

11239
Lej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL TRABAJO
PSICOTERAPEUTICO CON PACIENTES CON
TRASTORNO POR ESTRES POSTRAUMATICO**

INSTITUTO MEXICANO DE
PSICOANALISIS, A. C.
ODONTOLOGIA Y
COPILCO UNIVERSIDAD

TESINA
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
POSGRADO EN PSICOANALISIS

PRESENTA:
ELKE KORT

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A mis hijos
Antonio y Elke
con mucho afecto**

Indice

Indice general	i
1 Introducción	1
1.1 Problema	3
1.2 Definición de términos	3
2 Revisión de la literatura	
Introducción	7
2.1 La contratransferencia en la teoría y en la técnica psicoanalíticas	7
2.1.1 El concepto original de Sigmund Freud	7
2.2 Concepto amplio de la contratransferencia	9
2.2.1 Melanie Klein y la posición clásica	9
2.2.2 Escuelas con enfoque interaccional	11
2.2.3 La escuela humanística	11
2.2.4 El tratamiento de patología severa	14
2.3 Criterio diagnóstico del trastorno por estrés postraumático	19
Introducción	19
2.3.1 El concepto freudiano (1895-1939)	21
2.3.2 Del DSM-I al DSM-IV (1952 - 1994)	25

3 Contratransferencia y estrés postraumático

Introducción	31
3.1 Conceptualización de la contratransferencia	35
3.1.1 Concepto amplio	35
3.1.2 Determinantes	37
3.1.3 Tipo de reacción	42
3.1.4 Estilo de reacción contratransferencial	45
3.2 Viñeta clínica	49
4 Conclusiones	57
Bibliografía	61

1 Introducción

Este trabajo es resultado del estudio y de la práctica de la psicoterapia y del psicoanálisis, tanto en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, como en la Clínica del Instituto Mexicano de Psicoanálisis, ambos pertenecen a la UNAM. En estos centros de atención psicoterapéutica he trabajado con pacientes con síndrome de estrés post-traumático. Considero a este trabajo tanto una continuación de mi investigación inicial en el campo del estudio del estrés posttraumático, tesis doctoral 1990, sobre el tema de las secuelas emocionales a largo plazo en víctimas de violación, como parte del compromiso con el trabajo terapéutico.

En la literatura psicoanalítica especializada se publica e intercambia información cada vez más precisa y cuidadosa entre analistas y psicoterapeutas acerca de la terapia posttraumática desde el lugar del terapeuta y la importancia de la contratransferencia como herramienta terapéutica. Se comunica la experiencia del analista al trabajar con personas severamente y objetivamente traumatizadas. Hay como interés fundamental y común lograr evitar que las reacciones afectivas influyen sobre el estilo de actuar, resultando en desgaste y distorsión del rol profesional o fracaso en la recuperación del que busca ayuda.

En este trabajo presento la historia de la evolución del concepto contratransferencia, con énfasis en su relación con la técnica psicoanalítica.

Durante los últimos cincuenta años se ha ampliada la idea original de Freud. Para él la contratransferencia era una interferencia inconsciente en la habilidad del analista para entender a los pacientes. Actualmente, algunas posturas teóricas incluyen prácticamente todas las reacciones emocionales del analista.

El desarrollo de las hipótesis estructurales, y el impacto de escuelas como la kleiniana, la interpersonal o la humanística, han sido los gene-

radores de la evolución del concepto freudiano. Sus enfoques aportan una manera nueva y vigorosa para entender las reacciones emocionales del analista ante sus pacientes.

Otro factor de cambio ha sido el aceptar que es posible emplear la técnica psicoanalítica para el tratamiento de pacientes con patología límite, trastornos narcisistas y psicóticos. La segunda parte contiene la revisión documental acerca de la evolución del criterio diagnóstico para establecer el "trastorno por estrés postraumático" a partir del concepto freudiano.

A nivel mundial, tanto médicos como psicólogos e incluso abogados se interesan cada vez más en el tópico. No es de extrañarse si se observan retrospectivamente algunos de los eventos mayores del siglo XX: Dos guerras mundiales; la bomba atómica de Hiroshima; guerras coloniales, fratricidas y nacionalistas; invasiones; violencia civil; genocidio masivo; calamidades por fenómenos naturales; violencia doméstica; abusos contra mujeres, niños y minorías; desastres tecnológicos y daño a la ecología; proliferación de enfermedades hasta ahora desconocidas como el SIDA y otras formas de estrés catastrófico.

En la tercera parte presento un modelo de conceptualización de la contratransferencia elaborado para la práctica de la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis de pacientes con trastorno postraumático. Me baso en lo publicado por los analistas Wilson, J.P. y Lindy, J.D. en 1994. A manera de ilustración incluyo algunas de mis vivencias contratransferenciales durante mi trabajo clínico con pacientes violadas.

Para finalizar y empezar, justifico este trabajo intelectual y creativo, como un esfuerzo personal para compartir y elaborar el impacto contratransferencial en el quehacer clínico con pacientes con estrés postraumático.

1.1 Problema

Este trabajo de investigación documental abarca dos aspectos, uno la revisión del concepto de contratransferencia a través de las aportaciones de diferentes escuelas o grupos psicoanalíticos contemporáneos y el segundo, un intento para ilustrar mediante viñetas clínicas algunos de estos aspectos contratransferenciales vividos por la autora en la práctica psicoterapéutica con pacientes con trastorno por estrés postraumático.

1.2 Definición de términos

Tal como sucede con diversos conceptos en psicoanálisis, el de la contratransferencia ha evolucionado y su importancia y profundidad han cambiado a través del proceso de desarrollo de la teoría, la técnica y la práctica clínica del psicoanálisis:

Significado de la palabra contratransferencia

La palabra alemana *Gegenübertragung*, traducida al castellano y al inglés como contratransferencia y countertransference respectivamente, contiene el prefijo *gegen*, mismo que significa tanto opuesto como paralelo. Según Sandler (1993) en este sentido dual del *gegen* se apoyan los dos conceptos de contratransferencia: el restringido y el amplio. El primero sólo toma en cuenta el significado de opuesto o en contra de, mientras que el segundo los incluye a ambos, opuesto y paralelo y los maneja como complementarios.

Concepto restringido de contratransferencia

De acuerdo como lo utilizó Freud en 1910, la contratransferencia es un obstáculo técnico que resulta de la incapacidad del analista para abordar ciertos aspectos de las comunicaciones o de la conducta de su paciente

debido a que inciden en su problemática personal (figura 1). Según Etchegoyen (1986), al hablar de contratransferencia en este contexto se apunta que el analizado tiene su transferencia y el analista la suya. De esta forma bajo contratransferencia se debe entender un movimiento que fluye en el analista en respuesta a la presencia del analizado.

Concepto amplio de contratransferencia

Este contiene lo opuesto y paralelo implícito en el *gegen* del alemán. Con este sentido se establece un balance, un contrapunto, que surge al comprender que la reacción de uno no es independiente de lo que viene del otro (Etchegoyen, 1986). Cuando en 1950 Paula Heiman señaló que los pensamientos y sentimientos contratransferenciales de los analistas podrían resultar positivos, comenzó un cambio fundamental para la teoría y técnica psicoanalítica. Y de ser considerada un obstáculo para la labor analítica, la contratransferencia se empezó a apreciar y aprovechar como "... instrumento para investigar el inconsciente del paciente...".

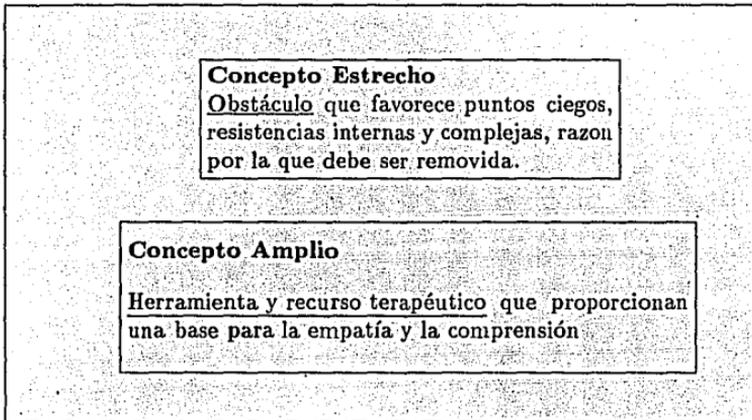


Figura 1 Conceptos de contratransferencia

Trastorno por estrés posttraumático

Conforme al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R, 1988) "la sintomatología esencial de este trastorno consiste en la aparición de síntomas característicos después de un acontecimiento psicológicamente desagradable, que se encuentra fuera del marco normal de la experiencia habitual... El agente estresante productor de este síndrome es marcadamente angustiante para casi todo el mundo y, por lo general, se experimenta con intenso miedo, terror y sensación de desesperanza. Los síntomas característicos suponen la reexperimentación del acontecimiento traumático. El diagnóstico no debe efectuarse si la alteración dura menos de un mes".

En el DSM-III-R se hace referencia específicamente a la violación, enlistándola entre "los traumas que significan una grave amenaza para

la vida o la integridad". Se establece "que el trastorno se puede presentar a cualquier edad, incluso durante la infancia, las consecuencias pueden ser leves o graves y afectar prácticamente todos los aspectos de la vida".

2 Revisión de la literatura

Introducción

Esta revisión documental histórica comienza con los escritos de S. Freud (1910), continua con las aportaciones y las discusiones surgidas en diferentes escuelas psicoanalíticas y termina con artículos actuales aparecidos hasta 1994 en la literatura psicoanalítica especializada, destacando el trabajo presentado por A. Grey en el International Erich Fromm Symposium in Washington, D.C. en mayo de 1994.

En 1960, H. Racker escribe: "... la contratransferencia como objeto de investigación tiene una historia bastante diferente de los demás tópicos. Durante casi 40 años, desde que S. Freud menciona por primera vez la contratransferencia, se había escrito muy poco sobre este tema, por lo que resulta difícil comparar al respecto la técnica clásica con las técnicas actuales... ". Se puede decir que S. Freud no elabora una teoría de la contratransferencia. S. Freud señala la existencia de la contratransferencia y la necesidad de removerla ya que constituye un obstáculo para el quehacer terapéutico.

Se observan diferentes fases en el desarrollo del concepto. S. Freud inicia y termina la primera fase. Hasta mediados del siglo la contratransferencia se vuelve objeto de estudio sistemático con diversas líneas de pensamiento.

2.1 La contratransferencia en la teoría y en la técnica psicoanalíticas

2.1.1 El concepto original de Sigmund Freud

El ponente inaugural del II Congreso Psicoanalítico Internacional en

marzo de 1910 fue S. Freud con su trabajo *Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica*. Allí introduce el término *Gegenübertragung*, y que pasó al castellano como contratransferencia.

Aunque no sólo en ese trabajo sino también en los posteriores, S. Freud escribió poco sobre la contratransferencia, en la primera parte de aquella exposición inaugural, Freud sólo mencionó haberle llamado la atención el fenómeno de la contratransferencia y que lo consideraba una innovación para la técnica psicoanalítica. Freud calificó a la contratransferencia como un obstáculo al que se debería conocer, dominar y remover. Para él, "... la contratransferencia es el resultado de la influencia que ejerce el paciente sobre los sentimientos inconscientes del médico", señalando que "... ningún analista puede ir más allá de sus puntos ciegos, sus propios complejos y resistencias internas...".

De esta manera, S. Freud consideró que la contratransferencia era un obstáculo para la libertad del analista en su labor por comprender al paciente. S. Freud (1913) describió la mente del analista como un instrumento y la contratransferencia impedía que éste operara con eficacia en la situación analítica. No dio el paso (que sí dio respecto a la transferencia) para considerar a la contratransferencia también como una herramienta más para el analista.

En 1915, en su artículo acerca del *Amor de transferencia*, volvió a señalar a la contratransferencia como un fenómeno indeseable para el analista.

En resumen, al comenzar la historia del psicoanálisis se aceptó de manera unánime que la contratransferencia se usara en la misma forma que S. Freud la había manejado, esto es limitándola para entender los conflictos y los problemas no resueltos que surgen durante el análisis como consecuencia de la labor del analista y que perturban su eficacia.

Además de señalar a la contratransferencia como un obstáculo, S. Freud también propuso cómo tratar de resolver esta dificultad. Para él, este fenómeno exige de cada psicoanalista someterse a un autoanálisis

permanente, cada vez más profundo. Posteriormente propuso substituir el autoanálisis por el análisis didáctico a fin de comprender y superar las deficiencias psicológicas generadas por sus conflictos inconscientes (1912). En conclusión, S. Freud recalcó que si el analista no lograba llevar a cabo su propio análisis, no tendría la capacidad para tratar pacientes analíticamente.

