

ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA CON ADOLESCENTES.

ÁNGEL HUÉSCAR CAÑIZAL ¹

Me propongo fundamentalmente reflexionar acerca de aquellas condiciones específicas de la adolescencia que definen el setting psicoterapéutico y psicoanalítico con adolescentes. Intentaré mostrar la importancia de que el setting sea el reflejo preciso de conceptos importantes de la teoría psicoanalítica de la adolescencia y se fundamente en esos conceptos para que sea posible desarrollar un proceso psicoterapéutico y, eventualmente, psicoanalítico.

1.- La especificidad del trabajo psicoanalítico con adolescentes

Desde que en la década de 1920 Siegfried Bemfeld iniciara en Viena el trabajo psicoanalítico con adolescentes neuróticos, éste ha sido reconocido siempre como una empresa azarosa para el psicoanalista y el psicoterapeuta.

En esa época del desarrollo del psicoanálisis se comenzó a ampliar las indicaciones del psicoanálisis, y entonces fue el análisis de niños el que reclamó de inmediato la atención del mundo psicoanalítico por cuanto se le reconocía como «la única innovación que brindó la posibilidad de verificar la corrección de las reconstrucciones efectuadas en los análisis de adultos» (A. Freud, 1970. p.23), que hasta entonces no había sido posible verificar, excepto algún caso de S. Freud. Las grandes psicoanalistas, M. Klein y Anna Freud, enseguida aglutinaron escuelas de trabajo en torno suyo, en Berlín y Viena primero, y ambas, más tarde, en Londres. Con el análisis de niños podían obtenerse en directo pruebas acerca del funcionamiento del proceso primario, no sólo provenientes de los sueños narrados en la sesión por los adultos, o reconstruidos a través del proceso de formación de los síntomas, sino vistos a través de la conducta cotidiana. Los sucesos traumáticos que sólo podían ser objeto de reconstrucción en el análisis de adultos, aparecían en el análisis de niños en su forma original, y no como una sucesión de perturbaciones expresadas a través de los síntomas y los recuerdos encubridores. La técnica del juego pronto se reveló como la vía regia para llegar a esas perturbaciones. Esto despertó un gran interés por el análisis de niños y por los desarrollos en esta técnica.

Por el contrario, el psicoanálisis con adolescentes deparaba aún una buena dosis de frustración a aquellos que inicialmente se adentraban en él, por la frecuente interrupción de estos análisis. De hecho, fue una de las primeras áreas del trabajo psicoanalítico en que se pensó en la utilización de técnicas paramétricas, ante las dificultades que el abordaje de este tipo de pacientes planteaba y plantea aún en la actualidad. Muchos analistas consideraban que no era posible analizar adolescentes; con los criterios de analizabilidad de Elizabeth Zetzel (1939), o Ralph Greenson (1963), el adolescente no era analizable, si bien, como señala Alberto Campo (C.A. Paz y colaboradores, 1980), al formular estos criterios no se tuvieron en cuenta a los niños y a los adolescentes. Otros autores creían incluso que el análisis estaba contraindicado en esta edad por el peligro de desencadenar una fuerte regresión en los adolescentes. En realidad, era mucho lo que se ignoraba sobre

¹ Ángel Huéscar Cañizal, Licenciado en Psicología. Miembro Asociado de la APM, Miembro del IEPPM

el funcionamiento psíquico en esta conflictiva edad. Anna Freud se hacía eco de esta dificultad cuando decía que, especialmente si se compara con el desarrollo del psicoanálisis de niños, «... la adolescencia ha sido desatendida por la teoría analítica..., es algo así como su hija olvidada» (Anna Freud, 1958).

También afirmaba Anna Freud: «El manejo técnico de los adolescentes en análisis continúa siendo un problema, puesto que ni la técnica del análisis de niños ni la del análisis de adultos resultan totalmente aplicables» (A. Freud. Ibid. p. 151). Enumeraremos, basándonos en esta misma autora, algunas de las dificultades técnicas clásicas con que se encuentran el psicoterapeuta y el psicoanalista con adolescentes:

1ª) La práctica ausencia de asociaciones libres, en la mayoría de los casos. El adolescente no sigue a priori la regla fundamental del análisis; esto es algo que parece reservado durante un cierto tiempo sólo a los momentos de insight interpretativo, como una especie de premio que el adolescente nos da, de vez en cuando. Aquí tenemos una importante diferencia con el análisis de adultos caracterizado en la cura-tipo. Como es bien sabido, ésta es una de las premisas fundamentales de las que se debe partir, para el correcto establecimiento del setting.

Existe, pese a ello, una tendencia adultomorfa a la transposición sin más del encuadre adulto, sigue activa hoy día, siendo muchos los analistas y psicoterapeutas de adultos, que cuando encaran el trabajo terapéutico con un adolescente, sólo se preocupan de si el adolescente aceptará el diván o no, o a partir de qué edad se puede introducir esta variable del encuadre, esperando que a partir de este momento el adolescente se tumbará plácidamente y mostrará sus sueños y asociaciones libres, siguiendo dócilmente la regla fundamental. Se obvia de este modo la necesidad de un conocimiento detallado de la teoría psicoanalítica específica de la adolescencia y de su aplicación al encuadre.

La negativa a considerar la existencia de una identidad adolescente específica, ha sido también una fuente de fracasos considerable, porque se ha ignorado con frecuencia la radical imposibilidad y angustia que estos pacientes pueden experimentar para comunicar sus asociaciones o simplemente para la autoobservación, por sus dificultades para la simbolización y por las grandes magnitudes pulsionales, sexuales y agresivas, que han de estar manejando continuamente, con la consiguiente amenaza de desbordamiento pulsional. A este desbordamiento pulsional, que se manifiesta en la característica pasión de los adolescentes, se une su gran ansiedad por la normalidad, normalidad psíquica y normalidad corporal, normalidad de los genitales, etc. Los símbolos se sustituyen por actuaciones muy a menudo, actuaciones que, si bien no carecen de significación simbólica, plantean más dificultades de manejo técnico. Las interpretaciones mismas no pueden ser formuladas al adolescente con la misma óptica adulta: el yo en la adolescencia está en una continua labor de deconstrucción de las identificaciones edípicas infantiles, que la interpretación fuera de timing puede hacer intolerable para el paciente, por la pérdida de vinculación y la despersonalización que puede ocasionar.

La concepción adultomorfa de la técnica, al enfrentarse con los fracasos, cristalizó en la corriente psicoanalítica preconizadora de que el psicoterapeuta debía proponerse, sobre todo, como modelo de identificación para él o la adolescente y que la función del analista era proveer esos modelos de identificación. Así pensaba, por ejemplo E. Geleerd (1957), quien sin embargo descubrió enseguida la necesidad de una técnica más flexible en el tratamiento de adolescentes, constatando también lo problemático de proceder a un análisis de las defensas; preconizaba la consecución de una transferencia positiva; además, percibió la necesidad de conseguir la cooperación de los padres. Ella misma,

consciente de estas modificaciones técnicas, se preguntaba si no era mejor llamarlo psicoterapia en vez de psicoanálisis... K. Eissler (1958), también fue partidario de utilizar una técnica flexible, que incluía formas de tratamiento utilizadas por él con niños, adultos neuróticos y psicóticos, proponiendo a su vez que el analista se convirtiera en un superyó amistoso, dando gratificaciones al paciente en algunos momentos, también aconsejaba evitar el análisis de las defensas, especialmente las erigidas frente a la agresión, para que ésta no hiciera eclosión en el comportamiento y en la sesión.

