a comprenderse a sí mismos, en el que progresivamente puedan ir haciéndose cargo de sus conflictos intrapsíquicos e interpersonales, reintegrando las partes disociadas de su personalidad y conectando con su propia subjetividad. Camino de cambio psíquico que no siempre es posible alcanzar, mediado por muchos factores, entre ellos la relación entre el terapeuta y el paciente, que pretende aportar una nueva experiencia de relación siendo así agente de cambio (Coderch, J, 2012).

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

En personas con funcionamiento límite de la personalidad, puede existir una tendencia a atribuir erróneamente las intenciones comunicativas de los otros, resultándoles difícil confiar (Fonagy et al., 2016). La falta de confianza en la comunicación por parte de pacientes con trastorno límite de la personalidad es comprensible, acorde con los modelos de apego inseguro en los que se han desarrollado (Fonagy et al., 2016). Es habitual que la acción sustituya al pensamiento, pudiendo ante situaciones de desencuentro actuarse el rencor, deseando abandonar "al terapeuta" en busca de un objeto ideal que satisfaga todos los deseos y necesidades del paciente. Son situaciones de alta complejidad para ambos elementos de la diada, lo que requiere detenerse a pensar en el significado personal, tanto para el paciente como para el profesional de estos desencuentros de alto impacto emocional, que afectan de manera clara al tratamiento.

Desde el psicoanálisis relacional ponemos especial atención a la interacción constante y la mutua e ininterrumpida influencia entre terapeuta y paciente, iniciando un diálogo e intento de reconocimiento mutuo.

Reviso mi práctica para analizar si podemos ayudar o no a determinados pacientes, no solo por las características de la relación intersubjetivamente creada en la terapia, sino también por la estructura de personalidad de quien nos pide ayuda, lo que me enfrenta a un diálogo interno entre la esperanza y deseo de cambio, la aceptación de mi no omnipotencia y el equilibrio entre poder acompañar con contención, disponibilidad, empatía, tolerancia e interés, desplegando, a la vez, los necesarios límites que ayudan en el crecimiento y desarrollo emocional.

Objetivo: Reflexionar sobre el desencuentro entre paciente-terapeuta que imposibilita la continuidad del tratamiento, cuando los pacientes dejan de percibirme como "una madre suficientemente buena" y se actúa la agresividad ante la reactivación del trauma.

Desarrollo: Paso a revisar una situación clínica con fines didácticos. Trabajamos durante 3 años en un acompañamiento centrado en la contención y regulación emocional, para ir indagando, con mucha cautela, en sus experiencias traumáticas. Se presenta seductora, con funcionamiento límite, disociada en muchos momentos, desregulada, expuesta en la relación con los hombres, siempre poniéndome a prueba en el vínculo, como luego veremos, en un intento de reasegurar mi presencia, como mecanismo

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

defensivo del miedo al abandono. Ella se desarrolla en la experiencia de la vergüenza y del sometimiento, mostrando un apego desorganizado, con un padre muy narcisista y con una madre desestructurada y depresiva. Esta vivencia en lo familiar, de desprotección, contextualiza su historia de trauma y fragmentación del self. Acumula experiencias de fracaso, mostrando falta de continuidad en sus intereses, dominada por la envidia, la rabia y el dolor, con muchos desencuentros interpersonales, manteniendo un trabajo que la estructura.

En situaciones como estas, con pacientes traumatizados, es habitual acumular experiencias de fracaso, mostrando falta de continuidad en los intereses, o dificultades interpersonales atravesadas por un sinfín de emociones, muchas veces confusas o demandas excesivas de demostración de afecto. En las sesiones, ante esta complejidad, me muevo en un fino equilibrio para, desde mi afecto, ofrecer un espacio seguro que permita indagar en la vivencia del trauma, de forma muy lenta y progresiva, y a la vez, permita entender las colisiones entre nuestras subjetividades. Según se va avanzando en la terapia, generado el suficiente clima de contención y seguridad, es posible indagar en las vivencias de negligencia o abuso, experiencias dolorosas o grandes sentimientos de impotencia y frustración.