2.2 Revisión del concepto amplio de la contratransferencia

2.2.1 Los seguidores de Melanie Klein y la posición clásica

Durante los años cincuenta, primero en Europa y luego en América del Sur, los seguidores de Melanie Klein y de la escuela psicoanalítica británica, empezaron con la revisión del concepto de la contratransferencia.

El primer trabajo apareció en 1950, lo publicó Paula Heimann en Londres y lo llamó: "On counter-transference". Según Heimann, la contratransferencia abarca todos los sentimientos que el analista experimenta hacia el paciente. Sin embargo, el analista debe "retener esos sentimientos que se suscitan en él y no descargarlos (como lo hace el paciente), con objeto de subordinarlos a la tarea analítica, en la cual él funciona como reflejo especular para el paciente".

La premisa fundamental de Paula Heimann es que "el inconsciente del analista comprende al inconsciente del paciente. Este rapport en el plano profundo sale a la superficie en forma de sentimientos que el analista advierte en él como reacción ante el paciente, en su contratransferencia. Afirma que el analista debe apelar a esta reacción emocional como clave para la comprensión del paciente. De este modo, el percatarse de sus propias reacciones le abre un camino adicional de intelección sobre

los procesos psíquicos, inconscientes, del paciente”.

Esta ampliación del concepto de contratransferencia se asemeja al cambio que sobrevino en los puntos de vista de S. Freud acerca de la transferencia (Sandler, 1993), considerada primero un impedimento, pero luego una ventaja para la terapia.

A partir de la publicación de Paula Heimann, en la literatura psicoanalítica sobre contratransferencia se advierten dos posturas: una, la clásica, con una definición menos estrecha que la de S. Freud, defendida entre otros por Reich (1951) y Fliess (1953); la otra propone un concepto mucho más amplio, manejado por los seguidores de Melanie Klein, como Paula Heimann (1950), Little (1951) Racker (1955) y los americanos Tower (1956) y Gitelson (1952).

Reich (1951) y Fliess (1953) argumentan desde una posición clásica. Fliess escribe: "La contratransferencia, que es siempre una resistencia, debe ser analizada". Reich dice: "... la contratransferencia implica los efectos que las necesidades y los conflictos inconscientes del analista ejercen sobre su comprensión o su técnica. En tales casos el paciente representa para él un objeto del pasado sobre el cual se proyectan antiguos sentimientos y deseos..., ésta es la contratransferencia en el sentido apropiado del término".

Según Etchegoyen (1986), en Buenos Aires H. Racker trabaja sobre la misma tónica de Paula Heimann y en 1955 publica su trabajo teórico "Aportación al problema de la contratransferencia". Ambos autores coinciden; amplían el concepto y no sólo conciben la contratransferencia como un peligro, sino como otro recurso del analista para estructurar el proceso analítico.

Racker liga la contratransferencia con el concepto kleiniano de identificación proyectiva y postula que la contratransferencia del analista es una respuesta frente a las identificaciones proyectivas del paciente. Entonces, él diferencia dos patrones de contratransferencia, esto es, la identificación concordante y la complementaria en el analista, a resul-

tas de las proyecciones del paciente. La contratransferencia concordante sucede cuando el terapeuta se identifica con el principal estado afectivo del paciente y con la representación fantaseada que el paciente tiene de sí mismo en ese momento. La complementaria se da cuando el terapeuta se identifica con la persona significativa del paciente o con la representación del objeto en la fantasía transferencial del paciente (Sandler, 1993).

2.2.2 Escuelas psicoanalíticas con enfoque interaccional

Los kleinianos no sólo pretenden poner en tela de juicio este aspecto teórico, sino que propician la emergencia de posturas que superan las diferencias doctrinales estrechas. Surgen entonces giros nuevos que, agrupados bajo el rubro general interaccional, abarcan orientaciones psicoanalíticas que van desde las escuelas interpersonales hasta las teorías de relaciones objetales, de la psicología del self y otros enfoques de desarrollo. Estos enfoques modifican la teoría y la técnica psicoanalíticas en el sentido que enfatizan un estilo analítico más participativo, más interactivo y contemplan el papel del analista como un objeto nuevo que promueve activamente tanto el crecimiento como el desarrollo de sus pacientes.

En los USA, apunta Abend (1989), entre los que propusieron una nueva y vigorosa manera de pensar acerca de las reacciones emocionales del terapeuta ante sus pacientes, se encuentran Harry Stack Sullivan y los integrantes de las escuelas de psicoanálisis interpersonal y humanístico posteriores a él.

2.2.3 La escuela humanística

Por cuanto a la revisión de la práctica psicoanalítica realizada por integrantes de la escuela humanística, se comentan dos trabajos muy recientes de Alan Grey.

En mayo de 1994 este autor presentó su trabajo intitulado: *Countertransference redefined: Some clinical contributions of Fromm* en el International Erich Fromm Symposium en Washington, D.C.. Su fuente de información y referencia es la entrevista de E. Fromm con Evans, R.I. en 1966. En su ponencia Grey plantea que E. Fromm creó un nuevo enfoque terapéutico, a partir del pensamiento humanístico. Sin embargo, desde el principio de su presentación, el autor insiste en que como para conocer de las innovaciones clínicas formuladas por Fromm, habitualmente se recurre a fuentes secundaria tales como los apuntes de colegas, los de analistas en supervisión y similares, resulta que cuando terapeutas actuales siguen trabajando en la misma línea, no logran identificar en qué medida Fromm se aparta de la metapsicología ortodoxa.

Eso mismo ocurre con el trabajo clínico que Fromm realizara en México, tal como lo comentara Narvaez en 1981: "... Muchos de los conceptos que a continuación expondré, no se encuentran consignados en las obras de Fromm. Son enseñanzas impartidas a lo largo de numerosos seminarios clínicos, pero en particular en una serie de lecciones que sobre técnica psicoanalítica dictó en Cuernavaca en 1968 y que nunca fueron ni publicadas ni tampoco corregidas por el propio doctor Fromm...".

Más según Grey, aunque secundarias, esas fuentes sí son un testimonio indicativo de cómo Fromm se permitió un acercamiento fresco al repertorio psicoanalítico, a pesar de mantener la terminología ortodoxa.

En su trabajo, Grey también presenta la redefinición planteada por Fromm acerca de conceptos tales como inconsciente, carácter y contratransferencia. Al ser interrogado por Evans (1966) sobre si para él la contratransferencia significa lo mismo que para Freud, la respuesta de Fromm fue: "Ciertamente"

Pero para Grey, la pregunta resulta desafortunadamente ambigua, pues según él no especifica si también contempla la idea de eliminar la contratransferencia como obstáculo para el trabajo analítico manejado por Freud. Según Grey, Evans pudo haberse referido a los pocos momen-

tos en los que Freud (1913) hablaba de las reacciones inconscientes del analista como: "Instrumento para interpretar el lenguaje inconsciente de otra gente". Aquí se refleja la ambigüedad entre los teóricos: Para algunos los mensajes subjetivos son riesgos y por eso deben ser evitados, mientras para otros son terapéuticamente útiles.

Fromm utiliza la "emancipación de la intuición del analista para fines terapéuticos". A guisa de ejemplo se transcriben frases de su entrevista con Evans:

"Ahora le escucho y mis respuestas son las de un instrumento adiestrado... Le comunicaré lo que oigo, a veces será bastante diferente de lo que usted me cuenta o intenta contarme. Después me contará qué es lo que siente acerca de mi interpretación... Libremente nos movemos en esta dirección. No pretendo que lo que oigo sea necesariamente correcto, sin embargo, merece prestarle atención, porque de hecho sus palabras son las que me producen esta reacción...".

Grey considera que en este punto Fromm supera el modelo de la neutralidad del terapeuta vigente antes de él. Sin embargo, para proceder de esta manera se requiere que cada analista reconozca en el proceso analítico el intento de poner de manifiesto tanto la fuerza como las limitaciones en el comprender, así como pueda juzgar el propio sistema de valores, bajo la premisa humanística: No hay nada humano que nos sea ajeno.

De este modo y, en tanto el analista sea capaz de reseñar internamente sus experiencias ante el comunicado del paciente, explícita o implícitamente se forma un eco dentro de sí mismo y esto le permitirá saber de qué está hablando el paciente y podrá regresarle lo que realmente está diciendo.

Resumiendo con Grey, aquí Fromm da un paso más allá del enfoque terapéutico prevaleciente en su tiempo y propone una comunicación que no sólo da el mensaje sino constituye una pauta. Fromm lo llama "la autenticidad en las relaciones humanas".

Desde ese punto de vista resulta que, como ningún analista puede pretender infalibilidad, pero tampoco puede evitar revelar el avalúo sincero en relación a determinados eventos, la neutralidad sería el problema contratransferencial.

Fromm dice: Es fundamental que el analista no le tenga miedo a su propio inconsciente, así no sentirá miedo o perturbación al abrir el inconsciente del paciente (Evans, 1966). Teniendo la autenticidad como Leitmotiv, la comprensión de la contratransferencia se vuelve radicalmente diferente. Y Fromm enfatiza que: "cualquier contacto entre dos seres humanos afecta a ambos" (Grey, 1993).

2.2.4 La contratransferencia en el tratamiento de patología severa

Presentaré un breve resumen de las aportaciones teóricas de algunos autores en las que se basa el modelo de conceptualización de la contratransferencia para el trabajo con pacientes con trastorno por estrés postraumático.

El manejo clínico de individuos con trastornos narcisísticos severos, de personalidad límite o de pacientes psicóticos, ha sido un campo importante para la revisión del concepto contratransferencial; entre los más destacados autores citan a Winnicott, D.W. (1949), Kohut, H. (1971, 1977, 1984) y Kernberg, O. (1979, 1984, 1989).

Winnicott, D.W.

En orden cronológico, el primer y más importante trabajo lo publica en 1949, intitulado *Hate in the counter-transference*. En un resumen sobre las aportaciones de Winnicott, Etchegoyen (1986) destaca la importancia de Winnicott por este aporte original, para el tratamiento psicoterapéutico de pacientes psicóticos y psicópatas.

Etchegoyen señala que Winnicott no se refiere estrictamente a la contratransferencia como instrumento técnico, sino indica, que ciertos

sentimientos reales, como el odio, pueden aparecer en el terapeuta. Es el primero en presentar un concepto original, muy amplio de la contratransferencia. Los tres fenómenos que siguen siendo fundamentales en las discusiones teóricas de hoy en día son:

- La contratransferencia anormal, indicativa de que el analista necesita analizarla.
- Sentimientos contratransferenciales que se relacionan con la experiencia y el desarrollo personal del analista.
- La reacción objetiva y racional que se da en forma de amor y odio del analista como respuesta a la personalidad y al comportamiento del paciente.

Winnicott (1949) sostiene que "... el analista debe estar plenamente consciente de su contratransferencia y debe ser capaz de diferenciar y estudiar de manera objetiva sus reacciones frente al analizado", y enfatiza "que sobre el terapeuta pesan siempre demandas emocionales difíciles con pacientes muy enfermos".

Kohut, Heinz

En la obra de Kohut (1971, 1976) el tema principal es el estudio del narcisismo patológico y su análisis. Propone como deberían analizarse los pacientes con patología narcisista y ofrece una técnica para ello.

Su pensamiento sobre la contratransferencia está vinculado a la psicología del sí-mismo. Kohut señala en su obra (1971) la estimulación de sentimientos primitivos grandiosos en la contratransferencia a raíz de la transferencia idealizada del paciente.

En la técnica analítica de la psicología del sí-mismo de Kohut tiene un cometido esencial la empatía del analista, entendida como la manera de comprender el estado interno del paciente.

El modelo que presentaré más adelante, se refiere al concepto de empatía planteado por Kohut. Pienso, como lo hacen los autores del modelo, que en gran medida las situaciones o los peligros contratransferenciales surgen por una disminución en la capacidad empática del terapeuta, debido a la tensión que produce el trabajo con personas severamente traumatizada.

En 1984, Kohut en su libro *Cómo curar el análisis?* discute el concepto de neutralidad técnica en la situación clínica y los aspectos contratransferenciales. Para él, la gran dificultad existe en que el propio terapeuta sea el instrumento para la observación, depende de él qué y cómo percibe. Señala a la contratransferencia como distorsión de la percepción. Hay tendencias arraigadas o prejuicios que ejercen una influencia decisiva sobre qué se puede percibir, y considerar importante y, finalmente, cómo se interpretan estos datos. Todos estos aspectos, son para Kohut situaciones contratransferenciales y requieren de un cuidadoso autoanálisis.