La idea de elasticidad técnica, que si bien no está muy lejos de las técnicas paramétricas, es algo sustantivamente distinto, ha quedado como elemento definidamente útil en la psicoterapia y psicoanálisis de adolescentes, porque nos ha conducido a la necesidad de estudiar con detalle el proceso psicoterapéutico específico de los adolescentes y su carácter evolutivo, mostrándonos al mismo tiempo la minuciosidad que ha de tener la interpretación y su enfoque, según el momento de la deconstrucción y reconstrucción identificatoria en que el adolescente se encuentre, pero ello no debe ser confundido en modo alguno, con un encuadre semilíquido en el que todo vale. Antes bien, la necesidad de un setting preciso se acentúa como consecuencia de esta problemática.

2ª) Otro problema es la dificultad para llegar a una actitud de completa franqueza en la relación con el analista, entendida como la dificultad del adolescente para compartir su experiencia consciente con el analista. Esta dificultad se relaciona con el predominio de la utilización de defensas primitivas, especialmente la disociación. Un ejemplo: Uno de mis pacientes, de 17 años, con cierta tendencia a las actuaciones psicopáticas, tras casi dos años de análisis, en diván, mencionó en una sesión que me iba a contar algo que su padre le había preguntado si él lo había hablado conmigo: Pensaba que determinadas cosas que él hacía, como una operación de compra de teléfonos móviles usados y robados, recientemente efectuada por él a un grupo de macarras, que él juzgaba como un negocio pingüe y que le ocasionó, finalmente, un quebranto económico considerable, de unas 300.000 pts. (que el padre debería pagar, para evitar que le administraran una paliza mayor de la que ya había recibido). No lo había traído al análisis porque...«como a mí no me crea ningún problema y no creo que yo tenga que hablar aquí de todo lo que me pasa, porque entonces me tendría que quedar a vivir contigo..., es que no creo que yo tenga que contar esas COSAS aquí».

Este planteamiento, que él veía evidente, me resultó muy llamativo por cuanto el paciente sí había hablado en el análisis con anterioridad de otras «operaciones» similares; otro negocio de tráfico al por menor de drogas, que había emprendido anteriormente, sí pudo ser analizado en profundidad y extensión.

No resulta difícil discernir en primer lugar, en este caso, la existencia de una potente disociación de aspectos actuadores y psicopáticos del paciente, que éste tenía grandes resistencias para analizar: al finalizar la sesión, al despedirse, sonriendo, me dijo, «...me vas a tener que mandar al psiquiatra, cuando te empiece a contar todo». Más tarde el paciente pudo comenzar a tratar estos aspectos disociados como sus «paranoias mentales» o «flashes», que eran reconocidos como procesos no controlados conscientemente por él. Estaba iniciándose aquí un análisis de la transferencia a través de esta ocultación actuada de material: el paciente trae a la transferencia el temor paranoide, proyectado en el analista, a la toma de conciencia de sus aspectos disociados psicopáticos y de la desestructuración que provocan en él. Contármelo a mí significaba, entre otras cosas, enterarse él de la existencia de un aspecto disociado, desconocido de sí mismo, algo que escapaba a su aparente control omnipotente, la acción de una defensa primitiva, de las llamadas psicóticas, aspecto al que él mismo alude sonriendo con su comentario final.

3ª) Otra dificultad es la eclosión de la transferencia negativa por la vía del acting out. El acting out debe ser entendido no sólo en la forma clásica de descarga motriz impulsiva de un conflicto psíquico reprimido, sino que en la adolescencia se manifiesta específicamente por la aparición de condicionamientos del encuadre que el paciente pide explícitamente y se manifiestan en actings tales como mentiras, imposturas, solicitud de complicidad por parte del terapeuta:

Vg.: el paciente que toma drogas pero nos exige secreto ante los padres, el paciente que ha ocultado un síntoma a los padres..., es decir, todas las ansiedades paranoides y conductas persecutorias con los objetos primarios, paterno y materno, serán desplazadas inmediatamente sobre el psicoterapeuta y presionarán para conseguir un posicionamiento favorable de éste, que le exigirá tener muy claro su encuadre, en orden a defender sobre todo su neutralidad, su no intervención en la vida real del paciente. Éste es un aspecto que considero fundamental en orden a establecer un proceso terapéutico.

En este sentido el analista deberá cuidar especialmente la preservación del espacio de intimidad para el adolescente que es la psicoterapia o el tratamiento psicoanalítico. Muchas veces éste es el único espacio posible de intimidad, como ocurre con los adolescentes cuyos padres tienen tendencias narcisistas inconscientes de control muy fuertes. También el psicoterapeuta o analista deberá evitar convertirse en un intruso, repitiendo la acción controladora de los padres, porque eso también favorece la concreción de la transferencia negativa. Es preciso comprender que los intentos actuados de ruptura del setting del analista no son sino un desplazamiento transferencial típico de los conflictos y ansiedades persecutorias con los objetos primarios, por lo que el setting ha de preverlos y promover respuestas rápidas estructuradas y apropiadas. Si el analista no preserva este espacio del análisis y del adolescente, que es el setting, dará lugar a la aparición de la transferencia negativa muy pronto, o bien al comienzo del tratamiento, cuando aún no ha dado tiempo a fortalecer el vínculo y el tratamiento se puede tornar inviable. Una permisividad con las actuaciones anti-setting del adolescente no resuelve los problemas, el adolescente las siente enseguida como una seducción edípica por parte del analista. Y reacciona en consecuencia con una ruptura del mismo, declarándolo agotado. En una supervisión de una psicoterapia psicoanalítica con un adolescente, surgió, con mi superviso, el problema de si debía seguir dando tabaco al paciente, porque él observaba que así se favorecía la comunicación y se creaba un clima más distendido, pese a que el paciente le vaciaba los paquetes. No mucho tiempo más tarde el adolescente actuó una ruptura del tratamiento, espetándole al terapeuta que «para venir a echar un truja no me hace falta venir aquí».

Pero intimidad y privacidad no debe ser confundido con complicidad: hay que establecer con el adolescente al comienzo de la terapia las normas en caso de falta a sesión, la obligación del analista de informar a los padres y al adolescente de los hechos que impidan la psicoterapia o el análisis, como las faltas reiteradas. Se tendrá paciencia y contención con ellas, pero eso no significa en ningún caso una actitud de no análisis de las faltas, que generalmente tienen un significado inconsciente de agresión desplazada transferencialmente. El analista no debe mostrarse omnipotente, como le invita el adolescente con la continua proyección en él de su omnipotencia, aceptando así cualquier modificación de su forma de trabajo. No se colabora desde el encuadre con las defensas maníacas y evitativas del adolescente, así como con sus intentos de manipulación.

