

## Vergüenza y autoalienación: Una perspectiva psicoanalítica basada en el trauma<sup>1</sup>

Daniel Shaw<sup>2</sup>

New York, USA

La autoalienación es una expresión de vergüenza profundamente interiorizada. El individuo autoalienado se siente atrapado, prisionero de la vergüenza. Con frecuencia, los pacientes de psicoterapia con traumas relacionales significativos tienden a librar una persistente batalla interna contra la duda en sí mismos, el auto castigo y, a menudo, el autodesprecio. Hacen referencia a miedos y creencias vergonzosas sobre sí mismos que nacen de experiencias problemáticas de apego y del desarrollo. El autor proporciona ilustraciones del trabajo con individuos autoalienados integrando principios psicoanalíticos con conceptos de la traumatología contemporánea, poniendo el foco en ayudar a los pacientes a desarrollar la autocompasión como el agente principal de la curación terapéutica y el crecimiento.

**Palabras clave:** Autoalienación; autocompasión; vergüenza; trauma relacional

Self-alienation is an expression of deeply internalized shame. The self-alienated individual feels trapped, imprisoned by shame. Psychotherapy patients with significant relational trauma typically reveal a persistent internal battle against self-doubt, self-condemnation, and often self-loathing. They are referencing shameful fears and beliefs about themselves that are born from problematic attachment and developmental experiences. The author provides illustrations of work with self-alienated individuals integrating psychoanalytic principles with concepts from contemporary traumatology, with a focus on helping patients develop self-compassion as the chief agent of therapeutic healing and growth.

**Key Words:** Self-alienation; self-compassion; shame; relational trauma

*English Title: Shame and Self-Alienation: A Trauma-Informed Psychoanalytic Perspective*

### **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Shaw, D. (2024). Vergüenza y autoalienación: Una perspectiva psicoanalítica basada en el trauma. *Clínica e Investigación Relacional*, 18 (2): 229-247. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.info](http://www.ceir.info)] DOI: 10.21110/19882939.2024.180202

<sup>1</sup> Texto base de la intervención de Daniel Shaw en el *Ágora Relacional*, Madrid, el sábado 29 de Junio de 2024. Traducción castellana de María Hernández Gázquez, revisada por Alejandro Ávila y Sandra Toribio Caballero.

<sup>2</sup> Daniel Shaw, Ph.D., es psicoanalista con práctica privada en la ciudad de Nueva York y en Nyack (Nueva York). Es profesor y supervisor del Instituto Nacional de Psicoterapias (National Institute for the Psychotherapies). Su libro "Narcisismo traumático: Sistemas relacionales de subyugación" (Traumatic Narcissism: Relational Systems of Subjugation) fue publicado por Routledge para la serie Relational Perspectives y nominado al distinguido Premio Gradiva. También está disponible en formato audiolibro. Su segundo libro, *Traumatic Narcissism and Recovery: Leaving the Prison of Shame and Fear*, se publicó en 2021. En 2018, Shaw recibió el premio Margaret Thaler Singer por su trabajo para promover la comprensión de la persuasión coercitiva y influencia indebida.

Los psicoterapeutas estamos comprometidos con la creencia de que la vida merece la pena ser vivida, lo hagamos explícito o no, incluso a nosotros mismos. Intentamos ayudar a las personas a comprender y curarse de las condiciones que los han llevado a sufrir decepciones y frustraciones crónicas, que a veces pueden llevarles al punto de querer renunciar a la vida por completo. Puede que la mayoría de los pacientes de psicoterapia no sean abiertamente suicidas, pero muchos pelean contra corrientes subyacentes de apatía, autodenigración y desesperación para seguir viviendo. Una parte muy persistente de estos pacientes alberga experiencias de haberse sentido negados, estando la negación en un espectro que va desde las experiencias negligentes, como la falta de sintonía y reconocimiento crónicos, hasta las experiencias abusivas de crueldad y violación. En respuesta a la negación, estos pacientes se han visto afectados por la vergüenza, la sensación (omnipresente o periódica) de que hay una maldad esencial e inaceptable en ellos. Considerándose avergonzantes, se alienan de sí mismos.

Hacia el final de su carrera, Donald Winnicott escribió al respecto:

O bien los individuos viven de forma creativa y sienten que la vida merece la pena, o bien no pueden vivir de forma creativa y dudan del valor de la vida. Esta variable en los seres humanos está directamente relacionada con la cantidad y la calidad de la provisión ambiental al principio o en las fases tempranas de la experiencia vital de cada bebé. (Winnicott, 1971, p. 71)

Creo que la variable de la provisión a la que Winnicott hace referencia tiene especial importancia, particularmente, con la prevalencia de la vergüenza y la humillación experimentadas en el desarrollo. La vergüenza ha recibido mucha atención en el psicoanálisis postfreudiano, ya que los teóricos reconocieron que la vergüenza difiere de manera importante de lo que más había interesado a Freud, que era la culpa. Una lista muy incompleta de psicoanalistas que se han centrado en la vergüenza incluye: (por ejemplo, Buechler, 2008; Lansky & Morrison, 1997; Lewis, 1971; Morrison, 1989; Nathanson, 1992; Orange, 2008; Wurmser, 1981); y Philip Bromberg, quien hizo que el reconocimiento de las luchas del paciente y también del analista con la vergüenza fueran algo central para su comprensión del trabajo clínico con el trauma relacional y la disociación (Bromberg, 1998, 2006, 2011).

Por otro lado, el concepto de autoalienación interna (Fisher, 2017) es menos familiar para los analistas, muy probablemente porque no está vinculado a Freud ni a su linaje, sino a la investigación del trauma y los enfoques clínicos de los psicólogos del trauma, muchos de los cuales encuentran un antepasado teórico en Pierre Janet (Craparo et al., 2019; Howell, 2020), el pionero en el trabajo con pacientes disociativos que Freud mismo relegó literalmente a los márgenes, hace mucho tiempo. Mi forma de trabajar cambió, en general y especialmente con adultos que fueron hijos de padres narcisistas traumatizantes (Shaw, 2014, 2021), cuando comencé a estudiar e

integrar conceptos y técnicas de la psicología del trauma contemporánea. Al hacerlo, recibí la influencia de Philip Bromberg, cuya relación profesional con el experto en trauma Chefetz (2015) les llevó a colaborar en un artículo de 2004 (Chefetz & Bromberg, 2004), en el que Bromberg escribió:

... el hecho de que existieran fenómenos disociativos en todos los tratamientos captó mi atención prácticamente desde el principio, aunque al principio de mi carrera no sabía lo que estaba viendo. Ya entonces me di cuenta de que los cambios en la autoexperiencia no se producen simplemente hablando de las cosas, sino que dependen de los vínculos que se establecen entre los estados de conciencia del aquí y ahora, que de otro modo se mantendrían aislados unos de otros. Mi problema era cómo hacer uso de este reconocimiento de una manera que enriqueciera lo que estaba haciendo como analista en lugar de reemplazarlo. (Chefetz & Bromberg, 2004, p. 411)