Kernberg, Otto

En la obra de Kernberg, O. se encuentra el análisis sistemático de los desórdenes fronterizos (borderline), su psicopatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento a la luz de la psicología del yo y de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales (1979; 1984).

El concepto de contratransferencia ocupa un lugar central en el trabajo de Kernberg, desarrollado para guiar y superar las dificultades terapéuticas. Su más reciente obra al respecto es *Psicoterapia psicodinámica del paciente límite*, (1989).

El autor plantea que "... la contratransferencia se transforma en un importante instrumento diagnóstico, que informa acerca del grado de regresión del paciente, de la actitud emocional de éste respecto del terapeuta y de las modificaciones de esta actitud. Cuanto mas intensa y precoz es la respuesta emocional del analista ante el paciente, mayor es

el peligro que representa para su neutralidad, y cuanto mas fluctuante, caótica y rápidamente cambiante es aquella reacción, mas motivos hay para pensar que el terapeuta esta en presencia de un paciente gravemente regresivo... ”

El autor puntualiza que hay una diferencia marcada para el analista entre tratar pacientes limítrofes o muy regresivos, y pacientes con neurosis sintomática o con desorden caracterológico. Al tratar pacientes limítrofes o muy regresivos, el analista puede percibir desde el inicio de la terapia reacciones emocionales intensas, como respuesta a la caótica transferencia del paciente en el aquí y ahora del encuadre terapéutico.

Citando de nuevo literalmente a Kernberg, O. (1979), "... si planteamos una hipotética situación en la que varios terapeutas razonablemente bien equilibrados tratan a un mismo paciente muy regresivo y desorganizado, sus respectivas respuestas contratransferenciales serán mas o menos similares, y reflejarán predominantemente problemas del paciente, más que cualquier conflicto específico del pasado de cada uno de ellos ...”

El enfoque que da Kernberg, O. (1989) a la contratransferencia, como herramienta terapéutica en el trabajo con pacientes limítrofes, es básicamente el mismo que se utiliza para conceptualizar la contratransferencia con pacientes con estrés postraumático.

También las personas traumatizadas presentan sobretodo estados de regresión y desorganización severos que invaden al terapeuta desde el inicio del tratamiento.

Kernberg, O. y cols (1989) dividen las reacciones contratransferenciales neuróticas y realistas de la siguiente manera:

REACCIONES NEUROTICAS: Actitudes, fantasías, sentimientos y conductas que se originan en los conflictos no resueltos del terapeuta. Estas constituyen las verdaderas reacciones neuróticas contratransferenciales, subdivididas en:

1. **Reacciones a la transferencia.** Contratransferencia que es contra la transferencia del paciente. Por ej.: la transferencia del paciente es de desamparo y ve al terapeuta como rescataador. El terapeuta, debido a conflictos no resueltos sobre el desamparo, comienza a dirigirle la vida, toma decisiones por él o se enoja con el paciente.
2. **Reacciones al paciente.** La contratransferencia puede tener que ver con la transferencia del terapeuta hacia el paciente como un todo. Por ej.: el terapeuta trata al paciente como a un hermano menor, lo derrota competitivamente, etc.
3. **Reacciones al proceso del tratamiento.** La contratransferencia puede estar dirigida no al paciente sino al hecho de tratar al paciente, es decir, al proceso. Este tipo de contratransferencia tiende a manifestarse en forma similar con todos los pacientes. Por ej., un terapeuta puede utilizar el proceso del tratamiento para sus necesidades masoquistas, voyeristas o sádicas.

REACCIONES REALISTAS: Respuestas al paciente en la sesión. Las actitudes, fantasías, sentimientos y conductas del terapeuta pueden constituir una respuesta realista a las del paciente; es decir, a los aspectos intensos y regresivos de la transferencia. Las reacciones emocionales intensas del terapeuta al paciente limítrofe surgen de cualquiera de estas fuentes:

1. En la sesión, por ej., el terapeuta está molesto con un paciente que siempre tira la ceniza fuera del cenicero.
2. Fuera de la sesión, un paciente invade la vida del terapeuta, por ej., telefona a su casa a deshoras, busca encuentros casuales en los lugares que frecuenta el terapeuta, etc.
3. El terapeuta se desespera, porque el paciente parece hacer

todo lo posible para que peligre la continuidad del tratamiento. Por ej. no hace lo necesario para conservar un trabajo que permita un ingreso suficiente para pagar sus sesiones.

Reacciones realistas a sucesos en la vida del paciente. Por ej., respuestas afectivas evocadas por la muerte del padre del paciente.

Respuestas a eventos en la vida del terapeuta. Por ej., el terapeuta que está despidiendo a un hijo que se va a mudar a otro país, puede tener dificultades para escuchar a un paciente que habla de separaciones.

Para terminar la presentación de los aspectos contratransferenciales en el trabajo con pacientes limítrofes de Kernberg, O. vale insistir, como dice el autor en su obra *Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico* (1975), que la comprensión del analista acerca del significado de su reacción contratransferencial no es en si misma una ayuda para el paciente. Esta se hace efectiva cuando el analista utiliza en sus interpretaciones transferenciales la información que aquella le proporciona. Cuando toma las medidas necesarias para proteger al paciente y a si mismo contra situaciones terapéuticas realmente imposibles de manejar. La relación que establece con el paciente ofrece pruebas de su disposición y capacidad para acompañarlo en la incursión a su pasado, sin perder de vista el presente.

2.3 La evolución del criterio diagnóstico para establecer el trastorno por estrés postraumático

Introducción

El criterio diagnóstico para el trastorno por estrés postraumático parte

de los primeros escritos freudianos y evoluciona hasta llegar a la definición actual, contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

A manera introductoria, es importante mencionar que en 1889, el francés Pierre Janet publicó el libro *L'automatisme psychologique*, donde explora los procesos psicológicos que transforman la experiencia traumática en psicopatología. El estudio de los eventos traumáticos en la génesis de la psicopatología tuvo un lugar central durante el siglo XIX, culminando en la Salpêtrière con el trabajo de Charcot y Janet. Tanto para Janet como poco después para Freud, la influencia del trauma psicológico sobre la psique constituye la base para sus teorías sobre la naturaleza y el tratamiento de la psicopatología.

Aunque Janet nunca delineó un síndrome de estrés postraumático en sí, sus observaciones sobre los efectos del trauma son paralelas a las descripciones contemporáneas del trastorno por estrés postraumático, como lo señala Brett, cuyo artículo de 1988 es la fuente de información para esta revisión.

De hecho, el psicoanálisis tuvo sus orígenes en el estudio del trauma psicológico. Freud, después de su estancia en la Clínica de Charcot, se familiarizó con el trabajo inicial de Janet. Para Freud, la psicopatología se origina debido a la huella interna de una experiencia traumática, la cual se escinde como un cuerpo extraño. Freud se basó en el paradigma post-traumático para explicar la neurosis haciendo énfasis en factores y eventos externos que causan tensión y estrés en las personas. Después, cambió su enfoque señalando a las fantasías intrapsíquicas como el camino para llegar a las memorias traumáticas.

El interés en los efectos del trauma psicológico como tema central de estudio cesó y se relegó a investigaciones sobre neurosis de guerra y las secuelas psicológicas del holocausto.

Es hasta los años setenta cuando a nivel mundial, tanto médicos como psicólogos e incluso abogados se interesan cada vez más en los

síndromes de estrés traumático. No es de extrañarse si se observan retrospectivamente algunos de los eventos mayores del siglo XX:

Dos guerras mundiales; la bomba atómica de Hiroshima; guerras coloniales, fratricidas y nacionalistas; invasiones; violencia civil; genocidio masivo; calamidades por fenómenos naturales; violencia doméstica; abusos contra mujeres, niños y minorías; desastres tecnológicos y daño a la ecología; proliferación de enfermedades hasta ahora desconocidas como el SIDA y otras formas de estrés catastrófico.

Debido a que una gran cantidad de personas de nuestro planeta han sido y son expuestas a estas experiencias, los científicos se han dedicado al estudio del trauma. El interés de los investigadores abarca la exploración del impacto del trauma, el descubrimiento de los procesos psicobiológicos complejos que determinan las respuestas y la aparición de síntomas y otros aspectos, como el manejo y la adaptación después de un acontecimiento traumático.

Para lograr esto, como señala Wilson, J.P. (1994) los científicos de las neurociencias, la psicología experimental, la psicología y psiquiatría clínica, la sociología, el derecho se han encontrado en este campo de estudio. Además existen a nivel mundial sociedades nacionales e internacionales para el estudio del estrés traumático. Este autor, Wilson, J.P. pertenece al grupo de trabajo para la revisión del DSM-III y participó en el subcomité sobre trastorno por estrés postraumático.

2.3.1 El concepto freudiano (1895-1939)

La contribución de Freud ha sido fundamental para conceptualizar el trauma psíquico y la neurosis traumática. Ha influenciado y guiado el pensamiento médico-psiquiátrico europeo y americano desde 1895 hasta el fin de la era de la guerra de Vietnam en los USA (1962-1975).

En 1952, la conceptualización freudiana fue prácticamente copiada para incluirla como criterio diagnóstico en el Manual Diagnóstico y Es-

estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-I. Después, entre la publicación del DSM-I y el DSM-II (1968) aparecieron cambios basados en datos nuevos, resultado de investigaciones empíricas sobre secuelas de victimización y traumatización. En 1986, en el DSM-III, se publica la categoría diagnóstica del trastorno por estrés postraumático que se maneja hoy en día.

A continuación se señalarán algunos aspectos relevantes de la concepción freudiana del trauma psíquico. Estos nos permiten entender como el criterio diagnóstico fue evolucionando en los USA y otros países:

Para Freud, la idea de neurosis fue un paradigma postraumático, conocido como teoría de la seducción. Propuso que la causa última de la histeria es siempre la seducción sexual de un niño por un adulto. Señaló la existencia de una sexualidad infantil. Describió el impulso sexual o erótico como una fuerza libidinal básica, que podría llevar al individuo al conflicto intrapsíquico y expresarse mediante síntomas neuróticos, neurosis o psicopatología de la vida cotidiana.

En esta primera formulación teórica y clínica estableció que durante el desarrollo infantil existe un rango de experiencias traumáticas o de emergencia de seducción que pueden afectar profundamente al individuo (Brett, 1993). La víctima de estas vivencias, para alejar de la consciencia el recuerdo del evento traumático displacentero, el afecto o la emoción se defiende con la represión. Una vez que se emplea la represión, aparecen diversos síntomas y conductas neuróticas que pueden llevar a la persona a buscar ayuda psicológica.

El énfasis de Freud sobre este origen de la neurosis, no fue bien recibido en la Viena conservadora de su tiempo. En 1897, tanto las críticas generales, como las presiones de sus colegas cercanos, llevaron a Freud a revisar esta teoría de la seducción.

Entonces, abandonó su teoría de la seducción a favor de la postulación de que lo que los histéricos excluyen de la conciencia, no es el trauma sexual real en sí, sino un deseo sexual infantil. Este cambio de

atención de la experiencia traumática real a la memoria de fantasías, imágenes, pensamientos y a los deseos e impulsos reprimidos, marcó la creación del psicoanálisis.

Como señala Wilson (1994), una consecuencia del cambio del paradigma postraumático de la neurosis al modelo edípico de fantasías psíquicas, fue señalar como origen del trastorno mental el funcionamiento psíquico pre-mórbido. Esto se tradujo en el DSM-I (1952) como el criterio diagnóstico de reacción de estrés mayor (GSR) y el cambio de los paradigmas de Freud llevó a la formulación de que los impactos traumáticos son agudos y pasajeros. Así, si hubiera reacciones prolongadas, éstas no serían causadas directamente por la realidad material de los eventos traumáticos, sino por las características pre-mórbidas y la psicodinamia del individuo.