En este caso, fue muy importante, reconocerla como víctima, intimidada, menospreciada, exigida y humillada durante su infancia y adolescencia. Pude sentirla cada vez más confiada conmigo, mostrando en paralelo posiciones de dependencia regresiva, buscando en mí a la madre fantaseada idealizada.

El análisis de las experiencias de trauma de desarrollo moviliza, en la relación con el terapeuta, expresiones emocionales complejas, siendo entendible, si tenemos en cuenta el mayor contacto que se da en el vínculo y por tanto el miedo mayor al abandono. Esto también se constató en el caso que comparto, reclamando mayor atención y comprensión, atribuyéndome una posición privilegiada en la vida, usando expresiones como: "*Ana princesita"*, responsabilizándome, en ocasiones, por no ser ella capaz de dar continuidad a sus proyectos. Durante meses se alternaba la expresión del dolor y el agradecimiento con su cuestionamiento hacia mi ejercicio, expresando, por ejemplo: *"juzgas mi práctica de sugarbaby [...]* o "*[...] buscaré otro profesional experto en trauma".*

Como terapeuta capto su dolor, veo su daño, ofreciéndole mi presencia, escucha y disponibilidad. Lo que a la vez aviva sus defensas y el miedo al abandono. En mi

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

experiencia con diversos pacientes graves, con historia de trauma, se dan dado, durante el tratamiento, situaciones confusas, ambivalentes, se han creado escenarios complejos, que desde mi acompañamiento intentan ver qué parte del paciente activa una posición manipuladora o de control defensiva, y cuando se abre un espacio de diálogo que permita la escucha compartida y la revisión de lo expresado en sesión con su historia de vida.

Poniendo el foco en el caso revisado para ejemplificar el desencuentro entre paciente y terapeuta, resumiré nuestro último encuentro en sesión, transformándose su vivencia sobre mí de objeto bueno en objeto malo, motivado por la solicitud de un informe, para presentar a su abogada ante la denuncia de un abuso sexual sufrido años atrás, como un acto de validación de su daño, despertándose ante este movimiento un estado de hipervigilancia. En nuestra penúltima sesión, revisamos juntas el informe elaborado por mí, ofreciendo así un espacio de contención y de seguridad. Ella lo recibe de forma receptiva: solicitando que rectifique un dato erróneo. Pudimos revisar el contenido juntas, expresando agradecimiento a lo expresado. Mi informe, detallado en dos páginas, cuidadoso en el trato, sintetizaba el motivo de consulta, antecedentes destacados, sintomatología y evolución.

A los dos días de esta sesión me escribe un primer correo electrónico, expresando su malestar con el informe, desaprobando en las últimas líneas del correo mi trabajo. Le respondo con la propuesta de elaborarlo en sesión personalmente. Contesta, entonces, con un segundo correo, en el que cuestiona de forma drástica mi proceder, señalando directamente mi incapacidad, y anuncia que si viene a la siguiente sesión no la pagará, dejando en mí la responsabilidad de tenerla o no. Siento que me está provocando, llevando al cierre, buscando que sea yo quien lo haga, sin que ella pueda ver su agresividad o la posición de disfrute en la que se coloca.

Este es el contenido, sintetizado del segundo correo, que en global ocupa largos párrafos, los cuales recojo en su esencia[1]:

[...] Es posible que la del jueves sea la última cita, si finalmente se produce. En caso de acudir, no abonaré la sesión, ya que señalar errores en tu intervención no puede considerarse una consulta terapéutica [...] En muchas ocasiones he sentido que tu enfoque no era acertado, y tus respuestas habituales han sido para invalidarme [...].

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

[…] tu actuación supuso un desprecio a mi tiempo, recursos y a mi petición de que revisaras mi caso […] Vincularme con alguien que me juzga desde sus sesgos y además se escuda en su estatus profesional […] Mi confianza en ti se ha roto.