Bromberg intentaba situarse en los espacios, por usar su conocida frase, entre el psicoanálisis y la psicología del trauma, y como estudiante y supervisado suyo, me vi influido a explorar la psicología del trauma por mí mismo. Mis estudios me han llevado a centrar mi atención clínica más en el papel que juega la vergüenza en la autoalienación interna, y menos en “enfermedades” o “patologías” como la depresión y la ansiedad. La autoalienación interna, un término que utilizo basándome en el trabajo de Janina Fisher (2017), es lo que creo que mejor describe la condición subyacente que lleva a la mayoría de las personas a la psicoterapia. La autoalienación es una expresión de vergüenza profundamente interiorizada. El individuo autoalienado se siente atrapado, aprisionado por la vergüenza. La mayoría de los pacientes que atiendo, aquellos con grados significativos de trauma relacional, con el tiempo revelan su persistente batalla interna contra la duda en sí mismos, la autocondena y, a menudo, el autodesprecio. Hacen referencia a miedos y creencias vergonzosas sobre sí mismos originadas en experiencias problemáticas de apego y del desarrollo que no pudieron integrarse (véase también Shaw, 2021, Cap. 8).

Antes de profundizar en el concepto de autoalienación, quiero decir unas palabras sobre el narcisista traumatizante y su sistema relacional de subyugación, un tema que he explorado en profundidad en mis escritos anteriores (Shaw, 2014, 2021). El narcisista traumatizante es un ejemplo de marcado contraste con el individuo cargado de vergüenza y autoalienado. En respuesta al trauma del desarrollo, el narcisista traumatizante ha desarrollado un delirio maníaco de omnipotencia que se expresa característicamente como *desvergüenza*. Él (o ella) se ve a sí mismo como perfectamente infalible, y por lo tanto carece de necesidad alguna de crecimiento o cambio. Muchos pacientes que acuden a psicoterapia y sufren vergüenza y alienación son personas que han sido subyugadas en relación con un narcisista traumatizante, a menudo uno de sus padres, pero potencialmente cualquier otra persona importante. El narcisista traumatizante promueve la vergüenza en aquellos a los que pretende controlar, como medio para mantenerlos

dependientes de él. Al hacerlo así, el narcisista traumatizante está utilizando defensas maníacas contra su propia dependencia extrema, repudiada y profundamente vergonzosa, y encuentra formas de evacuar esos sentimientos en los demás. En sus relaciones significativas siempre invita a la dependencia de los demás, mientras que simultáneamente se posiciona a sí mismo como independencia, y por lo tanto no tiene nada de lo que avergonzarse. De este modo, se las ingenia para controlar y explotar a los demás, utilizándolos y subyugándolos para que mantengan en sí mismos la vergonzosa dependencia que él no puede tolerar sentir o conocer dentro de sí mismo. Los narcisistas traumatizantes, sin saberlo ellos mismos, están extremadamente necesitados y son extremadamente vergonzosos, pero se engañan a sí mismos para creer en su propia omnipotencia externalizando, proyectando y cultivando esas cualidades en las personas que puede controlar (véase Shaw, 2014, 2021).

En contraste con el narcisista traumatizante, la persona autoalienada es alguien que no ha desarrollado defensas rígidas y maníacas y que, en cambio, está abrumado por partes odiadas del yo y partes que odian - en otras palabras, partes avergonzadas y partes avergonzantes. Las partes que se avergüenzan suelen albergar las creencias más lacerantes sobre el yo, los recuerdos más dolorosos de miedo y vergüenza, junto con la sensación de soledad e impotencia característica del trauma relacional. Las partes avergonzantes culpan activamente, aunque no necesariamente de forma consciente, a las partes avergonzadas por estar heridas, ser débiles y vulnerables. Se culpa a esa vulnerabilidad herida de ser la causa de todo el sufrimiento de la persona. "Si no fueras tan débil, tan vago, tan necesitado, tan egoísta, etc.", dicen las partes que odian a las partes odiadas, "no serías tan infeliz". A veces, este tipo de parte suena exactamente igual que un otro significativo negador, en la vida pasada o presente del paciente. Estas partes despectivas y vergonzosas y las partes vulnerables a las que atacan dominan el sentido de sí mismo del individuo, alienándolo de las partes de sí que mantienen el impulso de vivir y crecer.

La autoalienación va de la mano de la desregulación crónica, formando un círculo vicioso. Una persona está crónicamente desregulada cuando su capacidad de tolerancia afectiva (véase Hill, 2015, para una revisión exhaustiva de la literatura) no ha sido fomentada en su desarrollo y, por lo tanto, está disminuida, con el resultado de que oscila entre estados de hiperactivación e hipoactivación, y rara vez se encuentra en lo que Dan Siegel llamó la ventana de tolerancia (Siegel, 1999). En este estado de desregulación más o menos constante, la autorreflexión conduce a la autocondena y al colapso, en lugar de a la curiosidad, la comprensión y la compasión por uno mismo. La vergüenza es uno de los afectos más prominente en quienes experimentan hipoactivación crónica. La autoalienación y la hipo activación crónico son las expresiones primarias de la vergüenza.

He observado con muchos pacientes que la palabra “vergüenza” nunca se les ha ocurrido hasta que se la hago notar. Es importante ayudar a los pacientes a identificar el papel de la vergüenza en sus quejas de su estancamiento desesperado e impotente; en sus relatos de patrones relacionales y conductuales que acaban repetidamente en derrota; y en su expresión de desesperación y agotamiento crónicos. Estos pacientes creen que están deprimidos, y por supuesto que es cierto - pero necesitan ayuda para reconocer su vergüenza subyacente. La persona autoalienada está agotada por partes del yo que lanzan repetidamente ataques avergonzantes y auto-culpatorios contra otras partes del yo. Cuando se activan estos auto-estados de maldad vergonzosa, la persona siente que estos estados representan la última y única verdad sobre el Self. En esta situación, las demás personas pasan a ser percibidas de forma similar y unidimensional, ya sea como portadoras de juicios hostiles y vergonzosos o, por el contrario, como personas maliciosas y tóxicas. Los esfuerzos por ser libre, por vivir, crecer y sentirse conectado, entran repetidamente en conflicto con los miedos persistentes, la desconfianza y las creencias negativas sobre uno mismo y, a la inversa, también sobre los demás, y se ven ahogados por ellos.

