

Fuente:

Judith Lewis Herman (1992). A healing relationship. in Trauma and recovery. J. Herman, Trauma and recovery Glenview, IL: Basic Books (Harper Collins), 133-155

Existe Traducción al español de este libro editada por Espasa Calpe

Capítulo 7

Una relación sanadora

Judith Lewis Herman *

Traducción: Irene Loyácono- Argentina

Las experiencias nucleares del trauma psicológico son el no tener poder (disempowerment) y la desconexión con otros. La recuperación, entonces, está basada en un proceso de recobrar el poder o empoderamiento (empowerment) y en la creación de nuevas conexiones. La recuperación sólo puede tener lugar dentro del contexto de las relaciones, no puede suceder en aislamiento. En su renovada conexión con otra gente, la superviviente re-crea las facultades psicológicas que fueron dañadas o deformadas por la experiencia traumática. Estas facultades incluyen las capacidades básicas para la confianza, autonomía, competencia, identidad e intimidad. Así como esas capacidades se formaron originalmente en las relaciones con otra gente, tienen que ser reformadas en tales relaciones.

El primer principio de la recuperación es recobrar el poder (empoderamiento, empowerment) de la superviviente. Ella debe ser la autora y el árbitro de su propia recuperación. Los otros pueden ofrecer consejo, sostén, afectos, y cuidado pero no cura. Muchos intentos benevolentes y bien intencionados de asistencia a los supervivientes se van a pique por no observar este principio fundamental. Ninguna intervención que le quite el poder a la superviviente tiene posibilidad de fomentar su recuperación, no importa cuánto parezca actuar en su mejor interés. En palabras de una superviviente de incesto: “Buenos terapeutas fueron aquellos que realmente validaron mi experiencia y me ayudaron a controlar mi comportamiento en lugar de tratar, ellos, de controlarme a mí”.

Los profesionales formados en el modelo médico a menudo tienen dificultades en captar este principio fundamental y ponerlo en práctica. En circunstancias excepcionales, en las que la superviviente ha abdicado totalmente de la responsabilidad por su propio cuidado, o amenaza daños inmediatos a sí misma o a otros, se requiere una rápida intervención con o sin su consentimiento.

Pero aún entonces no hay necesidad de acciones unilaterales, la superviviente aún debería ser consultada acerca de sus deseos y deberían ofrecérsele todas las opciones que fueran compatibles con la preservación de su seguridad.

Este principio de devolver el control a la persona traumatizada, ha sido ampliamente reconocido. Abram Kardiner define el rol del terapeuta como el de un asistente para el paciente, cuyo objetivo es “ayudar al paciente a completar el trabajo que está tratando de hacer espontáneamente” y reinstalar un renovado control. Martin Symonds trabajando con rehenes, describe los principios del tratamiento como: restaurar el poder de la víctima, reducir el aislamiento, disminuir la impotencia mediante la ampliación de la gama de opciones de la víctima, y contrarrestar las dinámicas de dominación en el enfoque de la víctima. Los activistas comunitarios Evan Stark y Anne Flitcraft afirman que su objetivo

terapéutico con mujeres golpeadas es la restauración de su autonomía y su recuperación del poder o empoderamiento. Ellos definen autonomía como “un sentido de separación, flexibilidad, y auto-poseción suficiente como para definir el propio auto-interés ... y hacer elecciones significativas”, mientras que la recuperación del poder o empoderamiento es “la convergencia del apoyo mutuo con la autonomía individual”. Desde su perspectiva, la misma mujer, que aparece como una paciente impotente y deteriorada en una clínica médica o psiquiátrica tradicional, puede verse y actuar como una “enérgica superviviente” en el ámbito de un refugio donde su experiencia es validada y se reconocen y estimulan sus fortalezas.

La relación entre superviviente y terapeuta es una relación entre muchas. No es de ninguna manera la única ni siquiera la mejor relación sobre la que puede basarse la recuperación. La gente traumatizada es a menudo reacia a pedir ayuda de cualquier tipo, más aún psicoterapia. Pero mucha gente que sufre de trastorno de estrés postraumático sí busca ayuda, finalmente, en el sistema de salud mental. Por ejemplo, un estudio nacional de veteranos de Vietnam encontró que la mayoría de los veteranos de combate con un síndrome post-traumático buscaron tratamiento para problemas de salud mental, al menos una vez, desde que retornaron de la guerra.

La relación en terapia es única en varios aspectos. Primero, su único propósito es promover la recuperación de la paciente. En la prosecución de este objetivo, el terapeuta se convierte en el aliado de la paciente, poniendo todos los recursos de sus conocimientos, habilidades y experiencia a su disposición. Segundo, la relación terapéutica es única a causa del contrato entre paciente y terapeuta respecto del uso del poder. La paciente entra a terapia necesitada de ayuda y cuidado. En virtud de este hecho, ella voluntariamente se somete a una relación desigual en la que el terapeuta tiene un estatus y un poder superiores. Inevitablemente se despiertan sentimientos relacionados con la experiencia universal de dependencia infantil de una figura parental. Estos sentimientos, conocidos como transferencia, exageran aún más el desbalance de poder en la relación terapéutica y dejan a todos los pacientes vulnerables a la explotación. Es responsabilidad del terapeuta usar el poder que le ha sido conferido sólo para fomentar la recuperación de la paciente, resistiendo toda tentación de abusar de ella. Esta promesa, que es central para cualquier relación terapéutica honesta, es de especial importancia para pacientes que ya están sufriendo como resultado de que un otro ha hecho un ejercicio arbitrario y abusivo del poder.

Al comenzar la relación terapéutica, el terapeuta promete respetar la autonomía de la paciente permaneciendo desinteresado y neutral. “Desinteresado” significa que el terapeuta se abstiene de usar su poder sobre la paciente para satisfacer necesidades personales. “Neutral” significa que el terapeuta no toma partido en los conflictos internos de la paciente ni trata de dirigir sus decisiones vitales. Recordando constantemente que la paciente está a cargo de su propia vida, el terapeuta se abstiene de presentar una agenda personal. La postura de desinterés y neutralidad es un ideal a alcanzar, nunca algo que se logre a la perfección.

Neutralidad técnica del terapeuta no es lo mismo que neutralidad moral. Trabajar con gente victimizada requiere una posición moral comprometida. El terapeuta es convocado para ser testigo de un crimen. Debe asegurar una posición de solidaridad con la víctima. Esto no significa la idea simplista de que la víctima no puede equivocarse, sino implica más bien una

comprensión de la fundamental injusticia de la experiencia traumática y la necesidad de una resolución que restaure alguna sensación de justicia. Esta afirmación se expresa en la tarea cotidiana del terapeuta, en su lenguaje, y sobre todo en su compromiso moral de decir la verdad sin evasiones ni disfraces. Yael Danieli, una psicóloga que trabaja con supervivientes del Holocausto Nazi, asume esta actitud moral aún en el proceso rutinario de contar una historia familiar. Cuando los supervivientes hablan de sus parientes que “murieron” ella afirma que ellos fueron, más bien, “asesinados”: Los terapeutas e investigadores que trabajan con miembros de familias de supervivientes encuentran individuos a quienes el Holocausto privó del ciclo normal de las generaciones y las edades. El Holocausto también les robó, y aún lo hace, una muerte natural, individual ... y, por lo tanto, la posibilidad de un duelo normal. El uso de la palabra “muerte” para describir el destino de los parientes de los supervivientes, sus amigos, y sus comunidades, parece ser una defensa contra el reconocimiento de que fue el asesinato la realidad más crucial del Holocausto.”