[…] cada cual por su camino…sin importarles nada, al igual que tú. O […] no te pago lo que crees que vales […] Como te dije, si quieres valoramos si continuamos con la terapia o la damos por concluida. Si no estás dispuesta a tener la sesión sin que la abone, está claro que la terapia termina aquí. […] Sería fácil dejar de asistir de inmediato por la falta de respeto que he percibido, pero prefiero ofrecer una oportunidad y estoy dispuesta a hablarlo. Pero hay una línea entre negociar y permitir que se aprovechen de mí -especialmente pagándolo yo. Tú decides […]

Se desencadena en ella una respuesta de odio y de manipulación en una dinámica sadomasoquista, intentando crear un vínculo conmigo en el que ella manda, controla y tiene el poder.

En paralelo, en el mismo día de recibir el segundo correo, se suceden varios mensajes telefónicos, que paso a detallar: "*Ana, te escribí por correo. Espero tu respuesta clara sobre si nos vamos a ver"*. Respondo al mensaje: *"Hola, la sesión tiene el coste habitual, del que tendrás que hacerte cargo. Es algo profesional, no personal. Dadas las circunstancias actuales, la sesión presencial es necesaria. Un abrazo"*. Cuya respuesta inmediata es: *"Bueno Ana, considero esto terminado. Puedes borrarme".* Respondo: "*Respeto tu elección. Si precisas, estoy disponible".*

Al poco tiempo me pidió una sesión de despedida. Comienza así la sesión: "*Estoy muy enfadada contigo….directamente, no con Ana terapeuta, contigo*". Y sigue con un relato exhaustivo de agresividad: el pago por un informe que tenía que haber estado hecho después de 3 años de trabajo y *"solo dar a imprimir"*…el señalamiento a que queda claro que no conozco su caso, que ante su dolor respondo con indiferencia, que solo me interesa el dinero, que me resbalaba el daño que siente. Durante 20 minutos me detalló lo que ya agresivamente me había escrito antes por correo. En todo este tiempo permanezco en silencio, escuchándola.

Intervengo después con lo que yo veía que era la finalidad de la sesión: hacer un cierre desde el que poder recoger el daño que se hace ella dedicando tanto tiempo a confrontar y herir intencionadamente al otro -poniendo todo esto en el contexto de su historia de

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

trauma-. Le expreso que siento su dolor, si bien no me puedo responsabilizar de su proceso. Ella, entonces, suaviza el tono y disminuye su agresividad. Comenta que ha ido a otra psicóloga en la semana previa, que no la ha entendido en nada; y que, en realidad ahora *"no tiene ninguna gana de abrirse en canal"*, de volver a compartir. Llora en la sesión, al rememorar el mucho dolor que ha sentido en estas dos semanas. Le señalo la necesidad de mantener su cuidado y de dejar de pelear. Le devuelvo el esfuerzo y el valor de nuestro trabajo de estos 3 años. Finalmente, me acaba pidiendo un abrazo, llora, sostengo sus manos tras el abrazo.

En nuestra última sesión, intento devolver la dinámica de funcionamiento de lo acaecido, sosteniendo su agresividad, haciéndola saber cómo agrede, desvelando mis sentimientos de malestar y de sentirme agredida por ella…y explicándole cómo todo esto limita mi capacidad para trabajar con ella.

Ella se va con el sentir profundo de que la he hecho daño, con un enfado más rebajado. Yo me quedo con el malestar de una sesión compleja, difícil, sintiendo su dolor, alejándome a la vez de su enfado, actuado de forma tan dañina, para protegerme. Ambas tuvimos el sentir compartido de que no podríamos seguir trabajando juntas: para mí se había roto una posición genuina de amor desde la que poder pensarla y ayudarla y para ella se había roto la confianza básica depositada en mí.

En síntesis: fue una sesión de cierre que salta del enfado dirigido a mí a su dolor, a mi impotencia, a mi silencio que busca escuchar y contener, a la devolución del daño, a la expresión de mi deseo de que dirija su energía para cuidarse en vez de dañar…y que termina poniendo en valor el esfuerzo de este tiempo de terapia. El final: sus lágrimas, mis manos que sostienen sus manos, su abrazo.