Freud, en diferentes obras, escribió sobre la naturaleza del trauma, sus secuelas y mecanismos. Como puntualiza Wilson (1994), estos pasaje son interesantes desde el punto de vista histórico:

- En primer lugar, Freud reconoce antes de 1917, que existen eventos estresantes que generan enfermedades con bastante frecuencia, entre ellos, la primera guerra mundial, colisiones de trenes, lesiones físicas, accidentes con riesgo fatal, abuso infantil, etc., etc. Reconoce que frecuentemente estos eventos traumáticos producen neurosis traumáticas.
- En segundo lugar, señala que la neurosis traumática y la neurosis espontánea son diferentes, sin embargo, no describe esta diferencia.
- Tercero, Freud, hace 70 años, describe muy claramente los síntomas básicos que se enlistan en el DSM-III-R (1987). Freud trató de explicar los diferentes mecanismos que fundamentan las neurosis normales y las neurosis de guerra. Señaló que en las neurosis de guerra existe un conflicto entre el superyo y el ello.

Para Freud, la neurosis es un compromiso ante el horror de la guerra, estados de miedo y agresión. La amenaza al ego es externa en forma de aniquilación o daño físico. Sin embargo, la represión es la defensa central contra la ansiedad y gratificación libidinal, tanto en la neurosis traumática como en la de guerra.

En 1928, publicó uno de sus últimos libros *Más allá del principio del placer*. En él afirma que la etiología de las neurosis traumáticas es de naturaleza funcional y produce desequilibrio físico y psicológico en el ego. En esta obra llamó a los eventos traumáticos estresores extremos, suficientemente fuertes como para traspasar al llamado escudo protector o los mecanismos de defensa y causarle lesiones o daño al ser humano.

Freud continuó con la elaboración del concepto de trauma, señalando que comprende:

- un acontecimiento externo estresante que impide el funcionamiento normal del ego
- una alteración del equilibrio del organismo
- la disminución de la capacidad defensiva del ego y de un desenvolvimiento normal
- una disminución general de respuestas, donde también otros estresores pueden adquirir proporciones traumáticas.

Así, tanto eventos traumáticos primarios como estresores secundarios pueden provocar el trastorno postraumático a largo plazo. Aunque Freud ya planteó la esencia del trastorno a principios del siglo XX, a lo que se prestó atención, como lo reseña Wilson en 1994, fue su cambio conceptual de determinantes estresores reales a aspectos de fantasía, la llamada realidad psíquica de la memoria. La consecuencia de este cambio de paradigma fue enorme. Con esto se justificó colocar los determinantes pre-mórbidos en primer lugar y excluir la influencia del contexto natural, histórico-social y la magnitud del evento sobre la secuela traumática.

2.3.2 Del DSM-I al DSM-IV (1952 - 1994)

DSM-I (1952)

En el DSM-I, el actualmente llamado trastorno por estrés postraumático fue designado como reacción fuerte ante el estrés (gross stress reaction, GRS) y refleja el pensamiento de Freud sobre la neurosis traumática.

En el manual DSM-I, se ubica el trastorno en la categoría de los desórdenes transitorios y situacionales de personalidad. Se señala que se trata de reacciones agudas ante un estrés excepcional y que suelen desaparecer pronto. Si esto no fuera así, entonces se debe buscar un diagnóstico alterno e investigar las condiciones pre-mórbidas.

Resumiendo, puede surgir una neurosis traumática, sin embargo, se espera que desaparezca una vez que termine el evento traumático. La psicopatología latente del individuo sería la responsable de la persistencia de las reacciones traumáticas; aparecería por la incapacidad del ego de defenderse contra conflictos pre-mórbidos o infantiles reprimidos. Se exime al evento traumático en sí, como causante de la perduración de las reacciones. Así, debido a un estrés fuerte se debilitan las defensas y también se manifiestan otros problemas emocionales.

DSM-II (1968)

En el manual DSM-II, publicado en 1968, se ubica la reacción de estrés como reacción de ajuste en la vida adulta y contiene tres ejemplos de reacción de ajuste:

- Embarazo no deseado acompañado por depresión y hostilidad
- Soldado aterrorizado en combate
- Prisionero ante la ejecución de la pena de muerte

DSM-III (1980)

En este manual, aparece por primera vez el criterio del trastorno por

estrés postraumático como entidad diagnóstica y se ubica entre los trastornos por ansiedad. Se amplía el concepto en comparación con el DSM-I y DSM II, se explica la dinámica del síndrome y se hacen observaciones nuevas y diferentes, como por ej., sobre la "existencia de un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo".

Para diagnosticar el trastorno por estrés postraumático, el individuo debe presentar, por lo menos, cuatro síntomas, de un total de 12. Estos incluyen: diferentes formas de reexperimentación del evento traumático, embotamiento de la capacidad de respuesta y cambios en la personalidad que no estaban presentes antes del traumatismo (por ej., alteraciones del sueño, sentimientos de culpa por el hecho de sobrevivir).

Además con este criterio diagnóstico se describe detalladamente lo que Freud había observado: el impacto del trauma sobre la expresividad emocional, los procesos cognitivos, la motivación y las metas, relaciones interpersonales, relaciones objetales, funcionamiento fisiológico y el estado yoico.

A partir de la publicación del DSM-III se abre un campo de investigación especializado y Wilson (1994) resalta algunos nuevos aspectos de estudio, como:

- La importancia de la nueva nomenclatura. La palabra postraumático significa después del daño e indica que hay un cambio en el bienestar del individuo
- El reconocimiento de la importancia del trastorno ha validado que existe sufrimiento en las víctimas de eventos estresante y ha ayudado a evitar errores en el diagnóstico y el tratamiento
- Ha habido una proliferación de estudios clínicos con diferentes poblaciones de víctimas por trauma que han llevado a plantear nuevas y más precisas preguntas para comprender la complejidad

de los síndromes de respuesta ante el estrés (i.e., abuso infantil, víctimas de violación, veteranos de guerra, sobrevivientes de desastres, etc.)

Todo lo anterior ha llevado a nuevas revisiones del criterio, tal como aparecen en el DSM-III-R y el DSM-IV.

DSM-III-R (1987)

Desorden postraumático, revisado

En el DSM-III-R se publica la revisión del criterio diagnóstico basado en los resultados de investigaciones y trabajo clínico reciente con víctimas de trauma. El número de síntomas diagnósticos aumentó de 12 en 1980 a un total de 17. Para dar el diagnóstico clínico de este trastorno, el individuo necesita presentar por lo menos seis síntomas del total.

El cambio en el criterio diagnóstico no sólo significó añadir síntomas, sino también se intentó clarificar el lenguaje, el sentido y la especificidad de las reacciones al trauma. Señalaré los cinco aspectos revisados que nos permiten hacer el diagnóstico preciso:

A. Definición del trauma

El DSM-III-R expresa claramente que el inicio del trastorno se asocia con eventos externos que se encuentran fuera del marco habitual de las experiencias humanas y sería marcadamente angustiante para casi todo el mundo. El criterio es seguido por ejemplos, como: amenaza grave para la propia vida o integridad física; amenaza o daño para personas cercanas; ser testigo de algún evento traumático, como accidente, violencia física, destrucción.

B. Reexperimentar persistentemente el acontecimiento traumático

La revisión clarifica de qué manera se reexperimentan los eventos traumá-

ticos, y que esto es diferente a recordar el trauma. Las imágenes visuales y el sufrimiento emocional son intrusivos, involuntarios e inesperados.

El revivir la situación traumática produce respuestas emocionales, como serían pesadillas sobre el evento traumático; conductas y sentimientos súbitos que aparecen como si el agente traumático operara de nuevo (en estos fenómenos se incluyen la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (flashbacks); malestar psicológico intenso al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático, como puede ser incluso su aniversario. Así, en la revisión se señalan ocho diferentes maneras de revivir el evento traumático, cinco más que en el manual de 1980.

C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta

La revisión describe siete categorías de síntomas de evitación:

- Esfuerzos para evitar los pensamientos o las sensaciones asociadas con el trauma
- esfuerzos para evitar las actividades o las situaciones que provocan el recuerdo del trauma
- incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes (amnesia psicógena)
- disminución marcada del interés en las actividades significativas (en los niños pequeños, por ej., pérdida de las habilidades de desarrollo recientemente adquiridas, como aseo o lenguaje)
- sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás
- afecto restringido, por ej., incapacidad de experiencias amorosas

- sensación de acortamiento del futuro (no se espera, por ej., realizar una carrera, casarse, tener niños o una larga vida)

D. Activación (arousal) fisiológica: manifestaciones psicobiológicas

Aquí encontramos los cambios más significativos en el DSM- III-R. Esta categoría diagnóstica describe los síntomas persistentes de aumento de la activación, puestos de manifiesto por lo menos por dos de los siguientes fenómenos:

- dificultad para conciliar o mantener el sueño
irritabilidad o explosiones de ira
- dificultad para la concentración
- hipervigilancia
- respuesta de alarma exagerada
- reactividad fisiológica frente a la exposición a aquellos acontecimientos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

E. La duración del trastorno (síntomas B, C y D) ha sido por lo menos de un mes

DSM-IV (1993)

En el DSM-IV se publican los criterios diagnósticos actualizados hasta 1993. Las revisiones toman en cuenta y se basan en las investigaciones sistemáticas hasta esta fecha en el campo de estudio del estrés post-traumático.

El DSM-IV eleva el número de criterios de cinco a seis (A a F). Se observa que se afinan algunos y se amplían otros de los establecidos en

el DSM-III-R, por ej.: Para el primer criterio diagnóstico (A) se precisa que se deben cumplir dos aspectos:

1. El individuo haya vivido, haya sido testigo o confrontó un evento o eventos amenazantes para la propia vida o daño severo, amenaza para la integridad física propia o de otros.
2. La respuesta del individuo incluye miedo intenso, impotencia u horror.

Además se enfatiza, que cuando se trata de evaluar el efecto traumático en los niños, se deben observar las respuestas no verbales, expresadas por medio de conductas desorganizadas o agitadas.

En cuanto al segundo criterio (B), que describe cómo el evento traumá-

tico se reexperimenta, el cambio consiste en señalar que esto puede suceder persistentemente en una o más formas.

Como criterio adicional (F) se necesita evaluar, si los síntomas causan angustia clínicamente significativa y deterioro en el área de funcionamiento social, ocupacional o algún otro.

El DSM-IV señala que se debe de especificar si se trata de un desorden agudo o crónico. Aparece un apartado nuevo para el criterio diagnóstico diferencial de estrés agudo.

Resumiendo, el criterio diagnóstico ha evolucionado tomando en cuenta el estudio y las investigaciones sistemáticas en el campo complejo del trauma. Se observa el espíritu y la preocupación para poder ayudar, aliviar y reparar el daño del impacto traumático en las personas afectadas.

3 Contratransferencia y estrés postraumático

Introducción

En lo que sigue, presentaré las principales ideas en las que se basan los autores del modelo de conceptualización de la contratransferencia (Wilson, J.P. y Lindy, J.D., 1994) y las que me han sido útiles para poder integrar y guiar mi trabajo con pacientes con desorden de estrés postraumático.

Una pionera dedicada al entrenamiento de especialistas para el trabajo terapéutico con víctimas y sobrevivientes de trauma, ha sido Yael Danieli (1994). Ella hace la diferenciación entre una obligación moral de la sociedad para compartir el dolor de sus semejantes, y una obligación por contrato de investigadores y terapeutas. Si estos fallan en escuchar, comprender y ayudar, infligen el trauma después del trauma o la segunda herida, al mantener y perpetuar una conspiración del silencio.

Como describí en los capítulos anteriores, hoy en día, las reacciones contratransferenciales son parte integral del trabajo profesional terapéutico. En el trabajo con pacientes por ser víctimas o sobrevivientes de algún trauma, conocer y manejar la contratransferencia, es la manera de protegerse y poder confrontar con los pacientes y dentro de uno mismo, estas experiencias humanas extraordinarias. Esta confrontación es sumamente humillante ya que todo el tiempo lleva a reconocer el lado oscuro del mundo en que vivimos y pone en tela de juicio nuestra humanidad.

Pacientes con síndrome de estrés postraumático manifiestan su sufrimiento de diferente manera. Van, desde un distanciamiento, extrañamiento y la evitación de revelarse ante los demás, hasta sentirse emocionalmente sobrecargados y e incapaces de modular los afectos dolorosos. El trabajo terapéutico va por un camino generalmente predecible. En la

fase inicial del tratamiento se explora la historia del trauma y el terapeuta trata de establecer el rapport en un clima de confianza. Se oye el relato y la interpretación de lo que pasó con una actitud empática y sin juzgar.

Para lograr eso, un lugar de pertenencia seguro, *safe- holding environment*, como lo nombra Winnicott (1949), la confianza mutua es crucial. El trauma confronta a ambos, paciente y terapeuta, con la futilidad de poder detener o influir en el resultado de un evento externo fuera del marco habitual de las experiencias humanas.

