

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

15
20j

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ALGUNAS VISICITUDES DEL TRABAJO CLINICO: LA TRANSFERENCIA Y LA
CONTRATRANSFERENCIA EROTICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

PRESENTA

GRISELDA SANCHEZ ZAGO

Director de tesis: Mtro. Jorge R. Pérez Espinoza
Comité de tesis: Mtro. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Luisa Rossi Hernández
Dra. Yolanda Martínez y Aguilar
Dra. Marcia Morales

Director de la Facultad: Dr. Juan José Sánchez Sosa

1995



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.

01962

15
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ALGUNAS VISICITUDES DEL TRABAJO CLINICO:
LA TRANSFERENCIA Y LA CONTRATRANSFERENCIA EROTICA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

PRESENTA

GRISELDA SANCHEZ ZAGO

Director de tesis: Mtro. Jorge R. Pérez Espinoza

Comité de tesis: Mtro. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Luisa Rossi Hernández
Dra. Yolanda Martínez y Aguilar
Dra. Marcia Morales

Director de la Facultad: Dr. Juan José Sánchez Sosa



1995

INDICE

INTRODUCCION	5
DE LA TRANSFERENCIA	12
Freud y la transferencia	13
Definición	21
Amor de transferencia	24
DE LA CONTRATRANSFERENCIA	28
Clasificación de la contratransferencia	32
Usos de la contratransferencia	36
CARACTERISTICAS DEL TRABAJO PSICOTERAPEUTICO EN ADOLESCENTES	42
MATERIAL CLINICO	65
Historia clínica	65
Diagnóstico	68
Tratamiento psicoterapéutico y análisis de resultados	69
CONCLUSIONES	82
BIBLIOGRAFIA	88

Yo soy la rosa de Sarón
y el lirio de los valles.

Como el lirio entre los espinos,
Así es mi amiga entre las doncellas.

Como el manzano entre los árboles silvestres,
Así es mi amado entre los jóvenes;
Bajo la sombra del deseado me senté,
Y su fruto fue dulce a mi paladar.

Me llevó a la casa del banquete,
Y su bandera sobre mí fue amor.

Sustentadme con pasas, confortadme con manzanas;
Porque estoy enferma de amor.

Su izquierda esté debajo de mi cabeza,
Y su derecha me abrace.

Yo os juro, oh doncellas de Jerusalén,
Por los cozos y por las ciervas del campo,
Que no despertéis ni hagáis velar al amor,
Hasta que quiera.

Cantar de los cantares 2:1-7

A mi hija

Giovanna

Quando el oído es capaz de oír,
entonces vienen los labios
que han de llenarlos de sabiduría

Principio Hermético

Introducción

¿Cuáles son las dificultades que se presentan en el trabajo psicoterapéutico con adolescentes ante el surgimiento de la transferencia erótica? ¿Cómo es la contratransferencia relacionada con ella? ¿Puede existir una etapa en la cual si no se comprenden y trabajan ambas llega a peligrar el vínculo terapéutico? ¿Es factible

aplicar un modelo experimental al trabajo psicoterapéutico de corte psicoanalítico?
¿Cuáles serían las ventajas y dificultades en su aplicación?

Todos estaremos de acuerdo en que el amor transferencial, al igual que otros tipos de transferencia, puede resultar tanto un instrumento valioso como un generador de dificultades durante la situación terapéutica y devenir un obstáculo para la evolución del proceso. Las dificultades para esclarecer este tipo de conflictos de los pacientes se presentan en varias etapas: en primer lugar, en el reconocimiento; en segundo lugar, en la verbalización de su interpretación; y en tercer lugar, en el manejo de la contratransferencia, íntimamente relacionada con las dos anteriores.

¿Cómo aceptar que el niño crece, que tiene sexualidad y que alcanza en la adolescencia el momento de ejercerla abiertamente? Sus cambios nos sorprenden, provocan reacciones en nosotros en diferentes ámbitos, como maestros, padres o terapeutas. Desde nuestro Edipo la sexualidad de los adolescentes nos mueve al acting; sólo con un buen análisis podremos ventilar e intentar resolver aspectos de nuestra propia sexualidad, que devendrá en el reconocimiento y en la aceptación de la de otros -en este caso-, la de nuestros jóvenes pacientes.

Cuando el amor de transferencia no se interpreta, la resistencia aumenta y se hace un círculo vicioso con varias evoluciones posibles, de las cuales las más importantes serían: 1) El surgimiento de intensas ansiedades persecutorias por parte de ambos integrantes de la relación, pudiendo conducir a una interrupción del tratamiento; 2) la aparición de fantasías perversas que enlentecen e incluso llevan al impasse (detención del proceso terapéutico); 3) la actuación de las fantasías incestuosas que subyacen, el desenlace más desafortunado con graves consecuencias.

Es importante analizar la seducción tanto del paciente como del terapeuta. Al referirnos a este aspecto no sólo contemplamos el hecho del franco acting sexual; tenemos actitudes, miradas, formas de vestir, de saludar, que pueden ser seductoras. Este aspecto es general, pero en especial importa considerarse en los prepúberes y

púberes, en cuanto a contacto físico se refiere, puesto que en breve van a crecer, originándose cambios muy intensos (Plá, E. y Polanco, N.; 1982).

Por nadie es ignorada la existencia de una gran cantidad de escritos sobre el tema de la adolescencia. Aun así, existen todavía vacíos y serias contradicciones en el estudio de la misma.

Debemos reconocer que los adolescentes son bellos, atractivos y muchas veces, abierta o disimuladamente, seductores, lo cual se presta a perder pie de la situación. De ahí lo imprescindible que resulta el análisis de estas reacciones en casos difíciles y la revisión de estos aspectos en supervisión.

Ha sido interesante descubrir una cantidad tan reducida de trabajos realizados sobre contratransferencia, en comparación con los que existen sobre transferencia. ¿Por qué? Si hemos de considerar la importancia de este instrumento terapéutico, ¿por qué resulta difícil hablar de las experiencias propias, los errores y las vicisitudes que transcurren?

Racker (1960) mencionó como una posible causa la resistencia de los analistas a mostrarse considerando este tema no propio para la publicación. Curiosamente, después de esta observación, los escritos sobre contratransferencia empezaron a manifestarse, aunque no en la misma proporción que aquéllos sobre transferencia. Mucho menos frecuentes aún son los trabajos sobre contratransferencia erótica; además, es más común que estén abordados por analistas varones.

Lo que se ha pretendido en el presente trabajo es el mostrar las posibilidades de manejo en el tratamiento psicoterapéutico de un paciente adolescente varón, enfatizando las respuestas contratransferenciales al advenimiento del amor de transferencia por parte del paciente.

Describiré, por tanto, los elementos de obstaculización del tratamiento que pueden conducir a un impasse y de qué manera fueron solucionados, mencionando algunos

aspectos teóricos sobre transferencia, su conceptualización y dinámica, así como de la transferencia erótica, aspectos que versan sobre contratransferencia y adolescencia.

Es importante mencionar que difícilmente encontramos en la literatura la aplicación del método experimental a aspectos que versan sobre situaciones de corte psicoanalítico. Hemos de señalar, asimismo, que entre las principales tendencias que en la actualidad encontramos en el enfoque experimental, es que las investigaciones se realicen con muestras de 30 ó mas sujetos con objeto de que sus resultados sean representativos, y que cuenten con validez interna y externa, entre otras características.

El hecho de que investigaciones con varios sujetos sean las aceptadas por la comunidad científica, hace aparecer que quien no emplea varios sujetos no realiza investigaciones válidas y útiles, así que cualquiera se preguntaría si Einstein, Newton, Shinner, Pavlov, Freud -por mencionar algunos- hicieron sus principales aportaciones a la ciencia por observar ó emplear poblaciones de más de un sujeto.

Es evidente que la postura de que sólo el empleo de muestras poblaciones grandes son las que tienen validez es criticable y va en total contradicción con el espíritu investigador de cualquiera que se precie de serlo.

Encontramos en la literatura publicaciones en donde mencionan argumentos que podrían estar favoreciendo el hecho de que muchos investigadores no estén convencidos de la eficacia de esta aproximación metodológica.

Stanley R. Aeschleman (1991) menciona algunos factores y concepciones erróneas que coadyuvan a la amplia dificultad del empleo de diseños de un solo caso y, por ende, a impedir el conocimiento y avances que sus resultados nos pueden proporcionar.

Un primer aspecto es el que se refiere a que los diseños son sobreenseñados, los profesores en metodología, -frecuentemente estadísticos- basan el diseño sus cursos exclusivamente en investigaciones de comparaciones grupales, y no hay mención de

diseños de un solo sujetos. Cuando se enseña la metodología con un solo sujeto, se constriñe exclusivamente a cuando se habla de modificación de conducta.

Casi siempre se habla de este tipo de metodología en los cursos sobre análisis conductual aplicado o de análisis experimental de la conducta, lo cual hace que muchos investigadores rechacen esta metodología debido a que rechazan el punto de vista conductual de la psicología.

Aunque los diseños de un solo sujeto son un fuerte componente en las estrategias de investigación conductual, su uso no debería limitarse a la investigación de variables dependientes e independientes tradicionalmente exploradas por los investigadores conductuales.

Uno hace investigaciones en pos del avance de la ciencia, sin embargo, las contribuciones más significativas, profundas y revolucionarias, son difíciles de evaluar en el momento. Aún así, para muchos estas contribuciones son sacrificadas debido a las contingencias sobre ciertas recompensas extrínsecas (publicaciones, ascensos, becas, pagos, etc.); las cuales están supeditadas a la sofisticación metodológica (estadística) con las cuales se evaluarán los datos.

Otro argumento equivocado es el creer que en este tipo de diseños no hay validez interna y el hecho de que se confunda la numerosidad (pocos vs. varios) con el nivel de control (grupal vs. individual).

En el primer caso, los diseños de un solo sujeto establecen una defensa contra la amenaza de la validez interna combinando elementos centrales esenciales (v. gr. mediciones repetidas, efectos de replicación) con diferentes estrategias de comparación de datos (v. gr. series de datos within, serie de datos between). En segundo lugar, el que sea de un solo sujeto denota solamente que el nivel de control de influencias no deseadas sobre variables dependientes ocurre en el nivel de lo individual.

El hecho de que se empleen diseños de un solo sujeto ha permitido la conclusión equivocada de que éstos carecen de validez externa. Si bien es cierto que para que los resultados sean generalizables se requiere de una muestra que sea mayor de uno o pocos sujetos, no es menos cierto el hecho de que la investigación también debería estar basada en los análisis de numerosos sujetos, pero con diseños en donde el control de variables extrañas se realice en el nivel de lo individual, de lo grupal.

Bass, 1987; Chassan, 1967 y Sidman, 1960 mencionan que varios diseños de investigación de un solo sujeto han mostrado a través de argumentos lógicos y empíricos las dificultades inherentes en generalizar a individuos los estudios basados en el análisis de diferencias grupales (en Aeschelman, op. cit.).

Al identificar las variables que tienen utilidad funcional en el nivel de cada individuo, la aproximación de un solo sujeto ofrece mucha más validez externa. Es cierto que esto lleva más tiempo y esfuerzo, pero son claros los beneficios que se producirán por este esfuerzo.

Barbara Wilson (1987) comenta la validez y generalizabilidad de los estudios de pacientes individuales en el campo de la neuropsicología. Menciona que una de las críticas más frecuentes es que no han sido adecuadamente evaluadas y que son anecdóticas, lo cual implica que los estudios de evaluación a largo plazo no deberían llevarse a cabo y que cualquier hallazgo estaría basado en impresiones subjetivas.

Sin embargo, continúa la autora, es de esperarse que existan mayores controles dentro de las investigaciones con diseño de un solo caso. Además de que los trabajadores comprometidos con la rehabilitación se encuentran más interesados en los procesos individuales más que en los grupales. Y, debido al énfasis en la significancia estadística en los estudios de grupo, la significancia clínica es raramente considerada.

Entendiendo como significancia clínica el "valor práctico de los efectos de la intervención, esto es, si los cambios hacen una diferencia real al cliente" (Risley, 1970, citado por Kazdin en Kendall y Butcher, 1982, pág. 479).

Este tipo de diseños se enfocan a la evaluación del tratamiento de un caso en particular, y permite realizar consideraciones importantes acerca del individuo y sus necesidades. Si tomamos en cuenta esto, estaremos de acuerdo en que gran cantidad de estudios de un solo caso se realizan cotidianamente y por el poco impacto que puede resultar para algunos investigadores, los resultados se pierden y el progreso se queda estancado haciendo todos lo mismo sin tener la posibilidad de compartir las experiencias que lleven a conclusiones en donde tanto el individuo como la ciencia obtengan los beneficios de esta aplicación metodológica.

En esta ocasión hemos intentado dar cuenta de esta posibilidad a través de la ejemplificación de un caso clínico. Describiendo cada uno de los momentos del caso que nos interesa, bajo un registro de tipo anecdótico, realizando el análisis en el momento de presentar cada una de las viñetas. Por último, comentar las dificultades inherentes al caso, así como las posibilidades y limitaciones del método que se empleó.

De la transferencia

El tema de la transferencia empieza a conocerse en la misma prehistoria del psicoanálisis (Breuer), en donde justo ante la aparición de la transferencia erótica el vínculo es disuelto. Contratransferencialmente, el proceso estuvo sostenido por el interés, pero posteriormente se convirtió en un problema personal.

Algo también importante ocurrió con Freud en el caso Dora (1895) a partir de un error en donde estaba incluido un punto ciego de Freud: se identificó con el padre de Dora, no le dio nunca la razón y, por tanto, no pudo leer los mensajes eróticos que estaban en juego. En dicho caso se pone de manifiesto el proceso al que tendría que hacer frente, del cual más tarde, resulta el descubrimiento de la transferencia, piedra angular en todo tratamiento de corte psicoanalítico.

"Todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa..." Así es como Freud, en 1912, se introduce al tema de

la dinámica de la transferencia (p. 97), mencionando que el resultado es un clisé que se repite a lo largo de la vida. Es importante reconocer que, si bien había de repeticiones, éstas no se mantienen inalterables frente a mociones recientes. Y continúa diciendo que el sector de las mociones que ha recorrido un desarrollo psíquico pleno estará volcado hacia la realidad objetiva; el otro sector que se ha demorado en su desarrollo será desplegado en la fantasía. Y si la necesidad de amor no se encuentra satisfecha en la realidad objetiva, ésta se verá impelida a volcarse en cada nueva persona que aparezca.

Es así como la dinámica de las relaciones objetales amorosas se hacen manifiestas cuando se está frente al analista o al terapeuta.

La investidura se atendrá a modelos preexistentes, los cuales se harán presentes en la situación terapéutica y en la figura del terapeuta. Es un hecho inobjetable que sin transferencia no hay proceso terapéutico de corte psicoanalítico. Y si el depositario de esta investidura es el terapeuta, resulta necesario hablar de la contrapartida, es

decir, de la contratransferencia, la cual podría verse como Freud la manifestó en su artículo de 1910: un resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico. Subraya que ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas.

Freud y la transferencia

La comprensión y el análisis de los fenómenos transferenciales se consideran en psicoanálisis el punto central de la técnica terapéutica.

Freud fue el primero en emplear el término "transferencia", cuando relató su intento de obtener relaciones verbales en sus pacientes (1895). La finalidad del método de tratamiento era que el paciente descubriera a través de sus asociaciones el vínculo entre sus síntomas y sentimientos presentes, por un lado, y sus experiencias pasadas,

Freud supuso que la disociación de la conciencia de las vivencias pasadas (y los sentimientos ligados a ellas) era un factor fundamental en la génesis de las neurosis. Observó que durante el curso del tratamiento ocurrían cambios en la actitud del paciente hacia el médico y que éstos (incluían componentes emocionales intensos) podían causar una interrupción en el proceso de asociación verbal, convirtiéndose a menudo en muy serios obstáculos al tratamiento.

Encontró que durante la terapia los pacientes atribuían a menudo todo tipo de cosas sin ninguna base objetiva. Expresaban admiración, amor o gratitud extrañamente ajenos a la situación. Manifestaban también resentimiento, sensación de ridículo u hostilidad abierta no justificados en la situación terapéutica.

Freud comprendió cuán poderosa era la transferencia cuando una de sus pacientes, al terminar la hora de tratamiento, le echó los brazos alrededor del cuello, situación por demás embarazosa si no hubiera llegado una persona del servicio en ese preciso momento. Una experiencia similar le había ocurrido a Breuer, quien reaccionó con vergüenza, asegurándose de que jamás se repitiera. Freud evitó también la repetición, pero consideró necesario estudiar el incidente por su posible relación con la relación terapéutica, y le prestó especial atención. Esto es lo que distingue al hombre del genio.

La primera alusión de Freud a lo que más tarde se convirtió en su concepto de transferencia apareció en 1895, cuando una de sus pacientes estableció un "falso enlace" con el psicoanalista, al aflorar a la conciencia un afecto que guardaba relación con recuerdos inconscientes:

"... la enferma se espanta por transferir a la persona del médico las representaciones penosas que afloran desde el contenido del análisis. Ello es frecuente, y aún de ocurrencia regular en muchos análisis". (p. 306).

Tales sentimientos fueron vistos como transferencia, consecuencia de lo que Freud llamó "falsa conexión o falso enlace" entre una persona, objeto de tempranos deseos

(habitualmente de índole sexual), y el médico. Los sentimientos conectados con deseos pasados, los cuales han sido excluidos de la conciencia, emergen y son vividos en el presente como consecuencia de este falso enlace. Freud señaló la propensión de los pacientes a cobrar apego neurótico por el médico.

En un principio, la transferencia para Freud no era más que un caso particular de desplazamiento del afecto de una representación a otra; también la consideraba como un fenómeno localizado, debiendo tratarla como cualquier otro síntoma.