Aunque nuestras indagaciones psicoanalíticas nos ayudan a nosotros y a nuestros pacientes a comprender las fuentes y los patrones del trauma relacional, la comprensión no siempre se traduce en curación, y la vergüenza tiende a ser esquiva y tenaz. En el psicoanálisis contemporáneo, especialmente en los Estados Unidos, desde el trabajo de Kohut (1984) y después de la publicación del influyente libro de Greenberg y Mitchell (1983) sobre las relaciones objetales, se entiende que gran parte de la influencia terapéutica necesaria para la curación proviene del compromiso empático y sintonizado del analista con el paciente, una condición *sine qua non* de las escuelas relacionales. El analista, con su capacidad de curiosidad sin prejuicios, autorreflexión y autorregulación, debe convertirse, si el trabajo va bien, en una figura de apego segura para el paciente, que puede entonces interiorizar las funciones del analista. Las distintas escuelas persiguen este objetivo de diferentes maneras. Por tomar sólo dos de las escuelas psicoanalíticas americanas más prominentes (simplificando en exceso en aras de la brevedad), los psicólogos del Self enfatizan la inmersión empática y el reflejo, mientras que los relacionales/interpersonales valoran la autenticidad y el darse cuenta de cómo tienen lugar los procesos disociativos. Valoro estas dos orientaciones terapéuticas, pero lo que me llevó hace unos años a buscar ayuda de los psicólogos del trauma fue darme cuenta de que mi empatía y mi sintonía se me acababan enseguida con los pacientes que más se autocondenaban. La frecuencia y la intensidad de los enactments, así como la dificultad de trabajar con ellos, me resultaban muy difíciles cuando me enfrentaba a una parte del paciente que se avergonzaba y se odiaba a sí misma y que, con el tiempo, se negaba a ceder lo más mínimo.

Por ejemplo, Roger, de unos 60 años y, que encajaría en lo que entendemos por una persona de éxito, experimentaba una parte de sí mismo como si fuera un niño de 9 años, sentado como si fuera una roca, con los brazos cruzados en señal de rechazo absoluto a cualquier tipo de afirmación, ya viniera de mi o de cualquier otra persona. Ésta es la imagen que se le ocurrió un día, mientras yo expresaba mi curiosidad sobre cómo entender la parte de él que se cerraba por completo en nuestras sesiones. En la realidad actual, Roger era querido y admirado; pero su parte de niño de 9 años “sabía” que todo eso no eran más que mentiras, de gente que o bien era estúpida o bien intentaba engañarle (y durante mucho tiempo me mantuvo en esas dos categorías, mientras que deseaba deseaba desesperadamente caerme bien y temía al mismo tiempo que no fuera así). Totalmente convencido de que sería reprendido y despedido de su puesto de Director General ante la revisión anual de sus resultados, posteriormente reportó que le habían concedido un aumento y una prima y que había sido colmado de elogios por la Junta Directiva y por todos los miembros de la organización. Para Roger, la parte inamovible de los brazos cruzados se había desarrollado para protestar ferozmente contra la extraña y aterradora desconexión de su madre con la realidad: su dolorosamente falsa autopresentación y su implacable determinación a definirle a él y a su realidad como perfectos. Su protesta de vergüenza protegía a su madre y mantenía ordenado lo que estaba mal dentro de sí mismo, mientras que al mismo tiempo la desafiaba y se burlaba de las proyecciones narcisistas y grandiosas de su madre sobre él.

La forma en que acabamos entendiendo la génesis de esta parte de los 9 años fue bastante diferente a cómo entendimos una parte similar en otro hombre, también exitoso y resistente en muchos aspectos. Este hombre, Ken, algo más joven que Roger, tenía una parte colapsada, también de unos 9 años, quien comprendía que sus sentimientos agónicos de rechazo y soledad estaban causados por su profunda insuficiencia. Para Ken, la parte colapsada se desarrolló a partir de ser espectador cautivo de las constantes y amargas batallas de sus padres; de su experiencia de que ellos eran ajenos al impacto que causaban en él; y de su incapacidad para darse cuenta o ayudarlo con el cruel acoso y ostracismo que estaba experimentando en la escuela. Sus padres eran básicamente cariñosos, no odiosos ni abusivos, pero eran inconscientes, estaban a la defensiva y ensimismados. Los brotes de odio que Ken tenía hacia sí mismo, alternados con un odio amargo hacia todos los que le habían hecho daño, le llevaron a largos periodos de aislamiento e insensibilidad. Este patrón, que se repitió muchas veces a lo largo de su vida, le mantuvo congelado en una vergonzosa decepción de sí mismo, manteniéndose plenamente vivo tan sólo para su trabajo y su hija.

Las primeras veces que les presenté a estos dos hombres la idea de experimentar autocompasión por su sufrimiento infantil, me encontré con un telón de acero de rechazo y más desdén. Me vi obligado a reconocer que mis reacciones de dolor ante su autodenigración vergonzosa, mis deseos de que sintieran compasión hacia sí mismos, mi esfuerzo por mantener la empatía y una

consideración positiva, sólo podían llegar hasta cierto punto. Yo sentía compasión por sus experiencias traumáticas, pero ellos no, y tampoco sentían la mía -quizá la sentían intelectualmente, pero no experiencialmente. Empecé a sentirme con ellos como si estuviera con un drogadicto esperando que "simplemente dijera que no". Les pedía a estos pacientes autoalienados que "simplemente dijeran que sí" a mi creencia de que no debían sentirse tan avergonzados, y no se lo creían.

No siempre fui capaz de gestionar mi frustración en estas situaciones tan bien como hubiera deseado, y he observado como consultor de otros terapeutas con formación psicoanalítica, que muchos chocan con este mismo tipo de muro con sus pacientes. Cuando los pacientes no "dicen simplemente que sí", muchos terapeutas redoblan sus esfuerzos por ser empáticos, compasivos y cariñosos. Al hacerlo, se arriesgan a disociar la frustración y el resentimiento que se avergüenzan de sentir, lo que les hace vulnerables al agotamiento. En otro escenario, los conflictos disociados dentro del paciente y dentro del analista se interpersonalizan, y los enactments se intensifican. Cuando los enactments se trabajan de forma constructiva, aportan una iluminación significativa para el terapeuta y el paciente sobre el mundo interno del paciente y sobre cómo otras personas se comprometen con él. Pero cuando no se reconocen o resuelven, muchos terapeutas pierden la curiosidad. Me he dado cuenta de que esto puede ocurrir de dos maneras: el terapeuta puede autoinculparse y sentir mucha vergüenza; o puede empezar a interpretar la agresividad del paciente como un deseo de derrotarle, refiriéndose a la «ganancia secundaria» de los síntomas del paciente, o a su masoquismo. Muchos terapeutas siguen recurriendo al DSM, especialmente al Trastorno Límite de la Personalidad en las mujeres y al Trastorno Narcisista de la Personalidad en los hombres. Muchos terapeutas acaban culpándose a sí mismos o a sus pacientes por no ser capaces de detener la autonegación del paciente, y para disgusto de todos, la vergüenza del paciente sigue implantada y confirmada. Jody Davies describe así su experiencia de la intransigencia de la autoalienación vergonzosa:

... dentro de cada niño abusado, descuidado y abandonado hay un pequeño pero omnipotente estado del self que ha llegado a creer, de la manera más profunda y sincera, que fue él/ella quien en última instancia fue responsable de todas las cosas malas que sucedieron... Soy/era un niño malo. . . Ahora soy malo... todo ha sido culpa mía. En mis años de trabajo con adultos que fueron maltratados o abandonados de niños, encuentro que este estado de autoculpabilización y odio de sí mismo es casi universal. (Davies, 2020, p. 34)

El concepto de Fairbairn (1952) de la "defensa moral" ha ayudado mucho a los psicoanalistas a entender la adhesividad de la vergüenza, y la omnipotencia de esta parte de auto-negación que Davies describe.