Trabajar con individuos traumatizados significa que se han quebrantado los supuestos sobre predicción-dominio-seguridad. Esto inflige una herida narcisística en el ser humano. Reconocer esto nos obliga a tratar, como dice Kolk v.d. (1994) con los dos aspectos fundamentales y gemelos, que son el control y la seguridad, en la vida de nuestros pacientes. Así el espacio terapéutico se vuelve el campo de batalla para recuperar el control y el sentido de seguridad. El trabajo exitoso con estos dos aspectos cardinales determinará, si la ayuda profesional será terapéutica y lleve a una resolución del trauma para poder vivir la vida presente como un reto y una oportunidad, o hundirse en el hoyo negro del trauma.

Así, el terapeuta se debe volver, lo que Lindy, J.D. (1994) llama la membrana del trauma. Significa la oportunidad que el paciente se encuentre con una persona que sea predecible y confiable y, además, con la cual se pueden elaborar las dimensiones de control y ambivalencia. La idealización es una componente necesaria en esta gestión, como es también el espacio para vivir y examinar la decepción, la autonomía y el desacuerdo. Como señala Kohut, H. (1984), la idealización de una guía o un auxiliar es necesaria mientras la persona no sea capaz de restablecer el equilibrio interno trastornado.

La vivencia traumática destruye en el ser humano su sentido de autonomía y control sobre su mundo interno y externo, desarrollado en el proceso de maduración desde la infancia. A mayor sentido de dominio,

un avalúo más realista de los adultos (auxiliadores) que da la posibilidad del desarrollo de la ambivalencia. Como el trauma destruye ese dominio o poder, el individuo vuelve a necesitar de una fuente externa para regular los estados emocionales internos.

Cuando el trauma no es infligido por un evento catastrófico, sino por la acción de un ser humano, que, además, es alguna persona familiar de la víctima, el conflicto entre la necesidad de seguridad externa y el miedo a la re-victimización se vuelve el tema central en la transferencia.

Ahora bien, por todo lo anterior, es sumamente importante para el terapeuta, ubicarse frente a las necesidades, respuestas, demandas y distorsiones del paciente traumatizado. Las atribuciones reales del terapeuta, apenas, si en algo, son percibidas. El paciente reacciona en función de sus necesidades emocionales. En mi trabajo con pacientes con desorden de estrés postraumático me ayuda mucho el planteamiento categórico de los autores Wilson, J.P. y Lindy, J.D. (1994) que afirma que, ...aquellos que trabajan con sobrevivientes de trauma nunca son inmunes a las contratransferencias. En su modelo conceptualizan específicamente dos clases de contratransferencias, la evitación y la sobreidentificación. Explican los determinantes de las posibles reacciones afectivas del terapeuta, así como los estilos defensivos y cognitivos (Figura 2).

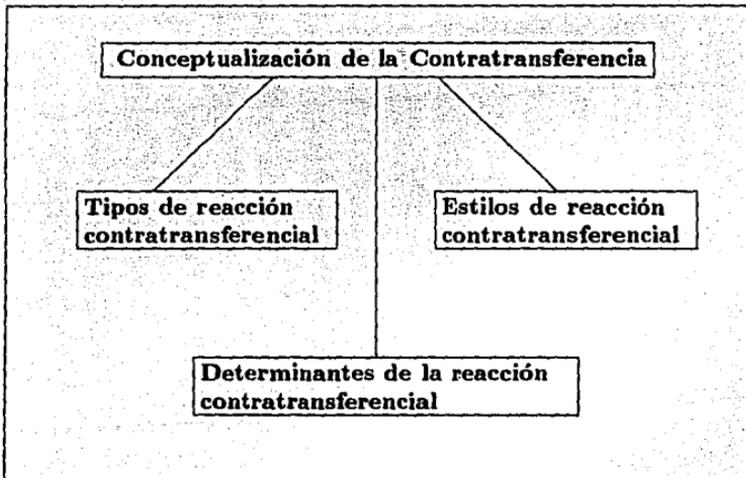


Figura 2 Modelo de conceptualización

3.1 Conceptualización de la contratransferencia

Este espacio se dedica por un lado a desglosar los aspectos que abarcan el modelo de conceptualización de la contratransferencia para el trabajo psicoterapéutico y analítico con pacientes con trastorno por estrés postraumático, elaborados por Wilson, J.P. y Lindy, J.D. en 1994. Por otra parte, a modo de darle cuerpo a estos conceptos, se presenta una viñeta clínica.

3.1.1 Concepto amplio de la contratransferencia

Aquí se incluyen el conjunto de reacciones que se consideran un recurso terapéutico, y proporcionan una base para la empatía y la comprensión:

- Reacciones emocionales normativas del terapeuta: (universales - objetivas - naturales)
Reacciones emocionales personales del terapeuta: (particulares - subjetivas - idiosincrásicas)
- Reacciones extensivas a ámbitos fuera del contexto terapéutico (relaciones terapeuta - paciente, relaciones médico - paciente, personal terapéutico - institución terapéutica)

El modelo del concepto amplio de la contratransferencia permite conocer y entender la naturaleza y dinámica de los procesos contratransferenciales, i.e., cómo son, cuáles son, de dónde vienen, por qué aparecen. La finalidad es descubrirlos, pero no para eliminarlos como meta terapéutica, sino poder trabajar mediante la supervisión con los *insights* contratransferenciales para integrarlos de manera positiva al proceso.

Los autores incluyen como categorías contratransferenciales las reacciones emocionales normativas, personales y extensivas al ámbito fuera

del contexto terapéutico. Plantean que la capacidad empática, que permite proyectarse dentro del mundo fenomenológico de otra persona, y que es básica para cualquier trabajo terapéutico, en la terapia con trauma es puesta a prueba y sometida a tensión y desgaste (tensión empática).

Describen dos tipos de contratransferencias que aparecen en la terapia postraumática como procesos reactivos, esperados y naturales. Hablan de dos polos de un continuo contratransferencial: Proceso Tipo I (reacciones de evitación, contraphobia, alejamiento y separación) y proceso Tipo II (reacciones de sobreidentificación, sobreidealización, entrampe empático, excesiva intercesión).

Cuando se observan los procesos contratransferenciales de Tipo I y Tipo II en unión con reacciones objetivas (normales) a la historia del trauma o con reacciones subjetivas (personalizadas), se reconocen cuatro maneras distintas de tensión sobre la empatía que más adelante describiré (retiro de la empatía, represión de la empatía, entrampe empático y desequilibrio empático).

3.1.2 Determinantes de la reacción contratransferencial

Los autores describen cuatro factores básicos (Figura 3) para determinar las respuestas contratransferenciales.

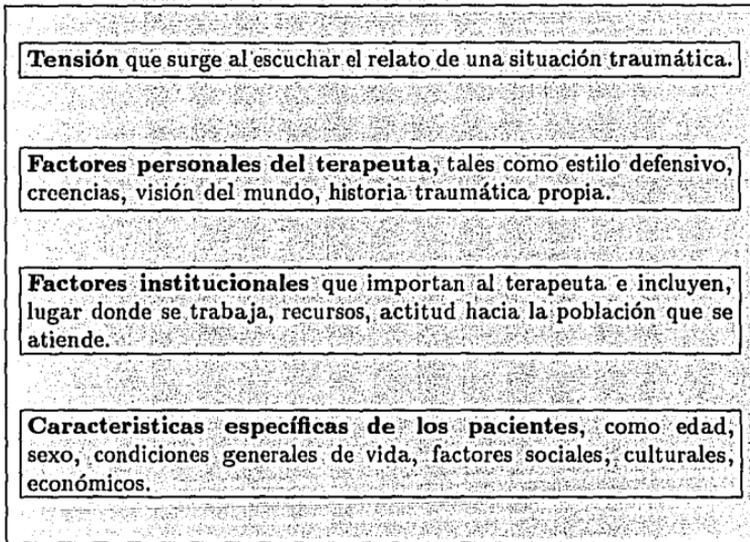


Figura 3 Determinantes de la reacción contratransferencial

Cada uno de los factores puede ser causante del rompimiento de la empatía. El quebrantamiento empático puede provocar resultados patológicos como, cese del proceso de recuperación, atrapamiento en una de las fases del proceso terapéutico, regresión, intensificación de la transferencia, diferentes conductas de acting out.

1. Tensión que surge al escuchar el relato de una situación traumática

Las reacciones del terapeuta al relato de la historia del trauma, tal como lo presenta el paciente, dependerá de elementos como:

- Complejidad y tipo de evento traumático (trauma de origen de la naturaleza vs. trauma de origen humano)
- muerte, lesión, mutilación, abuso
- periodo del ciclo vital del afectado
- nivel de participación en la situación
- dilema moral durante el suceso
- grado de engaño psicológico por parte del agresor o de la situación
- duración, severidad, frecuencia de haber estado expuesto a la victimización
- grado de participación de la comunidad.

Por ejemplo, víctimas de violación relatan en su historia de la experiencia traumática, circunstancias como amenaza verbal y con arma, daño físico, humillaciones, degradación, amenaza de muerte, de destrucción, de caos. Como terapeuta se sienten reacciones afectivas fuertes ante el relato¹.

Además, los terapeutas suelen reaccionar ante su propia imagen y comprensión del evento traumático mediante el mecanismo de identificación y contraidentificación (Slatker, 1987)². Así, la complejidad de la

¹ vea ejemplos personales en el inciso 3.2 de esta tesina.

² Wilson, J.P. y Lindy, J.D.(1994) se refieren al concepto de contraidentificación usado por Slatker que sugiere que mediante el proceso de contraidentificación el analista hace las dos cosas, una, se identifica con el paciente, y al mismo tiempo se retrae de esta identificación para poder ver el conflicto con objetividad.

contratransferencia se va abriendo en el proceso dual de transferencia-contratransferencia. La contratransferencia incluye reacciones al evento traumático en sí, el revivir la historia traumática, la angustia, el dolor así como las características sociales del paciente, su edad, sus relaciones familiares o sociales, por ej., madre de una hija asesinada, todo matiza la reacción empática del terapeuta.

2. Factores personales del terapeuta

Come se sabe, cada profesional aporta a la situación terapéutica sus características de personalidad e idiosincrasia que consisten en:

- Creencias personales, valores religiosos, sistema ideológico, ideas preconcebidas
- estilo defensivo, modo de ser
- la historia personal de experiencias de vida
- nivel de entrenamiento y experiencia profesional con trauma y victimización
- motivación para trabajar en el campo de trauma
- formación teórica.

En el trabajo con personas que sufren de desorden por estrés postraumático, el grado de especialización y formación para trabajar en el campo del estrés traumático puede influir significativamente sobre la disposición hacia los diferentes tipos de contratransferencias. Terapeutas con poca formación o preparación para trabajar con sobrevivientes de trauma pueden sentirse abrumados por recordar una experiencia propia conmovedora a través de la historia de trauma o abuso del paciente. Si esto no se supervisa o se revisa con algún colega, las contratransferencias Tipo I y Tipo II pueden causar ruptura empática e interrumpir el

avance del tratamiento. También es importante revisar críticamente la motivación del terapeuta para trabajar con sobrevivientes de trauma. Una historia personal de trauma o abuso en la infancia pueden tener efectos sobre la experiencia contratransferencial. La lucha del paciente por integrar su experiencia traumática puede estimular, consciente o inconscientemente en el terapeuta, el revivir de la propia experiencia.

3. Factores institucionales

Los profesionales en el área de la salud mental que trabajan en instituciones u organizaciones, en menor o mayor grado, cuentan con políticas y guías de procedimientos. Estas son variables nada o poco estudiadas por los investigadores en el estudio del campo de estrés. Sin embargo, se sabe que existen actitudes o respuestas poco adecuadas, insensibles, estereotipadas en los ambientes institucionales que influyen al terapeuta y en el proceso de recuperación del que busca ayuda. Ejemplos de estos factores son:

- El contexto, donde puede existir un ambiente general de apoyo versus negligencia o minimización
- actitudes generales hacia la población que acude al servicio de la institución
- recursos
- disponibilidad de una red de apoyo
- posibilidades internas o externas para proporcionar ayuda, apoyo, supervisión a los profesionales
- flexibilidad versus rigidez para hacer cambios e innovaciones.

Parece evidente, que cuando la institución no logra que los profesionales sientan que pertenecen a un lugar y a un equipo terapéutico

que comparte valores y compromisos, el ambiente se vuelve negativo y crea contratransferencias duales, una hacia la institución y otra hacia el paciente que busca ayuda en ella.