Sin embargo, posteriormente encontró dentro del proceso analítico de sus pacientes que la idea inconsciente como tal es totalmente incapaz de entrar en el preconscious y sólo puede ejercer algún efecto allí estableciendo conexión con una idea que ya pertenezca al preconscious y transfiriendo su intensidad a ella, "encubriéndose" al mismo tiempo con ella. La idea preconscious, que adquiere así un inmerecido grado de intensidad, puede permanecer inalterada por la transferencia o puede sufrir una modificación derivada del contenido de la idea que afecta la transferencia, situación de la cual deriva la discusión sobre si la transferencia es la resistencia o es lo resistido. Racker (1960) asevera con bastante detalle que es ambas cosas, o como menciona Kristeva (1983), en el primer momento se mencionaría como desplazamiento de sentido y de intensidad, y en el segundo como desplazamiento hacia la persona del analista.

En 1905, el término "transferencia" fue usado una vez más en el contexto del tratamiento psicoanalítico. A la pregunta ¿qué son transferencias?, Freud respondió:

"Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico..."

... Toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico". (1905d, p. 101).

Si bien es cierto que muchas de estas repeticiones pueden ser idénticas a las del pasado, la mayor parte de las ocasiones no sólo difieren en términos de la persona, sino también del contenido, en virtud de las vivencias posteriores. Así hablamos de las reediciones o de las nuevas ediciones, o las ediciones revisadas a las que hacía alusión cuando la paciente encontraba ventaja en alguna peculiaridad real y se ligaba a ella.

En ese momento, Freud había visto la transferencia como un fenómeno clínico que podía actuar a guisa de obstáculo o resistencia al trabajo analítico; sólo en 1909 Freud señaló que la transferencia no siempre era un obstáculo al análisis, sino que podía desempeñar un papel importante en el proceso de cura para el paciente, así como en el médico. Esta es la primera mención que hace Freud de la transferencia como agente terapéutico (Freud, 1909a).

En 1912, Freud había hablado de transferencias "positivas", en oposición a las "negativas", mencionando, además, que las transferencias positivas podían ayudar u obstaculizar el trabajo terapéutico. Las transferencias negativas eran vistas como el traslado de sentimientos hostiles hacia el terapeuta; su forma más extrema se veía en la paranoia, pero formas más atenuadas podían ser observadas en todos los pacientes, coexistiendo con las transferencias positivas. Esta coexistencia permite al paciente usar un sentimiento para protegerse contra el surgimiento de otro, al mismo tiempo que puede observarse cómo la transferencia positiva se convierte en negativa (Freud, 1912a).

Las cualidades específicas de la transferencia del paciente recibieron un sentido adicional cuando Freud introdujo el concepto de "neurosis de transferencia" (1916a).

Con esto puso de relieve la forma en la cual las relaciones tempranas, componentes de la neurosis misma, moldeaban también el patrón dominante de los sentimientos del paciente hacia el psicoanalista.

El concepto de neurosis de transferencia fue ampliado por Freud en 1920, cuando comentó que el paciente en análisis está obligado a repetir el material reprimido y vivirlo con actualidad contemporánea en vez de recordarlo como algo que pertenece al pasado. Producciones que tienen como objeto algún fragmento de su vida sexual infantil y son actuadas invariablemente en el ámbito de la transferencia del paciente en relación con el médico; es en este momento cuando puede decirse que la neurosis anterior ha sido reemplazada ahora por una nueva neurosis de transferencia (1920b).

En "Análisis terminable e interminable", Freud continúa su hipótesis sobre la transferencia. Se observan progresos para la comprensión del problema de la hostilidad y los nuevos mecanismos de defensa recién sistematizados. Se analiza la transferencia negativa y se previene a los terapeutas con el fin de impedir manipulaciones a través de la relación con los pacientes.

Los fenómenos de transferencia se convierten así en manifestaciones dramáticas de las tendencias generalmente regresivas y reiterativas del neurótico. La teoría psicoanalítica clásica sugiere que esa pugna entre la tendencia no sublimada hacia la regresión y las demandas opuestas a la realidad, por un lado, y las fuerzas del yo y superyo, por el otro, se acentúa en toda neurosis. En el proceso analítico se hace manifiesto este conflicto entre el deseo del hombre por conservar las tendencias del ello y sus temores a las consecuencias desastrosas por hacerlo. La expresión de los impulsos del ello ante el analista es considerada como reflejo de estas actitudes mantenidas originalmente hacia personas significativas en el pasado del paciente. En la situación analítica, este antiguo conflicto vuelve a vivirse de un modo directo y más abierto de lo que sería posible en su vida cotidiana, lo que hace posible que revele sus impulsos provenientes del ello en forma más pura.

El enfoque freudiano del concepto de transferencia reposa firmemente en la suposición básica de una tendencia regresiva, fundamental e innata en el hombre y en la suposición de que esta tendencia se exprese a sí misma en la compulsión a la repetición.

Después de esto, era de esperarse que no se conformara únicamente con saber que este fenómeno existía y poder mencionar sus características. En este contexto, había un interés muy especial por comprender los orígenes y fundamentos de estos procesos de sustitución.

Pero, ¿por qué ha de entregarse el paciente a semejante "reactuación"? Como ya se ha mencionado, el neurótico, por definición, ha fracasado en desarrollar funciones críticas del yo, por lo que resulta relativamente sencillo sustituir indiscriminadamente uno o varios personajes de su pasado por la persona del presente, el analista. La actitud tolerante y alentadora del analista permite que emerjan los impulsos y sentimientos profundamente escondidos del paciente. El hecho de que el paciente tenga que abandonar sus formas infantiles de actuación hace que resuciten los sentimientos negativos profundamente ocultos hacia las figuras parentales, que también fueron en un tiempo agentes opuestos a sus deseos infantiles. Ahora bien, la actitud de espejo, el anonimato y la regla de abstinencia hacen las veces de facilitadores en la emergencia de estos sentimientos y, a final de cuentas, de la neurosis infantil en el ámbito terapéutico, es decir, en la transferencia.

¿Cuál es la naturaleza precisa de los impulsos instintivos en los casos en que éstos surgen a la superficie en forma menos disfrazada durante el proceso terapéutico? Por lo general, los instintos que suelen revelarse por sí mismos se consideran regresivos por naturaleza, primitivos en su tendencia y claramente infantiles. La adhesión primitiva, instintiva y libidinal del individuo respecto de la madre

se deja ver, transfiriéndose al analista. Los viejos anhelos incestuosos, los impulsos hostiles hacia aquellos que los impedían y el temor a la castración aparecen en primer término.

En la transferencia, por tanto, el paciente revive con el analista su neurosis edípica infantil -elemento central de toda neurosis-, los traumas internos originales y las realidades externas peligrosas, que exigen la represión de los impulsos. Por estas razones, las reacciones de transferencia son vistas como vehículos que proporcionan al paciente y al analista una visión del pasado de aquél y un atisbo de las fuerzas causantes de la génesis y desarrollo de la neurosis (Freud, 1905a).

Un aspecto particularmente interesante es la manifestación de un tipo de reacción transferencial, ya vislumbrado por Freud como un escollo difícil de vencer. En "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia" lo enfocó principalmente desde el punto de vista de la resistencia y la repetición del pasado infantil, es decir, como transferencia.

El pensamiento de algunos autores de la llamada Psicología del Yo, en particular las ideas de Rappaport (1958), pondera la posibilidad de entender la conducta repetitiva y los fenómenos transferenciales como un esfuerzo personal por mantener los sistemas del yo independientes, y no sólo como expresión de cierta pulsión regresiva.

Durante el tratamiento psicoanalítico, si se persigue un complejo patógeno (Freud, 1912), desde su subrogación en lo consciente hasta sus orígenes en lo inconsciente, se entrará al campo donde la resistencia se hace valer con una nitidez tal que la ocurrencia siguiente no puede menos que dar razón de ella y aparecer como un compromiso entre sus requerimientos y los del trabajo de investigación. En este momento sobreviene la transferencia, según apunta Freud. Delinea además que, al

aproximarse a un complejo patógeno, se adelanta primero la parte del complejo susceptible de que sea transferida hasta la conciencia, y así es defendida con la mayor tenacidad posible.

Racker, como se había mencionado, cuestiona aquí si la transferencia es la resistencia o lo resistido. La conclusión de lo señalado por Freud es que es la resistencia, pues el énfasis está puesto en la repetición como una resistencia. Sin embargo, en un artículo posterior, "Más allá del principio del placer" (1920), Freud considera la repetición como tendencia del ello, mientras que la resistencia proviene del yo, oponiéndose a aquélla. Esta contradicción es analizada a la luz de los fenómenos clínicos; es decir, la transferencia a la que se refiere Freud como resistencia es la transferencia negativa y sexual, ya anotado en la referencia al acercamiento a un complejo patógeno en el tratamiento.

En cuanto al segundo punto, Freud refería que el paciente repite para no recordar (1913). Es en esta dimensión donde existe la pregunta: ¿qué es lo que no quiere recordar? Racker afirma que Freud señala "la tendencia a repetir inconscientemente ciertos impulsos en lugar de hacerlos conscientes", donde muchas veces el devenir consciente no puede hacerse a través de recuerdos infantiles si no es a través de la propia transferencia. Nótese el énfasis de la revivencia y concientización en la transferencia. En "Mas allá del principio del placer", Freud señala que la transferencia es lo resistido, estableciendo una regla:

"El médico no puede ahorrar al analizado esta fase de la cura; tiene que dejarle revivenciar cierto fragmento de su vida olvidada, cuidando que a la par que lo hace conserve cierto grado de reflexión en virtud del cual esa realidad aparente pueda individualizarse cada vez como reflejo de un pasado olvidado."

(p. 19).

Es comprensible que a Freud lo haya intrigado el proceso de la transferencia y después haya modificado y ampliado sus explicaciones al respecto; como él mismo

mencionaba, nada estaba terminado y era factible de ser modificado. Gracias a esta postura, en términos generales, ahora es posible tener una teoría por demás compleja y enriquecedora.

Si la neurosis es una forma de vida destinada a proteger la vida misma, aun cuando sea a un nivel reducido, deformado, puede esperarse que esta forma de vida también se exprese con el analista. Cuanto más profunda sea la patología del paciente y más trascendental su renuncia al desarrollo, la visión y la conciencia, tanto más compenetrado estará su sistema de representaciones, profundamente enraizadas, acerca de la naturaleza del prójimo, lo que éste tolerará y condenará, las circunstancias en que le dejará vivir y lo que ocasiona su conducta colérica y provocadora de angustia.

Definición

Ha sido interesante observar la confusa variabilidad con que se ha utilizado el término "transferencia". Es, pues, importante mencionar algunas de las principales definiciones que se le ha dado, después de que Freud la descubrió.

Anna Freud (1936) la define como:

"todos aquellos impulsos experimentados por el paciente en relación con el analista que no dependen de la situación actual, sino que remontan su origen a tempranas vinculaciones con el objeto, reavivadas durante el análisis bajo la influencia del impulso repetitivo". (p.27).

Esta definición resulta discutible, ya que menciona que únicamente es una reactivación de las tempranas vinculaciones, sin considerar que en esto hay una reedición, en la cual se enriquece con lo actual. No puede concebirse que sea una repetición burda, como calca, de lo que aconteció en el allá y en el entonces ni que las experiencias posteriores, incluyendo las actuales, no hayan tenido influencia alguna en las representaciones que de las relaciones objetales el individuo tenga.

Laplanche y Pontalis (1962) al respecto mencionan:

"Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad..

...Casi siempre lo que los psicoanalistas denominan transferencia, sin otro calificativo, es la transferencia en la cura. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la transferencia" (p. 459).

Glover (1937) se refirió a ella como una capacidad para repetir en una situación actual, aquellas actitudes que fueron desarrolladas en la primitiva vida familiar. Además, subrayó el hecho de que una adecuada concepción de la transferencia debe reflejar la totalidad del desarrollo del individuo, ya que el paciente desplaza hacia el analista no solamente afectos e ideas, sino todo lo que alguna vez aprendió u olvidó a través de su desarrollo.

La transferencia, para Greenson (1967) es:

"La experimentación de impulsos, sentimientos, actitudes, fantasías y defensas hacia una persona en el presente que no corresponde, pero que son una repetición de reacciones originadas con individuos significativos del pasado, desplazados al presente" (p. 158).

Etchegoyen (1986) caracteriza a la transferencia como

"... un fenómeno general, universal y espontáneo, que consiste en unir el pasado con el presente mediante un enlace falso que superpone el objeto originario con el actual" (p. 98).

Menciona además que esta superposición, que se encuentra vinculada a objetos y deseos pasados, no es conciente para el sujeto y le da un toque irracional, porque el afecto no se encuentra ajustado a la situación actual.

Racker (1960) retoma la definición propuesta por Freud y menciona que la creación de la transferencia es "un desentierro de las primeras relaciones que necesitan ser revividas para darles un nuevo y mejor destino" (p. 28).

Meltzer (1981), continuando con el pensamiento kleiniano, agrega un nuevo sentido a la transferencia concibiéndola como una estructura en funcionamiento; da paso a una lógica de funcionamiento, quitándole todo el peso a la cuestión económica por la compulsión a la repetición:

"El fenómeno de la transferencia, en lugar de ser visto como reliquias del pasado, puede ser visto ahora como externalizaciones del presente inmediato de la situación interna para ser estudiada como realidad psíquica. Los pacientes no deben ser vistos como sufriendo de reminiscencias, sino, en un sentido, como viviendo en el pasado, en tanto el pasado está representado en el presente inmediato del mundo interno como el niño o el nivel infantil de organización". (p. 179).

Para Kernberg (1984) transferencia significa la presencia, en la interacción terapéutica, de una conducta inapropiada que refleja la reconstrucción de relaciones patógenas y conflictivas con los demás significantes en el pasado del paciente.

Ferenczi la explica como el mecanismo por el cual una experiencia típica olvidada es puesta en contacto con un evento actual a través de la fantasía inconsciente. En el encuadre psicoanalítico se encuentran las condiciones más favorables para su aparición, mencionando que la tendencia a transferir es el rasgo fundamental de la neurosis: "La neurosis es la pasión por la transferencia." El paciente huye de sus

conflictos y se subroga al principio de placer, distorsionando la realidad conforme a sus deseos (en Etchegoyen, 1986).

Amor de transferencia

El advenimiento del amor de transferencia en el tratamiento analítico es uno de los quehaceres que el analista debe enfrentar. Freud hablaba en estos términos refiriéndose a dos desenlaces posibles: en el que las circunstancias consintieran la unión legítima y permanente de ambos o en el que el médico y el paciente se separasen. Sin embargo, un tercer desenlace parece posible, apareciendo como conciliable para la prosecución de la cura: ésta puede ser analizada y, por tanto, se transforma en una transferencia común. El analista debe tomar en cuenta que el enamoramiento de los pacientes les ha sido impuesto por la situación analítica y no precisamente por sus encantos personales.

A la luz de este fenómeno parecería que algo resultaría utilizable en la cura. En este momento, los pacientes no quieren escuchar ni hablar de su amor, es precisa la correspondencia, han resignado sus síntomas y se declaran sanos; si esto impide en cierta forma la prosecución del tratamiento, estará clara la presencia de una resistencia. Ante la dificultad de reconocerla y, por ende, de trabajarla en el proceso analítico, podrá observarse cómo la transferencia erótica se convierte en una transferencia negativa.

Bleichmar (1984) menciona que descriptivamente existe una graduación en las formas del amor de transferencia, la cual depende de la estructura psicopatológica, lo que se traduce en problemas técnicos y teóricos distintos.

Al respecto, según Etchegoyen (1986), existe una gran diferencia entre el amor de transferencia y la transferencia erótica: la primera correspondería al fenómeno neurótico y la segunda, al fenómeno psicótico. Rappaport (1956) ejemplifica ambas situaciones: En el amor de transferencia, el paciente ve al analista como si éste fuera

su padre o su madre, mientras que, en la erotización de la transferencia, éste es su padre o su madre.

Concuerda con Etchegoyen en que estos estados corresponden a estructuras neuróticas y a estructuras fronterizas o psicóticas, respectivamente.

Harold Blum (1973) establece una diferencia entre una transferencia erotizada y una erótica, enfatizando la repetición de hechos que se sucedieron durante la niñez, el estilo seductor de la defensa, la importancia de los problemas narcisistas y preedípicos disfrazados de edípicos. Emplea el término "erotizado" para referirse a la transferencia que ha fracasado debido a que el paciente se interesa eróticamente por el analista, como una defensa para evitar el trabajo analítico. Al mismo tiempo, admite que la transferencia erotizada puede constituir un aspecto de neurosis transferencial analizable y un intento de lograr la elaboración a través de una repetición activa. Por el contrario, el término "erótico" abarcaría los deseos tiernos, sensuales y románticos que surgen en la transferencia.

Retomando esta postura, Islas (1990) menciona que es casi imposible prescindir de un concepto de transferencia de proceso primario, de simbolización deficiente y de desneutralización, sea ésta erotizada o bajo la forma de agresión:

"Existen deseos tan apremiantes que, al menos, van encaminados a modificar las fronteras de la relación terapéutica y a imponerle una carga pesada a la contratransferencia, aun cuando cada paciente guarde un gran respeto por la integridad de la alianza terapéutica. Las concretizaciones que adoptan la forma de una insistencia en la realidad del amor y del odio en la contratransferencia tienen, probablemente, el objetivo de restituir y estabilizar la representación dañada o insuficientemente consolidada del sí mismo (self) y del objeto". (p. 25).

También establece una analogía interesante para ejemplificar la contraposición entre el amor de transferencia y la transferencia erotizada: compara el amor a la primera y la pasión a la segunda. Continuando la línea de Winnicott, señala la reciprocidad e investidura mutua que existe en el amor, mientras que en la pasión un objeto se transforma en el yo del otro, en mero satisfactor de necesidades, sin existir reciprocidad.