Fairbairn observó que los niños maltratados y desatendidos acaban soportando la carga de la maldad de sus padres no-suficientemente buenos. Engañando a la mente para que identifique a las figuras de apego abusivas como buenas y se identifique a sí mismo como la fuente de lo malo, el niño puede cambiar su fe en sí mismo por la esperanza de un progenitor cariñoso. La ilusión es necesaria para el niño cuya supervivencia depende del progenitor. Los “malos” padres enseñan a este niño a anular sus percepciones subjetivas de sí mismo, de los demás y de la realidad. El niño debe someterse a los padres, mientras es negado repetidamente, para mantener viva la esperanza de ser amado. La vergüenza resultante, la sensación de maldad y autoalienación que surge como respuesta a la negación repetida crea una confusión de estados propios conflictivos. El deseo de amar y ser amado se ve repetidamente frustrado por el instinto de identificarse como malo y vergonzoso. El niño se ve atado a guiones repetitivos de ilusión y esperanza que inevitablemente van seguidos de desesperación (véase Brandchaft, 1993), de tal forma que los estados de confianza esperanzada terminan por evitarse por completo.

El concepto de defensa moral de Fairbairn nos ayuda a entender por qué los niños maltratados se convierten en adultos con partes dedicadas a avergonzarse y auto-condenarse. Pero la formulación de Fairbairn, por muy bien que la entiendan el paciente y el analista, no se traduce automáticamente en acción terapéutica ni en crecimiento y cambio terapéuticos. Bromberg (1998, 2006, 2011), basándose en el trabajo de los psicólogos del trauma, hace una contribución igualmente fundamental dentro del psicoanálisis cuando identifica el self como múltiple, con unas partes del self disociadas de otras. Bromberg demostró que hasta que los conflictos entre las partes disociadas del self no puedan hacerse conscientes, existen en un mundo subterráneo interno y puede dar lugar al estancamiento, la derrota repetitiva y el colapso. Cuando en la terapia se ayuda a conocer y comprender los distintos aspectos o partes del self del paciente, éstas emergen de la disociación. Los pacientes pueden entonces ser conscientes y comprometerse a resolver los conflictos que antes se mantenían en una especie de borrón disociativo. Estar en los espacios de los diferentes estados del self con la capacidad de tener una visión general y aceptación de las diferentes partes de este, permite un mundo interno con más recursos y más coordinado, con la potencialidad de una autocomprensión compasiva, en lugar de una perpetuamente agitada.

Fairbairn, Bromberg y muchos otros teóricos analíticos influyen en la forma en la que trabajo con mis pacientes para comprender los patrones relacionales que estamos representando. Partiendo de mis raíces psicoanalíticas, aspiro a ayudar a mis pacientes a desarrollar la fe en el conocimiento de que las alteraciones en las relaciones pueden repararse (D. Stern, 1985) y que la confianza y la conexión pueden profundizarse, utilizando nuestra relación terapéutica como modelo. A medida que desarrollamos la confianza mutua, quiero fomentar la experiencia de que ambos podemos existir como individuos sin que uno de nosotros tenga que someterse al otro o dominar al otro



(Benjamin, 2017). Trabajo para modelar que no tenemos que morir de vergüenza cuando nos quedamos cortos, que podemos aprender y crecer (Benjamin, 2009; Shaw, 2022), reparar y conectar. Espero que mis pacientes interioricen mi perspectiva, nunca perfecta pero más o menos consistente, de curiosidad no enjuiciadora a medida que se vuelven más autorreflexivos y más capaces de autorregularse. Idealmente, en un proceso psicoanalítico, la curiosidad, la empatía y la compasión del terapeuta se interiorizarían y se convertirían en recursos disponibles para el paciente. Este es el proceso que Loewald (1960) consideraba central en la acción terapéutica del psicoanálisis. ¿Cuáles son entonces algunas de las diferencias importantes entre el psicoanálisis y la psicología del trauma? Para responder a esa pregunta, describiré las formas en que he integrado conceptos de la psicología del trauma que me han ayudado a superar obstáculos con pacientes cuya vergüenza y autoenajenación eran inusualmente tenaces.

En las teorías del trauma que he estudiado, como la Psicoterapia Sensoriomotora (Ogden y Fisher, 2015), la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) (Shapiro, 2017) y los Sistemas Familiares Internos (IFS) (Schwartz, 1997), la capacidad humana de autocuración se considera el agente terapéutico primario, y el papel del terapeuta es proporcionar formas para que el paciente acceda, active y haga un uso óptimo de sus poderes autocurativos propios e innatos. El terapeuta puede y yo diría que debe seguir siendo una figura de apego segura para el paciente. Lo que considero una diferencia importante para los psicólogos del trauma es la conciencia adicional de que el organismo humano tiene propiedades autocurativas -como cuando se curan los cortes o los huesos rotos vuelven a unirse- que también funcionan para curar lo emocional, psicológico y espiritual. Cuando hablamos de resiliencia humana, nos referimos a esta capacidad innata de curación. Con fe en este potencial humano para la curación y el crecimiento, el terapeuta trabaja para ayudar al paciente a aprender a utilizar una parte de sí mismo de tal forma que pueda brindar(se) ayuda y aportar comprensión compasiva y consuelo a las partes que están atrapadas en la vergüenza. Esto lleva un paso más allá el objetivo psicoanalítico de restaurar la capacidad del paciente para formar vínculos seguros en las relaciones. Los pacientes que aprenden a volverse consistentemente hacia su interior para llevar autocompasión hacia las partes vulnerables, avergonzadas y angustiadas están construyendo un apego seguro interno (ver Roisman et al., 2002; Fisher, 2017).

Una forma en que esto se facilita en muchas modalidades de tratamiento del trauma es a través de la psicoeducación: enseñar al paciente acerca de la neurociencia, el cerebro, el sistema nervioso, la teoría de la regulación del afecto y la comprensión del impacto del trauma en el cuerpo. La psicoeducación es a menudo menospreciada y descuidada en la formación psicoanalítica, agrupada con los tabúes contra la "sugestión" y el ser "directivo". Las teorías del trauma, por otro lado, ven a la psicoeducación como una forma de capacitar a los pacientes para

que comprendan mejor y desarrollen la agencia en torno a los acontecimientos desencadenantes que causan desregulación y retraumatización.