4ª) El acting-out mismo, como forma predominante de comunicación del adolescente, a causa de sus dificultades para la simbolización. Donde el niño juega y el adulto sueña o asocia, el adolescente se expresa predominantemente a través de la exoactuación. Los

problemas alrededor de la identificación en la adolescencia, en constante reorganización, son los causantes de esta debilidad simbolizadora. Por otro lado, la reactualización del Edipo infantil y del Edipo negativo en la adolescencia (Blos, P. 1979), con sus desenlaces respectivos, la instalación definitiva del Superyó y del Ideal del Yo, tiene que estar apoyada en una estabilización previa lograda en el periodo de latencia y basada sobre la represión. Pero el adolescente ha de interiorizar estas instancias, haciendo frente al mismo tiempo a las demandas instintivas, sexuales y agresivas, que también potencian y amplifican la fuerza del Complejo de Edipo. La elaboración del Edipo negativo tiene una particular importancia en la adolescencia. Se da por lo tanto un aumento de la excitación interna y, por otra parte, los modos de contención específicos de la infancia ya no son operativos ni funcionan, ya no se es más el niño impotente y sin recursos al que se le debe permitir todo. En estas circunstancias, se necesitan prohibiciones interiorizadas contra la amenaza de incesto y el parricidio. Esta interiorización de las prohibiciones, es decir, la sustitución del conflicto entre los deseos y el mundo externo por un conflicto interior, interiorizado, entre instancias del aparato psíquico, muestra su debilidad de una forma particular en la adolescencia, una característica que la adolescencia comparte con los estados límite. La solución ante esta falta de soportes internos se busca entonces en el recurso al cuerpo y al comportamiento, mediante la vía de la externalización y la puesta en acto. Esto da a los adolescentes la virulenta presión de la «realidad», todo sucede ahí para ellos, y se transmite al psicoterapeuta, que se siente contratransferencialmente más presionado a seguirle en ese terreno del «apasionamiento». Existe un fallo parcial de la represión de las fantasías incestuosas y parricidas, que se traslada o representa en la relación con el mundo externo, el cual queda como depositario de las contrainvestiduras, porque la realidad interna es vivida siempre como demasiado intensa, demasiado excitada y difícil de controlar, por la relativa carencia de vías psíquicas de representación .

Todos estos factores eran y son aún hoy día la causa de que el índice de interrupciones en el análisis y en la psicoterapia de adolescentes haya resultado excesivamente alto, en comparación con los tratamientos a otras edades. Así, por ejemplo, se decía que los análisis de preadolescentes se interrumpían prematuramente al llegar a la adolescencia porque el paciente actuaba contra el analista la típica rebelión contra los padres como objetos primarios de amor, sobre todo si en el análisis había habido antes una fase prolongada de transferencia positiva; en lugar de romper con los padres, renunciando a la dependencia infantil, y hacer una separación afectiva de ellos, con el consiguiente duelo por la pérdida de los padres infantiles, el adolescente centraba sus empeños en romper con el analista, como medio de obtener su independencia. Es muy frecuente, casi típico, que el adolescente plantee el final de las sesiones como significativo del logro de la curación, sin exigirse otros signos visibles de mejoría. La fantasía es que si se logra escapar a la terapia los problemas están resueltos. A veces, los padres favorecen perversamente este escape. Esta problemática se da también frecuentemente en la actualidad porque el adolescente, dadas sus transferencias masivas, tiene dificultades parecidas a las de los pacientes borderline para diferenciarse de las imagos paternas primitivas. Concomitantemente, se pensaba que era más favorable iniciar los tratamientos con la adolescencia ya iniciada.

5ª) Un factor que debe ser tenido muy en cuenta en el encuadre es la actitud consciente e inconsciente de los padres frente al proceso psicoterapéutico adolescente, como factor importante de interrupción de los tratamientos. Estas actitudes problemáticas frecuentemente aparecen envueltas en la diferente comprensión de los padres de la sintomatología del paciente. Algo que vemos cotidianamente en las motivaciones de los padres para iniciar un tratamiento es el énfasis de éstos en la necesidad de corregir un

comportamiento, v.g.-que el hijo o la hija estudien, como negación o encubrimiento de una problemática diferente, generalmente una crisis adolescente grave (breakdown, según concepto de M. y E. Laufer. 1984), o las frecuentes banalizaciones que también se hacen por las familias de los intentos de suicidio en esta edad, o aún de las crisis psicóticas francas. Situaciones éstas que son frecuentemente minimizadas por los padres pese a su gravedad, mientras que toda la conflictiva psíquica aparece focalizada en la temática escolar, distorsionada entonces bajo una fuerte carga emotiva. Esto nos plantea la problemática del manejo de los padres en el análisis de adolescentes y la necesidad de incluir estos aspectos en el setting, sobre la que intentaremos detallar algo más.

Considero de la mayor importancia tener muy en cuenta al establecer el encuadre, que todas las condiciones previas que la preparación técnica del encuadre nos vaya a exigir en el mismo, deben ser implementadas desde el primer momento de la relación terapéutica, desde el momento en que se establece el contrato, porque de no hacerlo así bordeamos y entramos sin remedio en el terreno de las actuaciones del psicoterapeuta, por eso es necesario ser muy precisos desde el principio y no tener que reconfigurar el setting a cada nueva circunstancia que aparezca. Esto es crucial para el establecimiento de la contención o holding que el paciente adolescente necesita, más que en otras edades, y además sirve como elemento de contención del propio psicoterapeuta, obligándonos a ser muy cuidadosos en el establecimiento de las condiciones de trabajo, que han de ser planteadas separadamente tanto al adolescente como a sus padres, debiendo ser aceptadas por ambos. Por ejemplo, el pago de los honorarios debe ser realizado personalmente por el adolescente en un «soporte» que sea visible para él, negándonos a colaborar con la demanda narcisista de los padres de hacerlo de otro modo; decimos narcisista porque el adolescente para ellos a menudo no existe como individuo diferenciado, cuando se plantea el pago de otra forma. Si lo aceptamos estaremos colaborando con la fantasía narcisista de los padres muchas veces, y trabajando contra la responsabilidad del paciente adolescente.

2.- Los padres y el setting adolescente

Considero a este aspecto, junto con la especificidad del proceso psicoanalítico del adolescente como los responsables de la mayor cantidad e importancia de las variables que deben ser tenidas en cuenta a la hora de configurar el setting. Como ya sabemos es frecuente que la demanda de tratamiento proceda de los padres, si bien hay otros casos en que procede del adolescente mismo y se plantean desde el comienzo opciones diferenciadas que deben ser contempladas en el setting.

Una de las primeras cuestiones se plantea desde el momento mismo de la llamada; el psicoterapeuta de adolescentes debe marcar que el paciente es el adolescente, señalizando así la separación entre el adolescente y sus padres, reflejándolo además en la forma, por separado, anunciada a los padres, en que ambos serán escuchados en las entrevistas iniciales. Esto plantea aún muchos problemas a algunos psicoterapeutas, como he tenido ocasión de tratar con otros colegas. Piensan que es mejor hacer entrevistas conjuntas, lo que a mi juicio constituye un error técnico de entidad, que altera la operatividad del encuadre. El argumento que se nos ofrece muchas veces apoyando esta modalidad de encuadre es que de este modo se percibe mucho mejor la dinámica familiar, los conflictos entre el adolescente y sus padres «actuales».

Por mi parte, pienso que existen razones importantes para rebatir este punto de vista, que por otra parte es de un enorme atractivo práctico, contemplado desde el trabajo institucional, tan ávido siempre de una economía temporal y de recursos.