4. Factores de la población que se atiende

Un rango amplio de factores muy personales de los pacientes con desorden de estrés postraumático son relevantes para entender el proceso contratransferencial:

- Edad, raza, género, aspectos culturales
- participación (i.e., como víctima, testigo, victimario)
- características de personalidad
- estilo defensivo y de afrontamiento
- nivel de traumatización y daño
- diferencias culturales que afectan el proceso cognitivo
- fuerza yoica y estado pre-mórbido
- tipo de evento traumático sufrido
- dinámica familiar y antecedentes psicosociales.

Todos estos factores pueden ayudar u obstaculizar el proceso terapéutico, dependiendo de la identificación parcial o contraidentificación del terapeuta, en este complejo proceso interactivo con cada sobreviviente en particular.

3.1.3 Tipo de reacción contratransferencial

Los determinantes arriba enumerados generan dos tipos de reacción (Figura 4):

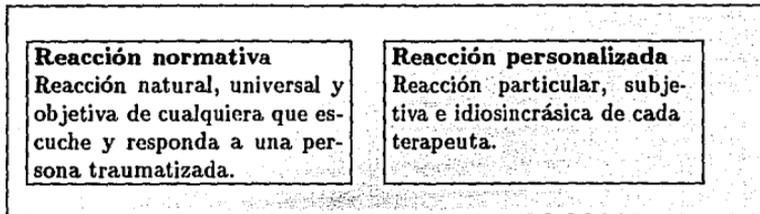


Figura 4 Tipos de reacción contratransferencial

Las reacciones contratransferenciales objetivas son reacciones afectivas y cognitivas esperadas que vive el terapeuta en respuesta a la personalidad, conducta e historia del trauma. Las reacciones contratransferenciales subjetivas se originan por los conflictos personales del terapeuta, su idiosincrasia o aspectos no resueltos del curso de su vida.

En la terapia con estrés postraumático existe un potencial significativo para desarrollar, tanto contratransferencias objetivas como subjetivas, debido a lo intenso del proceso transferencial. Sobrevivientes de eventos traumáticos revelan historias cargadas de intensidad afectiva y de experiencias humanas, que exceden los límites de un mundo normal, que perturban y temporalmente desalojan al terapeuta de su sitio profesional empático, objetivo y de sostén.

Los siguientes son indicadores del proceso contratransferencial en el terapeuta. Se agrupan 4 categorías de reacciones observadas, mismas que fueron comunicadas y derivadas de las conversaciones que se dieron

entre los colegas que trabajan con sobrevivientes, y son miembros de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático (Wilson, J.P. y Lindy, J.D., 1994):

I Reacciones fisiológicas y físicas:

- Síntomas de alteración en el SNA
- Reacciones somáticas a la historia del trauma o a la terapia
- Trastornos en el sueño
- Agitación
- Falta de atención, somnolencia o reacciones de evitación
- Manifestación no controlada o no intencionada de las emociones

II Reacciones emocionales:

- Irritabilidad, enojo o esquivéz
- Ansiedad y miedo
- Depresión y tristeza
- Enojo, rabia, hostilidad
- Negación, evitación
- Reacciones sadomasoquista
- Reacciones voyeristas y sexualizadas

- Horror, disgusto, amenaza, hastío
- Confusión, sobrecarga psíquica, agobio
- Culpa, vergüenza, perturbación

III Reacciones psicológicas

- Evitación debido a los mecanismos defensivos de intelectualización, racionalización, aislamiento, negación, minimización
- Sobreidentificación basado en las defensas de proyección; introyección y negación

IV Señales y síntomas conductuales de contratransferencias, que pueden ser conscientes o inconscientes:

- Olvidos, lapsus, distorsión de la atención y del lenguaje (parapraxias)
- Abandono de la empatía terapéutica
- Hostilidad y enojo hacia el paciente
- Sentir descanso cuando el paciente no llega a una cita o desear que el paciente no venga
- Negación de los sentimientos y/o negación de la necesidad de supervisión o consultación
- Actitud narcisística como especialista dotado para trabajar con desorden por estrés postraumático

- Excesiva preocupación/identificación con el paciente
- Torpeza o constricción emocional
- Auto medicación, uso de alcohol o drogas por sentirse estresado o fatigado
- Pérdida de límites en la terapia
- Reacciones concordantes y complementarias

Así, en el trabajo con trauma, el terapeuta no puede, y no permanece de hecho, como una pantalla en blanco dejando de hacer válidas sus emociones legítimas ante una historia traumática y situación particular. La necesidad de tener el apoyo, la supervisión/consulta con otros colegas es obvia. Solo así el terapeuta podrá manejar su desequilibrio en beneficio del tratamiento y de si mismo.

3.1.4 Estilo de reacción contratransferencial

El estilo o tipo de reacción contratransferencial se expresa en una o en la combinación de varias modalidades. Como ilustra la Figura 5 (tomada de Wilson, J.P. y Lindy, J.D., 1994), la combinación de los dos procesos contratransferenciales produce cuatro modos de tensión empática:

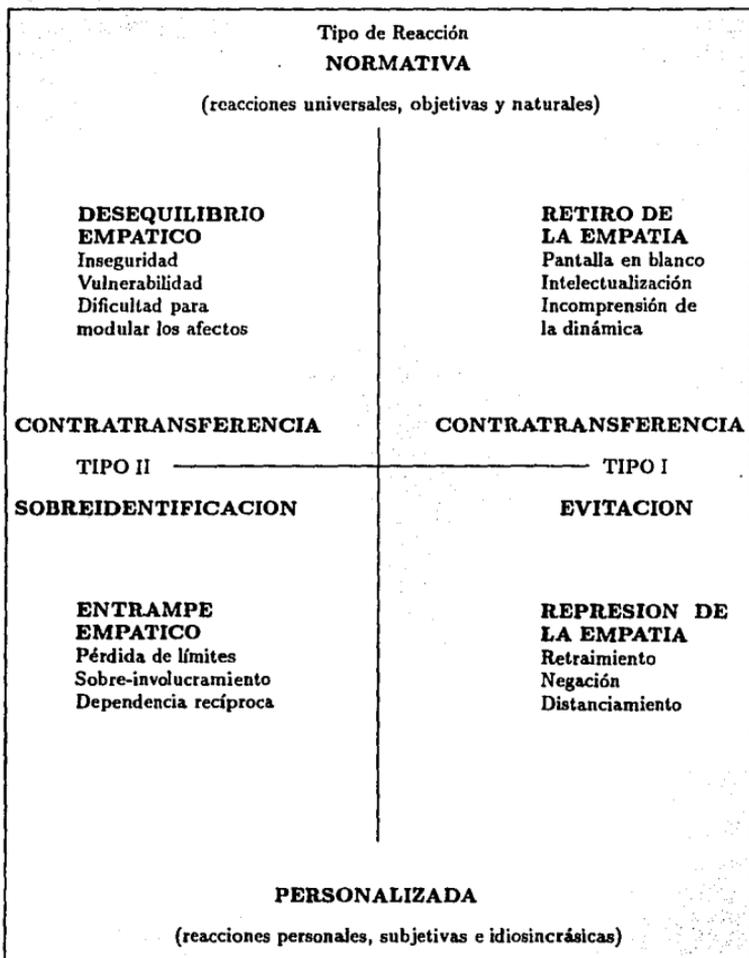


Figura 5. Estilo de reacción terapéutica

Guiándose por este esquema, es fácil visualizar, que un terapeuta determinado podría tener un determinado estilo de reaccionar, pero también es posible que sienta cualquiera o todas las tensiones empáticas durante el proceso de tratamiento de un paciente traumatizado. Completaré el esquema con una breve explicación acerca de cada uno de los cuatro estilos:

1. **RETIRO DE LA EMPATIA.** Esto ocurre cuando el terapeuta percibe sus reacciones afectivas y cognitivas. Estas son las respuestas esperadas en este trabajo, tal como se mencionaron anteriormente en este trabajo. El estilo defensivo y las características de personalidad predisponen a un terapeuta determinado a dar una respuesta de Tipo I, de **EVITACION O DISTANCIAMIENTO**. Se produce una ruptura y la pérdida de empatía. El terapeuta usa el recurso técnico de pantalla en blanco. Sus reacciones obstruyen la posibilidad de integrar la experiencia traumática dolorosa. En base a sus supuestos previos, el terapeuta es llevado a mal percibir o mal interpretar la conducta y la psicodinamia de su paciente.

2. **REPRESION DE LA EMPATIA.** Algo parecido ocurre con la represión de la empatía, donde aspectos transferenciales del paciente reactivan conflictos y asuntos personales no resueltos en la vida del terapeuta. Así, una reacción subjetiva, combinada con la disposición hacia la contratransferencia TIPO I, producen la opción de una reacción de **REPRESION DE LA EMPATIA**. Afocando sus conflictos personales, se produce inconscientemente un distanciamiento del rol terapéutico, y una negación del significado total del material clínico.

3. **ENTRAMPE EMPATICO.** Una tercera manera de responder a la tensión empática, es la tendencia de reaccionar con la respuesta contratransferencial TIPO II, **SOBREIDENTIFICACION**, en combinación con reacciones subjetivas. Vivir esta tensión empática, significa que el clínico se aparta de su papel terapéutico, está sobreinvolucrado y sobreidentificado con el paciente. La consecuencia de esto suele ser un

entrampe patológico con la pérdida de límites en el rol como terapeuta. En el tratamiento del desorden, los terapeutas con una historia personal de trauma y victimización son especialmente vulnerables a vivir esta tensión sobre su capacidad empática. Inconscientemente pueden intentar rescatar sus pacientes traumatizados, como una manera indirecta de manejar sus propios conflictos no integrados. Quizás el peligro mayor existe en la posibilidad que el terapeuta actúe sus problemas personales mediante el entrampe empático. Cuando esto ocurre, no solo provoca el abandono de la postura empática hacia la persona que busca ayuda, sino puede llevar a su paciente a la victimización secundaria o una intensificación de los aspectos transferenciales que trajo desde el inicio del tratamiento.

4. DESEQUILIBRIO EMPATICO. Se caracteriza por la disposición hacia las contratransferencias TIPO II, SOBREIDENTIFICACION. Aquí el terapeuta tiene reacciones objetivas. El estrés en el terapeuta se caracteriza por sensaciones de alteraciones fisiológicas o físicas displacenteras (el cuerpo no mente), sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad, incertidumbre acerca de cómo tratar al paciente (vea viñeta clínica adelante en este capítulo). Pueden darse respuestas afectivas como ansiedad, tensión y procesos cognitivos (imágenes de brutalidad, de desamparo extremo, de tortura, etc.) que continúan más allá de las sesiones terapéuticas, que preocupan y se asocian con dudas, sentimientos de vulnerabilidad y una necesidad de desfogar el estado de hipersensibilidad e incluso excitación.

Es pertinente comentar que una de las señales de la presencia de empatía es, que el terapeuta sienta grados de hipersensibilidad proporcionales al nivel de excitación que manifiesta el paciente, como parte del desorden de estrés postraumático, y refleja el proceso dual de transferencia y contratransferencia.

Para finalizar este apartado, quisiera mencionar, que por mi experiencia en este campo de trabajo, estoy de acuerdo con los autores cuando

plantean, que las dimensiones clínicas incluidas en este modelo son un punto de partida y de orientación para el trabajo terapéutico.

3.2 Viñeta clínica: Ilustración de aspectos contratransferenciales en el proceso psicoterapéutico con una paciente violada

A continuación presento material de unas sesiones de intervención terapéutica con objeto de ilustrar las reacciones contratransferenciales de las cuales me percaté al escuchar la historia de la vivencia traumática.

Apoyándome en el modelo presentado, describiré cómo una conceptualización como esta, permite estar alerta, captar señales de que algo no va bien, escucharse a si mismo para buscar y descubrir los aspectos contratransferenciales. Teniendo conocimiento y cuidado, se puede empezar de nuevo con actitud crítica, admitiendo los propios afectos, reacciones y mecanismos defensivos para realmente hacer lo difícil, lo casi imposible, es decir, manejar la contratransferencia como herramienta en el proceso terapéutico.

Para efecto de la ilustración, se interrumpe el relato de la paciente cuando la terapeuta registra reacciones contratransferenciales, tal como surgen durante las sesiones, y las reseña en los términos del modelo de conceptualización.

Caso A.

Mujer de 24 años de edad, soltera; estudió técnico en hotelería y gastronomía; en eso trabaja. El motivo de la consulta es: "Obtener atención psicológica por haber sufrido un intento de violación y maltrato físico; espera que con la atención psicológica cambie su situación en un cien por ciento".