Discusión: Mi trabajo con esta paciente ha sido en varias ocasiones objeto de supervisión, para sostenerme como terapeuta en tantas veces en la que he sentido que me estaba poniendo a prueba y para repensar sobre la agresividad de sus correos. En todo el trabajo de acompañamiento, he estado muy atenta a no rivalizar con su parte dañada y no entrar en su dinámica sado masoquista, en busca de control y poder. He intentado ayudarla a ordenarse mentalmente, con contención, presencia y límites, trabajando en la línea de revisar su historia dolorosa de vida, responsabilizándose de sus actos.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

Repensar las lecturas de Kernberg (Kemberg, O.F, 1987) me ha ayudado, de nuevo, a entender los afectos, no solo desde el contenido cognitivo que poseen, sino desde las relaciones de objeto que expresan, presentándonos así aspectos totales o parciales del self del paciente.

Con esta paciente, entender la transferencia mutua ha sido fundamental, constatando en cada expresión del afecto la actualización que se daba en las relaciones de objeto significativo del pasado de la paciente. Atenta a la emoción que en mi se iba generando, y si esto nos permitía abrir o no un diálogo, lo cual no siempre fue posible, a pesar de mis devoluciones en la línea de cómo me sentía yo y cómo lo asociaba a aspectos de su historia de vida, lo que podía generar una explosión dramática en ella señalando en mí falta de entendimiento. Lo entiendo como conductas provocativas, dirigidas a tener control, percibiéndose mis intentos de ayuda como inadecuados, como si borrándome a mí, también borra el reconocimiento de su despliegue del odio. En la base está el temor a la pérdida del objeto de amor, mi función de "madre potencialmente buena", ahora puesta en riesgo. La experiencia de amor traicionada incrementa más el odio. La internalización de esta relación de objeto distorsionada perpetúa la experiencia de un self enfurecido, humillado y degradado. Kernberg, muestra bien como la disociación de varios componentes de los afectos, se pueden poner al servicio de la defensa, generándose la experiencia subjetiva de que aspectos cognitivos, conductuales y comunicativos de los afectos están separados. Surgiendo así situaciones confusas y complejas en el abordaje clínico. El odio derivado de la rabia puede ocasionar comportamientos agresivos placenteros, desplegándose un placer sádico causando dolor, buscando destruir el objeto del odio. Aspecto muy bien recogido en la obra de Kernberg.

Se ha activado en ella una escena que revive el pasado en el presente, en una dinámica de poder sado-masoquista vivido de manera urgente (Ghent, E., 2014), como un intento de restaurar y mantener la cohesión estructural y estabilidad afectiva. En un encuentro-desencuentro recurrente de identificaciones proyectivas. La paciente actúa un acting out sádico, con el anhelo encubierto de ser reconocida, a través del deseo de obtener el control.

Frente al acting como intento de solución, hubiera servido que la paciente se pusiera en contacto con el anhelo real de ser reconocida, que hubiera podido sentirse suficientemente segura y validada en este afecto. Que yo como terapeuta hubiera

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

podido facilitar el camino. Sin embargo, se activa una dinámica en la que me experimenta como un objeto al que controlar, rompiéndose la intersubjetividad.

Aunque hemos visto juntas escenas en las que puedo reconocerla el daño sufrido, y ser testigo de su dolor -testigo que representa, en palabras de J. Benjamin un tercero lícito, que contrarresta la impotencia de una víctima rodeada de negación o disociación (Benjamin, J., 2012), ayudando a dar cohesión a su self dañado-, la fractura del desenlace ha sido tan grande que imposibilita la continuidad del tratamiento. Perdimos la posibilidad de establecer conexiones emocionales que ayudaran a sentirse acogida o segura, que validaran su estado emocional. Algo, que Orange recoge desde una mirada ética esencial para reconocer al otro que sufre (Orange, D., 2013).

Tras este desencuentro, pude reflexionar sobre la adecuación o no del informe, cuestionarme si hubiera sido mejor simplificarlo al máximo. Sentía también que, con independencia de la extensión o el contenido, hubiera sido fuente de conflicto.