Trabajar con fe en la capacidad innata del ser humano para autocurarse me ha llevado a ser más consciente de los aspectos de los pacientes autoalienados que ellos mismos desprecian y devalúan. Roger, por ejemplo, era capaz de sentir una profunda empatía y bondad, lo cual era reconocido y apreciado tanto por sus colegas como por sus relaciones más íntimas. Dejaba caer pistas e insinuaciones sobre estas partes de sí mismo que yo tenía que escuchar con mucha atención y que, de otro modo, quedaban ahogadas por su autodenigración. Del mismo modo, Ken, aunque a menudo expresaba miedo, rabia y desesperación, se mostró a lo largo de su desestabilizador divorcio como un padre extraordinariamente devoto y sensible con su hija pequeña, aportando una enorme empatía, paciencia y compasión mientras asumía la mayor parte de la responsabilidad por su bienestar. En el trabajo, demostró ser extremadamente competente e innovador en un puesto muy exigente. De nuevo, si no prestara demasiada atención, pasaría por alto esta información y me terminaría por centrarme en las abundantes quejas que tenía contra sí mismo y contra los demás. Estas pistas sobre la salud y la fortaleza del paciente, su bondad y compasión, son cruciales porque estas cualidades proceden de la parte del paciente que el terapeuta puede reconocer, en la que puede creer y que puede ayudar a movilizar.

Hace poco vi un vídeo en Internet de un estanque en el que una gran tortuga se había dado la vuelta y se agitaba frenéticamente, intentando darse la vuelta. El vídeo captó lo que ocurrió a continuación: muchas otras tortugas, una docena más o menos, de todo el estanque, vinieron nadando hacia la tortuga varada, y juntas, se pusieron debajo y le dieron la vuelta. Menciono esto porque confirma lo que ya creo que es cierto: que los humanos, como otras criaturas del reino animal -sí, incluso las tortugas- vienen con la compasión, y el deseo de ayudar, incluidos como equipamiento de serie. Schwartz, (1997) llama a esta parte compasiva y que brinda ayuda "el self", y Fisher (2017) la denomina "el self que sigue con la vida normal". Esta es la parte del paciente que ha estado sobreviviendo y a menudo incluso prosperando con poco o ningún reconocimiento desde el interior, porque el paciente se centra en cambio en sentimientos vergonzosos de fracaso, a menudo mezclados con sentimientos de traición por parte de los demás. Esta es la parte que puede expresar compasión y empatía. Cuando el terapeuta se percata de esa parte, esas cualidades se le pueden reflejar al paciente, afirmarse y alentarse, con la esperanza de que el paciente acabe apropiándose del conflicto de sentir compasión exclusivamente por los demás, pero nunca por sí mismo.

No todos los pacientes tienen el tipo de partes tenazmente autoagresivas que tienen Roger y Ken. Muchos pacientes con los que he trabajado que llegan a ser capaces de conceptualizar y conectar con recuerdos traumáticos de la infancia no tienen muchos problemas para ser capaces de sentir

su propia compasión empática consigo mismos. Pero hay otros, como Roger y Ken, que al principio no tienen relación alguna con su propia compasión. Aunque parezcan comprender los conceptos, simplemente no pueden romper con la autodenigración. Adoptar una postura de oposición a la autodenigración de pacientes como éste y definirla como destructiva se convierte en un tira y afloja y aumenta la sensación de incompetencia del paciente: ahora incluso está fracasando en su intento de no odiarse a sí mismo. Lo que me ha sido útil para encontrar una salida a este dilema fue mi introducción a la teoría de las partes Protector/Perseguidor, primero a través del trabajo de Elizabeth Howell y el analista junguiano Donald Kalsched (Howell, 2005; Kalsched, 1996) y más tarde a través del trabajo de Janina Fisher (2017) y la teoría de los Sistemas Familiares Internos de Richard Schwartz (Schwartz, 1997). En el marco protector/perseguidor, se entiende que la persistencia de partes del yo que avergüenzan y atemorizan ha surgido de los esfuerzos instintivos de emergencia para proteger al paciente del dolor abrumador, el miedo y la soledad de sus experiencias más traumáticas. Una de las formas más importantes en que operan las partes protectoras es negándose a permitir que el traumatizado experimente autocompasión. Para ello, las partes protectoras se convierten en perseguidoras. Cuando las partes protectoras que se auto-desprecian y persiguen mantienen al superviviente del trauma alejado de su propia vulnerabilidad más profunda, estas partes se niegan a permitir que la compasión entre en el sistema. ¿Por qué se trata la autocompasión como un enemigo? Cuando hay un trauma sin curar, la compasión podría enfrentarnos a nuestro dolor más profundo, podría obligarnos a sentir de nuevo el dolor traumático. No es inmediatamente evidente para el que sufre que experimentar el dolor con compasión pueda ser curativo. El dolor del auto-desprecio se valora instintivamente como más fácil de manejar que el dolor que provocaría la compasión. Las partes protectoras dedicadas al autodesprecio forman una barrera contra la plenitud del dolor por lo que se ha sufrido, organizadas en torno al temor de que el torrente de dolor termine sólo en una horrible inundación de desesperación permanente. El auto-desprecio, una variante de la auto-compasión, se convierte en el dique que detiene la inundación, creando un especie de muerte estática e inmóvil que bloquea el flujo natural y curativo del dolor (véase Mitchell, 2000, para una exploración esclarecedora de la diferencia entre autocompasión y lástima hacia uno mismo).

Verse a uno mismo como vergonzoso es una forma de tomar el control de la vergüenza a través de la identificación inconsciente con el agresor traumatizante original. Esgrimir la vergüenza contra uno mismo proporciona la certeza de que es la propia maldad y debilidad esenciales lo que explica el sufrimiento propio. Paradójicamente, avergonzarse o perseguirse a uno mismo ofrece una sensación de control y poder, un antídoto sucedáneo de la sensación de impotencia y desamparo. El conflicto entre, por un lado, las partes protectoras que luchan a toda costa por la seguridad - a menudo encerrando a la persona o atormentándola con dudas sobre sí misma y vergüenza- y por otro, las partes que quieren vivir y crecer, es el conflicto fundamental en el

trabajo con supervivientes de trauma. Esta forma de entender la función protectora de las partes que persiguen y condenan puede ayudar al paciente a abordar el conflicto entre las partes que, por un lado, quieren proteger a toda costa, y las partes que, por otro, quieren seguir viviendo y creciendo.