Para Bleichmar, la erotización del vínculo con el analista, hasta constituir un verdadero amor de transferencia, puede pensarse como una defensa contra las ansiedades del complejo de Edipo temprano -retomando las formulaciones Kleinianas-, en especial las que sobrevienen a raíz de las situaciones de separación.

Por su parte, Kristeva (1983) describe el amor de transferencia como una dinámica de tres, a saber, el sujeto (el analizado), su objeto de amor imaginario o real (el otro, con el que se desarrolla el drama intersubjetivo de la neurosis, o psicosis, si es el caso) y el lugarteniente del ideal potencial, del poder posible (el Otro, lugar que ocupa el analista), y que se supone sabe amar, por lo que se convertirá en la situación analítica, en el amado supremo y el agredido predilecto.

"La relación transferencial y la interpretación permiten la organización óptima de estos dos niveles, una autorregulación del uno conectado con el otro, con oscilación, relajación, control, regulación, error, recuperación, pero también desestabilización y destrucción... El efecto del amor es la renovación, nuestro renacimiento" (Kristeva, 1983, p. 13).

El amor transferencial, por lo tanto, llevaría a la desexualización de la pulsión que gira hacia la idealización y la sublimación y se trataría, al mismo tiempo, del acercamiento de los mecanismos idealizadores a los procesos de incorporación e introyección de lo incorporado.

Si se habla de una organización óptima, surge la postura investigada por José Luis Islas en la que afirma que en las pacientes mujeres el amor de transferencia puede ser un factor que propicia el afloramiento de la feminidad, recordando a diferentes autores en cuanto a las vicisitudes que en el recorrido del camino infantil se sucedieron. El análisis del amor de transferencia puede ser posible si se transita desde una manifestación primaria, inmadura, primitiva -la erotización del vínculo transferencial-, hasta la de un amor de transferencia maduro, que incluye "la capacidad de crear una ilusión que es experimentada al mismo tiempo como real e irreal", es decir, desde la no existencia de un espacio transicional hasta la consecución del mismo gracias a la construcción de este espacio en donde no sólo aflora la transferencia madura, sino también la feminidad adulta.

Al igual que es imprescindible la transferencia en un proceso psicoanalítico o de corte psicoanalítico, el amor de transferencia resulta, inevitable. Se presentan, además, procesos actualizados, relaciones infantiles, que tienen que ver específicamente con situaciones del orden de lo edípico y preedípico, pieza angular en el tratamiento.

Este punto se relaciona inevitablemente con la labor realizada dentro del ámbito del consultorio: se analiza tanto la transferencia como una resistencia, propiamente dicha, como la resistencia de la transferencia. En este momento también entra en juego la necesidad de reconocer que tanto la transferencia como la contratransferencia existen y se manifiestan siempre, aunque a veces resulta un tanto difícil percibir e interpretar estas manifestaciones.

"La transferencia y la contratransferencia representan dos componentes de una misma unidad, dándose vida mutuamente y creando la relación interpersonal de la situación analítica" (Racker, p. 95).

De la contratransferencia

Freud habla por vez primera de la contratransferencia en el año de 1910, designándola como la interferencia de las producciones inconscientes del analista en la labor analítica, es decir, en la cura. Esta definición tiene relación con una de las posturas a las que se hace referencia, y que insiste en el carácter perturbador del proceso terapéutico, ésta es la denominada corriente de opinión clásica.

De hecho, en estas situaciones, el analista o el psicoterapeuta no entiende a su paciente y desarrolla una intensa ansiedad. Entonces comienzan a funcionar los mecanismos de introyección y proyección, lo que permite el incremento de la ansiedad y la posibilidad de actuar defensivamente. En algunas ocasiones se presenta el acting out, interrumpiendo el proceso de encuentro y adquiriendo la expresión de impulsos destructivos, afectando, como consecuencia, la relación terapéutica. El terapeuta pierde la capacidad de reparación, reduce su percepción, su capacidad intuitiva para identificar los aspectos propios respecto de los de sus pacientes, con la consecuente pérdida de empatía y comprensión, apareciendo fantasías predominantemente destructivas lo que ocasiona una amenaza a la relación.

Racker indica que el significado que se da a la contratransferencia y la importancia asignada a los problemas que resultan de ésta dependen del significado otorgado a la función del analista dentro del proceso psicoanalítico de transformación interna. Menciona, además que el analista debe tomar en cuenta los elementos neuróticos que de él mismo puedan entrar en juego en el proceso, ya que es objeto y también sujeto de trabajo, y accionar su inconsciente como un "cuerpo de resonancia" para el inconsciente del paciente. Al mismo tiempo es necesario que haga uso de su intelecto:

"El que concibe conscientemente lo que sintió el inconsciente, lo liga y lo separa, analiza y sintetiza, diferencia lo esencial de lo secundario, tiene presente, en lo posible, el proceso de enfermedad y de curación como totalidad y deduce y elabora de ahí la intervención terapéutica" (p. 187).

Estas actividades no se dan por separado, sino que coexisten, siempre entrelazadas la actividad intuitiva y la intelectual.

Según Melanie Klein (1946), la identificación proyectiva es un mecanismo por el cual todo paciente (y cualquier ser humano) se deshace de emociones que su mente no puede soportar, proyectándolas en el objeto. Es lógico, entonces, pensar en la necesidad de descubrir instrumentos de manejo de los objetos proyectados y de las emociones suscitadas en el proceso. Por otra parte, la teoría que Klein desarrolló propone que las relaciones de objeto tienen lugar desde etapas muy tempranas del desarrollo. Las dos propuestas kleinianas presentan a la contratransferencia como instrumento, y no, como se había observado anteriormente, como obstáculo.

Fromm-Reichman (1987) es tajante cuando se refiere a los requisitos básicos de la personalidad y habilidades profesionales: "El psicoterapeuta debe ser capaz de escuchar." Y continúa:

"... escuchar y obtener información de otra persona tal como ésta la presenta, sin reaccionar de acuerdo a los propios problemas o experiencias, cuyos recuerdos pueden evocarse quizás de una manera perturbadora, es un arte de intercambio interpersonal que pocas personas pueden llevar a la práctica sin una preparación especial... esto significaría que el psicoterapeuta debe tener suficientes fuentes de satisfacción y seguridad en su vida no profesional como para renunciar a la tentación de usar a sus pacientes para la búsqueda de su satisfacción o seguridad personal" (p. 26).

Al mismo tiempo, alude a la necesidad del psicoterapeuta de tener en cuenta dos hechos importantes: Su interés por la investigación debe ser secundario a su anhelo por descubrir datos estrictamente pertinentes a sus obligaciones psicoterapéuticas y no debe obstinarse en buscar y transmitir comprensión al paciente, a expensas de observar lo que acontece dentro del mismo. Se refiere a la dinámica de las comunicaciones del paciente versus su contenido y hace referencia a Freud en tanto "la tarea del psicoanalista es ayudar al paciente, no demostrar cuán inteligente es".

Sullivan asegura que el psicoterapeuta es un observador-participante de la situación clínica, sus manifestaciones de ansiedad interactúan con las del paciente. A las respuestas contratransferenciales que obstaculizan el tratamiento las denomina "distorsiones paratáxicas".

Es interesante observar que a pesar de los avances teóricos y clínicos corroborados por la misma experiencia práctica existen autores que aún consideran a la contratransferencia como un factor exclusivamente obstaculizante del proceso terapéutico. Tal es el caso de Safouan (1988), que asevera que si se ha de seguir utilizando el término de contratransferencia será preciso reservarlo para designar lo que sucede no del lado del analista sino del analizado, indicando un trasplé en la respuesta del analista.

Para Annie Reich (1973), de la misma manera en que en una primera instancia la transferencia fue considerada como un evento perturbador, para después establecerse como un factor terapéutico, pivote del análisis, "así se pretende que la contratransferencia representa no sólo un agente de interferencia, sino también un catalizador necesario para el cumplimiento de los fines terapéuticos del análisis". El hecho de ponerla al servicio del proceso terapéutico es "estar pronto a reconocer su existencia y la capacidad de remontarla" (p. 280). Así incluye bajo el concepto de contratransferencia:

"todas aquellas expresiones del uso hecho del análisis por el analista con fines de acting out. Hablamos de acting out toda vez que la actividad de analizar tiene un sentido inconsciente para el analista" (1951, p. 139).

Reich también propone, por lo tanto, a la contratransferencia como producto exclusivo de la patología del terapeuta.

Contra poniéndose a esta postura, Paula Heimann (1950) define a la contratransferencia: "Todos los sentimientos que el analista experimenta frente a su paciente". Su hipótesis fundamental es que el inconsciente del analista incluye al de su paciente. Y esta relación profunda aparece en la superficie en forma de sentimientos que el analista observa en su respuesta al paciente, en su contratransferencia "es la manera más dinámica en que le llega la voz de su paciente" (p. 8).

Los fenómenos de la contratransferencia según Winnicott (1947) pueden ser clasificados de la siguiente manera:

- 1) La anomalía en los sentimientos de contratransferencia e identificaciones fijas que se hayan bajo regresión en el analista,
- 2) Las identificaciones y tendencias correspondientes a las experiencias personales del analista y a su desarrollo personal y que aportan el marco

positivo para su labor analítica, y que hacen que la índole de su trabajo difiera de la de cualquier otro analista, y

3) De estas dos distingo la contratransferencia verdaderamente objetiva, o si esto resulta difícil, el amor y odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y comportamiento del paciente, contratransferencialmente basada en la observación objetiva." (p. 268).

Esta clasificación engloba tanto los conflictos no resueltos del analista, sus experiencias y personalidad y, la verdadera contratransferencia, es decir, las reacciones objetivas.

El mismo comenta (1960) que este término no tiene un uso estricto. Debido a la artificialidad con que se la ha envuelto, conviene que la palabra sea devuelta a su acepción originaria, y que el significado de la palabra "contratransferencia" debería aplicarse a:

"los rasgos neuróticos que estropean la actitud profesional y que desbaratan la marcha del proceso analítico tal como lo determina el paciente". (p. 196).

Clasificación de la contratransferencia

Los doctores Ongay (1987) presentan una revisión minuciosa de los orígenes, evolución y aplicación actual del concepto de contratransferencia. Mencionan, además, dos corrientes de opinión que sobre la contratransferencia se han hecho: la Clásica, que considera que las reacciones emocionales del terapeuta en la situación clínica constituyen un obstáculo para el desarrollo de la psicoterapia (ésta fue la primera postura teórica, consecuencia de su descubrimiento, realizado por Freud en 1910). La segunda corriente de opinión que mencionan es a la denominada como Transaccional,

que considera a la contratransferencia como un resultado inevitable de la interacción terapeuta-paciente, una herramienta útil en la comprensión del paciente.

La evolución del concepto de contratransferencia puede ubicarse a mediados del siglo XX, cuando los trabajos se hacen frecuentes y cada vez más profundos. Gracias al concepto teórico de identificación proyectiva de Melanie Klein, retomado por Paula Heimann y articulado de forma por demás profunda, el estudio de la contratransferencia como instrumento hace las veces de un factor indispensable, referida a clínica. No puede dejar de mencionarse los aportes de Winnicott, Grinberg, etcétera.

Racker (1953) clasificó la contratransferencia atendiendo a varios aspectos. Según la forma de identificación, la clasifica en contratransferencia concordante y contratransferencia complementaria. En la primera, el analista identifica su yo con el yo del analizado; su ello y superyo, con el ello y superyo del paciente. En la contratransferencia complementaria, el yo del analista se identifica con los objetos internos del analizado. Racker piensa que las identificaciones concordantes son generalmente empáticas, y expresan la comprensión del analista. En tanto, la contratransferencia complementaria implica ya un grado de conflicto, en la medida en que el analista falla en la identificación concordante, la complementaria se intensifica; cuanto mayores sean los conflictos entre las diferentes partes del analista, mayor dificultad encontrará para realizar una contratransferencia concordante.

Cuando Etchegoyen menciona en este aspecto a Racker, concluye que la comprensión o empatía del analista no depende de que se identifique de manera concordante o complementaria, sino del grado de conciencia que se tenga del proceso, de las identificaciones y de la naturaleza objetal del vínculo.

También clasificó Racker a la contratransferencia en contratransferencia directa y contratransferencia indirecta.

La primera define a la contratransferencia del analista movilizada por el analizado. En cambio, en la indirecta, ésta es activada por otro objeto que no es el analizado.

Etchegoyen compara los trabajos de Racker con los de Little y comenta que la contratransferencia directa de Racker corresponde a la contratransferencia propiamente dicha de Little, y la indirecta corresponde a la que conlleva fines de acting out. Y pone un ejemplo:

"Si lo que yo quiero es ser amado por mi analizado, mi contratransferencia es directa; pero, si mi relación con el analizado se ve influida por mi deseo de ser amado por mi supervisor, entonces mi contratransferencia es indirecta, en cuanto utilizo a mi analizado como un instrumento de mi relación con el supervisor" (p. 260).

Grinberg (1956) hace un aporte de gran valor al estudio de la contratransferencia con su concepto de contraidentificación proyectiva. El pensamiento de Grinberg continúa el de Racker, pero hace énfasis en la identificación proyectiva. Establece su secuencia casi gradual desde la contratransferencia concordante, pasando por la complementaria, hasta la contraidentificación proyectiva. Postula que la diferencia estaría dada por la "violencia" de la identificación proyectiva del analizado, en donde el analista responde identificándose con los objetos del paciente, o donde el analista se ve forzado a desempeñar un papel. Dice que lo característico de la respuesta contratransferencial es que el analista tome conciencia de su tipo de respuesta y la utilice como instrumento técnico. En el fenómeno de la contraidentificación proyectiva, el analista reacciona como si real y concretamente hubiera asimilado los aspectos que le son proyectados, como si el paciente lograra que el analista se hubiera convertido en lo que pretendía, de manera inconsciente.

En la contratransferencia complementaria, el objeto del paciente con el que el analista se identifica se vivencia como propio, es decir, representa un objeto interno del analista. Éste reacciona pasivamente a la proyección del analizado, pero a partir de sus propias experiencias y ansiedades.

En la contraidentificación proyectiva, en cambio, la reacción del analista es independiente en buena parte de sus propios conflictos y "corresponde en forma predominante o exclusiva a la intensidad y calidad de la identificación proyectiva del analizado".

Bryce Boyer (1989) menciona que muchas de las interacciones dependen de la identificación proyectiva del paciente y la identificación introyectiva del analista, aunque asegura que Searles descubrió que también se logran identificaciones eficaces basadas en la identificación proyectiva del analista y la identificación introyectiva del paciente.

Money-Kyrle (1956) introduce el concepto de contratransferencia normal: Papel parental que el analista desempeña, complementario al del paciente; como en la transferencia se reactivan los conflictos infantiles, lo más conveniente es la contratransferencia parental. La situación asimétrica que impone y define el encuadre permite dar una respuesta adecuada a lo que el paciente ha transferido. Pero la primera respuesta del analista es sentir inconscientemente el impacto de la transferencia, ubicándose en un papel parental. Money-Kyrle afirma, además, que la contratransferencia puede ser instrumentada a partir de una doble identificación, con el sujeto y su objeto; esto se realiza por la identificación proyectiva del yo infantil del analista en el paciente y por la identificación introyectiva de la figura parental. Donde el analista asume el papel de padre, proyectado por el niño, y puede comprender el papel de niño a través de una identificación proyectiva de su yo infantil en el paciente, por su tendencia a reparar. Se diferencia con Racker por que no especifica en el proceso de identificación si el mecanismo es proyectivo o introyectivo; como hace referencia, la

única solución que tiene el analista al respecto de su contratransferencia y sus efectos es analizar, en primera instancia, su conflicto, ver después de qué manera el paciente contribuyó a crearlo y, finalmente, advertir los efectos que su conflicto tuvo en el paciente.

Sólo cuando se haya cumplido este proceso, las condiciones serán las adecuadas para poder interpretar; y entonces no tendrá ya necesidad de hablar de su contratransferencia, sino de lo que le pasa al analizado.

Usos de la contratransferencia

Se ha mencionado reiteradamente que la contratransferencia puede ser obstáculo o instrumento de trabajo dentro de la situación analítica.

Freud (1912b) recomendaba al analista orientar su atención hacia lo inconsciente, como órgano receptor, haciendo el símil del analizado con el receptor de un teléfono con respecto al emisor. De igual manera, el inconsciente del analista deberá estar capacitado para reconstruir el inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del analizado.

Racker (1960) diferencia tres significados de la contratransferencia:

"Puede ser el máximo peligro y, al mismo tiempo, un importante instrumento para la comprensión, es decir, para la función de intérprete del analista. Además, interviene en la manera de ser y en la conducta del analista, o sea, en cuanto es el objeto en la revivencia, en el nuevo trozo de vida que es la situación analítica, y en la que el analizado debe encontrarse con una comprensión y objetividad mayores de las que encontró en su realidad o fantasía infantiles" (p. 222- 223).

En cuanto a los peligros, se recalca la importancia de tener en cuenta las reacciones contratransferenciales, pues existe la posibilidad de que éstas indiquen un conflicto que puede ser elaborado con el analizado.

Winnicott (1949) dirige su interés al destino que el analista debe dar al "odio objetivo y justificado" en la contratransferencia: por ejemplo, si debe soportarse este sentimiento silenciosamente o comunicárselo al analizado.

Little (1951) considera necesario que el analista admita la contratransferencia al analizado y la interprete, es decir, so pena de bloquear el proceso del análisis y repetir la hipocresía de los padres y otros educadores, debe, llegado el caso, confesar su contratransferencia al analizado:

"He comprobado a menudo que esa confesión constituye un momento crucial en el análisis. Por este conducto un ser humano es descubierto, introducido dentro del paciente, imaginariamente comido, digerido y absorbido, y edificado en el interior del yo (no mágicamente introyectado); una persona que puede asumir su responsabilidad, comprometerse, sentir y expresar sus sentimientos con libertad, que puede soportar tensión, limitación o fracaso, o bien satisfacción y éxito". (p. 63).