Winnicott en su obra da mucho peso a la función de sostén del analista, con este trabajo yo cuestiono nuestra capacidad como analistas para "permanecer vivos" (citando a Winnicott 1965) como objeto a pesar de la agresión del paciente.

¿Cómo va a evolucionar en su vida, si su encuentro interpersonal es tan confuso en la expresión de los afectos? ¿Cómo resignificar la vivencia y dotarla de significado a favor del vínculo y del autocuidado? ¿Ha sido mi intervención reactivadora de daño, nuevamente traumatizante? Siento que sí, que no hemos podido reconducir la situación para minimizar la vivencia de daño.

Ambas tuvimos claro, sin necesidad de poner muchas palabras, la ruptura. Ella se iba con su dolor y yo me quedaba con el mío, el que me recuerda que no soy omnipotente, el que se queda con parte de su confusión y trauma. Sostenida a la vez, como nombra S. Buechler, por mi coro interno, en parte mi grupo de supervisión testigo de este caminar.

Siguiendo a Winnicott en la experiencia transicional la madre permite, alienta al niño en la ilusión de que ella o parte de ella es parte del bebé. Con la evolución del juego creativo y la gradual desilusión, el bebé va creando su propia realidad (Winnicott, D.W., 1972). En la relación objetal, tanto el self como el otro, se perciben en gran medida a través de las proyecciones e identificaciones. Aparecen nuevas características que involucran la

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

naturaleza y el comportamiento del objeto en la realidad externa. El objeto si va a ser usado debe necesariamente ser real en el sentido de ser parte de la realidad compartida. Proceso gradual, que, desde el valor de los límites y la frustración, ayuda al desarrollo. Esto falló en el desarrollo del caso presentado.

Esta concepción del desarrollo involucra la dificultad de pasar desde la relación de objeto al uso de objeto, implica separarse de la noción analítica usual de que la agresión es reactiva al encuentro con la realidad externa (Ghent, E., 2014). El uso del objeto, siguiendo la dinámica de este caso presentado, requiere explorar su relación con el sadismo-masoquismo. La transición al uso de objeto, es el mundo de la experiencia creativa donde el self y el otro tienen la oportunidad de llegar a ser reales (Ghent, E., 2014). El fallo de la transición desde la relación de objeto al uso de objeto facilita el desarrollo de temor y odio de los otros, y con ello se forma una destructividad caracterológica. Esta situación clínica revisada muestra que no se ha podido reconocer que el objeto existe independientemente de los deseos y fantasías de la paciente, en algo sostiene la fantasía de "destruir al objeto", en este caso la terapeuta desde la agresividad. Se da un contexto clínico para el desarrollo del sadismo -en el cual permanece el self único, el self como aislamiento-, la necesidad de control agresivo del otro como perversión del uso de objeto. Se impide así su uso simbólico, *-el que hubiera podido integrar la función suficientemente buena de la terapeuta-*, buscando la relación interpersonal desde el control, evitando que se dé una situación vincular donde se admitan los límites o se pueda dialogar desde el mutuo reconocimiento a pesar de la frustración vivida. Ghent nos recuerda que el individuo o el "no individuo" que se ha desarrollado en una atmósfera de impactos, tiene una continua necesidad de ambiente de impactos (Ghent, E., 2014).

Esta paciente ha necesitado tener control, muestra una gran parte defensiva manipuladora. Siempre está esperando un trato especial, busca un funcionamiento sádico conmigo. Se activa en mí una alerta: la necesidad de no rivalizar con ella, no entrar en su dinámica. Buscando en la relación conmigo mi sometimiento a su control (Sáinz Bermejo, F & Cabré Segarra, V, 2012).

Cuanto más intenso sea el afecto no simbolizado, más intensa es la fuerza que intenta prevenir la comunicación entre las partes aisladas del self (Bromberg, PM, 2009). El efecto evocado por el trauma no es simplemente desagradable, sino que es un hiperarousal desorganizador que amenaza con abrumar la capacidad de la mente para

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

pensar, reflexionar y procesar la experiencia cognitivamente. Desorganización que muestra muy bien el caso presentado.