Pero quizá los argumentos frente a este problema –o error– técnico merecen ser explicitados y que nos detengamos a dar alguna fundamentación teórica, o cuando menos una reflexión que sustente la actitud de separación y fomento de la individuación adolescente que preconizamos y que se concreta en nuestro encuadre. Partamos del hecho de que cuando los padres consultan para su hijo, lo que sucede en casi un 80-90 % de los casos, estamos, en una parte importante, ante una irrupción en escena del lado narcisista del Edipo parental; un componente inconsciente de la demanda parte de que se ha producido a menudo una herida narcisista en los padres, con la consiguiente reacción inconsciente confusional y de pérdida de límites de éstos. La demanda del adolescente debe ser inmediatamente chequeada con él. El setting incluirá desde el principio una acción encaminada a resolver la situación confusional que la herida narcisista parental plantea. El psicoterapeuta o el analista debe saber, desde el mismo teléfono de contacto, si es el adolescente quien demanda la consulta o son sus padres, comenzando a dar pautas de encuadre que respondan a este fenómeno. Si es el adolescente, por ejemplo, se puede avanzar mucho en el manejo de las ansiedades paranoides entrevistando a éste primero y luego separadamente a los padres.

El carácter de conflicto narcisista inconsciente de los padres en la demanda, a menudo se ve reflejado en el lenguaje mismo en que ésta se formula; la frase tantas veces repetida y escuchada: «Vd...díganos lo que tenemos que hacer»...; esta aparente sumisión y deseo de colaborar oculta con frecuencia un «...Vd. díganos lo que tenemos que hacer que nosotros nos bastamos y nos sobramos para hacerlo todo». Se transmite aquí de modo palmario una fantasía de completud narcisista, de la que se quiere hacer cómplice o testigo mudo al psicoterapeuta o analista. De acuerdo con la conceptualización que hizo Erika Kittler (1999), se le quiere involucrar también a él en esa situación omnipotente en la que nada va a cambiar, en la que no ha de existir el tiempo y no habrá que afrontar nada nuevo. Es el lado narcisista inconsciente del Edipo reactivado en la adolescencia, tanto en el Edipo parental, como en el del adolescente, que nos suele pedir que nos aliemos con él frente a los padres. A los padres se les acaba el tiempo del amor narcisista por el hijo o la hija. Acerca de este problema con la temporalidad, podemos ejemplificar las peleas frecuentes entre padres e hijos por la hora de llegada a casa. Una variante de este problema es la angustiada y angustiosa solicitud de los padres que se sienten culpables de la pérdida del ideal narcisista roto: los padres piden que se les diga «...qué hemos hecho mal...» fantasía narcisista de la inexistencia del hijo como sujeto independiente. Otro dato empírico, significativo de la problemática narcisística inconsciente parental, es la interrupción de tratamientos que se registra en cuanto el adolescente comienza a cambiar o a modificar su posición infantil anterior, en cuanto deja de ser en alguna medida el bebé-objeto narcisista de los padres. Esto hace necesario que el analista haga una función de «tercero» en esta escena primaria que componen la pareja parental y el hijo/a: viene a poner un límite espacial y un límite temporal.

Evidentemente, este aspecto inconsciente de la demanda de los padres, que es más o menos patológica según los casos, no debe ser confundida con la demanda secundarizada de ayuda, en la que los padres aceptan que sólo tienen un papel limitado y se puede elaborar el duelo por la inevitable pérdida de las fantasías de que nada va a cambiar ni va a ser distinto. Es necesario subrayar el hecho de que muchos padres consultan por un interés predominantemente «objetal», no narcisista, por su hijo y son perfectamente capaces de reconocerle su individuación. El hijo o la hija también son investidos por la libido objetal de los padres. Son padres que se preocupan porque ven sufrir a su hijo o hija y constatan su propia impotencia para resolver los problemas del adolescente. Esta otra demanda sí que debe ser atendida preferentemente y sometida al imperio del

encuadre, que debe incluir por tanto la variable de cuándo y cómo se atenderá a los padres, cuál será su tiempo y su espacio. El tiempo deviene entonces, como señaló E. Kittler (1999), en el Coloquio sobre análisis de niños y adolescentes de Bâle «...una potencia extranjera, el enemigo de la escena primitiva familiar». Este tiempo es, desde luego, el tiempo del surgimiento de la identidad adolescente, que el psicoterapeuta psicoanalítico no puede soslayar y además debe poder afrontar desde una posición de independencia frente a los padres. El encuadre actúa así. También como límite a la omnipotencia del psicoterapeuta. Se podrá evitar, por ejemplo, aquella escena no tan infrecuente en las psicoterapias o análisis de adolescentes en la que para sorpresa y espanto del psicoterapeuta, los padres se presentan sin previo aviso en la sesión a la hora del hijo, «...porque como él no podía venir...», o nos quieren tener al teléfono en esa hora, o nos exigen constantes certificados de control.

Obviamente, estamos tomando la posición de que los padres deben ser objeto de atención en la instauración de un setting psicoterapéutico y psicoanalítico, pero de una forma bien determinada; y precisa periodos de tiempo largos que permitan trabajar aislados al psicoterapeuta o analista y su paciente, información al adolescente de cuándo serán las entrevistas; negativa a cruzar información entre uno y otros, etc. No creemos, en definitiva, que se pueda ignorar a los padres en un setting de psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis con adolescentes. Los psicoanalistas y psicoterapeutas franceses, para hacer frente a este mismo problema, suelen recomendar la intervención de un «analista consultante», que es quien se encargará, con entrevistas terapéuticas, como sugirió E. Kestemberg (1971) del manejo y sostén de los padres mientras dure el proceso terapéutico, derivando al paciente adolescente a otro colega. Evidentemente, estamos ante otra forma de dar una respuesta al problema de los padres y el setting adolescente, introduciendo de este modo la figura de un tercero, si se dispone de los recursos necesarios, que no es lo más frecuente en nuestro país, pero también se da respuesta de un modo preciso a la necesidad de contención de los padres ante una psicoterapia o psicoanálisis de adolescentes, en la que estamos fundamentalmente de acuerdo. Se plantea como problema la posible negativa o resistencia de los padres a tomar contacto con otro profesional que no es el que realiza el tratamiento; fantasmas persecutorios pueden dificultar la aplicación de esta pauta de setting. Esto puede llevar a la indicación de entrevistas psicoterapéuticas para los padres, sobre todo en aquellos casos extremos en que las ansiedades de los padres ante el silencio, la ambivalencia y las contradicciones actuadas entre dependencia-independencia del hijo, se hagan difícilmente tolerables y predispongan a los padres también a un funcionamiento actuado. Los padres pueden necesitar, por tanto, una estructura continente de las ansiedades y no se les puede dejar sin más excluidos de todo enfoque terapéutico, abandonando la relación con ellos, «tan pronto como las reglas de cortesía lo permitan», como decía Meltzer, un tanto irónicamente, quizá expresando un ideal final y desde luego, más preocupado en un determinado momento por la instauración temprana del proceso psicoanalítico en los adolescentes y niños. Esa ignorancia misma se vuelve contra el proceso si no es manejada eficazmente.