Gitelson (1952) concuerda con los pronunciamientos de Little en la necesidad de tratar los casos de contratransferencia con el analizado. Él diferencia entre "transferencias" y "contratransferencias" del analista. Las primeras se refieren a las reacciones del analista frente al paciente como un todo y las segundas a las reacciones frente a aspectos parciales del paciente.

Por su parte, Denis Carpy (1989) hace referencia al uso actual de la contratransferencia como instrumento dentro del proceso analítico, considerando que lo que Freud describió como contratransferencia en 1910 es la resistencia

inconsciente del analista a ayudar libremente al paciente a enfrentar las áreas de su propia psicopatología que él mismo encontraba difíciles de enfrentar. Añade que lo actualmente llamado contratransferencia es bastante diferente, aplicándose el término, en la mayoría de los casos, para describir "los sentimientos conscientes y preconscientes que tiene el analista hacia su paciente" (p. 233). La propuesta de Carpy es que el analista debe "tolerar" los sentimientos que son proyectados por parte del paciente, enfatizando en que este término se refiere a la capacidad del analista de

"permitirse experimentar las proyecciones del paciente con toda su fuerza y, a pesar de ello, poder evitar el realizar acting outs de ellas de una manera brusca. Para hacer esto, uno debe ser capaz de evitar ser abrumado completamente por la experiencia, pero considero que es inevitable que si las proyecciones son experimentadas en su plenitud, se produzcan en cierto grado acting outs parciales de la contratransferencia (p. 235).

Los acting outs parciales del analista a los que se refiere permiten al paciente ver, consciente o inconscientemente, que está afectando al analista e induciéndole fuertes sentimientos y le permite observar atentamente cómo el analista enfrenta éstos.

"Es inevitable un acting out parcial de la contratransferencia, lo que permite al paciente ver que el analista está siendo afectado por lo que él proyecta, que está luchando por tolerarlo y, si el análisis resulta efectivo, que está logrando mantener su postura analítica sin desarrollar acting outs muy bruscos...

...Estoy diciendo, por lo tanto, que, en estas circunstancias, es el proceso de introyección como resultado de esta interacción no verbal lo que produce un cambio en la estructura psíquica del paciente, más que una interpretación cuyo contenido no tiene sentido para el paciente...

...La identificación proyectiva es parte de un escenario mental donde los vínculos son destruidos porque no pueden ser tolerados. Yo pienso que en la interacción que he estado describiendo, el que el analista tolere la contratransferencia implica que él realice vínculos en su mente y que esto es lo que le permite que el paciente haga algo semejante". (pp. 238-239).

Refiriéndose en especial a los pacientes con patología narcisista del carácter, Kernberg (1984) habla de la gran dificultad que para el analista representa, en términos de lo que sucede en el transcurso de la situación analítica, el impacto que tiene la transferencia del paciente sobre su propia contratransferencia, en lo que a creatividad se refiere. También define a la creatividad:

"Capacidad para transformar en forma imaginativa el material del paciente en una formulación dinámica amplia, en una fantasía central organizadora o en una experiencia particular que en forma vívida y concreta ilumine todo el material en modos nuevos". (p. 243).

Remarca la íntima relación existente entre la creatividad psicoanalítica, el interés por el paciente y la observación constante de las cualidades positivas del paciente frente a su agresión incansable. Afirma, basándose en Winnicott, que una de las fuentes de esta creatividad es la capacidad del mismo analista para sublimar su agresión a través de los aspectos clarificadores de la técnica analítica, fundándose en el deseo de deshacer la agresión al brindar amor. Además, esta creatividad también expresa los aspectos sublimatorios de su carga libidinal en el paciente. El paciente narcisista orienta su envidia particularmente hacia esta creatividad analítica, fuente de lo que él está recibiendo del analista. En *Realidad y Juego* Winnicott enfatiza la

necesidad de que el analista sea capaz de permitir la existencia de un espacio potencial en el cual pueda producirse la creatividad.

Al analista le resulta útil conservar en la fantasía, siempre según Kernberg, una imagen clara de cómo una persona "normal", la cual se analiza, podría responder a sus intervenciones explorando sus propias reacciones en tanto que vive la experiencia de sí mismo en una relación abierta y segura con el analista. La atención cuidadosa a las reacciones del paciente hacia las interpretaciones es la mejor guía para explorar y resolver las dificultades particulares que se presentan con este tipo de pacientes.

Y podría continuar con los diferentes usos de la contratransferencia, ya abocados al empleo que propone, por ejemplo, Kernberg cuando habla de los pacientes con caracterología de tipo narcisista. Sin embargo, es preferible especificar las modalidades técnicas que, respecto a la etapa de la adolescencia, se han llevado a cabo.

¡Oh joven! ¡aunque cometieras todos los delitos, ahí está tu belleza para borrarlos y convertirlos en una delicia más!

¡Tres cosas le impiden otorgar a los humanos una mirada que diga -sí-. El temor a lo desconocido, el horror a lo desconocido, y su hermosura!

¡Su mirada! ¡Acercarse al fuego sin quemarse no es cosa tan asombrosa como su mirada! ¿Cómo estoy todavía vivo, ¡oh encantador!, cuando paso mi vida entre tus ojos?

¡Sus mejillas! ¡Si tus transparentes mejillas están aterciopeladas, no es de bozo como todas las demás, sino de seda exquisita y dorada!

¡Su boca! ¡Hay algunos que vienen a preguntarme ingenuamente dónde está el elixir de la vida, y por qué tierra corre el elixir de la vida y su manantial!

Y yo les digo: ¡Conozco el elixir de la vida y conozco su manantial!

¡Es la boca de un joven esbelto y dulce, un gamo joven con el cuello tierno e inclinado, un adolescente de cintura flexible!

¡Es el labio húmedo de mi amigo, delgado y vivo, joven de dulces labios de un rojo oscuro!

Las mil noches y una noche

Características del trabajo psicoterapéutico con adolescentes

Desde el nacimiento del psicoanálisis hasta nuestros días, emergen una serie de definiciones psicoanalíticas acerca del periodo de la adolescencia, entre ellas podemos citar a Peter Blos, que en 1962 la conceptualiza como un segundo periodo de individuación.

S. Freud, en 1905, describe:

"los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva...Ahora es dada una nueva meta sexual; para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan al par que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital". (p. 189).

A. Freud, en 1958 comenta que "normalmente, la organización del yo y del superyo se alteran lo suficiente para acomodar las nuevas y maduras formas de sexualidad" (p. 257).

Anthony, 1969; Lauffer, 1981; Lamp-de Grott,1950; Erickson, 1959; Klein, 1932; Winnicott, 1961, son otros de los muchos estudiosos de la adolescencia que han proporcionado definiciones para esta etapa controversial. Muchos la consideran solo como una etapa de transición, otros como una etapa tormentosa, otros como una etapa de elaboración de duelos, de identificaciones y desidentificaciones, etc.

Si bien es cierto que desde mucho antes ha sido descrita fenomenológicamente y tomada por escritores y filósofos para sus reflexiones, en el presente caso se estudiará específicamente el aspecto psicoterapéutico de corte analítico y, de manera muy particular, el amor de transferencia, avarar ineludible en el proceso que por sí mismo lleva el desarrollo de la etapa adolescente.

Entre los rubros que sobresalen en el estudio de la adolescencia pueden mencionarse los ajustes que se realizan para poder adaptarse a la nueva realidad biológica, los duelos que han de elaborarse, los grandes y constantes movimientos regresivos y progresivos del funcionamiento yoico, en especial, los mecanismos de defensa, la reactivación de las etapas del desarrollo psicosexual infantil. La mayoría de los autores coinciden en una etapa de transición entre la edad adulta y la infantil, algunos la refieren como una etapa específica con características peculiares totalmente diferentes a otras etapas. Sea como fuere, es indiscutible que ocurren y se suceden vicisitudes una tras otra durante el proceso adolescente, agregándose las que acontecen durante el tratamiento psicoterapéutico de corte analítico y las especificidades que surgen en cada una de sus diferentes edades.

Se han realizado estudios para el manejo de la técnica en la pubertad, en la preadolescencia, en la adolescencia temprana, en la adolescencia propiamente dicha, en la adolescencia tardía y en la post-adolescencia (retomando la división que hace Peter Blos).

Respecto al ámbito terapéutico, en no pocas ocasiones, las desviaciones de la técnica han causado rechazo e invalidación por algunos estudiosos, pero es real que

deberán realizarse modificaciones a algunos aspectos técnicos y a la teoría que los fundamenta, en especial, respecto al amor de transferencia y su evolución durante la psicoterapia de corte analítico, que resulta ser de acuerdo a la edad referida. No ha de minimizarse la presencia en cualquier circunstancia y ante cualquier objeto de todas las manifestaciones características de la adolescencia.

Nosotros, terapeutas, padres o educadores, deberíamos tener presente nuestra propia adolescencia para poder acceder a tamaña tarea; es decir, no actuar en la forma de represores, de autoridad, de jueces, y sí poder acompañar al adolescente en esta vital y emocionante encomienda de vida.

Ha sido bastante motivador revisar investigaciones que en muchos de los casos hablan de los infortunios y/o de la serie de obstáculos a que los terapeutas y psicoanalistas debieron enfrentarse en su labor terapéutica con sus jóvenes pacientes y de qué manera los resolvieron. Esto permite confirmar que no todo está dicho, la investigación continúa y sus resultados sorprenden en pos del desarrollo de la teoría y la técnica psicoterapéutica psicoanalítica.

Es necesario considerar como una de las tareas más importantes a realizar durante el periodo de la adolescencia la restauración de los padres edípicos, es decir, lograr que al final de la adolescencia exista una habilidad, desde lo inconsciente, para renunciar a los padres infantiles y recuperarlos en una postura donde puedan ser internalizadamente aceptados los celos y la envidia de estos padres edípicos.

El advenimiento de la adolescencia remite, indiscutiblemente al tema de la sexualidad; los jóvenes, además, la transfieren al terapeuta en el ámbito clínico, es decir, del consultorio.

Desde una perspectiva diferente, Laufer y Laufer (1984) mencionan la importancia de comunicar a los pacientes adolescentes el punto de vista personal del terapeuta respecto de la normalidad o anormalidad en el tipo de elección objetal que en la adolescencia es cuestionado, o en el que el paciente adolescente se debate. También

señalan la especial importancia de esta premisa, sobre todo al estar frente a un adolescente que llega al terapeuta con fines diagnósticos o con posibilidades psicoterapéuticas, porque ha tenido una fractura o colapso (breakdown) en su desarrollo, para hacerle manifiesta la necesidad de tratamiento a fin de que entienda su significado y cuestione su elección y la posibilidad de cambio.

Esta postura resulta en cierta forma cuestionable, pues aparece más una contraactuación de tinte pedagógico que un análisis e interpretación de sus dudas y cuestionamientos. En este caso concuerdo con lo que las doctoras Plá y Polanco (1982) establecen como una necesidad: poner cuidado en no caer en esta serie de provocaciones, ya que, aunque son transferenciales, el movimiento contratransferencial no se hace esperar.

Si bien es cierto que la referencia a esta actitud se propone de manera específica a un conflicto particular que el adolescente manifiesta también coincide con los Laufer en la necesidad de no emplear términos como bueno-malo, correcto-incorrecto, etcétera, debido a las serias dificultades de los adolescentes para separar los juicios entre normalidad-anormalidad, de los juicios bueno-malo. El adolescente es especialmente susceptible a los juicios de que pueda ser objeto; sin embargo, al mismo tiempo mencionan:

"El adolescente está consciente desde el comienzo de la presencia de problemas serios dentro de él, y él sabe que no es posible para nosotros ser neutrales". (p. 173).

Esta posición es muy polémica; por ejemplo Delaroche (1984) se refiere a la postura que M. Laufer toma frente los adolescentes diciendo que se aprovecha de alguna manera de ese momento característico de la adolescencia en el cual las catexias y las

identificaciones son frágiles, para influir verdaderamente en el destino de los adolescentes en función de lo que él cree justo y bueno según su propia experiencia de la vida.

"Creo que si es bueno denunciar la ilusión psicoanalítica en materia de pedagogía no lo es menos denunciar la ilusión pedagógica en psicoanálisis" (p. 51).

Klein (1946), en su técnica para el análisis de la pubertad, manifiesta que ésta no difiere mucho de la técnica que emplea en otras edades. Sin embargo, especifica ciertas condiciones con las que se encuentra el terapeuta al tratar a pacientes en esta etapa, y considera la necesidad de interpretar desde un inicio la transferencia negativa y evitar cualquier tentación de gratificar necesidades conflictivas de estos pacientes. Si bien es cierto que, conforme avanzan en edad éstos, la técnica se asemeja a la que se emplearía con adultos, algunos problemas técnicos emergen ante la inevitable presencia de los impulsos y el manejo que de ellos hacen los adolescentes. Klein menciona que en la pubertad la transferencia es una actitud desafiante y negativa, por lo que se hace necesario el establecimiento lo antes posible de una situación analítica a través de la interpretación, ganando dominio a través del reconocimiento de las ansiedades subyacentes y los afectos que manifiesta, las fantasías sádicas y los mecanismos de defensa que utiliza el yo para dominarlas.

Irma Brenman (1988) demuestra, a través de dos casos clínicos con adolescentes, los problemas infantiles subyacentes que emergen con gran intensidad al advenimiento de la adolescencia: la gran fuerza con la que el adolescente intenta arrastrar consigo el objeto, tanto con los impulsos positivos como con los negativos, poderosamente negativos, ó con sus mecanismos defensivos; también puede verse el miedo que siente al ser arrastrado por el analista. Los adolescentes no se fían de los adultos, a pesar de

que inconscientemente están buscando figuras parentales. Someten al terapeuta a una gran presión; y éste no debe dejarse arrastrar hacia una conveniencia ni a la toma de una postura hostil hacia ellos.

"Las fuerzas poderosas y las defensas persuasivas de la adolescencia pueden perturbar o interferir un crecimiento mayor; pero también son fuerzas que brindan el encanto, la vitalidad, el entusiasmo y los desarrollos de la adolescencia" (p.249).

Para N. León (1988) es necesario gratificar ciertas necesidades conflictivas de los pacientes adolescentes, a fin de lograr el vínculo terapéutico y posponer la interpretación para cuando el yo del paciente se encuentre tolerante a tal intervención. Hace la observación de que este tipo de conductas gratificadoras se opone a las recomendaciones de Klein, quien sostiene que lo que está indicado en los inicios del tratamiento con estos adolescentes son las interpretaciones dirigidas a la profundidad de la vida instintiva, con el fin de romper la resistencia inicial del adolescente. Con respecto al tema del inicio del tratamiento, también se refiere a Deutch, quien señala en especial el caso de la adolescente, con las cuales existe una particular dificultad para las terapeutas del sexo femenino, ya que se moviliza en la transferencia la hostilidad hacia la madre.

"El tratamiento psicoanalítico del adolescente se incorpora a la adolescencia misma y ahí es donde la intervención correctiva toma lugar al dirigir el movimiento libidinal progresiva y regresivamente (regresión progresiva), protegiendo el libre flujo libidinal a través de impedir que las defensas regresivas en contra de los objetos infantiles produzcan una descatectización

masiva que inmovilice el flujo libidinal, y vigilando que la tolerancia yoica del paciente resista los embates instintivos" (p. 49).

Respecto del género del terapeuta, Maxine González (1991) observa que si bien éste tiene un efecto cualitativo en la realidad particular de la sesión terapéutica, resulta interesante que sólo a partir de los años ochenta comienzan a aparecer trabajos relativos al tema, probablemente por la influencia del pensamiento psicoanalítico, que defiende el alejamiento emocional y la neutralidad sexual que el terapeuta debía mantener, así como la prevaencia de la perspectiva masculina en cuanto a transferencia y contratransferencia se refiere. Esta autora sostiene que el género del terapeuta puede constituir un factor organizador del tratamiento:

"Si la analista mujer tiene bien integradas las funciones femenina y masculina, posibilitará la recreación de ese vínculo materno, y auxiliada con su técnica abrirá el camino a la triangulación edípica y a la aceptación de su analizando como sujeto, como ser-separado-de-ella" (p. 35).

En el caso contrario, la terapeuta se sentirá como atrapada, rechazada, invadida, paralizada. De ahí la importancia del análisis y supervisión.

Para el logro de su identidad, es imprescindible para la mujer la resolución de ansiedades básicas en relación con su feminidad, que le permitirá tolerar mejor la regresión de sus pacientes. La transferencia erótica de pacientes varones puede mostrar fantasías asociadas a la dificultad para expresarla, para verbalizarla: "el horror al incesto" y el "terror a ser tragado" por la figura de la madre. En este interjuego transferencia/contratransferencia, la feminidad de la terapeuta mujer le permite captar más tempranamente el mundo interno primitivo del paciente y aceptar mejor el largo periodo de gestación que representa el tratamiento (1990).

Octave Mannoni (1984) sugiere que puede ayudarse a los adolescentes transformando las identificaciones reales en lúdicas; el analista no puede ser modelo del adolescente.

"Si seducir a alguien significa entenderse con él, mantener buenas relaciones con él, ¿por qué no? Si se toma la palabra "seducción" en el sentido de provocar una transferencia positiva desde el comienzo, se comete un error. El análisis comienza siempre con una transferencia negativa. Si uno quiere que comience con una transferencia positiva harán maniobras que ciertamente resultarán sospechosas. Uno trataría de seducir" (p. 37).

Las doctoras Esperanza Plá y Nohemí Polanco (1982) revelan la serie de obstáculos a que se tuvieron que enfrentar en el tratamiento de un púber. En primer lugar, la dificultad de establecer una relación terapéutica, por el característico "no quiero" al comienzo de los tratamientos durante la latencia y, en las más de las veces, en la adolescencia, lo que lleva a una sensación de desagrado y rechazo por parte del terapeuta. Poder trabajar con las angustias subyacentes y el empuje narcisista del cuerpo permite la salida de este estado.