Reacción contratransferencial:

La terapeuta se percibe invadida masivamente por la paciente. Con base en su experiencia en el trabajo con las secuelas emocionales de personas agredidas sexualmente, ella sabe que se tiene que renunciar al deseo omnipotente de poder rescatar o cambiar la vida de las personas agredidas y, sin embargo, esta paciente le pide un cien por ciento.

Conforme al modelo de conceptualización en el que me apoyo, existe el peligro de caer en una reacción contratransferencial del tipo sobreidentificación, con entrampe empático, que consistiría en involucramiento y dependencia recíproca.

Sesión I (material resumido)

...al salir de su trabajo, A. es hostess en Reino Aventura, fue atacada y golpeada por el chofer del microbús. El chofer se desvió de su ruta y la quiso violar. Ella se defendió y él finalmente desistió y después de golpearla, la dejó tirada. A., antes de llegar al Centro de Servicios Psicológicos (UNAM), recibió ayuda médica. A. viene lastimada físicamente, trae un collarín, por lesiones en la columna cervical y también le hicieron cirugía bucal para fijarle de nuevo los dientes. Para defenderse, A. mordió un dedo del atacante y no lo soltó hasta que el hombre la hizo que abriera la boca mediante un puñetazo.

Reacción contratransferencial:

Tensión y estrés en la terapeuta provocados por lo dramático, cruel y grotesco de la situación que caracteriza la vivencia relatada; la terapeuta lo registra en sus reacciones fisiológicas (hueco en el estómago, alteración en su respiración).

Aunque la terapeuta, como experto, ha oído muchos relatos, cada encuentro y cada historia son únicos y diferentes a todos que ya ha escuchado. Se trata de una reacción normativa, natural, universal y

objetiva, como la suele tener cualquiera que escucha el relato de una persona traumatizada.

Continúa el relato de la paciente:

... la familia la ha apoyado mucho; los hermanos y el novio quieren buscar al agresor para vengarla; ha ido a declarar; no han encontrado al chofer, del cual pudo dar muchas señas y pistas... entre otras, la mordedura profunda en el dedo; no ha podido recordar bien el rostro; percibe su propia memoria como nublada... Tiene desconfianza en las autoridades. Apareció un jefe de judiciales que quiere ayudar, también periodistas y la jefa de los colonos; ella tiene ganas de encontrarlo para que le pague los gastos médicos y el tratamiento psicológico, pero piensa que eso es bastante iluso... .

Reacción contratransferencial:

Sobreidentificación, con peligro de que aparezca un desequilibrio empático; hay una disposición a involucrarse demasiado por una reacción normativa, natural y objetiva.

Al escuchar los detalles de la historia, ante la imagen de las llamadas "autoridades", "el jefe de judiciales", la terapeuta también siente la inseguridad, la vulnerabilidad, la desconfianza en la que se vive en nuestro mundo cotidiano y tiene dificultades para modular su afecto. Cualquiera, ante la realidad de la agresividad, la impunidad, el abuso de autoridad, la desprotección que vivimos en nuestra sociedad, puede tener reacciones somáticas, ganas de hacer justicia de alguna manera y mucha frustración ante la injusticia evidente.

Fragmentos de un sueño que A tuvo después del ataque:

... estaba en su casa; le dijo a su papá que se iba a casar en diciembre; él le contestó Para qué?, de todos modos tenía que pasar por el primero... recuerda que todo se da en la penumbra... .

Dice que, con el sueño asocia la desconfianza que siente ante todo el

mundo; no tiene comunicación con el padre, pero lo teme... tiene miedo de que hasta su padre quisiera abusar de ella... El padre la considera "un cero a la izquierda"; nunca se han llevado; el prefiere a sus hermanos hombres. Los dos hermanos viven en la casa paterna, uno casado el otro soltero; el primero es el consentido, no aporta a la casa, tiene abandonado a su hija. Ella se lleva con el soltero. El casado es drogadicto, la esposa lo mantiene. Por la situación del hermano no quisiera que interviniera en nada porque es violento. Quisiera estar lejos; piensa casarse pronto...

Formulación inicial del diagnóstico:

Aunque de hecho no se consumara la violación, subjetivamente la paciente sí lo sintió así, sobretodo, vivió la agresión física como realidad angustiante de amenaza de muerte; no diferenció el dolor físico y el psíquico. Presenta un estado de depresión y ansiedad marcadas. Está confundida, y bajo presión externa (familiares violentos y autoridades); se siente culpable y aun más devaluada frente al padre.

Sesión II (material resumido)

... A. se queja de dolores en todo el cuerpo, sobretodo en el cuello, los dientes. Tuvo taquicardia. El dolor la asusta, piensa que nunca se va a quitar. Aparte del dolor físico siente mucha irritabilidad, se enoja por todo y con todos. Se pone "de malas" en la calle, no aguanta la muchedumbre. Se enoja porque necesita que la mamá la acompañe. Todo le da miedo. Tampoco tolera la cercanía del novio. No quiere salir a la calle, le da miedo, pero no le gusta estar en la casa. No le dan ganas de hacer nada, se encierra en su cuarto y duerme.

A. relata el siguiente sueño: ... caminaba por la calle con una amiga cuando les salió un hombre. El exigió que le dieran todas sus cosas, el dinero, el reloj, las joyas. Ellas le dijeron que sí, que le iban a dar todo, pero que no les hiciera nada. A. vio a su hermano y le gritó; él se volteó

y les dijo que no le dieran nada; ellas salieron corriendo pero la amiga sacó una pistola y mató al asaltante. Aparecieron varias personas pero ellas se fueron corriendo hasta su casa. Cuando llegaron salieron todos, hubo pleitos, y se despertó angustiada y sobresaltada.

A. asocia el sueño con las cosas que le han sucedido en estos días: Algunos agentes judiciales insisten en verla, le dicen que siguen buscando al atacante. Pero no lo han podido encontrar ni siquiera en las pistas que siguen en las paradas de la línea de microbuses; nadie lo conoce aparentemente. Ella insiste en que lo deberían poder reconocer con facilidad, sobre todo porque casi le arranca el dedo al morderlo. Los judiciales piden dinero, mil nuevos pesos. El hermano les ha dicho que si, siempre y cuando atrapen al agresor. Ella se ha negado a acompañarlos. No les tiene confianza.

Reacción contratransferencial:

Sobreidentificación con peligro de que aparezca desequilibrio empático. Ante los detalles sórdidos de la práctica cotidiana de las autoridades encargadas de la protección de los ciudadanos aparecen en la terapia sentimientos de frustración ante la injusticia como una reacción normativa, natural, universal y objetiva.

Sesiones III y IV (material resumido)

... la paciente relata sus preocupaciones por los problemas con la familia, en particular con el hermano. La quieren involucrar. Ella ha tomado distancia. Quiere permanecer neutral. La incapacitaron más tiempo en el trabajo pero teme perderlo. Fue a saludar a su jefe y él estuvo comprensivo. En el Seguro Social la atienden bien... . A veces se siente bien... mejor. El collarín le molesta y espera que pronto se lo quiten. Sigue todavía con insomnio. Desde que se ha empezado a sentir mejor físicamente, empieza a salir sola, de día, pero todos se preocupan, la familia, el novio... . Compró un spray con gas lacrimógeno, y siempre lo

trae en la bolsa aunque hace consideraciones en pro y en contra de llevar un arma consigo. Tiene planes para casarse a principios del próximo año. La familia quiere disuadirla, porque irán a vivir muy lejos. Pero como ya tienen una vivienda, ella está muy ilusionada, aunque la agobian el miedo y el terror que parece sentir el novio. Piensa que ella va manejando las cosas mejor que todos. Los agentes de la PGR siguen llegando a su casa, buscan al hermano y le quieren sacar más dinero. Ella se niega a salir y tampoco cree que les deben dar más nada pues además no les tiene confianza... . Está en conflicto: Hacer algo más o resignarse? Piensa muchas cosas pero no ve para qué seguir con el proceso, pues como en realidad no hubo violación, ni van a encarcelar al agresor ni tampoco le van a pagar los daños ni gastos. Lo más probable es que si insiste, el tipo a lo mejor intentaría tomar represalias y hasta lastimarla todavía más. Ya no quiere que intervengan ni sus hermanos ni el novio... .

Reacción contratransferencial:

Las actitudes de la paciente, su capacidad para darse cuenta y ponderar situaciones, entusiasman a la terapeuta; se identifica con su ubicación y con su visión del mundo; siente la tentación de aplaudirla, de empujarla, y lo califica como una reacción contratransferencial personalizada, particular y subjetiva.

Al darse cuenta, lo pudo revisar y evitar que debido a una sobreidentificación se llegara a un entrampe empático, con involucramiento y pérdida de límites.

Sesión V (material resumido):

A. viene muy impactada. Le empezó a doler un oído. Lo tiene lastimado y el diagnóstico es de "trauma acústico". Cuando el asaltante la golpeó, recibió varios golpes en el oído izquierdo; al parecer lo va a perder. Está muy enojada, se rebela. A ver qué más me sale? Le quitaron el collarín.

Relata un sueño: Se despertó gritando, ...soñó que estaba trabajando

en un jardín. Del fondo oscuro, salió un tipo. Ella estaba con una amiga. Cuando vio al tipo se echó a correr; el tipo la seguía corriendo y matando gente. Le dio pánico, pero ella pudo escapar.

Asocia el sueño con las noticias que trajo el novio: hace mes y medio vio al tipo; anotó las placas y la línea del microbús que maneja ahora. Por lo visto sólo cambió de ruta y andaba como si nada aunque traía todavía el dedo vendado. Ella se pregunta qué hacer? Quisiera que estuviera en la cárcel, entregarlo a los judiciales, pero el temor a las represalias contra ella, sus hermanos y el novio es fuerte y predomina.

La terapeuta interpretó el sueño haciendo referencia a la situación transferencial en el aquí y ahora. Hay un espacio terapéutico, es el jardín, donde ella trabaja. La terapeuta pudiera ser "la amiga" que acompaña a la paciente, alguien que no evita los peligros. La paciente no depende de ella, ya que tiene su propia fuerza y recursos para sortearlos.

Después de esta intervención A. revisa sus prioridades. Al verbalizar sus opciones y su realidad, se va tranquilizando. Puede decidir, por ella misma, qué es lo que le conviene dentro de sus circunstancias. Si teme ser lastimada, no tiene sentido la denuncia. En primer lugar está su rehabilitación. Su trabajo la está esperando para que después realice todos su planes, entre ellos, casarse.

Reacción contratransferencial:

Como terapeuta o investigadora en el campo del estrés postraumático, uno si tiene un mundo propio de creencias, formación profesional, ideología y visión del mundo. Hay un propio sistema de valores, así como un estilo defensivo y quizás también una propia historia de trauma. La propia historia va a "matizar" las reacciones contratransferenciales. Trabajar con una paciente como A. es un privilegio. Así, honestamente, la tentación de prolongar el trabajo más allá de lo pactado inicialmente dentro del encuadre institucional es grande.

Analizando esta situación contratransferencial se reconoce el peligro

de caer en una sobreidentificación con dependencia recíproca. Tomando en cuenta las sensaciones y sentimientos de la terapeuta, si no se analizan, es fácil que ella se involucre de más, aunque sea en su rol profesional, pero con una actitud neurótica: viviría una reacción personalizada, particular, subjetiva e idiosincrásica.

4 Conclusiones

Considero que las contratransferencias no sólo son procesos intrínsecos al trabajo con pacientes con estrés postraumático, sino que son una expresión totalmente humana porque permiten vivir y sentir con empatía el dolor de un sobreviviente de trauma. El tratamiento es un proceso interpersonal, de dos individuos que trabajan juntos para comprender, cómo el evento traumático altera el sentido de ser y estar del sobreviviente. En el proceso, el terapeuta comparte empáticamente dolores y angustias que invaden el espacio de trabajo. Un conocimiento sólido permite que paciente y terapeuta terminen este viaje juntos, lo mejor posible para ambos.

En este trabajo se revisaron las aportaciones que hicieron diferentes escuelas psicoanalíticas hasta llegar a la conceptualización actual de la contratransferencia. Considero indicado mencionar aquí un factor que sale del campo de la literatura y de posturas teóricas psicoanalíticas.