Sin este recurso a otro colega, mi opinión es que ese tercero debe ser el propio encuadre, mediante la creación, con el setting psicoterapéutico con adolescentes, de un espacio mental diferenciado para los padres y otro para el paciente adolescente, que establezca los límites entre uno y otro, entre lo privado y lo familiar; el analista de adolescentes se ocupará de los padres en entrevistas separadas, buscando un enfoque específico de cara a éstos, como parte de su setting, que debe servir para obtener el apoyo firme de los padres, como sucede en tratamientos de psicóticos, para que el encuadre

mismo se mantenga y pueda surgir el proceso psicoanalítico. El encuadre del analista deviene así un tercero, un elemento de triangulación, al que él mismo se debe atener.

Existen también otros puntos de vista respecto al manejo de los padres en el encuadre. Así por ejemplo, D. L. Levisky (1999), analista didáctico brasileño, recomienda también una técnica diferenciada y específica en el manejo de este problema. Su actitud cuidadosa con el setting le lleva a proponer, siguiendo a E. Kestenberg (1971), incluso una observación longitudinal del paciente, a lo largo de varias entrevistas previas, «que otorguen tiempo tanto al paciente como a sus familiares y al profesional para que ellos puedan ligar con las ansiedades persecutorias inherentes al encuentro con lo desconocido que es la relación profesional y paciente/familia». Nuestra divergencia con él es que deja libres a los padres para presentarse conjuntamente con el adolescente a las entrevistas: «...cuando padres e hijos llegan juntos a la primera entrevista, la atención se inicia en conjunto», y, «a partir de la dinámica de la relación me oriento sobre la conveniencia de continuar por medio de la entrevista conjunta o separada con el adolescente», pese a que él mismo advierte el riesgo de que el adolescente o sus padres quieran incluir al analista en un complot con uno de ellos, o, lo que a mi juicio es más complicado de manejar, que «...el paciente sea puesto como punto de emergencia de conflictos que trascienden a su persona»; se le designe, pues, responsable de conflictos familiares .

Esto sucede frecuentemente, en mi experiencia. También hace recaer sobre el paciente adolescente la decisión acerca del momento en el que se entrevistará el analista con los padres, acortando las entrevistas conjuntas entre analista, padres y adolescente. Es algo fantasmáticamente demasiado cargado para el adolescente y pienso que el psicoterapeuta analítico es quien debe hacerse cargo, utilizando para ello el encuadre ...

3.- Proceso psicoterapéutico adolescente y encuadre.

A las dificultades clásicas que hemos ido enunciando anteriormente, podemos añadir otras, que han sido detectadas a medida que se avanzaba en el estudio de la teoría psicoanalítica de la adolescencia. La principal de ellas, por su gran importancia en el proceso psicoanalítico adolescente, es la llamada regresión narcisista, (Aryan , A. 1985) de la que podemos decir brevemente que es una parte del proceso evolutivo para conseguir la identidad sexual definitiva. El adolescente experimenta una crisis de identidad, o una ruptura del desarrollo o breakdown, como lo conceptualizan M. y E. Laufer (1984), en la que ha de afrontar las desidentificaciones de los objetos primarios para tejer nuevas identificaciones en las que la dimensión sexual del cuerpo quede incorporada y ello provoca intensos procesos de duelo, por el reconocimiento de pérdidas fundamentales, que le obligan a un trabajo de duelo: estos duelos son por la pérdida del cuerpo infantil, de la identidad infantil, por la pérdida de los padres infantiles y la pérdida también de la bisexualidad. Esto lo afronta el adolescente mediante una retirada inicial hacia los soportes narcisísticos primitivos y el establecimiento de una estructura defensiva narcisista frente al estado depresivo típico de la adolescencia. Esta reorganización narcisista, que se lleva a cabo en el marco de la reactivación edípica, como ha señalado T. Olmos (1996), implica la adopción de nuevas identificaciones y consecuentemente la posibilidad de nuevas elecciones objetales y la internalización de un nuevo ideal del Yo.

Quizá una segunda fuente de la problemática es el mismo carácter evolutivo de la adolescencia. La necesidad evolutiva de integración de la identidad sexual definitiva en el self adolescente. En efecto, toda la conflictiva adolescente aparece signada por la necesidad de integración de la identidad sexual y del cuerpo sexual. Es el caos y las metamorfosis de la pubertad, como lo denomina Michel Vincent (1999), continuando el

genial trabajo de Freud de 1905, «Tres ensayos de teoría sexual», gran pórtico a la psicoterapia y psicoanálisis de adolescentes. Para M. Vincent (1982) también se da una posición narcisista central en la adolescencia, que viene determinada por la decepción que produce en el adolescente el contraste entre la imagen actual de los padres y las imágenes muy idealizadas que prevalecían en la época fálica o genital infantil. La consecuencia habitual de esta decepción es una retirada de la libido, antes investida en los objetos primarios, hacia el Yo. Este movimiento narcisista, se aumentado con la convergencia de los erotismos pregenitales en la genitalidad y la amenaza de acercamiento incestuoso, ocasionando una ambivalencia en la relación con los objetos primarios que se traduce en una pérdida de autoestima: la depresión adolescente, reflejada en sus actitudes pasivas. Por lo tanto, la separación a través del setting de esos objetos, se convierte en una condición necesaria para el abordaje terapéutico de los adolescentes.

La turbulencia e inestabilidad típicas de los adolescentes imponen un delicado trabajo de diagnóstico diferencial, distinguiendo los episodios psicóticos, los funcionamientos psicóticos y la estructuración psicótica, que presentan diferencias con las de los adultos, dado su posible carácter estructurante que es necesario descubrir y por el factor de reversibilidad que las diferencia de estos problemas en los adultos. El sufrimiento adolescente, tan parecido a los estados de duelo y al fracaso amoroso, no es en sí mismo tributario de una atención o tratamiento psicoanalítico, como dijo Anna Freud. La distinción clara entre normalidad y patología es un problema específico de la adolescencia.

Un tercer factor que añade dificultad al tratamiento de los adolescentes sería el deficiente funcionamiento del superyó y la instintividad conflictiva del adolescente. El adolescente debe realizar un abandono de los objetos primarios de amor y su sustitución por objetos sexuales exogámicos. La realización de esta «transición adolescente», como la denominó P. Blos, esta oscilación entre soportes narcisistas y objetales, hace necesario el mantenimiento de la regulación de la autoestima por medio de una identificación con un Ideal del Yo maduro y estructurado en categorías abstractas. Este Ideal del Yo, heredero del narcisismo infantil, debe ser introyectado a través de la elaboración del Edipo negativo, cuyo momento más específico de elaboración es la adolescencia. El primer soporte para esta elaboración es la identificación con los iguales, que actúa como soporte y es el primer terreno de perturbación en muchos adolescentes. La alteridad, los otros, está en la base de la identificación del Yo adolescente.

La consecuencia práctica y el común denominador de estos factores es que el adolescente debe redescubrirse en la psicoterapia como objeto psicológico, como alguien que tiene un mundo interno, y el setting psicoterapéutico debe organizarse para responder a esta necesidad. Muy a menudo se observa la dificultad que tiene para percibirse como un sujeto psicológico, con ansiedades, con un mundo interior que debe reorganizar a partir de la experiencia subjetiva del caos; es pertinente recordar aquí la intensa necesidad de los adolescentes por experimentar con estados confusionales, los mitificados por el adolescente y por ello famosos «pedos» de fin de semana, tan de actualidad para nuestras autoridades en estos días.