En el caso que presentan estas autoras, conforme pasaba el tiempo, los cambios físicos se hacían más evidentes y el brote puberal se expresaba a través de fantasías fálicas acompañadas de un incremento en las fantasías de castración por el monto de las fantasías edípicas. Ante el miedo de exponer la sexualidad del púber en desarrollo surge la posibilidad de abandonar el tratamiento. Al interpretar, se despliega la transferencia erótica, no haciéndose esperar la reacción contratransferencial: sensación de incomodidad por la forma directa de sus actitudes y palabras provocativas. Existen tres posibles respuestas por parte del terapeuta: colocarse en la posición de maestro que responde al adolescente que pregunta, ser la madre que

tiende a reprimir o entender el mensaje que está detrás de la necesidad de ser instruido y, por tanto, interpretarlo desde la situación edípica. Ésta última es la propiamente psicoterapéutica.

La primera alternativa puede considerarse más como una contraactuación de tipo pedagógico, y la segunda, como una actitud superyoica, lo que conduciría a un intento de reducción de la tensión. La tercera opción tiene una inspiración analítica que lleva realmente a analizar los conflictos y ansiedades subyacentes; además, la tensión se alivia en el momento de entender lo que sucede y ponerlo al servicio del análisis mismo.

Dichas autoras mencionan lo cuidadosa y medida que debe ser la interpretación:

"El silencio puede resultar el marco más respetuoso para el desarrollo de las fantasías del púber y expresión de una actitud continente del terapeuta...

...En todas las edades es mejor que el paciente descubra la interpretación por sí mismo y si nuestra intervención es prematura puede actuar como un obstáculo epistemológico más que como un instrumento útil en el proceso, y con los púberes esto debe ser particularmente tenido en cuenta (p. 13).

J. Anthony (1988) toca el tema de la importancia de un encuentro creativo con el adolescente, en cual el terapeuta es usado como objeto transicional, como fuente de creatividad, y el joven aprende a transformar palabras dentro del silencio, para obtener un efecto mutativo.

"El adolescente, a diferencia del niño, es introspectivo, auto-crítico y capaz de escudriñar sus reacciones e interacciones con una sutileza y sagacidad que es frecuentemente desconcertante para el clínico" (p.195).

Anthony, apoyándose en la teoría de Winnicott, refiere una serie de casos de jóvenes adolescentes talentosos, quienes emplean esta habilidad para posibilitar el citado encuentro terapéutico creativo.

Esta posición es compartida por el Doctor Marco Antonio Corona, y también corroborada por experiencia propia en el tratamiento de un púber con habilidades literarias. Al revelar esta experiencia, ilustra de manera creativa cómo la habilidad bloqueada del chico se vuelve material para ser expresado y trabajado en la situación psicoterapéutica (1987).

Frattaroli (1988) subraya la importancia de la creatividad en el proceso terapéutico, en especial con pacientes adolescentes. Si puede articularse un impasse en forma de interpretación, el problema ya tiene un camino que conduce a la solución. Este autor comenta el caso de un paciente suyo de 17 años: la situación de identificación proyectiva lo llevó a pensar en la posibilidad de vengarse de este chico, forzarlo a quedarse o correrlo inmediatamente, lo cual sería una repetición de la relación con su padre y con su madre, respectivamente. Se lo dijo al joven y terminó admitiendo: "Pienso que necesitamos una mejor opción". Esto ocasionó que la situación se sintiera nueva, tanto para el paciente como para el terapeuta; había sido una respuesta diferente a la de los padres del paciente. Posteriormente comenzó a tener insight de su propia desconfianza, provocando pruebas.

Esta forma de interacción creativa resulta obvia, según el autor, pero una segunda forma creativa más profunda e importante estuvo contenida en la demanda impulsiva de su paciente.

En su apoyo hace referencia a la creatividad universal del adolescente, por la cual éste se libera a sí mismo de las presiones externas de la autoridad parental y da nacimiento al cambio en el mundo, articulando su propia identidad. Además, la creatividad

universal de la transferencia permite liberarse de las presiones internas de fantasía inconsciente, usando a otra persona para proyectarse y proyectarse de manera identificatoria, convirtiendo en externo lo interno, en consciente lo inconsciente:

"Cuando lo desconocido es reconocido como sí mismo, lo cual puede ser más pronto o más tarde, requiriendo una o muchas experiencias de transferencia, este proceso también, como la adolescencia, permite la articulación de una nueva identidad" (p.222).

Offer (1981) considera que la adolescencia es el mundo más perfecto para las proyecciones de los adultos; sus propios miedos e impulsos pueden interferir en la percepción de cómo son esos adolescentes. Esta percepción se apoya frecuentemente en las concepciones de algunos profesionales; se refiere específicamente a Anna Freud cuando hace la observación de la gran dificultad de hacerle frente a los adolescentes en su intento por liberarse de ellos mismos. Sugiere que a los adolescentes les sean escuchados empáticamente las descripciones sobre su mundo interno y externo. Remarca la importancia de un buen diagnóstico; el clínico debe ver al adolescente como una persona, no una mera personificación de una cierta etapa del desarrollo; las teorías sobre desarrollo adolescente resultan ser de escaso valor si no incluyen el punto de vista del adolescente respecto de sí mismo y de su mundo. Para el adolescente normal, el pasado tiene relativamente poca importancia; la tendencia terapéutica deberá, pues, estar enfocada hacia el futuro.

Parecería que esta perspectiva se basa en los propios discursos de los adolescentes, pero también creo que existe una negación de la conflictiva adolescente y, por tanto, de la propia adolescencia del analista.

Tubert-Oklander (1986) comparte una experiencia terapéutica con un púber, a fin de cuestionar desde la teoría y ejemplificar las dos modalidades terapéuticas que se

ofrecen en el tratamiento: Una, en la que las interpretaciones profundas o transferenciales se hacen desde un comienzo siguiendo la línea del pensamiento kleiniano; otra coincidente con la postura de Anna Freud (1927), en la que existe un "periodo de introducción" al tratamiento, o lo que Anthony (1981) denominó "fase de incorporación al paisaje".

El autor prefiere seguir esta segunda línea, fundamentado en la psicodinamia del caso: Se encontraba frente a un púber sumamente inteligente y sensible, pero con importantes inhibiciones de sus funciones intelectuales, consecuencia del conflicto neurótico activo en ese momento. Había sufrido una sobreestimulación sexual, viviendo un intenso conflicto con el padre. Se tomó en cuenta la influencia de la reactivación pulsional de la pubertad, que permitiría a su paciente vivir con mucha intensidad todos estos conflictos en la transferencia y, por lo tanto, cualquier interpretación de contenidos pulsionales reprimidos como una seducción o una agresión. Este abordaje terapéutico permitió al autor corroborar sus concepciones teóricas previas al tratamiento de este púber acerca de responder a la pregunta de si el análisis es más una actividad del terapeuta o es una tarea del paciente y, retomando a Guntrip, plantear técnicamente la existencia de diferentes niveles de psicoterapia, a saber, un primer nivel de conflicto edípico (nivel neurótico), un segundo de compromiso esquizoide (carácter esquizoide u obsesivo modificado y más razonable) y, por último, un tercero, que correspondería al de la regresión y el nuevo crecimiento (para subsanar carencias tempranas más que para analizar conflictos).

Ahora bien, David Sydo (1989) defiende que el don de los adolescentes es confrontarnos con nuestras limitaciones, y así acercar el camino hacia la competencia y actuación, vivencias superyoicas de los adolescentes por las acusaciones del terapeuta de actuar como niños y otras reacciones transferenciales, como el aburrimiento por los impulsos agresivos o libidinales muy intensos.

Sugiere, por lo tanto, la supervisión de los casos ya que la contratransferencia tiende a rigidizarse, si no es analizada la transferencia se expresa en esta etapa de desarrollo a su máximo nivel.

El adolescente lucha contra la regresión; y si la transferencia es un proceso regresivo, es lógico suponer que lo que emerge en primera instancia es la resistencia. Esto puede observarse en el distanciamiento que hace de sus objetos primarios. Lo que transfiere el adolescente es todo un proceso para pasar de una fase a otra; su transferencia se realiza a través de la externalización de sus conflictos, no a través de la proyección. Es también característica la realización de lo que él denomina "trasposición de afectos" (que sean los adultos los que se preocupen, los que se angustien, etcétera), para de esta manera ellos no sientan nada. Sería necesario preguntarse acerca de las diferencias y similitudes entre este mecanismo y el de identificación proyectiva propuesto por Melanie Klein.

Por el contrario, Bertram Slaff (1989) subraya la necesidad del conocimiento de los procesos dinámicos de crecimiento y desarrollo como una condición sine qua non de un tratamiento efectivo de los adolescentes. Los promotores de crecimiento serían el principio fundamental del cual partirían todas las intervenciones terapéuticas. El adolescente se encuentra en un estado de crecimiento con defensas aún no fijas, surgiendo la pregunta de cuál será el foco de atención del terapeuta en el tratamiento del adolescente. Propone enfocarse a las defensas que están interfiriendo el desarrollo, lo cual requeriría de una exploración y corrección dinámicas, o reforzar defensas.

Slaff menciona que la decisión está frecuentemente determinada por el paciente y el material que presente. Revisa algunos aspectos técnicos con adolescentes, al comentar la necesidad del adolescente de estar "comprometido" con el tratamiento y la necesidad del terapeuta de ser parcial, activo, flexible, adaptable y dispuesto a jugar y

a no jugar un rol parental sustituto en respuesta a las particulares necesidades de los jóvenes:

"El terapeuta debe apoyar la búsqueda adolescente, debe tener un aguzado sentido de apreciación por las preocupaciones de los jóvenes, debe desalentar la aceleración artificial del crecimiento adolescente y debe ser sensible a los no hay problemas". (p. 517).

La relación del adolescente con el terapeuta incluirá tanto elementos "transferenciales" como respuestas a la conducta del terapeuta. Es usual la presencia de una polarización, ver a los padres como "malos" y al terapeuta como "bueno", por lo que es importante que los padres estén preparados.

Esta "luna de miel" terminará en el momento en el que el joven haga una demanda al terapeuta pensando que es su padre.

Para Manuel I. López (1988), el psicoterapeuta debe convertirse en una figura vincular de transición: debe mantenerse disponible a la vinculación y alentarla, su instrumento imprescindible será el conocimiento profundo del desarrollo adolescente, con el fin de distinguir los aspectos vinculares que están al servicio del desarrollo de los que se le oponen. Las intervenciones terapéuticas estarán dirigidas a promover el crecimiento psicológico del adolescente, el tratamiento psicoterapéutico deberá proveer al adolescente de una experiencia emocional radicalmente nueva.

"En algunos casos, el terapeuta deberá ofrecer una influencia parental benigna; puede introducirse en la elaboración y el desarrollo de un ideal del yo más realista y propicio a la consolidación de una autorrepresentación integrada y real...

...En otros casos esto no será suficiente, haciéndose necesaria una reestructuración del aparato psicológico desde los cimientos, actuando el terapeuta como catalizador y modelo". (p. 127).

El adolescente cuenta con un equipo de funciones que enriquece sus posibilidades de actuación y manejo de sus impulsos; surge la posibilidad de realizar la fantasía de la niñez durante la adolescencia, sin que los mecanismos de autocontrol del adulto se hayan desarrollado. De esta manera, las potencialidades del desarrollo son puestas en peligro.

"La técnica de la psicoterapia del adolescente está dirigida a entender la naturaleza de la relación y a introducir modificaciones terapéuticas en la misma. Es decir, la terapia no ha de estar dirigida a lograr el análisis psíquico, sino más bien la síntesis del carácter". (p. 128).

El terapeuta deberá facilitar:

"una relación confiable y una libertad emocional que permita al paciente sentir que puede depender porque no va a ser traicionado, que puede exponerse a la castración porque no va a ser castrado...

... ha de sentir que puede aflorar su erotismo edípico porque no va a ser despreciado ni explotado, que la expresión de su ternura infantil no lo vulnera y que la expresión de su agresividad es comprendida...

... también sentirá que, si bien el tratamiento no gratificará sus necesidades emocionales eróticas tempranas, éste es el instrumento que lo asiste en el proceso de entenderlas, ordenarlas y reorientarlas hacia fuentes apropiadas de gratificación" (p. 129).

...En otros casos esto no será suficiente, haciéndose necesaria una reestructuración del aparato psicológico desde los cimientos, actuando el terapeuta como catalizador y modelo". (p. 127).

El adolescente cuenta con un equipo de funciones que enriquece sus posibilidades de actuación y manejo de sus impulsos; surge la posibilidad de realizar la fantasía de la niñez durante la adolescencia, sin que los mecanismos de autocontrol del adulto se hayan desarrollado. De esta manera, las potencialidades del desarrollo son puestas en peligro.

"La técnica de la psicoterapia del adolescente está dirigida a entender la naturaleza de la relación y a introducir modificaciones terapéuticas en la misma. Es decir, la terapia no ha de estar dirigida a lograr el análisis psíquico, sino más bien la síntesis del carácter". (p. 128).

El terapeuta deberá facilitar:

"una relación confiable y una libertad emocional que permita al paciente sentir que puede depender porque no va a ser traicionado, que puede exponerse a la castración porque no va a ser castrado...

... ha de sentir que puede aflorar su erotismo edípico porque no va a ser despreciado ni explotado, que la expresión de su ternura infantil no lo vulnera y que la expresión de su agresividad es comprendida...

... también sentirá que, si bien el tratamiento no gratificará sus necesidades emocionales eróticas tempranas, éste es el instrumento que lo asiste en el proceso de entenderlas, ordenarlas y reorientarlas hacia fuentes apropiadas de gratificación" (p. 129).

Para Stephen Zaslav (1985), la psicoterapia debe ser un proceso específico para adolescentes que no pueden seguir adelante, para quienes tienen miedo de tratar nuevos roles y relaciones, o para quienes su inflexibilidad no les ha permitido madurar en el proceso. La tarea principal del terapeuta de adolescentes es ayudar al joven a que emerja su identidad personal; es decir, ayudarlo a definirse en las diferentes áreas de la vida.

El término de "contratransferencia" es empleado por este autor, retomando la definición de Epstein y Feiner, para referirse a "la contribución del terapeuta a la situación terapéutica", como un evento interpersonal, normal, que involucra al terapeuta más como coparticipante del proceso que como fenómeno idiosincrático. En el inicio del tratamiento con adolescentes es importante la comprensión de su espacio vital antes de ser oficialmente paciente. Con el fin de armonizar con las múltiples realidades de la vida del adolescente y su psique desde el mismo inicio de la relación terapéutica, Zaslav sugiere que, si al adolescente le es difícil comenzar, el terapeuta sea prudente y lo supla con datos, con información, como una madre; lo que gratifica su necesidad de información y le da la oportunidad de corregir datos, definir usos y desarrollar su relación con el terapeuta. En los silencios del joven el terapeuta puede proyectar su irritación si lo idealiza sobrevalorando su fortaleza, su presumible autonomía, sus deseos, su vida, o lo acusa expresando que sus silencios son debidos a su rechazo o su resistencia a la terapia, porque al mismo tiempo se sobrevalora la necesidad de que el adolescente se someta a terapia.

Esman (1985) delinea de una manera muy interesante la descripción de las características de las diferentes etapas de la adolescencia y el abordaje terapéutico en cada una de ellas. Así, plantea que en la temprana adolescencia el sentido de autonomía, minado por la autoridad de los padres, hará que perciba al terapeuta con suspicacia y desconfianza. En esta fase se requiere del terapeuta un cierto grado de actividad, hacerse más presente o "más real", concordando en que la alianza

terapéutica con adolescentes lleva mucho más tiempo. En esta fase, que el autor llama preparatoria, el terapeuta deberá, por lo tanto, estar preparado y ser flexible, pero no infinitamente manipulable, a las demandas y dificultades de los pacientes adolescentes. Esman asegura que en la importancia del sexo del terapeuta no hay etapa más crítica que ésta, siendo lo más indicado que aquél sea del mismo sexo del paciente adolescente, debido a los conflictos específicos de esta fase.

Con respecto a la adolescencia propiamente dicha, de acuerdo a la clasificación de Blos (1962), Esman menciona que la técnica de comunicación deberá ser de tipo conversacional. El terapeuta será una especie de guía y clarificador sobre valores, moralidad e ideales, aunque habrá casos en los que será necesario poner límites y ser más activos. Los esfuerzos estarán dirigidos al propio sentido de la realidad.

En la adolescencia tardía, las técnicas estarán más cercanas a las llamadas clásicas, es decir, se parecerán más a los tratamientos con adultos; estos adolescentes son más provocativos y constantemente probarán la neutralidad del terapeuta. El trabajo interpretativo será dirigido más hacia las defensas maladaptativas que a descubrir conflictos patógenos.

El terapeuta, en general, deberá ser auténtico sin llegar a exponerse; su empatía no podrá llevarlo a una sobreidentificación o a una pérdida de la distancia apropiada. Es necesario que sea flexible sin abandonar sus principios psicoterapéuticos fundamentales. El objetivo será la restauración del desarrollo y funcionamiento normal de la fase en la que el adolescente se encuentre.

Al realizar una somera revisión de los aspectos psicoterapéuticos relacionados con el tratamiento de adolescentes, resulta interesante observar que la mayoría de tendencias proponen modificaciones psicoterapéuticas, si bien existen algunas que permanecen más dentro de lo propiamente psicoanalítico. De cualquier manera, deviene importante mencionar que existen aspectos imprescindibles en el manejo psicoterapéutico, que difícilmente requerirán modificaciones fundamentales.

¡He querido quejarme por medio de esta letra fina y complicada,
para que conozca la pasión de mi alma!

¡Porque toda letra es la huella del alma que la imagina!

Pero el amigo me dijo:
¿Qué es tu letra tan fina y tan atormentada,
que casi desaparece a mi vista?
Y contesté: ¡Así estoy yo de atormentada!