El rol del terapeuta es a la vez intelectual y relacional, y fomenta a la vez el insight y la conexión empática. Kardiner nota que “la parte central de la terapia debería ser siempre aclararle al paciente” la naturaleza y significado de sus síntomas pero, al mismo tiempo, “la actitud del clínico en estos casos es la de un padre protector. Debe ayudar al paciente a ganar control en el mundo externo, lo que nunca podrá lograrse con una actitud superficial de sólo despachar píldoras”. El psicoanalista Otto Kernberg hace observaciones similares sobre el tratamiento de pacientes con Trastorno borderline de personalidad: “La actitud empática del terapeuta, derivada de su comprensión emocional de sí mismo y de su identificación transitoria con el paciente y su preocupación por él, tiene elementos en común con la empatía de la ‘madre suficientemente buena’ con su bebé... Hay, sin embargo, también un aspecto absolutamente racional, cognitivo y casi ascético en el trabajo del terapeuta con el paciente que le da a su relación una cualidad completamente diferente.”

La alianza en la terapia no puede darse por sentada, debe ser construida laboriosamente con el esfuerzo de paciente y terapeuta. La terapia requiere una relación colaborativa de trabajo en la cual ambos socios actúan en base a su confianza implícita en el valor y eficacia de la persuasión más que de la coerción, de las ideas más que de la fuerza, de la mutualidad más que del control autoritario. Estas son, precisamente, las creencias que han sido demolidas por la experiencia traumática. El trauma daña la habilidad del paciente para entrar en una relación de confianza, y esto tiene también un impacto indirecto pero poderoso sobre el terapeuta. Como resultado, tanto paciente como terapeuta tendrán predecibles dificultades para entrar en una alianza de trabajo. Estas dificultades pueden ser entendidas y anticipadas desde el comienzo.

Los pacientes que sufren de un síndrome traumático establecen un tipo característico de transferencia en la relación terapéutica. Sus respuestas emocionales a cualquier persona en una posición de autoridad han sido deformadas por la experiencia de terror. Por esta razón, las reacciones transferenciales traumáticas tienen una cualidad intensa, de vida-o-muerte que las hace diferentes a las experiencias terapéuticas ordinarias. En palabras de Kernberg, “Es como si la vida del paciente dependiera de mantener al terapeuta bajo control”. Una de las más sagaces observaciones sobre las vicisitudes de la transferencia traumática aparecen en los relatos clásicos de los tratamientos de Trastornos de Personalidad Borderline, escritos cuando el origen traumático del trastorno aún no era conocido. En estos relatos, una fuerza

destructiva aparece para entrometerse repetidamente en la relación entre terapeuta y paciente. Esta fuerza, que fue tradicionalmente atribuida a la agresividad innata del paciente, puede ahora ser reconocida como la violencia del perpetrador. El psiquiatra Eric Lister subraya que la transferencia en pacientes traumatizados no refleja una simple relación diádica sino más bien una tríada: “El terror es como si el paciente y el terapeuta convocaran la presencia de una tercera persona. La tercera imagen es el victimario, quien (...) demanda silencio y cuyo dominio no ha sido quebrado”.

La transferencia traumática refleja no sólo la experiencia de terror sino también la experiencia de impotencia. En el momento del trauma la víctima está profundamente impotente. Incapaz de defenderse a sí misma, llora por ayuda, pero nadie viene en su auxilio. Se siente totalmente abandonada. El recuerdo de esta experiencia domina todas las relaciones que vienen después. Cuanto más grande es la convicción emocional que tiene la paciente sobre su impotencia y abandono, más desesperadamente siente la necesidad de un rescatador omnipotente. A menudo atribuye al terapeuta ese rol. Puede desarrollar expectativas intensamente idealizadas sobre el terapeuta. La idealización del terapeuta protege a la paciente, en su fantasía, impidiéndole revivir el trauma. En un caso exitoso, tanto el paciente como el terapeuta llegaron a entender el terror en el origen de las demandas de rescate del paciente: el terapeuta señaló: ‘asusta necesitar tanto a alguien y no ser capaz de controlarlo’. El paciente se sintió conmovido y continuó su pensamiento: ‘asusta porque tu puedes matarme con lo que digas... o si no me cuidas o si te marchas’. El terapeuta luego agregó: ‘podemos ver por qué tú necesitas que yo sea perfecto’.

Cuando el terapeuta falla en dar vida a estas expectativas idealizadas –como inevitablemente hará– la paciente a menudo es desbordada por la furia. Porque la paciente siente como si su vida dependiera de su rescatador, y no puede permitirse ser tolerante, no hay lugar para el error humano. La cólera impotente y desesperada de la persona traumatizada ante un salvador que se distrae, aunque sea temporariamente de su rol, se ve claramente en el caso del veterano de Vietnam Tim O'Brien , que describe cómo se sintió después de haber sido herido en batalla.

“La necesidad de revancha seguía carcomiéndome. Por la noche a veces bebía demasiado. Recuerdo que me dispararan y gritar por un médico y luego esperar y esperar y esperar, desmayarme una vez, luego despertarme y gritar un poco más, y cómo gritar parecía producir nuevos dolores, el espantoso hedor de mí mismo, el sudor y el miedo, los torpes dedos de Bobby Jorgenson cuando finalmente vino a ocuparse de mí. Yo sigo volviendo a todo eso, cada detalle... Quería gritar “eh idiota! es un shock, me estoy muriendo” pero todo lo que podía hacer era relinchar y chillar. Recuerdo eso, y el hospital, y las enfermeras. Y aún recordaba la cólera. Pero no la podía sentir más. Al final, todo lo que sentía era esa frialdad en lo profundo, dentro de mi pecho. Primero: el tipo casi me había matado. Segundo: eso debía tener consecuencias.”

Este testimonio revela no sólo la cólera impotente de la víctima con terror a morir sino también el desplazamiento de su rabia desde el perpetrador hacia el cuidador. Él siente que el médico, no el enemigo, casi lo mata. Más tarde, su furia también se combina con su sensación de humillación y vergüenza. Aunquél necesita desesperadamente la ayuda del

socorrista, le mortifica ser visto en esa deshonrosa condición física. Mientras sus heridas sanan en el hospital, él arma un plan de venganza, no contra el enemigo sino contra el socorrista inepto. Mucha gente traumatizada siente una cólera similar hacia los cuidadores que tratan de ayudarlos, y albergan similares fantasías de venganza. En estas fantasías desean reducir al envidiado y decepcionante terapeuta, a la misma condición insoportable de terror, impotencia y vergüenza que ellos han sufrido.