Este síntoma y muchos otros, cuando no son muy repetitivos, monocordes y estructurados, sirven al adolescente para experimentar en el redescubrimiento de ese mundo interno que tiene otras leyes, que se estructuran alrededor del conflicto.

El setting, por tanto, debe preparar al adolescente al enfrentamiento con su mundo interno y con el conflicto; así, es imprescindible, como requisito para iniciar la

psicoterapia, establecer con él algún área de trabajo en el que el paciente reconozca conflicto, problema, necesidad de cambio. No debemos invadir al paciente. Como Vds. les habrán oído decir en las primeras entrevistas, a ellos nunca les pasa nada, todo lo que ocurre es en el exterior suyo («los que tendrían que venir son mis padres»), sucede fuera de él, ellos no existen como espacio mental, como representan con la conocida frase de «...yo, paso» que habría que traducir como yo necesito huir del conflicto, de mis emociones contradictorias, del sufrimiento que esto me traerá si lo pienso..., etc.

El setting deberá estructurarse para que una escucha analítica pueda organizarse lo antes posible. De ahí el interés de aislarnos cuanto antes de la escena primaria familiar. Por eso no creemos más en el abordaje familiar o conjunto y ponemos el setting al servicio de la libertad de decisión del paciente. No es un buen criterio iniciar una psicoterapia con un adolescente que no lo pida explícitamente. El encuadre es, ante todo, una actitud mental del analista, que en análisis debe favorecer la más pronta instalación del proceso analítico, a través del menor número posible de normas fijas.

La relación con el mundo externo se añade también como problema, puesto que como lamentaba Anna Freud, es en esta época de debilidad y fragilidad psíquica cuando la sociedad exige una mayor eficiencia en el funcionamiento psíquico del adolescente.

Toda esta configuración ha llegado a plantearnos el análisis de adolescentes como una tarea en los límites de lo analizable, como ha señalado también T. Olmos en el trabajo mencionado.

Las necesidades de despliegue del narcisismo primitivo, la problemática de la integración en el self de la identidad sexual y la necesidad de reencuentro con los objetos primarios y de revisión de los lazos objetales con ellos, imponen como exigencia la creación de un espacio psicológico y privado para el adolescente, un marco que el analista debe respetar también estrictamente, como un límite a su propia omnipotencia.

La alianza de trabajo, tal como la formulaban Zetzel (1959) o Greenson (1967), no se instala desde un principio. El paciente puede tardar en vernos como parte diferenciada de sus padres; incluso los padres se van a resistir a aceptar que nuestro papel es otro del que ellos, desde su narcisismo inconsciente, esperan devolver al hijo adolescente al cumplimiento de las metas narcisistas parentales.

El primer requisito técnico derivado de todos estos factores es el reconocimiento de que el proceso psicoanalítico no se instaura desde el principio, sino que es un proceso psicoterapéutico el que se da inicialmente. Es decir, la psicoterapia psicoanalítica y el análisis de adolescentes transitan al principio por el mismo camino.

Se hace necesario un tiempo para la instauración del proceso analítico. Algún autor, como Geleerd, llegó a creer que los resultados terapéuticos eran más función del desarrollo que de la propia técnica. Otros autores, como D. Meltzer (1967), que ha proporcionado muchos de los elementos para realizar un análisis de adolescentes, decía: «...cualquiera que haya iniciado un análisis de un púber o de un adolescente sabe cuánto tiempo pasa antes de que un proceso terapéutico dé lugar a uno verdaderamente analítico». Otra pionera en el análisis de adolescentes, Anna Freud, señalaba en 1958 la necesidad de adaptar la técnica a la situación específica del adolescente, falta de motivación y de responsabilidad, mediante una «fase introductoria», similar a la que ella preconizaba en los análisis de niños y delincuentes.

Si aceptamos que todo análisis debe pasar por una etapa psicoterapéutica previa, entonces el setting debe permitir ese paso lo antes posible y un tránsito cómodo por la etapa de psicoterapia. Esta es una premisa básica para mí.

La diferenciación entre psicoanálisis o psicoterapia analítica no puede ser establecida en base al número de sesiones. Se han descrito casos de psicoanálisis estrictamente realizado con frecuencias de dos sesiones semanales vg. el caso Blanche, de Catherine Chabert (1989), que fue comentado por R. Cahn, Ph. Gutton y Ph. Jeammet. Inclusive, es una corriente de opinión actual que este tipo de frecuencia es la más adecuada en el análisis de adolescentes.

Tampoco es un criterio diferencial definitivo la utilización o no de diván. Si la diferenciación hubiera de ser establecida en base a estos dos aspectos del encuadre, número de sesiones y diván, sería muy difícil la distinción entre psicoterapia y psicoanálisis. Realmente, diferencia más entre la utilización del psicoanálisis o la psicoterapia la actitud a adoptar por parte del analista ante la realización de un proceso psicoterapéutico y un proceso psicoanalítico.

Pero la aspiración a ese proceso psicoanalítico no puede obviar incluir estos aspectos en el setting. Con las consideraciones cronológicas necesarias, que personalmente cifro en torno a los 14-15 años en las chicas y un poco más tarde en los varones, se puede y debe ofrecer el diván, que no imponerlo, como en cualquier psicoterapia, explicando al paciente adolescente cuál es la función del mismo. El adolescente se encargará, de todos modos, en un momento dado, de traer la existencia del diván a la sesión. Se podrán así abordar las resistencias y las fantasías acerca del mismo. Hay variaciones individuales en la aceptación inicial del diván, que dependen en cierta medida de la edad; los adolescentes más jóvenes lo rechazan inicialmente pero se acaban interesando por él. El deseo de normalidad adulta juega a favor de ello. Los adolescentes centrales o postadolescentes lo suelen aceptar con más facilidad, o se interesan por él antes. Evidentemente, es una variable muy influida por las ansiedades paranoides de cada caso particular.

Naturalmente, hay otras opciones, como la de D. L. Levisky (1999), que a este respecto mantiene dos setting diferenciados, con dos espacios físicos distintos y permite el paso del adolescente de uno a otro, como también facilita instrumentos de comunicación no verbales, de tipo gráfico o lúdico, que también pueden ser o no usados. Ofrece así al adolescente la oportunidad de transitar de uno a otro, como escenificando la oscilación entre infancia y edad adulta.

Por mi parte, prefiero la introducción de un único sistema de comunicación, el verbal, desde el principio, lo que desde luego obliga a tratar de entrada las resistencias del adolescente a comunicarse de ese modo, algo que yo considero muy útil para abordar los deseos regresivos. Pero planteo en las entrevistas previas que la psicoterapia va a consistir en hablar y pensar acerca de los problemas; por ello, como dijimos antes, se debe establecer con el adolescente algo que él considere un problema, al modo de una secundarización de su propia demanda. Lo que a él le interesa no suele ser lo mismo que preocupa a los padres, pero sí es lo que debe interesar a su psicoterapeuta, que ofrece así independencia y neutralidad en su función terapéutica. El secreto profesional se verbaliza explícitamente.