En el caso presentado, se ha dado una internalización incompleta de la experiencia cuya apercepción plena y significativa es desorganizada, pudiendo jugarse la identificación con el agresor, tempranamente planteado por Ferenczi (1984).

Este trabajo ofrece más preguntas que respuestas, preguntas de interés para nosotros como clínicos. ¿Podemos trabajar con todos los pacientes? ¿Cuándo se activa una línea roja que limita la posibilidad de ayudar, rompiendo el genuino afecto que nos permite estar disponibles desde una posición de amor? Este caso me lleva al sentimiento de impotencia, ¿Habrá podido nuestro trabajo servirla de modelado para mejorar su cuidado? ¿Podrá relacionarse dejando de agredir al otro? ¿El abrazo honesto que nos damos en el cierre podrá contener la esperanza de cambio?

Como nos recuerda J. Benjamin el reconocimiento nos ayuda a integrar y estructurar nuestra mente, consiguiendo así un funcionamiento mental más adaptativo a la realidad cambiante. El reconocimiento del otro, la madre, la psicoterapeuta, como sujeto implica poder simbolizar que aún ausente conserva sus buenas funciones hacia el propio self. La constitución de la subjetividad integra un "nosotros". La huella del trauma de abuso y abandono, activadas en el presente de la sesión, desde el desencuentro terapeuta-paciente, dificultó la integración de la experiencia dolorosa, impidiendo un proceso de mentalización que ayudara en la resignificación de la vivencia.

Como terapeutas es nuestra tarea enfrentar la ruptura, pero dado que el paciente nos utilizará para dramatizar, como dijo Ferenczi, las mismas heridas que ha venido a curar, a menudo nos encontramos en la precaria posición de ser la causa tanto como la solución (Benjamin, J., 2012) (Ferenczi, S., 1984).

El desenlace de este caso conlleva el peso de hacer daño, sentimiento de repetición que se actúa conmigo como terapeuta. Un daño mutuamente sentido.

También he podido pensar reflexivamente sobre mi estado del self terapéutico, para entender mis distintas posiciones a lo largo del proceso, mi sentimiento de impotencia en el conflicto de cierre de la terapia y el activo pensamiento en torno a otras posibles actitudes. No puedo dejar de lado, las reflexiones de Chambel respecto a cómo nuestras

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

propias experiencias transforman el encuentro terapéutico, marcando las respuestas clínicas que damos y las emociones con las que nos acercamos al encuentro, siendo estas en palabras de Buechler, eje transformador del cambio (Chamber, H., 2025). ¿Desde donde se ha activado el enfado en mi historia de vida? ¿Cuánto su propia expresión ha podido invalidar mi acción? Pregunta de interés para todos los clínicos. Se que la activación de mi defensa narcisista me protege en la vivencia de daño y en paralelo, me limita en la capacidad de ayuda.

Conclusiones

Cuando el afecto es muy primitivo como sucede en pacientes con funcionamiento límite, la experiencia afectiva es tan disruptiva que daña el proceso comunicativo, limitando la diferenciación entre el self y el objeto, entre el amor y el odio, especialmente en momentos de activación de dolor, generándose situaciones de mucha confusión, que reactivan las defensas contra el afecto, más disruptivamente que en pacientes "neuróticos" (Kemberg, O.F, 1987).

Tal vez no haya sido casual que hayan pasado varios años para volver a pensar y compartir este caso. Con el tiempo puedo pensarme en sesiones pasadas respecto a lo que podría haber hecho diferente en las escenas proyectivas transferenciales; en las que se ponen en juego su dolor y su necesidad de control. Durante su proceso fui muy consciente de lo complejo de cada diálogo con ella, desde la posición que presentaba cuestionándome si ella podría o no escuchar, o desde donde podría escuchar e integrar.