Aunque la paciente traumatizada siente una desesperada necesidad de confiar en la integridad y competencia del terapeuta, no puede hacerlo, porque su capacidad de confiar ha sido dañada por la experiencia traumática. Mientras que en otras relaciones terapéuticas puede darse por supuesto algún grado de confianza desde el comienzo, esta presunción no está nunca garantizada en el tratamiento de pacientes traumatizadas. La paciente entra a la relación terapéutica presa de todo tipo de dudas y sospechas. Generalmente asume que el terapeuta o es incapaz o no está dispuesto a ayudar. Hasta que se pruebe lo contrario, supone que el terapeuta no puede soportar oír la verdadera historia del trauma. Los veteranos de combate no establecen una relación confiada hasta que se convencen de que el terapeuta puede soportar oír los detalles de su historia de la guerra. Supervivientes de violación, rehenes, prisioneros políticos, mujeres golpeadas, y supervivientes del holocausto sienten una desconfianza similar acerca de la habilidad del terapeuta para escuchar. En palabras de una superviviente de incesto, “estos terapeutas se expresan como si tuvieran todas las respuestas, pero ellos se escapan de la verdadera mierda del asunto”

Al mismo tiempo, sin embargo, la paciente desconfía de los motivos de cualquier terapeuta que no se aleja. Puede atribuir al terapeuta muchos de los mismos motivos del perpetrador. A menudo sospecha de que el terapeuta tenga intenciones explotadoras o voyeuristas. Cuando el trauma ha sido repetitivo y prolongado, las expectativas de la paciente acerca de intenciones perversas o malévolas pueden ser especialmente resistentes al cambio. Los pacientes que han estado sometidos a trauma crónico y por lo tanto sufren de un síndrome postraumático complejo también tienen reacciones transferenciales complejas. La prolongada involucración con el perpetrador ha alterado el estilo relacional de la paciente, de tal modo que ella no sólo teme las repetidas victimizaciones sino que también parece incapaz de protegerse de ellas, o incluso parece provocarlas. La dinámica de dominación y sumisión se actualiza en todas las relaciones posteriores, incluyendo la terapia.

Los pacientes crónicamente traumatizados tienen una exquisita sintonía con la comunicación inconsciente y no verbal. Acostumbrados durante largo tiempo a leer los estados emocionales y cognitivos de sus captores, los supervivientes traen esta habilidad a la relación terapéutica. Kernberg nota la “asombrosa” habilidad de los pacientes borderline para leer al terapeuta y responder a su vulnerabilidad. Emmanuel Tanay nota la “sensibilidad e intensa perceptividad” de los supervivientes del Holocausto Nazi, agregando que “estos pacientes captan las fluctuaciones de la atención del terapeuta con diligencia y patológica hipersensibilidad”

La paciente escudriña cada palabra y gesto del terapeuta, en un intento de protegerse de las reacciones hostiles que anticipa. A causa de que no confía en las intenciones benevolentes del terapeuta, malinterpreta persistentemente los motivos y reacciones del terapeuta. El terapeuta puede finalmente reaccionar en formas no acostumbradas a estas atribuciones

hostiles. Llevado a las dinámicas de dominación y sumisión, el terapeuta puede inadvertidamente reactivar (reenact) aspectos de la relación abusiva. Esta dinámica, que ha sido estudiada más extensamente en pacientes borderline, ha sido atribuida al estilo defensivo de "identificación proyectiva" de la paciente. Una vez más, el perpetrador juega un rol oculto en este tipo de interacción. Cuando el trauma original es conocido, el terapeuta puede encontrar una asombrosa similitud entre el trauma original y sus reactualizaciones (reenactment) en terapia. Frank Putnam describe un ejemplo en una paciente con un trastorno de personalidad múltiple: "siendo niña, la paciente había sido repetidamente atada y forzada a practicarle fellatio al padre. Durante su última hospitalización, ella se volvió gravemente suicida y anoréxica. Los miembros del equipo trataron de alimentarla con una sonda naso-gástrica, pero ella continuó quitársela. Consecuentemente, se sintieron obligados a ponerla en contención cuádruple. La paciente estaba, ahora, atada a su cama por sus cuatro extremidades y con un tubo introducido a la fuerza en su garganta, todo en nombre de salvar su vida. Una vez que se señaló a todas las partes la similitud de estas intervenciones "terapéuticas" con su abuso temprano, fue posible suspender la alimentación forzada.

La re-edición de la relación con el perpetrador es más evidente en la transferencia sexualizada que a veces emerge en supervivientes de prolongado abuso sexual infantil. La paciente puede suponer que el único valor que ella puede tener a los ojos de los demás, especialmente a los ojos de personas poderosas, es en tanto un objeto sexual. Aquí, por ejemplo, un terapeuta describe la sesión final de un largo y exitoso tratamiento con una superviviente de incesto que había sido diagnosticada como trastorno de personalidad borderline:

"ella ahora se sentía como una hija crecida; sin embargo, si no había tenido relaciones sexuales conmigo, tal vez era porque ella no era suficientemente sexy. En la sesión final, se preguntó si yo podría saber cuánto apreciaba ella la terapia si no hacía más que agradecerme verbalmente. En la puerta, se dio cuenta de que tal vez agradecerme era suficiente. Esto fue 7 años después de nuestro primer encuentro".

Las pacientes pueden ser muy directas acerca de su deseo de tener relaciones sexuales. Unas pocas pacientes pueden, de hecho, demandar tal relación como la única prueba convincente del cuidado del terapeuta. Al mismo tiempo, incluso estas pacientes, tienen pavor de una reedición de la relación sexual en terapia, tal reedición simplemente confirma la creencia de la paciente de que todas las relaciones humanas son corruptas.

Las pacientes con trastorno de personalidad múltiple representan el extremo en las complicaciones de la transferencia traumática. La transferencia puede estar altamente fragmentada, con diferentes componentes traídos por diferentes alters. Putnam sugiere que los terapeutas que trabajan con estas pacientes estén preparados para transferencias intensamente hostiles y sexualizadas de modo rutinario. Aún en pacientes que carecen de capacidades disociativas tan extremas, la transferencia puede estar desorganizada y fragmentada, sujeta a frecuentes oscilaciones que son el distintivo de los síndromes traumáticos. Las vicisitudes emocionales de la relación terapéutica son por lo tanto necesariamente impredecibles y confusas tanto para el terapeuta como para la paciente.

CONTRATRANSFERENCIA TRAUMÁTICA

El trauma es contagioso. En el rol de testigo de desastres y atrocidades, el terapeuta a veces está emocionalmente abrumada. Experimenta, en menor grado, el mismo terror, cólera y desesperación que la paciente. Este fenómeno es conocido como “contratransferencia traumática” o “traumatización vicaria”. El terapeuta puede comenzar a experimentar síntomas del trastorno de estrés posttraumático. Escuchar la historia del trauma de la paciente está ligado a revivir cualquier experiencia traumática personal que el terapeuta pueda haber sufrido en el pasado. Ella también puede notar visualizaciones, asociadas con la historia de la paciente, entrometiéndose en sus propias fantasías o sueños diurnos. En un caso, el terapeuta comenzó a tener las mismas pesadillas grotescas que su paciente, Arthur, un hombre de 35 años que había sido abusado sádicamente, en su infancia, por su padre:

Arthur contó a su terapeuta que aún temía a su padre, aunque se había muerto hacía ya 10 años. Sentía que su padre estaba observándolo y podía controlarlo desde el más allá. Creía que la única forma de superar el poder demoníaco de su padre era desenterrar su cuerpo y clavarle una estaca en el corazón. El terapeuta comenzó a tener pesadillas en las que el padre de Arthur entraba a su habitación como un cuerpo desenterrado y podrido.

Involucrarse en este trabajo, por lo tanto, representa algún riesgo para la propia salud mental del terapeuta. Las reacciones adversas del terapeuta, a menos que se comprendan y se contengan, también conducen, predeciblemente, a perturbaciones en la alianza terapéutica con los pacientes y a conflictos con los colegas profesionales. Los terapeutas que trabajan con gente traumatizada requieren un sistema de apoyo continuado para manejar estas intensas reacciones. Del mismo modo que ningún superviviente puede recuperarse solo, ningún terapeuta puede trabajar con trauma en soledad.