Esta formulación del setting se puede utilizar desde los años de entrada en la adolescencia y ofrece la ventaja al psicoanalista de que se puede mantener sin alteración durante todo el tiempo que dure el tratamiento, tanto si eventualmente se pasa a un análisis como si no.

Otra variante serían los análisis de cinco sesiones en un marco institucional, que preconizan Moses y Eglé Laufer (1984), que es sin duda una situación óptima, pero de difícil aplicación. En nuestro país no hay instituciones que apoyen el tratamiento intensivo de adolescentes, como en el Brent Consultation Center, de Londres. En el haber de este tipo de encuadre hay que subrayar el gran caudal de conocimientos teóricos e investigación que nos han aportado. Otros analistas, como Alberto Campo, también preconizaban este setting intensivo como el ideal, que yo encuentro justificado en los casos graves, del tipo de los tratados por M. y E. Laufer, cuando estos casos son atendidos en consulta privada, casos con estructuraciones psicóticas, riesgo de suicidios u otras conductas de riesgo, que requieren a menudo un enfoque interdisciplinar, que el psicoanalista o psicoterapeuta debe incluir, suministrando información a la familia, como otra limitación más a su omnipotencia. Si un caso no presenta estas características, somos partidarios de fijar settings que no favorezcan tanto la regresión, con menor número de horas semanales. En la práctica diaria de psicoterapia psicoanalítica, un encuadre de 2 sesiones semanales suele ser bien aceptado por el paciente y sus padres, no entorpeciendo o sobre cargando la vida diaria del paciente.

Como ha mostrado O. Kemberg (1979), para diferenciar entre un proceso psicoterapéutico y un proceso psicoanalítico, la actitud que caracteriza un proceso psicoterapéutico fundamentalmente, sería:

a) Realizar un apoyo psicológico al paciente, buscando una corrección o una reeducación del mismo. Esta reeducación debe tener en cuenta el problema del deseo de los padres, lo que complica muchísimo las cosas.

b) Elusión de toda aquella problemática que no conduzca a esta reeducación, evitando regresiones, transferencia, uso exclusivo de la interpretación.

En cambio, la actitud analítica, se caracterizaría por:

a) La preservación estricta de la situación transferencial, su no alteración.

b) Comprensión de que es en la transferencia donde el paciente realizará la repetición con el analista de los conflictos infantiles y de las relaciones objetales perturbadas.

c) La escucha analítica y la utilización de una técnica interpretativa específica, como modo de puesta de manifiesto de los procesos inconscientes del paciente, utilizando el instrumento transferencia - contratransferencia, como objetivo esencial del trabajo psicoanalítico. El proceso psicoanalítico y la curación deben quedar definidos, por lo tanto, por el logro de una mejoría metapsicológica, como ya señalaba Meltzer (1967), es decir, un abandono del concepto médico de cura y de enfermedad, buscando un mejor funcionamiento del aparato psíquico desde el punto de vista estructural y dinámico.

La terminación de un análisis de adolescentes debería venir marcada por el logro de modificaciones en el mundo interno del paciente que repercutirán en una mejor comprensión y manejo o contacto con el mundo externo y con los objetos externos. Esto es algo muy diferente de lograr una mera «adaptación al mundo externo», que es un riesgo al que está más expuesto el encuadre psicoterapéutico, por lo que lo considero más dificultoso para el profesional.

Salvo por el punto primero con que Kemberg define la psicoterapia, el suministro explícito de apoyo al paciente, creo que no hay una gran contraposición en la adolescencia entre psicoterapia y psicoanálisis. Lo veo como un continuo. Soy de la opinión de que el análisis con adolescentes sigue siendo análisis cuando se mantienen estos principios, tanto

si es realizado en diván como cara a cara, con dos sesiones o con más. No existe ninguna limitación técnica para poder mantener estos principios en el análisis de adolescentes. Las limitaciones que aparecen son, principalmente, de capacidad del analista para tolerar las expresiones de angustia aguda del paciente y para trabajarlas psicoanalíticamente. Esto significa que no es suficiente un conocimiento de la técnica analítica con adultos, sino que hay que adquirir un entrenamiento específico para trabajar con estos pacientes, lo que implica un conocimiento de la teoría psicoanalítica de adolescentes y de la técnica específica que éstos requieren, pero ello no debe significar de ningún modo la renuncia al psicoanálisis de adolescentes. Por desgracia, con demasiada frecuencia se olvida la necesidad de ese entrenamiento específico para trabajar con adolescentes, lo cual es causa de muchos fracasos psicoterapéuticos.

Nuestra opinión es que, por las dificultades y especialización que comporta, no se debería empezar ingenuamente a tratar adolescentes con un escaso bagaje de análisis personal y sin entrenamiento teórico y técnico específico, o con sólo una experiencia psicoterápica con adultos. Este entrenamiento debe incluir la realización de supervisiones.

El analista debe soportar la transferencia - contratransferencia, literalmente hablando, sin manipularla ni alterarla, porque si no estará disminuido a la hora de captar los conflictos, que se nos comunican prioritariamente en formas no verbales, actuadas, con defensas con menor contenido simbólico-represivo, sin asociaciones libres, ni otros requisitos de la cura-tipo.

En este sentido, la dialéctica entre psicoterapia o psicoanálisis carece de sentido. No se trata tanto de un problema de indicaciones, sino que se ha de tener en cuenta sobre todo la necesidad de instaurar un proceso analítico que respete esencialmente la demanda y la temporalidad del paciente y le permita a éste utilizar el marco analítico como un espacio libre donde pueda desplegar su conflictiva; los analistas buscaremos que ello suceda en el marco de la relación transferencial. El instrumento interpretativo cobra un valor importante, a veces mucho más por lo que es delicadamente omitido al paciente que por lo que le decimos. Esto no supone en absoluto una renuncia al instrumento interpretativo, al contrario, impone una necesidad de elaboración de la interpretación mucho mayor en estos casos. Una interpretación mal formulada puede provocar daños y acentuar los procesos regresivos, o que el paciente abandone el tratamiento. El timing de la interpretación es, por tanto, esencial.

Se ha llegado a desarrollar toda una técnica analítica específica, que contempla las dificultades del adolescente para tolerar el dolor psíquico que se desprende de sus múltiples procesos de duelo (identidad y padres infantiles, por el cuerpo infantil, etc.). Esas ansiedades persecutorias y depresivas se manejan por los adolescentes con la utilización de gran cantidad de técnicas defensivas estructuradas alrededor de la escisión. Esto impone al analista un gran trabajo de elaboración de su contratransferencia y de tolerancia a las ansiedades agudas del adolescente. Por ello, en esta primera fase del proceso se ha de recurrir, como explica T. Olmos (1996) a hacer intervenciones e interpretaciones que tengan en cuenta especialmente «... no incrementar en él (adolescente) la ansiedad persecutoria ante la imposibilidad de tolerar los sentimientos de culpa en juego en relación a los procesos de duelo». De este modo, efectivamente la interpretación debe buscar proporcionar simbolización y verbalización a los diferentes significados que se exoactúan, así como a los procesos defensivos en relación con los duelos. Esto tiene radicales consecuencias en torno al modo en que la transferencia ha de ser trabajada en la adolescencia, de manera que no provoque un incremento de las ansiedades confusionales en las que el paciente adolescente, con su regresión narcisista,

está inmerso con tanta frecuencia. Esa elaboración de la contratransferencia aporta mucha información sobre los conflictos adolescentes.