El clima intelectual y social de nuestro mundo, a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, ha sido caracterizado por un profundo sentido de desilusión y desidealización de la autoridad tradicional y sus motivaciones. En los frentes políticos, sociales, religiosos y científicos el disenter, e incluso el escarnio, como lo llama Abend, S.M. (1989), ha sido la tónica para cuestionar y modificar lo institucionalizado y lo establecido. Muchas veces, las estructuras autoritarias, anteriormente no sólo aceptadas, sino automáticamente respetadas, han pasado a ser automáticamente sospechosas. Esta atmósfera revisionista general forma parte de las circunstancias emocionales e intelectuales que han evolucionado el psicoanálisis con sus diferentes enfoques o escuelas.

En este sentido y regresando al aspecto teórico y clínico particular, motivo de este trabajo, cabe señalar, que al revisar los trabajos que se

publican actualmente, se observa que muchos autores han aceptado la modificación del concepto de contratransferencia por ser menos elitista y rígido. Manejar la contratransferencia en el sentido amplio, como parte importante del tratamiento, parece responder a una actitud menos autoritaria que la interpretación clásica, más humanista.

Los primeros psicoanalistas, aunque tuvieron sus diferencias sobre los aspectos terapéuticos del psicoanálisis y sus diferentes puntos de vista sobre la técnica psicoanalítica, todos condujeron los análisis como intérpretes del sentido inconsciente de las comunicaciones de sus pacientes. Como seala Abend, S.M. (1989), no sólo eso, sino implícita y también explícitamente fueron los jueces sobre lo que era real o irreal, normal o patológico.

Esta posición de experto, desde hace tiempo atacado por las escuelas interpersonales, hoy en día ha sido desacreditada como insostenible entre muchos representantes clásicos o conservadores del psicoanálisis. Un trabajo representativo de estos cuestionamientos fue publicado por Silverman, M.A. en 1985 intitulado *Countertransference and the myth of the perfectly analyzed analyst*.

Como él, también otros autores admiten que el juicio clínico al que llega el analista es inevitablemente subjetivo, individualista, variable y por eso lejos de ser perfectamente confiable. Esto sucede aún entre colegas de entrenamiento y convicciones teóricas comparables. También se da en aquellos profesionistas o mejor dicho, en los tratamientos con calidad analítica de alto nivel y resultados satisfactorios.

Menciono algunos de estos autores que han escrito acerca del tema en diversas revistas psicoanalíticas internacionales. La referencia completa de estos artículos se encuentra en el apartado de Bibliografía de esta tesina: Brearen, CH., 1985; Chessik, R.D., 1989; Faimberg, H., 1992; Goldberg, A., 1994; Jacobs, Th.J., 1993; Jaffe, D.S., 1986; Parson, M. 1992; Robertson, B.M. y Jack, M.E., 1993; Sandler, J., 1992, 1993; Stein, S., 1991; Tansey, M.J. y Burke, W.F., 1991.

Es más, también aquellos que prefieren adherirse a la idea clásica de que la contratransferencia es una interferencia inconsciente en el análisis, sí admiten que atender sus manifestaciones y estilo aumenta la comprensión de lo que traen los pacientes a la situación analítica. Es tan aceptada la observación de las reacciones contratransferenciales como parte de la técnica analítica, que rutinariamente se encuentran referencias a ellas también en los reportes de casos de autores de aproximación analítica clásica. Informes de casos que no incluyen alguna referencia a la contratransferencia del analista parecen casi anticuados. Como dice Abend, S.M. (1989), "...la contratransferencia ha salido del rincón oscuro, cargado de connotaciones de pecado y vergenza a la luz clara de la revelación". El reconocimiento de su impacto caracteriza una actitud analítica profesional.

El interés que han recibido las diferentes respuestas contratransferenciales y cómo se logra detectarlas y utilizarlas, ha aumentado la sofisticación clínica. En el capítulo anterior presenté algunos ejemplos ilustrativos. Sin embargo, la mera conciencia del hecho o la reformulación de la contratransferencia, no importa a cual orientación analítica se pertenezca, no es en sí la guía para la lectura correcta o incorrecta de los pacientes. El cómo transformar la contratransferencia en empatía y comprensión, o cómo distinguir reacciones útiles de las obstaculizadoras, esto sigue siendo la habilidad quintaesencial o incluso quizás la prueba decisiva para la clínica analítica. Reconocer la inevitabilidad de la contratransferencia y tener como rutina de trabajo su incorporación de manera útil en el proceso terapéutico, parece haber tenido un efecto benéfico en general, ya que fomenta mayor honestidad, aceptación y posiblemente un incremento en las habilidades clínicas.

Resumiendo, se ha aceptado en el medio psicoanalítico en general, la proposición Kleiniana original, que las reacciones emocionales del analista provocados por el paciente y su historia particular, pueden llegar a ser una fuente importante de comprensión del material clínico. La ac-

tividad consciente de auto observación se usa hoy en día universalmente como recurso para obtener datos de los pacientes y para poder formular las estrategias de intervención terapéutica. Se reconoce que las contratransferencias que obstaculizan el proceso terapéutico pueden actuar de manera diversa, no sólo como puntos ciegos o equivocaciones.

Desde luego, el uso de la contratransferencia en el sentido amplio, no es la panacea, pero es de beneficio real, concreto y práctico. El manejo de ella nos permite hacer continuamente un avalúo minucioso y realista de la multiplicidad de factores que afectan la clínica analítica.

En lo personal, poder integrar este modelo tan explícito a mi que-hacer terapéutico, ha significado trabajar con mayor libertad, con menos temor y una visión mas amplia y clara de lo que se puede dar y se puede esperar de ambos, terapeuta y paciente, al entrar en el proceso de elaboración de un trauma.

Bibliografía

- ABEND, S.M. (1989) Countertransference and psychoanalytic technique. *Psychoanalytic Quarterly*, LVIII, 374-395.
- ARLOW, J.A. (1985) Some technical problems of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, LIV, 164-173.
- BLECOURT, A. (1993) Transference, countertransference and acting out in psychoanalysis. *Int.J.Psycho- Anal.*, 74:757-774.
- BOOK, H.E. (1988) Empathy: Misconceptions and Misuses in Psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*. Vol.145, No.4, 420-424.
- BRENNER, Ch. (1985) Countertransference as compromise formation. *Psychoanalytic Quarterly*, LIV, 155-163.
- CHESSIK, R.D. (1989) *The technique and practice of listening in intensive psychotherapy*. USA: Jason Aronson Inc.
- DANIELI, Y. (1994) Countertransference, Trauma and Training. En Wilson, J.P y Lindy, J.D. *Countertransference in the Treatment of PTSD*. New York: The Guilford Press.
- DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, Fourth Edition, DSM-IV. The American Psychiatric Association, 1993.
- ETCHEGOYEN, R.H. (1986) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu editores, S.A.

- EVANS, R.I. (1966) *Dialogue with Fromm*. New York: Harper and Row.
- EYRE, D.P. (1991) Therapy with a sexually abused woman. *Int.J.Psycho-Anal.*, 72:403-415.
- FAIMBERG, H. (1992) The countertransference position and the countertransference. *Int.J.Psycho-Anal.*, 73:541-547.
- FENICHEL, O. (1941) Problems of psychoanalytic technique, Nueva York: *Psychoanalytic Quarterly Inc.* (México: Paz, 1964).
- FLIESS, R. (1955) Countertransference and counteridentification. *J.Amer. Psycho anal.Assn.* 1:268-284.
- FREUD, S. (1910) *Die zukünftigen Chancen der Psycho-analytischen Therapie*. Freud-Studien-ausgabe, Ergänzungsband. Frankfurt, M.: S.Fischer Verlag GmbH.
- (1912) *Zur Dynamik der Übertragung*. Werksausgabe, Frankfurt, M.: S.Fischer Verlag GmbH.
- (1913) *Zur Einleitung der Behandlung*. Werksausgabe, Frankfurt, M.: S.Fischer Verlag GmbH.
- (1915) *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*. Werksausgabe, Frankfurt, M.: S.Fischer Verlag GmbH.
- (1927) *Nachwort zur Frage der Laienanalyse*. Werksausgabe, Frankfurt, M.: S.Fischer Verlag GmbH.
- (1937) *Die endliche und unendliche Analyse* (Auszug: Abschnitt VI).

Werksausgabe, Frankfurt, M.: S.Fischer Verlag GmbH.

- FROMM, E. (1980) *Greatness and Limitations of Freud's Thought*. New York: New American Library.
- GITLESON, M. (1952) The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. *Int.J. Psycho-Anal.* 32:32-40.
- GOLDBERG, A. (1994) Farewell to the objective analyst. *Int.J.Psycho-Anal.* 75:21-30.
- GREY, A. (1993) The dialectics of psychoanalysis: A new synthesis of Fromm's theory and practice. *Contemporary Psychoanalysis*. Vol. 29, No.4, 645-672.
- (1994) *Countertransference redefined: Some clinical contributions of Fromm*. Presentado en: International Erich Fromm Symposium in Washington, D.C, USA, Mayo 1994.
- GREEN, B.L. (1994) Psychosocial research in traumatic stress: Un update. *Journal of Traumatic Stress*. Vol.7, No.3, 341-362.
- HEIMAN, P. (1950) On counter-transference. *Int.J.Psycho- Anal.*, 31:81-84.
- JACOBS, TH.J. (1993) The inner experiences of the analyst: their contribution to the analytic process. *Int.J.Psycho-Anal.*, 74:7-14.
- JAFFE, D.S. (1986) Empathy, counteridentification, countertransference: A review, with some personal perspectives on the "analytic instrument". *Psychoanalytic Quarterly*, LV, 215-243.
- KERNBERG, O. (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- (1979) *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- (1984) *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. USA: Basic Books.
- KINZIE, J.D. y BOEHNLEIN, J.K. (1993) Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 47, No.1, 90-102.
- KIRSHNER, L.A. (1994) Trauma, the good object, and the symbolic: A theoretical integration. *Int.J.Psycho-Anal.* 75:235-242.
- KOHUT, H. (1984) *How does analysis cure?* ed. A. Goldberg & P. Stepansky. Chicago: The University Chicago Press.
- KOLK v.d., B y HART, v.d., O. (1994) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American Journal of Psychiatry*. Vol.146, No.12, 1530-1540.
- KORT, E. (1990) *Secuelas emocionales a largo plazo en el síndrome de trauma por violación*. México: UIA-Depart.Psic., Tesis doctoral inédita.
- LEBOWITZ, L. y ROTH, S. (1994) "I felt like a slut": The cultural context and women's response to being raped. *Journal of Traumatic Stress*. Vol.7, No.3, 363-390.
- MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MEN-

- TALES, REVISADO, DSM-III-R, (1988). España: Mason, S.A.
- MC LAUGHLIN, J.T. (1981) Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, L, 639-663.
- MOSES-HRUSHOVSKI, R. (1992) Transference and countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 73:561-576.
- NARVAEZ, F. (1981) *La terapéutica humanista en Erich Fromm y el psicoanálisis humanista*. México, D.F.: siglo XXI editores, s.a.
- PARSONS, M. (1992) The redefining of theory in clinical practice. *Int. J. Psycho-Anal.*, 73:103-115.
- RACKER, H. (1960) *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- REICH, A. (1951) *On Countertransference in Annie Reich: Psychoanalytic Contributions*. New York: Int. Univ. Press, 1973, pp. 136-154.
- ROTH, S. y BATSON, R. (1993) The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution. *Journal of Traumatic Stress*. Vol.6, No.2, 159-177.
- SANDLER, J., DARE, Ch., HOLDER, A. (1993) *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.
- SANDLER, J. (1992) Reflection on development in the theory of psychoanalytic technique. *Int. J. Psycho-Anal.*, 73:189-198.
- SILVERMAN, M.A. (1985) Countertransference and the myth of the perfectly analyzed analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, LIV, 175-199.

- STEIN, S. (1991) The influence of theory on the psychoanalyst's countertransference. *Int.J.Psycho-Anal.*, 72:325-334.
- TANSEY, M.J. y BURKE, W.F. (1991) Understanding countertransference. From projective identification to empathy. *Psychoanalytic Quarterly*, Vol.60, No.1, 121-124.
- TOWER, L.E. (1956) Countertransference. *J.Amer.Psychoanal. Assn.* 4:224-255.
- WILSON, J.P. (1994) The historical evolution of PTSD (Post- Traumatic Stress Disorder) diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, Vol.7, No.4, 681-698.
- WILSON, J.P. y Lindy, J.D. (1994) *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: The Guilford Press.
- WINNICOTT, D.W. (1949) Hate in the counter-transference. *Int.J.Psychoanal.* 30:69-74.