La contratransferencia traumática incluye todo el rango de respuestas emocionales del terapeuta, al superviviente y al evento traumático en sí mismo. Entre los terapeutas que trabajan con supervivientes del Holocausto Nazi, Danieli observa una casi impersonal uniformidad de respuestas emocionales. Ella sugiere que el Holocausto en sí, más que las personalidades individuales de los terapeutas o pacientes, es la principal fuente de estas reacciones. Esta interpretación reconoce la sombra del perpetrador en la relación paciente-terapeuta y sigue el rastro de la transferencia y contra-transferencia hasta su fuente original fuera de una simple relación diádica.

Además de sufrir síntomas vicarios de trastorno de estrés post-traumático, el terapeuta debe luchar, como la paciente, con las mismas perturbaciones de la relación. La exposición repetida a historias de rapacidad y crueldad humanas, inevitablemente desafía la fe básica de el terapeuta. También incrementa su sensación de vulnerabilidad personal. Puede volverse más temerosa de otra gente en general y más desconfiada, aún en relaciones próximas. Puede encontrar que se ha vuelto más cínica acerca de los motivos de los otros, y más pesimista sobre la condición humana.

El terapeuta también comparte empáticamente la experiencia de impotencia de la paciente.

Esto puede conducirla a subestimar el valor de su propio conocimiento y habilidad, o a perder de vista las fortalezas y recursos del paciente. Bajo el dominio de la impotencia contratransferencial, el terapeuta puede también perder confianza en el poder de la relación terapéutica. No es infrecuente que terapeutas experimentados se sientan repentinamente incompetentes y desesperanzados frente a pacientes traumatizados. Putnam describe terapeutas experimentados que se sintieron intimidados e “ineptos” cuando se encontraron frente a pacientes con trastorno de personalidad múltiple. Entre aquellos que trabajan con supervivientes de extrema violencia política y represión aparecen sentimientos similares. El caso de Irene, una víctima de terrorismo sexual, ilustra un estancamiento terapéutico temporal, ocasionado por la pérdida de confianza de la terapeuta.

Irene, una mujer de 25 años, vino a tratamiento quejándose de un síndrome post-traumático con importante hiperexcitación, síntomas intrusivos, y constricción grave. Previamente sociable, se había apartado de la mayoría de sus actividades y estaba virtualmente presa en su hogar. Un año antes había rechazado un intento de violación en una cita, desde entonces el perpetrador la había acosado, con llamadas obscenas y amenazantes a altas horas de la noche. También la acechaba y mantenía su casa bajo vigilancia, y ella sospechaba que él había matado a su gato. Había acudido a la policía pero sentía que ésta no estaba interesada en su problema “dado que, en realidad, nada había ocurrido”.

La terapeuta se identificó con la frustración e impotencia de Irene. Dudando de que la psicoterapia tuviera algo que aportar, se encontró ofreciendo en cambio consejos prácticos. Irene rechazó, desanimada, todas sus sugerencias, del mismo modo que había rechazado las sugerencias de sus amigos, de su familia y de la policía. Ella estaba segura de que el perpetrador derrotaría cualquier cosa que ella intentara. La terapia no estaba ayudando tampoco, sus síntomas empeoraron, y comenzó a informar ideación suicida.

Revisando el caso en supervisión, la terapeuta se dio cuenta de que ella, como Irene, había sido abrumada por un sentimiento de impotencia. Consecuentemente, había perdido confianza en la utilidad de escuchar, que era su habilidad básica. En la próxima sesión, preguntó si Irene había alguna vez relatado a alguien la historia completa de lo que le había pasado. Irene dijo que nadie deseaba oír aquello, la gente sólo deseaba que ella se acomodara y regresara a la normalidad. La terapeuta remarcó que Irene debía sentirse realmente sola, y se preguntó si sentía que tampoco podía confiar en ella (en la terapeuta). Irene empezó a sollozar. Había sentido ciertamente que la terapeuta no deseaba oír.

En las sesiones siguientes, a medida que Irene contaba su historia, sus síntomas gradualmente disminuyeron. Comenzó a ser más activa para protegerse, “movilizando a su familia y amigos... y encontrando modos más efectivos de conseguir ayuda de la policía. Aunque revisaba sus nuevas estrategias con su terapeuta, Irene las desarrolló principalmente por propia iniciativa.

Como defensa contra el sentimiento insoportable de impotencia, el terapeuta puede tratar de asumir el rol de rescatador. El terapeuta puede asumir más y más un rol de defensor para la paciente. Haciendo eso, da por sentado que la paciente no es capaz de actuar por sí misma.

Cuanto más acepta el terapeuta la idea de que la paciente es impotente, más perpetúa la transferencia traumática y desinvieste de poder a la paciente.

Muchos terapeutas maduros y experimentados, que por lo general respetan escrupulosamente los límites de la relación terapéutica, se encuentran violando las fronteras de la terapia y asumiendo el rol de socorristas bajo la intensa presión de la transferencia y la contratransferencia traumáticas. El terapeuta puede sentirse obligado a extender los límites de la sesión de terapia o a permitir frecuentes contactos de emergencia entre sesiones. Puede encontrarse contestando llamadas telefónicas a altas horas de la noche, el fin de semana, o incluso en vacaciones. Raramente estas medidas extraordinarias producen mejorías, por el contrario, cuanto más impotente, dependiente e incompetente se siente la paciente, peores se hacen generalmente sus síntomas.

Llevada a su extremo lógico, la defensa del terapeuta contra los sentimientos de impotencia lo conduce a una posición de sentirse grandiosamente especial u omnipotente. A menos que esta tendencia sea analizada y controlada, su potencial de corromper la relación terapéutica es grande. Toda suerte de violaciones extremas de fronteras, hasta incluir la intimidad sexual, se racionalizan frecuentemente en base a la desesperada necesidad de la paciente de ser rescatada y las extraordinarias dotes del terapeuta como rescatador. Henry Krystal, que trabajó con supervivientes del Holocausto Nazi, observa que el impulso del terapeuta a ser Dios es tan ubicuo como patológico. Los psicoanalistas John Maltzberger y Dan Buie dan una advertencia similar: “las tres trampas narcisísticas más comunes son las aspiraciones de: *sanarlo todo, saberlo todo, y amarlo todo*. En la medida en que tales dotes no son más accesibles a los terapeutas contemporáneos que lo que lo fueron para Fausto, a menos que se trabajen tales tendencias ... (el terapeuta) estará preso de una sensación de impotencia y desánimo fáusticos y tentado a resolver su dilema recurriendo a acciones mágicas y destructivas.

Además de identificarse con la impotencia de la víctima, el terapeuta se identifica con la rabia de la víctima. Puede experimentar los extremos del enojo desde furia incoherente, pasando por rangos intermedios de frustración e irritabilidad, hasta una justa indignación abstracta. Este enojo puede ser dirigido no sólo hacia el perpetrador sino también hacia transeúntes que no atinaron a intervenir, hacia colegas que no atinaron a entender, y en general a la sociedad en su conjunto. A través de la identificación empática, el terapeuta puede también darse cuenta de la profundidad de la rabia del paciente y puede llegar a temerle. Otra vez: si esta reacción contratransferencial no es analizada, puede conducir a acciones que desinvieste de poder al paciente. En un extremo, el terapeuta puede reemplazar el enojo del paciente con el propio o, en el otro extremo, puede tornarse demasiado condescendiente hacia el enojo del paciente. El caso de Kelly, un superviviente de abuso infantil, ilustra el error de adoptar una posición apaciguadora hacia el paciente:

Kelly, una mujer de 40 años, con una larga historia de relaciones tormentosas y fracasos psicoterapéuticos, comenzó una nueva relación terapéutica con el objetivo de “sacarme mi rabia”. Ella persuadió a su terapeuta de que sólo una aceptación incondicional de su rabia podía ayudarla a desarrollar confianza. Sesión tras sesión, Kelly reprendía a su terapeuta, quien se sentía intimidada e incapaz de poner límites. En lugar de desarrollar confianza, Kelly comenzó a ver a la terapeuta como inepta e

incompetente. Se quejaba de que la terapeuta era exactamente como su madre, que toleraba impotente la violencia del padre en la familia.