¿Tan ingenuo eres que no has
adivinado en ella un indicio de amor?

Las mil noches y una noche

METODOLOGIA

OBJETIVO GENERAL

Puntualizar alternativas de intervención psicoterapéutica cuando un impasse se hace perceptible durante el proceso terapéutico de un paciente adolescente, dando como resultado la salida de este tiempo de impasse y la consecuente elaboración de la transferencia erótica.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Señalar la aparición de la transferencia erótica en un paciente adolescente en tratamiento psicoterapéutico.
- Observar el momento de impasse que se puede dar al no ser detectada la transferencia erótica.
- Puntualizar alternativas de intervención psicoterapéutica para salir del momento de impasse, y trabajar la transferencia erótica.

HIPOTESIS

Al detectar e interpretar la transferencia erótica, cuando ésta se hace manifiesta, así como manejar la contratransferencia, es posible que se resuelvan las dificultades que se presentan en el tratamiento psicoterapéutico con adolescentes.

HIPOTESIS DE TRABAJO (H₁)

- Al detectar la transferencia erótica en el momento de su aparición, es posible encontrar los elementos que permitan la interpretación y, posteriormente el trabajo elaborativo de la misma.

- Al verbalizar, es decir, al interpretar la transferencia erótica, se puede evitar el impasse y la posible disolución del vínculo terapéutico.

- Al manejar la contratransferencia erótica en respuesta a la transferencia erótica, es factible evitar los riesgos del impasse y el rompimiento del vínculo psicoterapéutico.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Manejo psicoterapéutico

VARIABLE DEPENDIENTE

Transferencia erótica, contratransferencia erótica, impasse

DEFINICION DE VARIABLES

Manejo psicoterapéutico. Técnicas psicoterapéuticas de corte psicoanalítico que permiten el curso del proceso psicoterapéutico.

Psicoterapia analítica. "Forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa" (Laplanche y Pontalis, 1968, pág. 337).

Resistencia. "Todo aquello que, con los actos y palabras del analizando, se opone al acceso de éste a su inconsciente" Laplanche y Pontalis, 1968, pág. 399).

Transferencia: "Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad" (Laplanche y Pontalis, 1968, pág. 459).

Transferencia erótica. Momento transferencial del paciente en donde existe una repetición de hechos que sucedieron durante la niñez, enfatizando el estilo seductor de la defensa y la importancia de los problemas narcisistas y preedípicos disfrazados de edípicos.

Contratransferencia. "Conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste" (Laplanche y Pontalis, 1968, pág. 83).

Contratransferencia erótica. Momento de desencuentro en donde el psicoterapeuta revive conflictos infantiles en respuesta a la transferencia erótica del paciente en la situación psicoterapéutica, lo cual impide el curso de la solución del conflicto del paciente.

Impasse. "Situación de detención del proceso terapéutico a pesar de la conservación del encuadre psicoanalítico, es decir, se conserva la neutralidad del analista, se continúa interpretando y el paciente continúa asociando; sin embargo, no hay evolución o mejoría del paciente" (Lara, 1985, pág. 87).

POBLACION

Un adolescente varón de 17 años de edad, quien cursaba el último grado de su educación media superior.

DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un diseño preexperimental de una sola medición, tipo Ex post facto (Campbell y Stanley, 1987).

NIVEL DE INVESTIGACION

Se empleó un nivel de investigación descriptivo cuyo propósito es resaltar los aspectos más relevantes de un fenómeno determinado.

PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se llevó a cabo en esta investigación es el de una psicoterapia psicoanalíticamente orientada, la cual, basada en el método psicoanalítico, acepta sus principios teóricos y técnicos, aunque sin su rigurosidad.

De aquí se desprende, en primer lugar, la frecuencia de las sesiones; que en el caso que nos ocupa se llevaron a cabo 2 por semana de 45' cada una; y la posición fue cara a cara. El registro de las sesiones se realizó al final de éstas a través de un registro de tipo anecdótico.

Al tiempo se llevaban a cabo las sesiones de supervisión, una por semana, en donde se revisaba el material, a través de cual se detectó la aparición de la transferencia erótica y se realizaron los planteamientos de las hipótesis para el manejo de ésta transferencia. Cuando las situaciones iban más allá del propio paciente, el material se revisaba en las sesiones del proceso psicoanalítico personal de la psicoterapeuta.

ANÁLISIS DE DATOS

Para alcanzar los objetivos planteados en la investigación se recaban los datos bajo el procedimiento de análisis de casos cuyo principal propósito es el de resaltar los aspectos relevantes que el fenómeno observado manifiesta. Desde el momento en que se hace manifiesta la transferencia erótica, la cual no es detectada por la psicoterapeuta, el momento de impasse y lo que ocurre dentro de él, así como la evolución del proceso hasta salir de este momento del proceso psicoterapéutico.

Material clínico

Historia clínica

R. es un paciente que llegó a consulta a los 17 años de edad para realizarse un estudio de orientación vocacional. Él sabía que esto era solamente un aspecto, pues por otro lado tenía dificultades en sus relaciones interpersonales, se sentía mal; se definía como "animal", estúpido, poca cosa y, por si fuera poco, inútil y devaluado por la necesidad de recurrir a ayuda profesional, por haber llegado a ya no poder solo con sus problemas; reconocerlo le hacía sentirse aún peor.

En cuanto a su aspecto físico, llegó siendo un adolescente bien parecido, muy delgado, alto, rubio, con grandes y expresivos ojos verdes; su arreglo era casual y cuidadoso; daba la impresión de que sus ademanes eran un tanto afeminados. Cuando lo saludé por vez primera, sentí que estaba frente a un niño solo y muy triste, desesperado, provocando en mí la necesidad de protegerlo, cuidarlo, para que nada le fuera a hacer daño. Aparentaba menor edad de la que tenía. Acababa de iniciar su último grado de su bachillerato, y era un buen estudiante. Jugaba golf y, a pesar de

ser un excelente jugador, nunca había logrado alcanzar el primer lugar de su categoría, siempre se quedaba en el tercero. Sus relaciones interpersonales se remitían a sus compañeros de clase, en ellas se sentía usado, porque pensaba que sólo se le acercaban para pedirle algún trabajo o tarea escolar. Nunca había tenido novia y su experiencia sexual se había remitido a la época de sus 13 años: por esos años le encantaba una niña a la que le enviaba muchísimos detalles como rosas, cartas, hasta una pulsera. Ella le dijo que eran muy chicos y que tal vez cuando fueran más grandes; ésto lo frustró mucho y nunca más intentó acercarse a ninguna niña, aunque a ésta hasta la fecha le envía flores cada año el día de su cumpleaños.

La etapa de pubertad y adolescencia temprana se encontraban borradas para él, no recordaba prácticamente nada, excepto que físicamente era "horrible, haz de cuenta un monstruito", porque usaba lentes, trala frenos en los dientes y era muy bajito ("parecía un tapón"), lo que le valió no menos de un sobrenombre, como "la rata", entre otros.

El otro recuerdo de esta época que refiere es que encontrándose en una fiesta familiar él está sentado, callado, serio y un tío le hace burla diciéndole que está celoso porque su mamá está bailando con su papá, comentó que le hace gritar que no era cierto y estallar en un llanto incontrolable.

Se la pasaba siempre solo en su casa, efectuando experimentos de laboratorio, maquetas, "era muy ingenioso"; en eso ocupaba todo el tiempo que no estaba en la escuela.

Ahora no es bajito ni trae ortodoncia, pero sigue sintiéndose igual. Algo que hasta la fecha le preocupa sobremanera es la necesidad de usar lentes, lo percibe como signo de debilidad y de que puedan catalogarlo como "intelectual", cuando dice que en realidad no lo es. Buscó afanosa y casi desesperadamente por muchos medios unos lentes de contacto que pudiera ponerse y que le quitaran ese aspecto.

Pensaba que sus compañeros se referían a él sólo para criticarlo y burlarse, no soporta, aún en la actualidad, que sus amigos le recuerden aquella época y cómo se veía. Por otro lado, pensaba que para ellos ni siquiera existía, no era importante en el grupo de clases.

Su infancia transcurrió al lado de su madre. La distancia con su padre en ese tiempo fue incluso física, existiendo una fuerte identificación con la madre, quien con dobles mensajes prohibía el acercamiento a otras personas que no fueran ella. Realmente la madre estaba dedicada a él por completo y si llegaba a salir a una fiesta de niños, ó si lo invitaban a comer a casa de algún amiguito o familiar cada hora le tenía que llamar por teléfono a su mamá.

La necesidad del padre de trabajar fuera del país permitió que esta situación se mantuviera durante varios años, amén de las dificultades de la pareja con un conato de divorcio cuando R. contaba 8 años de edad.

A su mamá la veía con mucho miedo, "capaz de hacer mover el mundo a su antojo" (R. siempre se encontraba a la expectativa de lo que la madre quisiera, observando el estado de ánimo de la señora para "saber" qué era lo que en ese momento la madre podría querer que los otros le dijeran o hicieran). Mientras tanto, el padre le dice que "ya se le pasará". La madre de R. es una señora que hasta la fecha estudia posgrados, en letras principalmente. Al momento de iniciar el tratamiento, la señora dedica gran parte de su tiempo a sus amigas y tareas y trabajos, en los cuales en ocasiones le pide ayuda a R.

La imagen que tenía del padre era la de un hombre bueno, inteligente, trabajador, que el año anterior al inicio del tratamiento había perdido toda su fortuna económica debido a un conflicto con los familiares por parte de la madre, en donde la sociopatía era el principal ingrediente (y el papá de R. no quiso entrar a pelear lo que le correspondía), y que desde entonces, el señor, desempleado, pasa la mayor parte de

su tiempo en casa viendo televisión. La imagen de ese padre valorado desapareció por completo: se presentó una devaluación por demás exagerada de la imagen paterna.

R. tiene un hermano 10 años menor que él, concebido después de la reconciliación de los padres tras el conato de divorcio, cuando R. tenía alrededor de 8 años de edad. La relación con él es distante, le cae mal porque lo sigue mucho y siempre está al pendiente de lo que haga. Siempre le pide opinión de todo y esto le resulta molesto a R. porque "parece como si yo fuera su papá".

Diagnóstico

El diagnóstico psicodinámico inicial permite ubicar en qué nivel parece desarrollarse la conflictiva de nuestros pacientes, y vislumbrar una forma de abordaje psicoterapéutico.

En el caso de R. se encontró a un adolescente atravesando por una conflictiva en relación con una situación edípica no elaborada y síntomas depresivos importantes. Si bien encontramos que también había relaciones más tempranas, primitivas y rasgos narcisistas, lo predominante en la problemática de R. me pareció ser lo edípico, con las características propias de una conflictiva adolescente.

R. es el típico caso en el cual podemos ver cómo la edad hace que los conflictos de la primera infancia se exacerben y se manifiesten como angustia e incluso como crisis adolescentes a veces muy ruidosas.

Así, comenzamos a trabajar con una psicoterapia psicoanalíticamente orientada con una frecuencia de dos veces por semana.

Tratamiento psicoterapéutico

En un primer momento se vivía como un adolescente insignificante y castrado, veía huecos en su cuerpo, estaba sobrepreocupado por su anatomía y tenía todavía que adaptarse a sus cambios corporales, decía sentirse raro y feo, se devaluaba profundamente, con francas reacciones fóbicas con hombres y mujeres por igual:

La semana pasada que fui a Ixtapa con mis papás, me la pasé de lo peor, ni una chica se fijó en mí; la verdad es que estaba muy preocupado por mi apariencia; obviamente no me puse los lentes para nada y, aunque casi no veía, era preferible a que vieran que era débil por usar lentes; la playera nunca me la quitó, ni siquiera para nadar, pues temía que se decepcionaran al ver el hoyo que tengo aquí (señala la boca del estómago), es un defecto que dicen que ni con ejercicios se me va a quitar...

...Preferí ir con mis papás en lugar de mis amigos; se iban a burlar de mí, eso no lo iba a poder soportar; con mis papás iba a estar más tranquilo...

Cuando su madre estaba embarazada de él, los padres vivieron un tiempo en el extranjero, en condiciones que a su decir fueron extremadamente difíciles. Cuando refiere esta situación, lo primero que aparece es la fantasía de una relación conflictiva

con su madre desde su propia concepción; puede observarse, además un lugar muy ambiguo del padre:

... cuando mi mamá estaba embarazada de mí, creo que fue lo peor que pudo ocurrirle; he visto algunas fotos y adelgazó en ese entonces como diez kilos, por vómitos y por tristeza de no estar con su familia, en una país extraño... todo por embarazarse de mí. Mi papá decide regresar a México pero ya a mi mamá se le veía mal; siempre he creído que todo el mal que ha habido en mi familia ha sido por culpa mía...

Los primeros meses de tratamiento se refirieron básicamente al trabajo con sus dificultades para hacer amigos, relacionarse con sus compañeros de grupo y comprometerse en una relación de amistad.

Sale del bachillerato y después de muchas vacilaciones decide asistir a su fiesta de graduación. Se sorprende de que sus compañeros lo hayan tomado en cuenta, se tomen fotos con él y lo inviten a salir en otras ocasiones. Se "atreve" a tomar una copa de alcohol en el festejo.

A los dos meses de salir del bachillerato cumple 18 años, pero no lo ve como una superación, se vive como un perdedor, toma una actitud masoquista:

... a propósito de mi cumpleaños, me la pasé de lo peor. Como lo imaginaba, nadie me habló, de las personas que me llamaron ya lo esperaba, de los que imaginaba que lo harían no lo hicieron; fue un día como lo esperaba, como cualquier otro día, siempre ha sido así...

En realidad, esto tiene relación con su nacimiento. Todos sus cumpleaños, refiere, han sido horribles; recuerda cuando cumplió 8 años y se pasó toda su fiesta llorando sin saber por qué. Es en ese tiempo cuando el padre regresa a casa, embarazándose poco después la madre de su hermano. Este recuerdo emerge después de casi tres años de psicoterapia; se le interpreta el dolor de ser desplazado por el padre y tener que ocupar su lugar de hijo, no de pareja de la madre.

Parece preciso mencionar que cuando llegaba siempre nos saludábamos de beso, esto comenzó poco más de un año después de iniciado el tratamiento. Era una sensación contratransferencial de que lastimaba a la terapeuta con los huesos de la cara, pero esto se hizo consciente hasta esta época.

Esto representa una situación técnica importante, sobre todo en el tratamiento con adolescentes. Existe una serie de inconvenientes que deberán considerarse y tenerse muy en cuenta, ya que las costumbres sociales no tienen que ver o son diferentes en lo que se refiere a psicoterapia. El doctor Armando Barriguete (1971) comenta la importancia del saludo en la comunicación transferencial en general:

"El saludo, en la relación médico-paciente es vivido contratransferencialmente como portador de un mensaje importante... que constituye la señal de una importante dificultad o resistencia a transferir la fantasía inconsciente que está contenida en el proceso resistencial llamado transferencia. Que este tipo de resistencia a transferir la fantasía inconsciente está al servicio de asegurar o perpetuar, en forma primitiva, la dependencia infantil del paciente" (p. 1).

Esto se refiere al paciente, pero por lo que toca al terapeuta resulta diferente, sobre todo un saludo de beso y con pacientes adolescentes: es algo que no puede ser verbalizado por parte del terapeuta y se sigue actuando sesión tras sesión.

Esta conducta puede tomarse como un franco acting, en el cual la seducción juega un papel importante; la cercanía física del adulto hacia el adolescente resulta conmocionante, a veces intolerable; intenta, aunque sea defensivamente, alejarse de estas figuras, ya que la reactivación edípica y el temor al incesto posibilitan su ejecución. Además, es favorecido por la actitud "social" del terapeuta. Cuando esto se hace consciente, se opta por observar esta conducta. Poco tiempo después aparece el siguiente material:

... mi mamá me molesta demasiado cuando estoy sentado en la sala viendo la televisión; siempre se me acerca y me abraza, se sienta a mi lado y luego me da de besos, no sé cómo decirle que eso no me gusta, cree que todavía soy un chiquito...

Esta situación es interpretada relacionándola con el tipo de saludo que hasta el momento veníamos efectuando, diciéndole que tal vez fuera el momento de dejar de saludarse de beso, porque esto lo hacía sentirse como niño, lo infantilizaba. Aparece en él una sensación como de descanso, suspira, y lo acepta.

Con motivo de un viaje al cual su madre lo invita, y él decide rechazar, aparece el siguiente material en el que se observan los aspectos demandantes y ambivalentes de su relación con ella, y en su transferencia conmigo:

... cuando estoy en casa ajena me cuesta trabajo aceptar comida de más y, con lo comelón que soy, la verdad es que sufro, pero luego siento como que los demás se burlan porque se dan cuenta de que quiero más pero no puedo. Esto me sucede en cualquier lugar que no sea mi casa...

No lo vas a creer, a mí no me gustan los viajes y obviamente no le voy a gustar a ninguna mujer; si esto de que no me gustan los viajes se lo digo a una novia, en ese momento tronaríamos, así que mejor ni lo intento. Bueno, sí; ya sé que si no lo intento nunca voy a saber si a alguien le intereso. Pero como si partiera de mis experiencias anteriores... y como todas han sido frustrantes, sí, ya sé que han sido pocas pero la verdad fueron suficientes, no sé... A lo mejor me quedo así, viendo cómo pasan mis mejores años sin hacer nada, mientras veo a mis amigos cómo se van casando y teniendo hijos, y yo... como siempre.

El material tiene que ver con la relación con su madre: es preferible quedarse así, para siempre, lo que fundamenta este aislamiento y puede dar pie a la transferencia erótica, la cual se delinea en estos momentos y sólo se hace perceptible en una lectura

posterior del material. Sin embargo, en el momento en que ocurre no se registra y, por tanto, no hay oportunidad de empezar a trabajar con ella, por lo que se hace más que evidente hasta tiempo después:

Vi el reloj a las 9:10 el día de la sesión pasada; en ese momento pensé que me estarías esperando y que debías estar enojada por el plantón...