Las religiones tienen su propia forma de resolver este problema: la redención. “El Señor es mi Pastor, nada me falta”, dice el Salmo 23 del Antiguo Testamento. El Señor redime y cura el alma del suplicante por gracia y misericordia, por amor divino. Fairbairn señaló, con sorna, que otra opción religiosa que a veces podría parecer atractiva para el terapeuta sería un exorcismo de los “objetos malos” del paciente (Fairbairn, p. 70). Pero a menos que trabajemos específicamente como consejeros pastorales, debemos encontrar formas de ayudar a la curación de la autoalienación fuera de un marco religioso, en un proceso de psicoterapia. Para ello, hay que recurrir a las partes compasivas del yo del paciente; la compasión del terapeuta, por sí sola, puede llegar muy lejos, pero sólo llegará hasta cierto punto si el paciente permanece sin autocompasión. Si se reconocen y aprecian suficientemente las partes protectoras, se las puede persuadir para que relajen su temerosa vigilancia y permitan que la autocompasión entre en el sistema. El paciente puede entonces llorar por lo que ha sufrido y, a través del dolor con compasión, encontrar la curación. La curación es el desarrollo y la consolidación de un apego seguro interno: las partes heridas pueden confiar y depender de las partes compasivas. Las partes compasivas, tomando la iniciativa y comprometiéndose a estar ahí, aprenden a ver, reconocer y cuidar de las partes que han sido encarceladas por la vergüenza. La seguridad que se gana a través de la autocompasión no es simplemente emocional o sentimental. Como escribe Janina Fisher

‘El apego seguro logrado’ confiere a la mente y al cuerpo humanos las mismas cualidades y recursos que el apego seguro en la infancia: la capacidad de tolerar la cercanía y la distancia, el dar y el recibir, la sintonía empática y el fracaso empático, la capacidad de ver tonos de gris y la capacidad de tolerar la decepción. (Fisher, 2017, p. 216).

Vi cuánta compasión eran capaces de sentir, tanto en Roger como en Ken, por el sufrimiento de otras personas a las que querían. El crecimiento del apego seguro logrado internamente comenzó para ambos cuando pude ayudarles a identificar su auto-persecución como una forma de auto-protección. Un paciente me gritó una vez con bastante vehemencia: “¡No me permitiré bajo ninguna circunstancia sentir el dolor de mis partes infantiles traumatizadas ni expresar compasión alguna hacia ellas”. “Sí”, le dije, “esa parte de ti te protege ferozmente”. A lo que mi paciente respondió: “Quiero que sepa que siento un gran alivio cuando esa parte protectora de mí es reconocida y apreciada”. Sólo entonces fui capaz de ayudarle a él y a otros pacientes como él a conectar de forma significativa con sus partes heridas y avergonzadas con una compasión sincera. El trabajo terapéutico de llegar a conocer y apreciar el significado y el propósito de todas las partes

del self es lo que alinea a psicología del trauma como Fisher y Schwartz con el trabajo de Philip Bromberg y otros clínicos psicoanalíticos como Elizabeth Howell y Sheldon Itzkowitz (véase Howell & Itzkowitz, 2016).

### Ejemplo clínico

Marco es un compositor de éxito y renombre de unos 50 años; está casado feliz y enamorado, con una mujer profesional muy inteligente y tienen tres hijos pequeños, sanos y felices. Durante su infancia sufrió graves negligencias y abusos, y estuvo solo y sin apoyo de sus padres desde que tenía 15 años. Inicialmente, su madre no pudo criarlo debido a un brote psicótico y, en su lugar, creció con la madre de su padre, que lo adoraba. Durante cinco años, contó con el calor y la protección de su abuela paterna, recibía visitas periódicas de su cariñoso padre y luego volvió a vivir su madre, que se había estabilizado, pero a duras penas. Su madre y la abuela paterna no se llevaban bien, y rara vez volvió a ver a la abuela después de tener que dejarla. La madre de su madre, que vivía en la misma casa, era esquizofrénica y violenta con Marco; su madre estaba ocupada con un novio tras otro. Mientras su padre aún era funcional, Marco podía disfrutar pasando los fines de semana con él, pero para cuando llegó al instituto, su padre había perdido su negocio y se había vuelto cada vez más alcohólico. A los 15 años, Marco vivía solo en un apartamento destartalado y nunca aprendió a cocinar, limpiar o abrir una cuenta bancaria. Lo más doloroso para él era la aguda soledad que sentía, día tras día, hora tras hora. Ninguno de sus padres asistió a un concierto triunfal en el instituto, y él mismo no pudo asistir a su propia graduación porque no tenía dinero para pagar ninguno de los gastos que esta conllevaba. Su primer éxito profesional le llegó a los 30 años, pero hasta entonces vivió a duras penas de trabajos de hostelería, relacionándose con los amigos que podía pero sobre todo solo, sintiéndose muy solo, a menudo bebiendo demasiado.

En el presente, exploramos cómo, a pesar de su impresionante éxito y de su cariñosa familia, seguía encontrándose adormecido, bebiendo solo después de que todo el mundo se fuera a la cama, pasando horas jugando a videojuegos en lugar de trabajando y forzándose por cumplir los plazos después de semanas y meses de procrastinar de manera agonizante. Una salida nocturna con una borrachera especialmente mala, que le obligó a enfrentarse a su mujer, fue lo que le convenció para acudir a terapia. Nos reuníamos una vez a la semana, incluyendo interrupciones durante algunas semanas cuando él estaba fuera de la ciudad, y estábamos en nuestro cuarto año, cuando tuvimos el siguiente intercambio.

Para acercarme más a la soledad de la que hablaba aquel día, le pregunté si podía verse a sí mismo en uno de esos terribles momentos de soledad, y qué imagen se le venía. Se vio a sí mismo a los 19 años, solo en su cama en uno de los horribles apartamentos en los que vivía. La imagen era muy

poderosa y podía sentir agudamente el dolor de su yo más joven. Le pregunté, siguiendo el método IFS (sistemas familiares internos): “¿Qué sientes hacia esa parte?”.

Esta es la pregunta que permite al terapeuta saber si el paciente siente autocompasión o autodesprecio por la parte traumatizada; si existe la capacidad de sentirse cerca de la parte que sufre, o si las partes protectoras mantienen al paciente distante de ésta. La primera respuesta de Marco es “no lo sé”. Se tapa los ojos con la gorra y estira las piernas hasta quedar semi-acostado en la silla. “Le veo. Está triste”. “Claro”, le digo, “y qué sientes por él”. Al principio de nuestro trabajo, Marco se había cerrado sistemáticamente ante la idea de la autocompasión.