La terapeuta también se identifica con la paciente a través de la experiencia de profunda aflicción. Puede sentir como si ella misma estuviera de duelo. Leonard Shengold hace referencia a la “vía dolorosa” de la psicoterapia con supervivientes. Los terapeutas que trabajan con supervivientes del Holocausto Nazi, informan ser “devorados por la angustia” o “hundirse en desesperación”. De modo que, a menos que la terapeuta tenga apoyo suficiente para soportar esta pena, no será capaz de cumplir su promesa de soportar ser testigo y se retirará emocionalmente de la alianza terapéutica. El psiquiatra Richard Mollica describe cómo el personal de su Clínica de Refugiados Indochinos casi sucumbió a la desesperación de los pacientes: “Durante el primer año, la principal tarea del tratamiento fue lidiar con la desesperanza de nuestros pacientes. Aprendimos que los sentimientos de desesperanza eran extremadamente contagiosos”. La situación mejoró a medida que el personal se dio cuenta de que estaban comenzando a sentirse abrumados por las historias de sus pacientes. Finalmente, el clima de funeral se quebró no sólo luego de que comprobamos que algunos de nuestros pacientes habían mejorado, sino también luego de que el personal reconoció que muchos de nuestros pacientes estaban infectándonos con su desesperanza”.

La identificación emocional con la experiencia de la víctima no agota el rango de contratransferencias traumáticas de la terapeuta. En su rol de testigo, la terapeuta está atrapada en un conflicto entre la víctima y el perpetrador. Llega a identificarse no sólo con los sentimientos de la víctima sino también con los del perpetrador. Mientras que las emociones de la identificación con la víctima pueden ser extremadamente dolorosas para la terapeuta, las emociones de la identificación con el perpetrador pueden ser más horrorizantes para ella, porque representan un profundo desafío a su identidad como persona que cuida. Sarah Haley, una trabajadora social, describe su trabajo con veteranos de combate: “La primera tarea del o de la terapeuta en el tratamiento es confrontar sus propios sentimientos sádicos, los que se producen en respuesta al paciente, y los que corresponden a su propia capacidad de tenerlos. El terapeuta debe ser capaz de prever la posibilidad de que bajo extremo estrés físico o psíquico, o en un clima de permiso y estímulo explícitos, él o ella también, pueden perfectamente llegar a asesinar”.

La identificación con el perpetrador puede tomar muchas formas. La terapeuta puede encontrar que se está tornando muy escéptica acerca de la historia de su paciente, o puede comenzar a minimizar o racionalizar el abuso. La terapeuta puede sentir repugnancia y disgusto ante la conducta del paciente, o puede volverse extremadamente juzgadora y censora cuando el paciente no atina a encarnar alguna imagen idealizada de cómo una “buena” víctima debería comportarse. Puede comenzar a sentir desprecio por la impotencia del paciente o temores paranoides por la rabia vengativa del paciente. Puede tener momentos de odio franco y desear deshacerse del paciente. Finalmente, el terapeuta puede experimentar excitación voyeurística, fascinación, y aún excitación sexual. La contratransferencia sexualizada es una experiencia común, particularmente para terapeutas varones que trabajan con pacientes mujeres que han estado sometidas a violencia sexual. Krystal observa que el encuentro con pacientes traumatizados fuerza al terapeuta a

entenderse con su propia capacidad para el mal: “Lo que no podemos reconocer en nosotros como propio, puede que tengamos que rechazarlo en otros. Así, la actitud amigable, compasiva, que uno considera como la más útil, puede ser reemplazada por enojo, disgusto, desprecio, lástima o vergüenza. El examinador que actúa su enojo ... está mostrando un síntoma de su propia dificultad, como lo hace el que sufre depresión, o el que tiene la necesidad de consentir o seducir al paciente. Lo que he dicho es, por supuesto, bien conocido, pero debemos estar especialmente alertas a este problema cuando tratamos con individuos masivamente traumatizados ... a causa del extraordinario impacto de sus historias de vida”.

Finalmente, las reacciones emocionales del terapeuta incluyen no sólo aquellas identificadas con la víctima y el perpetrador, sino también aquellas exclusivas del rol de espectador ileso. La más profunda y universal de estas reacciones es una forma de “culpa del testigo”, similar a la “culpa del superviviente” en el paciente. En terapeutas que tratan a supervivientes del Holocausto Nazi, por ejemplo, la culpa es la reacción contratransferencial más común. La terapeuta puede sentir culpa simplemente por el hecho de que ella fue librada del sufrimiento que el paciente tuvo que soportar. En consecuencia, puede encontrar difícil disfrutar de las comodidades y placeres ordinarios de su propia vida. Adicionalmente, puede sentir que sus propias acciones son defectuosas o inadecuadas. Y puede juzgarse duramente por tener un celo terapéutico o un compromiso social insuficientes, y llegar a sentir que sólo una dedicación ilimitada puede compensar sus déficits.

Si la culpa de espectador de el terapeuta no es apropiadamente entendida y contenida, corre el riesgo de ignorar sus legítimos intereses. En la relación terapéutica puede asumir demasiada responsabilidad personal por la vida de la paciente, lo que, una vez más, redundando en un paternalismo que desinvieste de poder a la paciente. De un modo similar el terapeuta, en su entorno laboral, puede asumir demasiada responsabilidad, con el previsible riesgo de terminar en un burn-out.

El terapeuta puede también sentir culpa por provocar en la paciente la reexperimentación del dolor del trauma en el curso del tratamiento. El psiquiatra Eugene Bliss describe el tratar pacientes con trastorno de personalidad múltiple: “es como practicar cirugía sin anestesia general”. Como resultado, el terapeuta puede asustarse de explorar el trauma, aún cuando la paciente esté lista para hacerlo.

Con pacientes que tienen síndrome post-traumático complejo pueden esperarse complicaciones adicionales en la contratransferencia. Especialmente con supervivientes de abuso infantil prolongado y repetido, el terapeuta puede responder inicialmente más al estilo relacional dañado del superviviente que al trauma en sí mismo. Ciertamente, el origen de la perturbación del paciente en una historia de abuso infantil puede no estar accesible a la percepción consciente del paciente, y con demasiada frecuencia tampoco está accesible a la percepción consciente del terapeuta. Otra vez, la literatura tradicional sobre trastorno de personalidad borderline contiene algunos de los análisis más sutiles de esta contratransferencia compleja.