Me cae a veces tan mal mi mamá, es que siempre me está presionando a que tenga novia, me pregunta que qué es lo que me sucede, yo tan guapo; no soporto el que se me acerque, a veces me abraza y me siento muy mal...

La terapeuta no veía el tinte evidentemente transferencial de esas sesiones, y tomaba un material que al menos en ese momento no era central, le interpretaba otros temas y las presiones que sentía venían de mí continuaban haciéndose presentes. Pensaba qué tipo de mamá tendría que lo presionaba tanto a que hiciera cosas, debía ser más mamá y menos pareja de él. No podía reconocer la transferencia, ni, por lo tanto, tampoco trabajarla y utilizarla como instrumento dentro del tratamiento psicoterapéutico.

La situación se volvía cada vez más difícil y la angustia de la terapeuta iba en aumento. El material que proporcionaba lo veía más relacionado con ella que con los objetos internos del paciente. Es así como cada vez que él hacía alusión respecto de sí mismo, de su cuerpo, no sabía qué hacer. En la semana siguiente:

... estoy quemado, ¿verdad? ¡N'hombre! Y mira mi cabeza, estoy peor (muestra que está bronceado por el sol); y ve, lo más terrible del caso es que me estoy quedando calvo, en el peine dejo un montón de pelos; cuando me baño los pelos me quedan en el cuerpo y esto a mi edad no es normal...

Contratransferencialmente apareció una molestia progresiva, sensación de impotencia y temor de pérdida del caso. Se sucedió entonces un manejo y estudio detenido en el análisis y en supervisión, lo que permitió verbalizar neutralmente. Fue un periodo difícil en el que, al no percatarse de los aspectos eróticos, la situación se vivió como rechazo

por parte del paciente, quien, a su vez, comenzó a tener dificultades para asistir a sus sesiones, a llegar tarde y, por último, a faltar con frecuencia, un hecho insólito hasta ese entonces. Estas ausencias estaban relacionadas en la transferencia con que se siente rechazado, lo que replica como contratransferencia de abandono. Además, llegó un momento en que fue prácticamente imposible recordar el contenido de una sesión, al ir la transcribiendo para llevarla a supervisión.

Todo esto concuerda con lo que expresa el doctor Cuevas (1985): en psicoterapia de adolescentes deben tomarse especialmente en cuenta las circunstancias de desarrollo que los jóvenes están viviendo, mencionando la gran lucha por romper y cambiar ataduras y ligas con que se han relacionado hasta entonces con sus figuras primarias, de las que el terapeuta es un sucedáneo. Si el adolescente se vive como rechazado o abandonado y surge un momento de desencuentro entre él y su terapeuta, la reacción contratransferencial no se hace esperar, originándose un acting.

Es en este momento cuando la transferencia erótica se vuelve una forma de transferencia negativa (Freud, 1915).

Fué éste un período muy difícil, angustioso y a la vez estancado en que el proceso pareció detenerse (impasse).

Mientras todo esto sucedía, R. continuaba con sus inasistencias ó sus retardos, el contenido del discurso de sus sesiones tenían que ver casi exclusivamente con las dificultades de relacionarse con las chicas de su edad, la cercanía molesta de los asuntos de la madre y de cómo él participaba en ellos; el tema del padre brillaba por su ausencia. Era un movimiento circular en donde se retornaba invariablemente a los mismos puntos sin que se pudiera observar la posibilidad de elaboración del material, lo cual devenía en queja constante por parte de él, y la sensación de incomprensión por parte de la terapeuta.

El trabajo en supervisión y análisis de la terapeuta permitió salir del sentimiento de desencuentro que predominó en esta época y hallar palabras adecuadas que no

fueran vividas como seducción, ni para el paciente ni para la terapeuta, palabras vividas desde la neutralidad relacionada con las faltas a las sesiones, porque tendría que estar relacionado con lo que estaba sintiendo con la terapeuta, al verla como mujer.

En este periodo aparecen fantasías y temores homosexuales que lo hacen alejarse de la mujer y enfocar su atención a lo atractivo que pueden resultar los hombres:

Todos estos días he estado preocupado porque no le he hablado a Beto y ya se acerca la fecha de vernos. ¡Imagínate!, hasta soñé con él; soñé que estábamos en un coche, él adelante y yo atrás en un coche cada uno con una muchacha, pero yo estaba nerviosísimo porque no sabía cómo actuar y sólo estaba viendo a Beto para ver qué hacía; mientras tanto, él volteaba como diciéndome: "¡Andale, ahora es tu oportunidad!" Y yo nada más me fijaba en lo que hacía él y pensaba en lo atractivo que era y por eso no le costaba trabajo relacionarse con las mujeres. Es que a él le va muy bien, todas las chicas lo persiguen, y es que está bien "trabado" y además es muy macho con las mujeres; eso es lo que a ellas les gusta, y yo no soy así...

Se le interpretó como un lado de admiración, enamoramiento, que tenía más que ver con una identificación que con una homosexualidad como tal: "Yo me enamoro de lo que quiero ser." Y de esta manera también se protegía de la mujer. En particular esto originó que recordara la impresión que me causaba en las primeras sesiones, especialmente sus ademanes un tanto afemeninados. Siempre ha mostrado una actitud "demasiado educada" que llegaba a hacerme sentir incómoda; aparentaba no ser auténtico.

Además, el hecho de sentirse invariablemente feo, sin atractivo para el sexo opuesto, sin nada que pudiera ofrecer, aparecía como una defensa en contra de la seducción de la madre, una medida de protección contra el engolfamiento del que pudiera ser objeto.

Meses más tarde, tengo un sueño que a todas luces es contratransferencial:

... estamos R. y yo platicando, yo sentada en un diván y él sobre mis piernas. No sé de qué hablábamos pero mientras tanto yo pensaba que me gustaba demasiado y que nuestra relación no podía ser porque R. era mi paciente. Lo terriblemente atrayente y lo terriblemente dramático que resultaría para mí y para él consolidar una relación sexual, confundida yo misma de tener esos pensamientos.

Es de sobra conocida la importancia que el psicoanálisis, da a la aparición de los sueños; lo cual nos habla de la comunicación de inconsciente a inconsciente que existe, por lo cual es evidente que este material no podía faltar, sin embargo, y en este caso refiriéndonos a la contratransferencia ¿Cuál es la importancia de los sueños contratransferenciales? ¿Qué es lo que estos sueños nos dicen dentro de un proceso y momento terapéutico?

En primer lugar, es suficientemente claro el hecho de que este sueño tiene que ver con una transferencia materna erotizada que él tiene. Lo cual hemos podido observar en varias viñetas y prever a través de la historia clínica, este sueño nos remite una vez más al tipo de relación que R. tiene con su madre.

La importancia del sueño contratransferencial es de tal envergadura que a través de ellos se puede llegar a lo que se nos puede escapar a nivel consciente, que tiene que ver con algo que el paciente está experimentando. Los sueños contratransferenciales nos pueden permitir ver que existe un bloqueo, aparece en el sueño, y se utiliza como instrumento dentro del proceso psicoterapéutico.

La contratransferencia, como respuesta inconsciente, no tiene que ver con el que el analista ó el psicoterapeuta abandone la neutralidad. Tampoco se refiere a todas las respuestas que hacen funcionar al terapeuta.

El terapeuta mantiene su neutralidad, sobre todo en momentos difíciles; desde la contratransferencia uno entiende lo que tiene que ver con los mensajes que el otro envía.

El material de las sesiones cambia rápidamente y surge el tema del padre, a quien no veía con valores suficientes como para identificarse con él:

... resulta que mi papá ya tiene trabajo, se asoció con dos señores y están empezando un negocio. ¡qué bueno!, porque me daba pena, vergüenza, decir que no trabajaba. Llegaban señores y me decían: "¿Quién es tu papá?, ¿a qué se dedica? Y ni modo que les dijera que no trabajaba, iban a pensar que entonces de qué vivía o quién lo mantenía, o si era un vividor, o qué...

Sin embargo, y si bien es cierto que la transferencia erótica no desaparece, ésta retoma su movimiento dentro del proceso terapéutico, convirtiéndose en el instrumento de análisis de la situación edípica. Se observa este movimiento en los comentarios que hacía R. respecto, por ejemplo, a la indumentaria de la terapeuta o del siguiente tipo:

... ahora que tuve que ponerme los lentes que traía antes, volví a pensar en por qué sigo estando a disgusto con ellos; veo a otra gente, en especial a las chicas que traen lentes, y se ven lindas... (Yo comenzaba a usar lentes).

En los momentos en que se observa el trabajo elaborativo ya no es necesario interpretarla invariablemente como transferencia erótica; a estas alturas es factible ser llevada a la situación edípica con sus padres o en otros contextos. Esta sería una diferencia básica de cuándo la transferencia erótica se vuelve instrumento del proceso terapéutico, en lugar de que se perpetúe como una resistencia sin ser posible su elaboración.

Otro aspecto importante es trabajar el dolor y la angustia que el crecimiento y la separación consecuente le provoca. Así, lo que se trabaja es el material asociado:

... fue el cumpleaños de mi mamá; parecía yo su pareja, o cuando menos así me sentía; mi papá, aunque estaba ahí, como si no estuviera. Me la pasé mejor de lo que imaginaba, las amigas de mi mamá diciéndome puras flores, que qué galán, que si ellas tuvieran mi edad no me dejarían escapar, y cosas por el estilo; luego estuve escuchando las quejas que tienen de los maridos, no lo podía creer; pero ésto comprueba mi hipótesis de que con las mujeres nunca se puede quedar bien, son muy exigentes.

Después me retiré, argumentando que a la mañana siguiente salía temprano a Cuernavaca. Esto no lo hubiera hecho antes; siempre sentía que mi mamá nunca me lo perdonaría; pero finalmente estuve con ella un rato, y yo hice lo mío y, aunque no le gustó mucho, el mundo no se derrumbó...

Los materiales retornan, y cada vez es necesario manejarlos desde diferentes puntos de vista, hasta que se internalice la verdadera prohibición del incesto:

... ahora me estoy fijando en las mujeres mayores, porque toda fantasía de los de mi edad (20 años) es tener una relación con mujeres de 30 o 35 años, porque yo sé que también las mujeres de esa edad darían cualquier cosa por andar con uno de mi edad...

Mis cuestionamientos iban en relación a si debía o no quererlo, si debía o no aceptarlo, sobreviniéndome un estado de inquietud, de culpa, por la sola posibilidad de fantasear un acting. Finalmente, regresar todas estas fantasías a la figura materna me permitió salir de este momento de desencuentro.

En este contexto tiene lugar un intenso trabajo elaborativo:

... creo que estoy terriblemente frustrado, me estoy dando cuenta de que todo lo que digo por no acercarme a las chicas no son mas que meras justificaciones, simples pretextos, y la verdad es que no estoy haciendo nada;

siempre le estoy echando la culpa a mi mamá de lo que me pasa con las mujeres, pero no puedo seguir pasándomela así, algo tengo que hacer...

Fue interesante la posibilidad de confirmar que a esta transferencia erótica le subyace una situación primitiva. Como lo señala el doctor Bleichmar, la transferencia erótica surge "frente a la dependencia del objeto materno y del trabajo analítico. Evita el proceso de crecimiento interno, con el tiempo que lleva y el dolor mental que involucra..."

... no sé si finalmente algún día pueda andar con una niña; las 2 que ahorita creo que andan detrás de mí se van a cansar de esperar; yo estoy esperando que ellas me lleguen porque no va a haber otra manera de darme cuenta si me están lanzando los canes o no. Una de las cosas que temo de las mujeres es que siempre están esperando que uno las proteja, que las apoye, eso es toda una responsabilidad que no puedo asumir, se vuelven dependientes de ti, y yo aún sigo siendo dependiente...

Se confunde con el otro; y en el fondo esta confusión se remite a la madre, como un anhelo de unión perfecta; se vislumbra en este periodo una parte confusa del tratamiento en la cual será necesario solucionar con más bases lo que ahora es indiferenciado:

... en verdad no sé qué es lo que quieren las mujeres, nunca me puedo dar cuenta de sus mensajes, todo mundo dice que es muy obvio, mi papá y mi mamá se sientan a decirme y a explicarme que si fulanita dice o hace esto quiere decir esto o esto otro; no sé si creerles o no, porque pienso que siempre me van a dar el avión por el sólo hecho de que son mis padres; pero si ellos lo ven, ¿por qué yo no?, ¿en dónde está lo claro...?

Aún no adquiere visión propia: el mundo es visto a través de los ojos de su madre, una parte muy especular, utilizando el mecanismo de identificación proyectiva como base

de la simbiosis. Es pertinente comentar que evidentemente esta parte primitiva hubiera quedado cubierta por la transferencia erótica si no se hubiera trabajado, y tal parece que en muchos casos sucede así, resultando que, ó se termina la relación terapéutica ó se perpetúa pero con tintes perversos, en donde no existe la posibilidad de separarse y se vive la fantasía de quedarse así para siempre. Esta falla en relación con la madre le hace sentirse muy confuso:

... no sé qué es lo que tengo que interpretar; por un lado todos me dicen que hago muy buena pareja con Laura, pero, si me pongo a pensar, la verdad es que si ella anduviera conmigo no tendría por qué estar orgullosa de mí, yo pensaría en que me estaría haciendo el favor o que es por lástima...

El material cambia. Ahora aparece una contratransferencia más neutral, que se encuentra en la responsabilidad de escucharlo, recibirlo, estar disponible. Aparecen de manera sobresaliente aspectos de identificación introyectiva para recuperar los sentimientos que le son propios, con el fin de que los asuma como tales y se solucione la situación diádica, que deviene triangular.

... en la mesa donde Laura y yo estábamos, sólo había parejas, y dos primas de ella que son más grandes que yo sólo me decían puras flores y una de ellas me dijo que si me podía presentar con su hermana porque le parecía yo muy guapo, en realidad cada vez dudo más de lo que estoy diciendo; estoy muy confundido. Además, me quedé pensando que a lo mejor de veras no estoy tan mal, y lo más raro es que las ví como si fueran mi mamá tratando de decirme que sí valgo la pena, que sólo me anime...

A partir de este momento, mi sensación fue de tranquilidad, de estar dispuesta a escucharlo, de esperar y de acompañarlo en su proceso de crecimiento. Las prisas habían terminado. Dada esta situación, a los pocos meses decide tener a su primera novia, motivo que le imprimió un nuevo giro a su vida y a la dinámica que hasta

ahora había establecido en sus relaciones. Empieza a saber qué es "eso" de tener novia; con muchos miedos y temores lleva la relación acercándose y alejándose, pero con fuertes anhelos de separarse y resolver los deseos incestuosos con sus figuras primarias.

A los pocos meses, sus padres se separan definitivamente. Deviene una situación de duelo, por el padre que se va de la casa, y confusión, por el rol que tendrá que ejercer dentro de la misma. En ocasiones asume francamente el rol de pareja, como en la siguiente viñeta de un viaje realizado con su madre:

... estábamos en un restaurante y un señor empieza a coquetear con mi mamá. Yo me empecé a sentir bastante molesto con esta situación y le dije finalmente a mamá que se cambiara de lugar: "Eso sí que no lo voy a permitir, ¡mira que coqueteando delante de mí!" Si alguien va a querer andar con ella primero va a tener que consultarme...

Se siguen dando movimientos en el curso del tratamiento y R. empieza a recordar lo que hasta el momento le estaba negado a la conciencia: la primera fase de su adolescencia. Recuerda los miércoles que pasaba en casa de sus abuelos paternos, cuánto lo consentían y lo contento que se ponía cuando su padre llegaba por él para irse a casa.

Consigue tener novia. Ella empieza a manejar situaciones triangulares, aunque con tintes narcisistas. Reaparece el tema de la infidelidad, los celos, trabajado en la transferencia.

Si, hay mucho más que trabajar en la relación con la mujer y la disociación de afectos todavía. El tratamiento continúa.

Conclusiones

Del tratamiento psicoterapéutico de R. surge una serie de reflexiones. Siguiendo una línea que toma como eje la relación transferencia/contratransferencia, se mencionaron los diferentes momentos que se vivieron, consecuencia del aprendizaje del manejo de una situación específica no poco común en el tratamiento con adolescentes.

Si hemos de considerar el hecho de que el objetivo fundamental que da luz a esta investigación es el de mostrar alternativas de intervención psicoterapéutica cuando un impasse se hace perceptible, nos parece evidente que éste objetivo ha sido amablemente avalado por la propia clínica.

Los objetivos específicos en cuanto a mostrar la aparición de la transferencia erótica, observar el momento de impasse, el modo como se trabajó y la salida de este momento de detención psicoterapéutica son cubiertas a través de la aceptación de las hipótesis de trabajo formuladas en el apartado de metodología.

De cualquier manera hemos de puntualizar que existen diferentes y muy diversas posiciones respecto del manejo que se propone para el trabajo con adolescentes, lo cual ha sido mostrado en la fundamentación teórica del presente trabajo, por lo que es importante mencionar que si bien no es una forma original, sí es la forma en que se trabajó y con la que no sólo estamos de acuerdo, sino que aparece como una actitud más psicoterapéutica desde lo que se entiende en el ámbito psicoanalítico; menos prepotente y más pensando en el paciente mismo.

De lo anterior se pueden desprender las siguientes conclusiones:

En el inicio del proceso psicoterapéutico hace su aparición la contratransferencia de tipo materno, al ubicar a R. como un adolescente desvalido, triste, solo, lo que origina sentir la necesidad de protegerlo, ayudarlo y, en ocasiones, darle consejos, reacciones que deben evitarse.

En no pocas ocasiones sentí la imperiosa necesidad de empujarlo a que hiciera cosas, a que se animara y arriesgara a disfrutar de la vida y lo que ésta le ofrecía, reacción idéntica a la de la madre, es decir, ella siempre lo estaba presionando a que saliera, buscara novia, saliera con amigos. El material de esta etapa estaba estrechamente relacionado con la madre y el tipo de vínculo que establecían.