Impulsado por la vergüenza, hablaba de querer acabar con esta parte, de la pereza de esta parte, de su egoísmo, incluso de su forma de manipular a los demás para que sintieran lástima. Poco a poco, se había vuelto más suave, menos despectivo, menos avergonzado de esta parte. Hoy dice: “Quiero consolarlo”. “Vale, bien, házselo saber, díselo. ¿Lo entiende?”. Marco responde “sí”. “¿Cómo es eso para él?”, pregunto, y Marco dice: “Está receloso, no está seguro de que le guste o lo quiera”. Le digo a Marco que eso suena como una parte de él que teme lo que sucederá si la parte Solitaria siente su compasión. Le pido a Marco que deje que esa parte temerosa dé un paso atrás y vea si le permite conectar con la parte que está sola. Marco me dice que está conectado y que la parte Sola se siente bien. “Vale, bien, quédate con él. ¿Qué quiere decirte?”. Marco se queda callado. “Dice que ha estado increíblemente solo y que está enfadado”. “Vale, dile que lo entiendes, hazle saber que estás listo para escucharlo todo”. “Dice lo duro que ha sido, que no sabía hacer nada, que a menudo no había electricidad ni calefacción porque no había pagado las facturas, que ni siquiera sabía enviar una carta”. “Vale quédate con él, hazle saber que lo oyes todo, que ahora estás ahí”. Le pregunto a Marco si está en la misma habitación que la parte que está sola, y Marco dice que está en la puerta. Le digo que pregunte si la parte que está sola quiere que entre, que se siente más cerca. “Dice que sí”, responde Marco. “Bien, ¿estás con él ahora?”. Marco dice “Sí, me está contando más cosas de lo mal que lo pasó y se alegra de que esté allí”. “Sí”, le digo, “quédate con él, que sepa que lo estás oyendo todo”. Marco dice: “Ahora estamos haciendo como en *El indomable Will Hunting*, le estoy diciendo que ‘no es culpa tuya, no es culpa tuya’”.

En ese momento nos acercábamos al final de la sesión y le dije a Marco que tendríamos que terminar en unos minutos. Le dije que la parte sola le había hecho saber lo mal que estaba y que había estado a su lado con compasión. Le pregunté si Marco creía que la parte que estaba sola quería algo más, ir a un lugar seguro donde pudiera salir de esa habitación y sentirse mejor. Marco dijo: “Me voy de aquí a un partido de béisbol y me lo voy a llevar conmigo. Le va a gustar de verdad”.

A la semana siguiente, Marco estaba emocionado y había estado esperando para contarme lo que había pasado una noche mientras estaba en la cama intentando conciliar el sueño. Se había estado controlando a lo largo de la semana desde nuestra sesión y no parecía estar pasando gran cosa. Esa noche, despierto en la cama, estaba con su yo de 8 años, con vívidos detalles de tiempo y lugar. Le dijo a su yo de 8 años: "Vale, mira, es una mierda lo que te está pasando. Es una mierda y esa es la realidad. ¿Qué hacemos?". El de 8 años respondió: "¿puedes jugar al Atari conmigo?". Lo hicieron durante un rato, de forma bastante competitiva. Su yo de 8 años recordaba los trucos para ganar que Marco había olvidado. Luego merendaron, montaron en bicicleta, se divertieron mucho y, después de lo que a Marco le pareció al menos una hora, si no más, dijo: "Vale, ahora tengo que irme a dormir". Su yo de 8 años empezó a llorar y dijo, "por favor, no te vayas", y tumbado en la cama, Marco se abrazó a su almohada, su yo de 8 años en ese momento, ambos se estaban abrazando profundamente y ambos sollozaron en silencio durante un rato intentando no despertar a la mujer de Marco. Marco finalmente dijo: "No te preocupes, volveré, saldremos otra vez". Se podría decir que las plegarias del niño de 8 años habían sido escuchadas.

### Discusión

En el trabajo terapéutico en curso, el tipo de experiencia descrita anteriormente suele ir seguida del retorno de viejos hábitos, como el adormecimiento, cuando no la autoalienación total, lo que muchos clínicos denominan latigazo cervical. Al aprender a confiar en el terapeuta, el paciente se abre a la autocompasión y se vuelve más consciente de las garras de la vergüenza. Llegar a estos dos puntos suele llevar bastante tiempo. El tipo de experiencia de confianza y autocompasión descrita anteriormente necesita repetirse lo suficiente para arraigarse, y mientras eso ocurre, los viejos hábitos suelen reaparecer. Con el tiempo, con paciencia y persistencia, el terapeuta ayuda al paciente a reconocer el surgimiento de la vergüenza y a desplegar más fácilmente la curiosidad compasiva como respuesta. Esto ocurre más rápidamente para algunos, parece que nunca para otros, y para la mayoría, sólo después de muchos altibajos. La curiosidad compasiva hace posible que el paciente comprenda y regule el retorno del miedo y la vergüenza que guardan las partes vulnerables, y el retorno de la autocondena que guardan las partes protectoras/perseguidoras. La curiosidad compasiva tiene que volverse al menos tan disponible y habitual como lo ha sido la auto-negación en el pasado. Así es como el paciente se convierte en el conductor, en lugar de ser conducido. Convertirse en un buen conductor significa que gran parte de lo que hacemos correctamente es automático. Pero también significa que sabemos que tenemos que permanecer despiertos y alerta, preparados para ajustarnos a las situaciones y condiciones cambiantes.

En conclusión: No estoy seguro de haber resuelto por mí mismo el rompecabezas que describió Philip Bromberg, para enriquecer lo que hacía con sus conocimientos sobre el tratamiento del trauma sin perder su identidad como psicoanalista. A medida que he presentado mi trabajo en los

últimos años en diferentes lugares psicoanalíticos, a veces he escuchado los comentarios de “pero esto no es psicoanálisis, esto es directivo, de arriba hacia abajo”, y la mejor respuesta que tengo para eso es decir: el psicoanálisis ha evolucionado mucho en los últimos cien años desde Freud, desde la excomunió de Rank, Adler, Jung y Ferenczi; desde las controversias Klein vs. Anna Freud vs. las controversias de la escuela media británica (British middle school); desde la huida de los analistas judíos europeos a América en la Segunda Guerra Mundial y el nuevo rechazo de la teoría del trauma (Kuriloff, 2014); desde la posterior medicalización del psicoanálisis y la estandarización más rígida de la técnica analítica; desde la revolución que comienza con Kohut y va más allá con Steve Mitchell; desde que las feministas Judith Butler, Adrienne Harris y Jessica Benjamin; desde que Blechner y Corbett y la comunidad LGBTQ+ alzaron sus voces; desde que Eng, Moss, White, Leary y muchos otros hombres y mujeres de color aportaron sus contribuciones al psicoanálisis y lo enriquecieron más allá de lo que Freud podría haber imaginado. Espero que los que nos identificamos como psicoanalistas queramos seguir viendo evolucionar el psicoanálisis, verlo continuar en la dirección de estar a la altura de su potencial para proporcionar un crecimiento y un cambio terapéuticos significativos. Si no estamos siempre evolucionando, entonces estamos estancados. Creo que el psicoanálisis tiene mucho que ofrecer a la psicología del trauma y que la psicología del trauma tiene mucho que ofrecer al psicoanálisis, que después de todo, es el lugar de origen del psicoanálisis: el trauma y la disociación. He aquí lo que el propio Freud tenía que decir sobre cómo podría evolucionar el psicoanálisis cuando en el futuro los descubrimientos científicos pudieran ayudar a probar y refutar las teorías psicoanalíticas:

Debemos ser pacientes y esperar nuevos métodos y ocasiones de investigación. Debemos estar dispuestos, también, a abandonar de nuevo un camino que hemos seguido durante un tiempo, si parece que no conduce a buen fin. Sólo los creyentes, que exigen que la ciencia sustituya al catecismo que han abandonado, pueden culpar a un... investigador [científico] por desarrollar o incluso transformar sus puntos de vista. (Freud, 1920, Vol. 18, p. 64)

Nunca sabremos si Freud habría estado dispuesto a modificar o abandonar la teoría pulsional ante los hallazgos de la neurociencia actual sobre el trauma relacional complejo. Los hallazgos neurocientíficos en la investigación del trauma se vienen publicando desde principios de los años 90, y cada vez han sido mejor acogidos por el público: *El cuerpo lleva la cuenta* (Van der Kolk, 2014) se publicó en 36 idiomas y estuvo en la lista de libros más vendidos del New York Times durante 141 semanas consecutivas. Sin embargo, gran parte de la comunidad psicoanalítica aún no parece haber adoptado estos hallazgos neurocientíficos ni haberlos integrado en un enfoque clínico psicoanalítico. Me anima, sin embargo, algo que el difunto Sheldon Bach, una figura importante de la escuela contemporánea de la Psicología del Self, escribió al describir su trabajo con una paciente a la que llamaba Susan (Bach, 2016). Había seguido sus instintos y la había remitido a una extensa evaluación neuropsicológica, que reveló que tenía importantes discapacidades visuales y



psicomotoras que había logrado mantener ocultas toda su vida. Tras esta evaluación, Bach se enteró de lo difícil que le resultaba a Susan, cuando estaba sola, hacer los ejercicios que le habían prescrito, y de que había empezado a perder la esperanza en poder hacerlos en absoluto. Bach la invitó a hacerlos cuando se reunían para sus sesiones, lo que ella agradeció profundamente. Hacer los ejercicios en su presencia la llevó a abrirse a él y revelar información mucho más detallada sobre las condiciones de su educación que habían contribuido a sus dificultades. La disposición de Bach a adoptar este enfoque poco habitual resultó ser un cambio de vida para Susan. Sobre su decisión de utilizar el análisis de este modo, Bach simplemente dijo, parafraseando un viejo chiste sobre cirujanos:

... Había decidido arriesgarme a cualquier problema de transferencia que pudiera crear mi inusual actividad; no quería que ella tuviera otro análisis en el que se respetara el protocolo pero la paciente muriera. (p. 231)

Cuando nuestra compasión ayuda a despertar la autocompasión de nuestros pacientes, la vergüenza puede curarse, y no sólo nuestros pacientes consiguen tener más vitalidad, sino también nosotros.

## REFERENCIAS

- Bach, S. (2016). *Chimeras and other writings: Selected papers of Sheldon Bach*. International Psychoanalytic Books.
- Benjamin, J. (2009). A relational psychoanalysis perspective on the necessity of acknowledging failure in order to restore the facilitating and containing features of the intersubjective relationship (the shared third). *International Journal of Psychoanalysis*, 90(3), 441–450.
- Benjamin, J. (2017). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge.
- Brandchaft, B. (1993). Chapter 16. To free the spirit from its cell. In *Progress in self-psychology* (Vol. 9, pp. 209–230). <https://doi.org/10.4324/9780203778951>
- Bromberg, P. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Analytic Press.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Routledge.
- Bromberg, P. (2011). *The shadow of the Tsunami: And the growth of the relational mind*. Routledge.
- Buechler, S. (2008). *Making a difference in patients' lives: Emotional experience in the therapeutic setting*. Routledge.

- Chefetz, R. (2015). *Intensive psychotherapy for persistent dissociative processes: The fear of feeling real*. W. W. Norton.
- Chefetz, R. A., & Bromberg, P. M. (2004). Talking with "me" and "not-me": A dialogue. *Contemporary Psychoanalysis*, 40(3), 409–464. <https://doi.org/10.1080/00107530.2004.10745840>
- Craparo, G., Ortu, F., & van der Hart, O. (2019). *Rediscovering Pierre Janet: Trauma, dissociation, and a new context for psychoanalysis*. Routledge.
- Davies, J. M. (2020). The forgiver and the forgiven: A discussion of "an analyst has a birthday – Can forgiveness heal?" *Psychoanalytic Dialogues*, 30(1), 32–38. <https://doi.org/10.1080/10481885.2019.1702379>
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge.
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. *Standard Edition, Vol. 18*, pp. 1–64. Hogarth.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Hill, D. (2015). *Affect regulation theory: A clinical model*. W. W. Norton.
- Howell, E. (2005). *The dissociative mind*. Routledge.
- Howell, E. (2020). *Trauma and dissociation informed psychotherapy: Relational healing and the therapeutic connection*. W. W. Norton & Co., Inc.
- Howell, E. F., & Itzkowitz, S. (Eds.). (2016). *The dissociative mind in psychoanalysis: Understanding and working with trauma*. Routledge.
- Kalsched, D. (1996). *The inner world of trauma*. Routledge.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure*. University of Chicago Press.
- Kuriloff, E. A. (2014). *Contemporary psychoanalysis and the legacy of the Third Reich: History, memory, tradition*. Routledge.
- Lansky, M. R., & Morrison, A. P. (1997). *The widening scope of shame*. The Analytic Press.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.
- Loewald, H. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 16.
- Mitchell, S. (2000). You've got to suffer if you want to sing the blues: Psychoanalytic reflections on guilt and self-pity. *Psychoanalytic Dialogues*, 10(5), 713–733. <https://doi.org/10.1080/10481881009348578>
- Morrison, A. (1989). *Shame*. The Analytic Press.

- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and pride*. W.W. Norton.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment*. W. W. Norton.
- Orange, D. (2008). Whose shame is it anyway? Lifeworlds of humiliation and systems of restoration. *Contemporary Psychoanalysis*, 44(1), 83–1000. <https://doi.org/10.1080/00107530.2008.10745952>
- Roisman, G. L., Padrón, E., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2002). Earned-secure attachment status in retrospect and prospect. *Child Development*, 73(4), 1204–1219. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00467>
- Schwartz, R. (1997). *Internal family systems therapy*. Guilford.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy*. Guilford.
- Shaw, D. (2014). *Traumatic narcissism: Relational systems of subjugation*. Routledge.
- Shaw, D. (2021). *Traumatic narcissism and recovery: Leaving the prison of shame and fear*. Routledge.
- Shaw, D. (2022). Learning and growing in the analytic dyad: Discussion of “Shame and punishment: The case of Angie” by Joye Weisel-Barth. *Psychoanalysis, Self, and Context*, 17(1), 86–92. <https://doi.org/10.1080/24720038.2021.1979557>
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain mind and body in the healing of trauma*. Viking.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality: D.W. Winnicott*. Tavistock.
- Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Johns Hopkins University.

Original recibido con fecha:

Revisado:

Aceptado: 30/9/2024