¿Podía tolerar la paciente que la realidad, le mostrara una terapeuta fallida? ¿Podía solo desplegar el odio para estabilizarse y recuperar la sensación de control? ¿Podría ver que esta emoción dominaba y aniquilaba su capacidad para registrar otros aspectos de la experiencia? ¿Podría ese abrazo final disminuir su percepción de mi como objeto malo? ¿Podrá tomar conciencia de que el objeto de su amor y de su odio es el mismo?

En varias ocasiones sentía que hubiera sido útil tener grabadas las mismas, para analizar mejor en supervisión su posición y la mía. Tal vez sea esta una línea futura a seguir que enriquezca nuestro trabajo clínico, por nuestra propia limitación a la hora de compartir nuestra vivencia en la supervisión.

También estoy segura de que durante mi tiempo de trabajo con ella sostuve un deseo genuino de querer ayudarla, cuidadosa en las formas con ella, muy atenta a lo que me

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es

quería compartir. Se que, en el cierre del proceso, se activa en mi un sentimiento muy grande de invalidación y también de enfado. Si intento responderme a si se puede o no trabajar con este perfil de pacientes, no tengo una única respuesta, lo que sí se, en mi experiencia, es que cuando percibo la intencionalidad de hacer daño, se activa en mí una sana defensa de protección, acercándome a otra pregunta, ¿Puedo seguir ayudando sin que esto me dañe? ¿Puedo aceptar que no soy omnipotente? Usar el límite de no seguir tratando a un determinado paciente, también es una forma de cuidado.

REFERENCIAS

Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, *6*(2), 169-179.

Bromberg, PM. (2009). Reduciendo el Tsunami. Regulación afectiva, disociación y la sombra de la inundación. *Clínica e Investigación Relacional*, *3*(1), 93-110.

Chamber, H. (2025). Tratando de hacer lo (Im)posible: Estado del self terapéutico y experiencias relacionales en Psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, *19*(1), 1-20.

Coderch, J. (2012). *La Relación Paciente-Terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Herder.

Ferenczi, S. (1984). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En *Psicoanálisis. Tomo IV*. espasa-Calpe.

Fonagy, P, Luyten, P, & Allison, E. (2016). Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidd epistémica: Una nueva conceptualización del trastorno límite de la personalidad y su tratamiento psicosocial. *Clínica e Investigación Relacional*, *10*(3), 1-43.

Ghent, E. (2014). Masoquismo, sumisión y rendición. *Clínica e Investigación Relacional*, *8*(1), 67-93.

Kemberg, O.F. (1987). El Odio como Placer. *Placer más allá del principio del placer: conceptos evolutivos y psicoanalíticos del afecto*, 13.

Orange, D. (2013). *El desconocido que sufre. Hermenéutica para la práctica clínica cotidiana*. Cuatro Vientos.

Sáinz Bermejo, F, & Cabré Segarra, V. (2012). La experincia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al Psicoanálisis Relacioanl. *Clínica e Investigación Relacional*, *6*(3), 570-586.

Shaw, D. (2024). Comprendiendo la Teoría del Narcisismo Traumático y su Utilidad Clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, *18*(2), 1-20.

Winnicott, D.W. (1972). *Realidad y Juego* (1ª edición 1972). Gedisa S.A.

Original recibido con fecha: 12/04/2026 Revisado: 01/07/2026 Aceptado: 30/9/2026

NOTAS: Aunque la narrativa se presenta por fines didácticos como de un único caso, las situaciones presentadas responden a situaciones de varios pacientes graves, con vivencias de trauma de desarrollo, que por diferentes motivos solicitan informes clínicos. El impacto del contenido de los informes y la reactivación de vivencias de trauma ha activado diferentes defensas, afectando a la intersubjetividad del vínculo y al trabajo psicoterapéutico, imposibilitando la continuidad en algunos de los casos.

© Derechos reservados/Copyright de *Clínica e investigación Relacional* y los autores. Prohibida la reproducción total o parcial sin autorización expresa. Este material es para uso científico y profesional exclusivamente y puede contener información clínica sensible. Los editores no se responsabilizan de los contenidos de los autores. Dirigir las consultas sobre derechos y autorizaciones a ceir@psicoterapiarelacional.es