El analista de adolescentes debe tolerar la limitación de su capacidad interpretativa y suplirla con un proceso de autocontención de este trabajo interpretativo. El adolescente ataca precisamente aquellos aspectos más narcisísticamente investidos por el analista, como es fundamentalmente su capacidad de interpretar el inconsciente. La situación es similar para el psicoterapeuta. Pero esta tarea busca la creación de un espacio analítico en el que el paciente pueda ir desplegando su transferencia. Se trata, por lo tanto, de una «fase preliminar» del proceso psicoanalítico, como lo ha denominado Asbed Aryan, en su trabajo de 1985, o de una fase psicoterapéutica, como la denominaba D. Meltzer, quien sin embargo se mantenía trabajando de una forma estrictamente analítica. Entonces estaremos trabajando en el proceso psicoanalítico adolescente tipo.

Pero la fase analítica nunca se llegará a plantear si en el proceso anterior el analista recurre a artefactos técnicos, tales como su presentación como Superyó benigno, la aprobación de los juicios del paciente, hacernos amigos de él, presentarse como modelo de identificación, etc.

4.- Sobre la psicoterapia con adolescentes

Es un ejercicio quizá más azaroso que el psicoanálisis mismo, como también señala Kerstemberg, quien afirma que «en un psicoanálisis correctamente indicado, bien aceptado e instaurado, las dificultades son sensiblemente pequeñas en relación con la psicoterapia de base analítica». Opinamos que las condiciones de definición del marco terapéutico son quizá más difíciles y en la adolescencia, cuanto más definido sea el encuadre en el que se trabaja, como ocurre con el encuadre psicoanalítico, mayor será la contención que el paciente obtendrá de ello y esto mejorará su disposición a colaborar. Por otro lado, en la adolescencia, los enfoques «correctivos», que busquen una inserción social o una integración familiar, la paz familiar, tienen menores posibilidades, dada la necesidad de autoafirmación narcisista de los adolescentes, imprescindible para el crecimiento y la maduración posterior. Así, el psicoterapeuta de adolescentes tiene que definir con una mayor precisión que cuando trabaja con pacientes adultos o niños, el marco y las funciones de su intervención terapéutica, manteniéndose equidistante de las presiones familiares e institucionales, por lo que su trabajo alcanzará una gran dificultad. Quizá también se vea más presionado por la realidad externa que el psicoanalista, más centrado en la realidad psíquica.

La realización de una psicoterapia psicoanalítica puede ser utilizada como una buena base para la realización de un tratamiento psicoanalítico posterior: así son los frecuentes análisis en dos tiempos de los adolescentes, que acuden en un primer momento traídos por los padres y, tras un periodo de psicoterapia e incluso de análisis, pueden retomarlo más tarde a petición propia, en función de sus necesidades cambiantes.

El contacto con el adolescente será también más complicado por cuanto esa finalidad correctiva despertará un conjunto de reticencias y defensas que se hará más difícil superar. El psicoterapeuta tendrá más complicado ser diferenciado de los objetos primarios; así en los casos en que exista una mala relación objetal con ellos, su posibilidad de acceso al paciente adolescente se verá complejizada. El empeño psicoterapéutico con adolescentes nos parece una tarea enormemente importante, si bien advertimos sobre esa mayor presión que ha de soportar el terapeuta que asuma esa función correctora, que puede ser tergiversada y malentendida tanto por los padres como por el propio paciente. En realidad,

ésta es la propia historia del desarrollo del método psicoanalítico y las dificultades que este mismo hubo de resolver.

El proceso psicoanalítico, centrado en el conocimiento del mundo interno, que busca esa mejoría metapsicológica, nos permite trabajar más alejados de las presiones externas, familiares y sociales, de una forma más individualizada y comprometida en el propio interés del paciente, cuya colaboración es mayor cuando percibe las ventajas de intimidad y libertad. Esto daría una cierta ventaja a la indicación de psicoanálisis.

La necesidad del análisis personal individual para el psicoterapeuta psicoanalítico es fundamental; la naturaleza de los núcleos narcisistas, las ansiedades y defensas que debe tratar, exigen un análisis personal en el que se haya podido profundizar en estos aspectos del propio psicoterapeuta o analista. Sin un análisis personal amplio no es conveniente tratar adolescentes ni aún en psicoterapia, por los riesgos que conlleva para el paciente y para el propio psicoterapeuta.

Para terminar, me gustaría solamente subrayar que el trabajo psicoterapéutico con adolescentes tiene una gran utilidad por su vertiente preventiva, derivada de que es a esta edad cuando se consolida la identidad definitiva. Además, la adopción de valores sociales y culturales, la humanización, pasa por la consolidación de un ideal del Yo maduro, ligado a categorías abstractas, y ésa es una tarea específica de la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

- ARYAN, A. (1985) *El proceso psicoanalítico en la adolescencia*. Revista Psicoanálisis Apdeba. Tomo VII. nº 3. Buenos Aires.
- BLOS, P. (1979) *La transición adolescente*. Buenos Aires. Assapia Amorrortu Editores. 1981.
- CHABERT, C. (1989) Presentación de un caso clínico: Blanche. psicoanálisis. Apdeba. Vol XIII, nº 3. Buenos Aires 1991.
- FREUD, A. (1970) *El psicoanálisis infantil y la clínica*. Buenos Aires. Paidós. 1977.
- “ (1958) *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Buenos Aires. Paidós. 1980
- FREUD, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*. O.C. Tomo VII. Amorrortu Editores .
- GREENSON, R. R. (1967) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Méjico. Siglo XXI. 1976.
- KERNBERG, O. F. (1979) *La trascendencia de la enseñanza y de la práctica de la psicoterapia para la formación psicoanalítica*. XXXI Congreso I.P.A.
- KESTEMBERG E. (1971) *Les psychotérapies des adolescents. Confrontations Psychiatriques*. Vol. VII.
- KITTLER, E. (1999). *P re n d re le temps sans en avoir le temps: L'échappée de l'adolescence: Etude d'un cas de préoccupations obsessionnelles*. EPF Bulletin Psychanalyse en Europe nº 54. Année 2000. Barcelona.
- LAUFER, M y E. (1984) *Adolescencia y Crisis del Desarrollo* . Barcelona. Espaxs 1988.
- LEVISKY, D. L. (1998) *Adolescencia. Reflexiones Psicoanalíticas*. Buenos Aires. Ed. Lumen. 1999.
- MELTZER, D. (1967) *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires. Paidos-Horme. 1968
- OLMOS, T. (1996) *Adolescencia: en los límites de lo analizable*. Revista de psicoanálisis de la APM. 24.96. Madrid.
- PAZ, C. A. y cols. (1980) *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia. Nau Llibres.
- VINCENT, M. (1982) *Les transformations de la relation d'objet pendant l'adolescence*. Revue Française Psychanal. 46, 6, pp. 1171-1185.
- ” (1999) *Les métamorphoses de la puberté*. EPF Bulletin Psychanalyse en Europe nº 54. Année 2000. Barcelona.