Los síntomas del paciente llaman la atención sobre un secreto que no puede hablarse y simultáneamente apartan la atención de ese secreto. El primer indicio de que puede haber una historia traumática a menudo viene de las reacciones contratransferenciales del

terapeuta. Éste experimenta la confusión interior del niño abusado en relación a los síntomas del paciente. Las rápidas fluctuaciones en los estados cognitivos del paciente pueden dejar al terapeuta con una sensación de irrealidad. Jean Goodwin describe un sentimiento contratransferencial de “pánico existencial” cuando trabaja con supervivientes de abuso grave en la primera infancia. Los terapeutas a menudo nos comentan visualizaciones, sueños o fantasías extraños, grotescos o bizarros cuando trabajan con tales pacientes. Pueden tener ellos mismos experiencias disociativas no habituales, incluyendo no solamente embotamiento y distorsiones perceptivas sino también despersonalización, desrealización y fenómenos de influencia pasiva. A veces el terapeuta puede disociarse en conjunción con la paciente, como en el caso de Trisha, una joven de 16 años fugada de su casa con una historia sospechada pero no desvelada de extenso abuso infantil:

En su primera sesión con Trisha, la terapeuta repentinamente tuvo la sensación de flotar fuera de su cuerpo. Sentía como si estuviera mirando hacia abajo a sí misma y a Trisha desde un punto en el cielorraso. Nunca había tenido esta sensación antes. Disimuladamente enterró sus uñas en las palmas de sus manos y presionó sus pies contra el piso para sentirse “en tierra”.

La terapeuta también puede sentirse completamente desconcertada por las rápidas fluctuaciones en el ánimo de la paciente o en su estilo de relacionarse. El psicoanalista Harold Searles nota que el terapeuta puede tener extrañas e incongruentes combinaciones de respuestas emocionales hacia paciente y puede cargar con una sensación de constante suspense. Este suspense, en realidad, refleja el constante estado de pavor de la víctima en relación al caprichoso e impredecible perpetrador. La reedición (reenactment), en la relación terapéutica, de la dinámica víctima-perpetrador puede volverse extremadamente complicada. Algunas veces el terapeuta termina sintiéndose la víctima del paciente. Los terapeutas a menudo se quejan de sentirse amenazados, manipulados, explotados, o embaucados. Un terapeuta, frente a las incesantes amenazas de suicidio de su paciente, se describió “como sintiendo un revolver cargado apuntando a mi cabeza”

Según Kernberg, la tarea del terapeuta es “identificar a los actores” en el mundo interno del paciente borderline, usando la contratransferencia como una guía para comprender la experiencia del paciente. Pares representativos de actores que pueden figurar en la vida interior del paciente incluyen el “niño destructivo, malo” y la “figura parental punitiva, sádica”; el “niño no deseado” y la “figura parental descuidada, egocéntrica”; el “niño defectuoso, inútil” y la “figura parental despectiva”; la “víctima abusada” y el “atacante sádico”; y la “presa atacada sexualmente” y el “violador”. Aunque Kernberg entiende a estos “actores” como distorsionadas representaciones fantaseadas de la experiencia del paciente, ellos reflejan más probablemente con precisión el entorno relacional temprano del niño traumatizado. Las oscilaciones rápidas, confusas, en la contratransferencia del terapeuta reflejan las oscilaciones de la transferencia del paciente, y ambas reflejan el impacto de la experiencia traumática.

Las reacciones transferenciales y contratransferenciales traumáticas son inevitables. Inevitablemente también, estas reacciones interfieren con el desarrollo de una buena relación de trabajo. Se requieren ciertas protecciones para la seguridad de ambos

participantes. Las dos garantías de seguridad más importantes son: 1) los objetivos, reglas y fronteras del contrato terapéutico y 2) el sistema de sostén del terapeuta.

EL CONTRATO TERAPÉUTICO

La alianza entre paciente y terapeuta se desarrolla gracias a un trabajo compartido. El trabajo de la terapia es a la vez una tarea de amor y un compromiso colaborativo. Aunque la alianza terapéutica participa de las características de las negociaciones contractuales cotidianas, no es un simple acuerdo de negocios. Y aunque evoca todas las pasiones del apego humano, no es un enredo amoroso ni una relación parento-filial. Es una relación de compromiso existencial, en la cual ambos participantes se comprometen en la tarea de la recuperación.

Este compromiso toma la forma de un contrato terapéutico. Los términos de este contrato son los que se necesitan para promover una alianza de trabajo. Ambas partes son responsables de la relación. Algunas tareas son las mismas para paciente y terapeuta, tales como respetar religiosamente los horarios de sesión. Algunas tareas son diferentes y complementarias: el terapeuta aporta conocimiento y habilidad, mientras que el paciente paga un arancel por el tratamiento; el terapeuta promete confidencialidad, mientras que el paciente acepta mostrarse; el terapeuta promete escuchar y ser testigo, mientras que el paciente promete contar la verdad. El contrato terapéutico debe ser explicado al paciente explícitamente y en detalle.

Desde el principio, el terapeuta debería poner gran énfasis en la importancia de decir la verdad y mostrarse plenamente, dado que la paciente probablemente tiene muchos secretos, incluso algunos que son secretos para ella misma. El terapeuta debería dejar claro que la confianza es una meta por la que hay que luchar constantemente, y que si bien es difícil de alcanzar al principio, será posible lograrla más plenamente con el transcurso del tiempo. Los pacientes son muy claros a menudo acerca de la importancia fundamental de un compromiso sobre decir la verdad. Para facilitar la terapia, un superviviente aconseja a los terapeutas: "Digan la verdad. No participen en ocultamientos. Cuando (los pacientes) lo tengan claro, no los dejen sentarse. Es como ser un buen entrenador. Impúlsenlos a correr y luego a hacer su mejor tiempo. Está bien relajarse en los momentos adecuados pero siempre es bueno permitir que la gente vea cuál es su potencial".

Además de la regla fundamental de decir la verdad, es importante enfatizar la naturaleza cooperativa del trabajo. La psicóloga Jessica Wolfe describe el contrato terapéutico que ella elabora con veteranos de combate: "Se explica claramente en detalle como es una asociación colaborativa para evitar cualquier repetición de la pérdida de control habida en el trauma. Nosotros (los terapeutas) somos personas que conocemos algo de ello, pero realmente ellos conocen mucho más, y es un acuerdo compartido. En algunas cosas nosotros podemos hacer recomendaciones, podríamos servir como una guía". Terence Keane agrega su propia metáfora para las reglas y objetivos básicos de la relación terapéutica: "Me sentía como un entrenador cuando comencé. Esto es porque yo jugué al baloncesto, y simplemente lo sentía. Fui entrenador y era un juego, y así es como tú juegas el juego, y ésta es la manera de hacerlo, y el objetivo es ganar. No le digo esto a los pacientes, pero es así como lo siento".

Las pacientes entran a la relación terapéutica con severos daños en su capacidad de confiar apropiadamente. En la medida en que la confianza no está presente al comienzo del tratamiento, tanto el terapeuta como la paciente deberían estar preparadas para repetidas puestas a prueba, perturbaciones y reconstrucciones de la relación terapéutica. A medida que la paciente se va involucrando, inevitablemente reexperimenta el intenso anhelo de ser rescatada que sintió en el momento del trauma. El terapeuta puede también desear, conciente o inconcientemente, compensar a la paciente por las atroces experiencias que tuvo que soportar. Inevitablemente se estimulan expectativas imposibles, que inevitablemente son decepcionadas. Las rabiosas luchas que siguen a la decepción pueden replicar la situación abusiva inicial, agravando el daño original.