R. se mostraba desvalido y veía a través de los ojos de su madre; ésto le permitía quedarse con ella y seguir manteniendo el vínculo infantilizante y poco diferenciado con ella.

Con gran temor inició su incursión en las relaciones interpersonales con sus iguales, lo que despertó aún más temores. Detrás de estas reacciones fóbicas también se encuentra la angustia de ser destruido, devorado, de desaparecer y, por lo tanto, de destruir, de que sus fantasías sádicas se hicieran realidad. A partir de ésto surge el amor de transferencia, latente en el material pero no percibido en su momento, preguntándome si podía o no quererlo, si podía yo aceptarlo o no, porque era la única persona que lo conocía tal cual es. Es el momento en el que esta transferencia positiva

deviene en negativa, erotizando el vínculo y llevando el tratamiento a un impasse. Sólo la supervisión y el análisis de lo que estaba sucediendo hicieron que pudiera identificar y verbalizar la transferencia erótica. Una sensación de rechazo, de posible pérdida del caso, de olvidos de material de las sesiones e incluso de sueños eróticos con R. hacen su aparición en este momento de desencuentro, cuando la contratransferencia es utilizada como instrumento en el proceso, se soluciona el problema.

Le era imposible encontrar una cualidad en el padre con la cual identificarse. El duelo normal en la pubertad y en la adolescencia temprana respecto a las figuras paternas ideales había resultado traumático por circunstancias reales. Esto trajo aparejado grandes dificultades de resolución de este duelo, normal en el desarrollo.

La posibilidad de elaborar los conflictos que estaban inmersos en ese momento permitió que surgiera una contratransferencia más neutral, en la cual la posibilidad de escucharlo, de esperar que él pudiera surgir, origina que pudiera relacionarse con una joven de su edad, apareciendo un material de configuración edípica; la triangulación empieza a establecerse. Esta postura es más psicoterapéutica: al tomar distancia podía verlo sin involucrarme con sus figuras edípicas, dándole la oportunidad de trabajar él solo.

La relación con el padre empieza a cambiar: puede ahora escucharlo sin que le parezca ridículo, ya no cree que no tiene razón ni derecho a darle consejos. Ahora salen juntos y toma en cuenta sus opiniones, ve la posibilidad de que su papá pueda nuevamente salir adelante.

Si bien es cierto que puede observarse un crecimiento interno en R., el conflicto con la madre aún no está completamente resuelto; sin embargo, la rabia y el enojo aparecen, lo cual antes no era posible. R. ha empezado a experimentar con figuras que se encuentran fuera del ámbito familiar y se relaciona con su primera novia.

El tratamiento continúa, existiendo la posibilidad de resolver sus conflictos en relación con la figura femenina y de integrar sus afectos y reconocer una figura paterna con la cual logre identificarse, para, de esta manera, internalizar la verdadera prohibición al incesto.

Los conceptos de transferencia/contratransferencia en la psicoterapia con adolescentes tienen grandes consecuencias técnicas, por lo que se considera un trabajo muy importante ubicar el lugar exacto del terapeuta, permitiéndole al paciente surgir o por el contrario, que nos tome como modelo a seguir, con el peligro de que aumente el temor de la identificación, es decir, que aumenten sus fantasías incestuosas al ocupar el lugar de sus figuras edípicas.

Quisiera detenerme un momento en este comentario que nos parece fundamental dentro de la práctica clínica, y en especial con pacientes adolescentes, ya que con frecuencia se opta por la consejería. Si bien esto puede ser una modalidad de trabajo, no parece ni siquiera ético, fundamentar un trabajo psicoterapéutico de corte psicoanalítico desde esta perspectiva.

Ético en el sentido de las posibilidades mismas del paciente ó de los pacientes como seres humanos con la suficiente libertad de encontrar sus propias respuestas y sus propias opciones, de otra manera lo único que estaríamos haciendo es repetir un papel parental que no los lleva a encontrar una nueva forma de relación ó a la elaboración de las anteriores, por otro lado, es claro que nuestro papel dentro de la práctica clínica no es el de ser padres, ni ponernos de ejemplo a seguir.

Por otra parte, surge la pregunta ¿qué hace la psicología en el campo psicoterapéutico? Si bien es evidente que el presente trabajo no intenta dar cuenta de las contribuciones, enlaces y diferencias, es importante resaltar que en este trabajo se ha empleado una metodología experimental en donde en apariencia no tienen relación una con la otra, sin embargo, la importancia creemos que radica mínimamente en tanto que existe una notable escasez de investigaciones donde se planteen los resultados

de manera tal que -con todas las vicisitudes de la práctica clínica- pueda ser de alguna manera replicable y puedan desde esta perspectiva encontrar un lugar dentro de las llamadas metodologías científicas.

Si bien es cierto que el conocimiento es por demás claramente fragmentado, también es cierto que de alguna forma podrían ser expresados los resultados sin que demeriten sobre todo su utilidad.

Se han compartido las vicisitudes que se dieron en el tratamiento psicoterapéutico de un adolescente varón, dentro de las cuales lo más predominante fue la evolución de la comprensión del proceso psicoterapéutico, las modificaciones de la dinámica de ese vínculo transferencia/ contratransferencia, que a veces llevó a un impasse, así como sus momentos de evolución.

Se presentó una fundamentación de los aspectos teóricos que subyacen al tratamiento psicoterapéutico de corte analítico. Si bien la transferencia no es lo predominante para el trabajo técnico, sí resulta de gran importancia en el tratamiento. La transferencia es un acompañante constante, aunque a veces no es tan evidente. A diferencia del tratamiento psicoanalítico, en el cual la interpretación de la transferencia es la pieza fundamental, en la psicoterapia ésta es interpretada cuando se convierte en un obstáculo para la consecución del tratamiento, es decir, cuando se torna en transferencia negativa. Es irremediable considerar que existe un amor de transferencia, aun cuando no sea utilizada a profundidad, y presenciar cómo ésta da paso a la elaboración de conflictos pregenitales o preestructurales hasta llegar al trabajo propiamente edípico, conflicto nuclear de toda neurosis.

La contratransferencia da cuenta de los aciertos y los errores en la comprensión del material que los pacientes muestran a lo largo de las sesiones de tratamiento. La revisión bibliográfica permite reconocer diferentes enfoques teóricos y técnicos del trabajo con adolescentes, así como clasificaciones y usos de la contratransferencia.

El trabajo con adolescentes resulta especialmente interesante por la serie de movimientos que se originan durante esta etapa y que generan estudios sobre las posibles modificaciones en la técnica. La sexualidad de los adolescentes mueve conflictos relacionados con la propia sexualidad del terapeuta, su edipo, su adolescencia, su identidad, etcétera. Ésta resulta ser la búsqueda permanente de esta etapa.

Mientras no se tengan analizadas estas partes, los tratamientos podrán ser suspendidos y sin número de actuaciones contratransferenciales se presentarán en toda su magnitud, lo que redundará en un posible fracaso del tratamiento.

Si bien es cierto que el presente trabajo adolece de un rigor estrictamente experimental, también es cierto que puede ser una contribución a la presentación de datos clínicos que puedan ser replicados y que coadyuven a que investigaciones de este tipo adquieran un campo de acción más amplio por las posibilidades de su aplicación.

Bibliografía

- Aberastury, A. y cols. (1971). Adolescencia. Buenos Aires: Kargiman.
- Aeschleman, S. (1991). "Single-subjet Research Designs: Some Misconceptions". Rehabilitation Psychology. V. 36. pp. 43-48.
- Anthony, E. J. (1969). "The Reactions of Adults to Adolescents and Their Behavior". The Psychology of Adolescence, Essential Readings. Nueva York: ed. A. H. Esman. International University Press, 1975.
- (1981). "The Comparable Experience of a Child and Adult Analyst". Lectura realizada en la Asociación Psicoanalítica Mexicana en honor a Sigmund Freud.
- (1988). "The Creative Therapeutic Encounter at Adolescence". Adolescent Psychiatric. V. 12. pp. 194-215.
- Barriguete, A. (1971). "El saludo, su importancia en la comunicación contratransferencial". Trabajos varios. Asociación Psicoanalítica Mexicana. V. 49. No. 4.
- Bleichmar, Norberto (1984). "El amor de transferencia". Sobre el análisis del Complejo de Edipo al comienzo y al final del tratamiento. Trabajo Presentado en reunión científica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Blos, P. (1962). Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Joaquín Mortiz. 1986.
- Blum, H. (1973). "The Concept of Erotized Transference". Journal of American Psychoanalytic Association. V. 21. pp. 61-76.
- Brenman, P. Irma (1988). "La adolescencia: su impacto sobre el paciente y el analista". Libro Anual de Psicoanálisis. T. IV.
- Bryce Boyer, L. (1989). "Contratransferencia y técnica en el trabajo con el paciente en regresión: Comentarios adicionales". Libro Anual de Psicoanálisis. T. V.
- Carpy, Denis (1989). "Tolerando la contratransferencia: un proceso mutativo". Libro Anual de Psicoanálisis. T. V.
- Corona, S. Marco A. (1987). "El niño de las águilas o el proceso de ser". Cuadernos de Psicoanálisis. V. XX. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Cuevas, C. Pablo (1985). "Transferencia y contratransferencia en el tratamiento

analítico del adolescente". Cuadernos de Psicoanálisis. V. XVII. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Delaroché, P. (1984). "La noción de "crisis". Desciframiento y tratamiento". Mannoni, Deluz, Gibello y Hébrard. La crisis de la adolescencia. Barcelona: Gedisa. 1989.

Erickson, E. (1972). Sociedad y Adolescencia. México: Siglo XXI, 11a. ed., 1987.

Etchegoyen, H. (1986). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu. 1991.

Fenichel, O. (1962). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Buenos Aires: Paidós. 1984.

Fratrarioli, E. (1988). "The lunatic, the lover, and the poet: A study of Shakespeare's conception of creativity". Adolescent Psychiatric. V. 12. Cap.13

Freud, A. (1936). El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós. 1977.

---- (1958). "Adolescence". The Psychoanalytic Study of the Child. V. 13. pp. 255-278.

Freud, S. (1895b). "Estudios sobre la histeria" (en colab. con Josef Breuer). Obras Completas (OC). Buenos Aires: Amorrortu editores (AE). V.II. 1980.

---- (1905a). "Sobre psicoterapia" OC. AE. V. VII. pp. 243-257.

---- (1905d). "Fragmentos de análisis de un caso de histeria". OC. AE. V. VII. pp. 1-107.

---- (1909a). "Análisis de la fobia de un niño de 5 años" (El pequeño Hans)". OC. AE. V. X. pp. 1-118.

---- (1910a). "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica". OC. AE. V. XI. pp. 129-142.

---- (1912a). "Sobre la dinámica de la transferencia". OC. AE. V. XII. pp. 93-105.

---- (1912b). "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". OC. AE. V. XII. pp. 107-119.

---- (1913). "Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I)". OC. AE. V. XII. pp. 121-144.

---- (1914b). "Recordar, repetir y reelaborar. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II)". OC. AE. V. XII. pp. 145-147.

- (1915a). "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III)". OC. AE. V. XII. pp. 159-174.
- (1916). "Conferencias de introducción al psicoanálisis (27a. conferencia: La transferencia)". OC. AE. V. XVI. pp. 392-407.
- (1920b). "Mas allá del principio de placer". OC. AE. V. XVIII. pp. 1-62.
- (1937a). "Análisis terminable e interminable". OC. AE. V. XXIII. pp. 211-254.
- Fromm-Reichmann, F. (1987). Principios de psicoterapia intensiva. Buenos Aires: Hormé.
- Gitelson, M. (1952). The emotional position of the analyst in the psychoanalytic situation. International Journal of Psychoanalysis. T. XXXIII.
- Glover, E. y Fenichel, O. (1937). "Symposium on the theory of the therapeutic results of psychoanalysis". International Journal of Psychoanalysis. V. XVIII.
- González, E. Maxine (1990). "Feminidad en la mujer analista en el trabajo psicoanalítico". Trabajo presentado en el XXIX Congreso Nacional de Psicoanálisis. Guadalajara, Jal. y publicado en Cuadernos de Psicoanálisis. V. XXIV. Asociación Psicoanalítica Mexicana. 1991.
- (1991). "Contratransferencia y género del analista". Trabajo leído en la XIII Reunión Científica Anual "Aniversario de Sigmund Freud". San Juan del Río, Qro. y publicado en Cuadernos de Psicoanálisis. V. XXIV. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Greenson, R. (1967). Técnica y práctica del psicoanálisis. México: Siglo XXI. 1983.
- Grinberg, L. (1956). En: Etchegoyen. op. cit.
- Harris, Martha. (1977). "Elementos infantiles y tendencias adultas en la sexualidad adolescentes. Grinberg, L. Prácticas Psicoanalíticas Comparadas en Niños y Adolescentes. Buenos Aires: Paidós.
- Heimann, P. (1950). "On counter-transference". International Journal of Psychoanalysis. V. XXXI.
- Islas, E. José Luis. (1990). El amor de transferencia como factor que permite el afloramiento de la feminidad. Tesis para obtener el grado de psicoanalista. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

- Kernberg, O. (1984). Trastornos graves de la personalidad. México: Manual Moderno. 1987. Caps. 8 y 17
- Klein, M. (1932). El Psicoanálisis de Niños. Buenos Aires: Hormé. 1964.
- (1946). "Nota sobre algunos mecanismos esquizoides". Obras Completas. V. III. cap IX.
- Kristeva, J. (1983). Historias de amor. México: Siglo XXI. 1988.
- Lampl-de-Groot, J. (1950). "On masturbation and its influence on general development. Psychoanalytic Study of Child. V.V. pp. 153-174.
- Laplanché, J. y Pontalis, J.B. (1968). Diccionario de psicoanálisis. Madrid: Labor. 1977.
- Laufer, M. (1981). "The psychoanalyst and the adolescent's sexual development. The Psychoanalytic Study of the Child. V. XXXVI. pp. 181-191.
- Laufer, M. y Laufer, E. (1984). Adolescence and Developmental Breakdown. A psychoanalytic view. New Haven and London: Yale University Press. pp. 165-173.
- León, Norma (1988). "Significado del tratamiento psicoanalítico durante la adolescencia". Cuadernos de Psicoanálisis. V. XXI. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Little, M. (1951). "Countertransference and the patient's response to it. International Journal of Psychoanalysis. V. XXXII. pp. 32-40.
- López, I. Manuel (1988). La Encrucijada de la adolescencia. Psicología de la adolescencia normal. México: Hispánicas.
- (1988). "El adolescente y la psicoterapia" Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Nacional de Psicoanálisis. Gto. y publicado en Cuadernos de Psicoanálisis. V. XXIII. Asociación Psicoanalítica Mexicana. 1990.
- Mannoni, O.; Deluz, A.; Gibello, B. y Hébrard, J. (1984). La Crisis de la Adolescencia. Barcelona: Gedisa. 1989.
- Meltzer, D. (1981). "The Kleinian expansion of Freud's meta-psychology". International Journal of Psychoanalysis. V. VII. pp. 177-188.
- Money-Kyrle, R. (1956). "Normal countertransference and some of its deviations". International Journal of Psychoanalysis. V. XXXVII. pp. 360-366.

- Offer, O. H. (1981). "Adolescents in an adult world". The Adolescent. A psychological self-portrait. New York: Basic Books.
- Ongay, E. y Ongay, R. (1987). "Concepto de contra-transferencia: orígenes, evolución y aplicación actual". Cuadernos de Psicoanálisis. V. XX. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Plá, Esperanza y Polanco, Nohemí (1982). "Consecuencias técnicas del comienzo de la pubertad en el curso de una psicoterapia". Trabajo presentado en el Congreso de Psiquiatría infantil, Monterrey. Y publicado en la Revista de Psicoterapia Psicoanalítica de Uruguay. Montevideo: V. 1. 3. 1984.
- Pérez, Aurora (1977). "Psicoanálisis en la adolescencia. Aspectos teóricos y técnicos". Grinberg, L. Prácticas psicoanalíticas comparadas en niños y adolescentes. Buenos Aires: Paidós.
- Racker, H. (1953). "Los significados y usos de la contra-transferencia". Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós. 1960.
- (1960). Estudios sobre Técnica Psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.
- Reich, A. (1951). "On countertransference". International Journal of Psychoanalysis. V. XXXII.
- (1973). "Further remarks on counter-transference". Psychoanalytic Contributions. Nueva York: International University Press.
- Safouan, M. (1988). "Las teorías de la contra-transferencia". La transferencia y el deseo del analista. Buenos Aires: Paidós. 1989.
- Staff, Bertram (1989). "Adolescents". Noshpitz, J. Basic Handbook of Child Psychiatry. V. III. Basic Books: Inc. New York: pp. 504-518.
- Szydlo, David (1990). Transferencia y contra-transferencia en adolescentes. Trabajo presentado en el XXIX Congreso Nacional de Psicoanálisis. Guadalajara, México.
- Tubert-Oklander, J. (1986). "Aspectos técnicos del análisis de un púber". Tesis para obtener el grado de psicoanalista. Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Wilson, B. (1987). "Single-case Experimental Designs in Neuropsychological Rehabilitation". Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. V. 9. pp 527-544.
- Winnicott, D. W. (1947). "Odio en la contra-transferencia". Escritos sobre pediatría y

psicoanálisis. Barcelona. Laia. 1981

---- (1971). Realidad y Juego. Buenos Aires. Gedisa. (1985). Caps. 1,3,4,5.

---- (1960). "Contratransferencia".(1965) El proceso de maduración en el niño.
Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Laia. 1981.

Zaslow, S. L. (1985). "Countertransference Issues in Psychotherapy with Adolescents".
Adolescent Psychiatry. V. XII. Cap. 34.