Una cuidadosa atención a las fronteras de la relación terapéutica provee la mejor protección contra las reacciones transferenciales y contratransferenciales excesivas e inmanejables. Las fronteras seguras crean un escenario seguro donde puede llevarse a cabo el trabajo de recuperación. El terapeuta acuerda estar disponible para el paciente dentro de límites que son claros, razonables y tolerables para ambos. Las fronteras de la terapia existen para beneficio y protección de ambas partes y se basan en el reconocimiento de las legítimas necesidades de ambos, paciente y terapeuta. Estas fronteras incluyen un entendimiento explícito de que el contrato terapéutico excluye otras formas de relación social, una clara definición de la frecuencia y duración de las sesiones terapéuticas, y claras reglas básicas respecto de contactos en emergencia fuera de las sesiones programadas regularmente.

Las decisiones sobre los límites son hechas en base a si sirven para investir de poder o empoderar al paciente y alojar una buena relación terapéutica de trabajo, y no en base a si el paciente tiene que ser mimado o frustrado. El terapeuta no insiste sobre las fronteras claras con el objetivo de controlar, racionar o privar al paciente. Más bien el terapeuta reconoce desde el comienzo que es un ser humano limitado y falible, que requiere ciertas condiciones para permanecer involucrado en una relación emocionalmente demandante. Como dice Patricia Ziegler, una terapeuta con larga experiencia en el trabajo con pacientes traumatizados: “Los pacientes tienen que ponerse de acuerdo en no volverme loca. Les digo que yo también soy sensible al abandono –es la condición humana. Les digo que yo estoy comprometida en este tratamiento y no voy a dejarlo y no deseo que Ud. me deje a mí. Les digo que me deben el respeto de no asustarme”.

A pesar de los mejores esfuerzos del terapeuta por definir fronteras claras, puede esperarse que la paciente encuentre áreas de ambigüedad. Los terapeutas a menudo descubren que también es necesario un cierto grado de flexibilidad. Las fronteras mutuamente aceptables no se crean por decreto sino más bien son el resultado de un proceso de negociación y pueden, con el tiempo, evolucionar hasta cierto punto. Un paciente describe su visión del proceso: “Mi terapeuta tiene lo que él llama ‘reglas’, que yo he definido como ‘blancos móviles’. Las fronteras que él ha establecido entre nosotros, parecen flexibles, y yo a menudo trato de torcerlas y estirarlas. Algunas veces él lucha con esas fronteras, tratando de balancear sus reglas con su respeto por mí como ser humano. Cuando lo veo luchar, aprendo cómo luchar con mis propias fronteras, no exactamente las que hay entre él y yo, sino las que hay entre yo y todos aquellos con los que trato en el mundo real”.

Apartarse algo de las estrictas reglas básicas de la psicoterapia es común en la práctica, y

puede a veces ser muy útil. En el caso de Lester, un hombre de 32 años, con una historia de abuso y abandono graves en su infancia, una violación simbólica de fronteras incrementó su habilidad de cuidar de sí mismo y profundizó la relación terapéutica:

Lester trajo una cámara a una sesión de terapia y pidió tomar una foto a la terapeuta. La terapeuta se encontró en una encrucijada. Aunque no podía encontrar una razón para rechazar la demanda de Lester, tuvo un sentimiento irracional de ser controlada e invadida, como si la cámara estuviera por “llevarse su alma”. Ella acordó permitir la foto con la condición de que Lester acordara hablar acerca de qué significaba ésta para él.

En el curso de unos pocos meses más, la foto se convirtió en el foco de una comprensión más profunda de la transferencia. Lester sí, ciertamente, deseaba controlar e importunar a la terapeuta, con el objetivo de defenderse del terror del abandono. Tener la foto en su poder le permitía hacer esto en fantasía sin inmiscuirse realmente en la vida de la terapeuta. A menudo usaba la foto como un recordatorio de la relación, para calmarse en ausencia de la terapeuta.

En este ejemplo, la decisión de la terapeuta de permitir la fotografía estuvo basada en una comprensión empática de su importancia para el paciente como un “objeto transicional”. El objeto prestó la misma función con este paciente adulto que la que tiene normalmente en la primera infancia, incrementando la sensación de apego seguro a través del uso un recuerdo evocado (evocative memory). Los prisioneros frecuentemente recurren al uso de tales objetos transicionales con el fin de fortalecer su sensación de conexión con las personas que aman. Aquellos que fueron prisioneros en su niñez pueden recurrir a los mismos dispositivos cuando enfrentan la tarea de construir apegos seguros por primera vez en su vida adulta.

Permitir al paciente tomar la fotografía representó un alejamiento de la regla básica de la psicoterapia que requiere la expresión de sentimientos en palabras más que en acciones. Gracias a que su significado se exploró plenamente, el hecho se convirtió en un agregado constructivo a la terapia en lugar de ser una violación seductiva de las fronteras. El terapeuta prestó una consideración cuidadosa tanto a sí misma como a las fantasías del paciente, al impacto de la toma de la fotografía en la alianza terapéutica, y a la función de la fotografía en el proceso general de recuperación del paciente. Negociar fronteras que ambas partes consideren razonables y justas es una parte esencial de la construcción de la alianza terapéutica. Pequeños alejamientos de las estrictas convenciones de la psicoterapia psicodinámica pueden ser una parte fructífera del proceso de negociación, siempre que estos alejamientos estén sometidos a un escrutinio cuidadoso, y su significado esté comprendido plenamente.

Puede esperarse que el terapeuta se vea repetidamente ante encrucijadas, debido al conflicto entre los requerimientos de flexibilidad y los requerimientos de fronteras. Distinguir cuándo ser rígido y cuándo ser flexible es un reto constante. Tanto los terapeutas novatos como los experimentados a menudo tienen la sensación de depender de la intuición o de “estar tocando de oído”. Cuando tengan dudas, los terapeutas no deberían dudar en buscar supervisión.

EL SISTEMA DE SOPORTE DEL TERAPEUTA

La dialéctica del trauma constantemente desafía el equilibrio emocional del terapeuta. Éste, como el paciente, puede defenderse de los sentimientos abrumadores mediante la retracción o mediante intrusivas acciones impulsivas. Las formas más comunes de acción son intentos de rescate, violaciones de fronteras, o intentos de control sobre el paciente. Las acciones restrictivas más comunes son dudar de o negar la realidad del paciente, disociarse o embotarse, minimizar o eludir el material traumático, y también el distanciamiento profesional, o el franco abandono del paciente. Algún grado de intrusión o embotamiento es probablemente inevitable. El terapeuta puede esperar perder su equilibrio de vez en cuando con estos pacientes. Ella no es infalible. La garantía de su integridad no es su omnipotencia sino su capacidad de confiar en otros. El trabajo para lograr la recuperación de estos pacientes requiere un sistema de apoyo seguro y confiable para la o el terapeuta.

Idealmente, el sistema de apoyo de la terapeuta debería incluir un foro seguro, estructurado y regular, para revisar su trabajo clínico. Éste podría ser una relación de supervisión o un grupo de apoyo de pares, preferentemente ambos. El encuadre debe brindar permiso para expresar reacciones emocionales tanto como preocupaciones técnicas o intelectuales relacionadas con el tratamiento de pacientes con historias de trauma.

Lamentablemente, a causa de la historia de negación entre las profesiones de Salud Mental, muchos terapeutas se encuentran tratando de trabajar con pacientes traumatizados careciendo de un contexto de contención. Los terapeutas que trabajan con pacientes traumatizados, deben luchar para superar su propia negación. Cuando encuentran la misma negación en sus colegas, a menudo se sienten desacreditados y silenciados, del mismo modo que les ocurre a las víctimas. En palabras de Jean Goodwin: "Mis pacientes no siempre creen totalmente que ellos existen, ni, mucho menos, que yo existo... Esto empeora cuando mis compañeros me tratan a mí y a mis pacientes como si no existiéramos. Esto último se hace sutilmente, sin una brutalidad clara. Si fuera sólo una vez, no me preocuparía la posibilidad de ser eliminado, pero son cientos y cientos de cientos, miles de miles de pequeños actos de borrado."

Inevitablemente, los terapeutas que trabajan con supervivientes entran en conflicto con sus colegas. Algunos terapeutas se encuentran metidos en abominables debates intelectuales acerca de la credibilidad de los síndromes traumáticos en general o de la historia de un paciente en particular. Las respuestas contratransferenciales a los pacientes traumatizados, frecuentemente se vuelven fragmentadas y polarizadas, de modo que un terapeuta puede tomar la posición de rescatador del paciente, por ejemplo, mientras que otro puede tomar una posición dubitativa, juzgadora, o punitiva hacia el paciente. En encuadres institucionales, surge frecuentemente el problema de la "escisión del personal" ("staff splitting") o el intenso conflicto en torno al tratamiento de un paciente difícil. Casi siempre, el sujeto de la disputa resulta tener una historia de trauma. La pelea entre colegas refleja la reedición involuntaria de la dialéctica del trauma.

Intimidados o exasperados por tales conflictos, muchos terapeutas que tratan supervivientes eligen apartarse más que comprometerse en lo que sienten como un debate infructuoso. Su práctica se hace clandestina. Debatiéndose, como sus pacientes, entre la ortodoxia oficial de

su profesión y la realidad de su propia experiencia, eligen honrar la realidad a expensas de la ortodoxia. Comienzan, como sus pacientes, a tener una vida secreta. Como dijo un terapeuta: “creemos a nuestros pacientes, sólo que no se lo contamos a nuestros supervisores”. Estas prácticas clandestinas pueden ser benignas, como en el caso de Shareen, una mujer de 30 años con una historia de abuso grave y abandono por múltiples cuidadores en su infancia.

Shareen tendía a desorganizarse durante la ausencia de su terapeuta. Justo antes de unas vacaciones, pidió prestada una muñeca rusa que decoraba el consultorio de su terapeuta. Sentía que esto ayudaría a recordarle su continuada conexión con el terapeuta. El terapeuta accedió, pero le fijo a Shareen: “no le digas a nadie que te prescribí una muñeca, sería el hazmerreír de toda la ciudad”.

En este caso no puede culparse a la técnica terapéutica de la terapeuta. El problema radica en su aislamiento. A menos que la terapeuta sea capaz de encontrar otros que comprendan y apoyen su trabajo, se encontrará finalmente en un mundo estrechado, viviendo a solas con la paciente. La terapeuta puede llegar a sentir que ella es la única que realmente comprende a la paciente, y puede volverse arrogante y confrontativa con los colegas escépticos. A medida que se siente más y más aislada e impotente, se torna irresistible la tentación de realizar acciones espectaculares o de huir. Tarde o temprano, cometerá realmente serios errores. Nunca será demasiada la insistencia: nadie puede afrontar el trauma solo. Si una terapeuta se encuentra aislada en su práctica profesional, debe dejar de trabajar con pacientes traumatizados hasta que disponga de un sistema de apoyo seguro y adecuado.

Además del apoyo profesional. El terapeuta debe atender el equilibrio entre su vida profesional y su vida personal, prestando respeto y atención a sus propias necesidades. Confrontada con la realidad cotidiana de pacientes que necesitan cuidados, el terapeuta está en constante peligro de sobre-comprometerse profesionalmente. El rol de un sistema de apoyo profesional no es simplemente enfocarse en las tareas del tratamiento sino también recordarle a el terapeuta sus reales límites, e insistirle en que cuide tan bien de sí misma como lo hace de otros.

La terapeuta que se compromete a trabajar con supervivientes se compromete a una continuada controversia consigo misma, en la que debe contar con la ayuda de otros y apelar a sus habilidades más maduras. Lo único que salva a el terapeuta es la sublimación, el altruismo y el humor. En palabras de un socorrista: “Para decir la verdad, la única manera que yo y mis amigos encontramos para mantenernos sanos fue andar bromeando y reírnos todo el tiempo. Cuanto más soez la broma, mejor.”

El premio del compromiso es sentir que su vida se ha enriquecido. Los terapeutas que trabajan con supervivientes informan que aprecian más plenamente la vida, que se toman la vida más en serio, que tienen mayores posibilidades de comprensión para otros y para sí mismos, que establecen nuevas amistades y relaciones íntimas más profundas, y que se sienten inspirados por los ejemplos cotidianos de coraje, determinación y esperanza de sus pacientes. Esto es especialmente cierto para aquellos que, como resultado de su trabajo con pacientes, se involucraron en acciones sociales. Estos terapeutas informan una sensación de tener una vida con mayor sentido y una sensación de camaradería que les permite mantener una suerte de alegría frente al horror.

Al estimular constantemente la capacidad de integración, en ellos y en sus pacientes, los terapeutas involucrados profundizan su propia integridad. Tal como la confianza básica es el logro evolutivo de la primera infancia, la integridad es el logro evolutivo de la madurez. El psicoanalista Erik Erikson apela al diccionario Webster para iluminar la interconexión entre integridad y confianza básica: “La confianza... es definida aquí como ‘la dependencia confiada en la integridad de otro.’ Sospecho que el Webster tenía en mente negocios más que bebés, créditos más que fe. Pero la fórmula se sostiene. Y parece posible, para seguir parafraseando la relación de la integridad adulta y la confianza infantil, decir que los niños saludables no temerán a la vida si sus mayores tienen integridad suficiente para no temer a la muerte”.

La integridad es la capacidad: de afirmar el valor de la vida frente a la muerte, de estar reconciliado con los límites finitos de la propia vida de uno y con las trágicas limitaciones de la condición humana, y de aceptar estas realidades sin desesperación. La integridad es el fundamento sobre el que se forma originalmente la confianza en las relaciones, y sobre el cual la confianza hecha polvo puede ser restaurada. El entrelazado de integridad y confianza en las relaciones de asistencia completa el ciclo de las generaciones y regenera el sentido de comunidad humana que el trauma destruyó.

* **(N del T) La autora: Judith Lewis Herman** (nacida en 1942) es una psiquiatra, investigadora, docente y autora, cuyo trabajo fundamental en la comprensión y el tratamiento de incesto y estrés traumático ha sido de gran influencia.

J.L.Herman es profesora de Clínica psiquiátrica en la escuela de Medicina de la Univ. de Harvard y Directora de Entrenamiento del Programa de Víctimas de Violencia VOV en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Cambridge Health Alliance en Cambridge, Massachusetts, y miembro fundadora del Colectivo de Salud Mental de la Mujer, ahora en Somerville, Massachusetts.

Recibió premios de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático, de la Asociación Americana de Mujeres Médicas y fue designada Miembro distinguido de la AMA - Asociación Americana de Psiquiatría.

Es autora de 2 libros: “Father-Daughter Incest” publicado en 1981 y “Trauma and Recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror”

En este último libro acuñó el concepto de **Trastorno de estrés post traumático complejo**, para referirse a los síntomas subsecuentes a trauma prolongado. (tomado de Wikipedia)