

Trabajo concurrente con padres de pacientes adolescentes

KERRY KELLY NOVICK¹ Y JACK NOVICK²

Este artículo es una reproducción del original
Concurrent Work with Parents of Adolescent Patients, de Kerry Kelly Novick y Jack Novick
que apareció en *The Psychoanalytic Study of the Child*, 67 (2013, 1): 103-136
copyright © Association for Child Psychoanalysis, <http://www.childanalysis.org/>,
y se reproduce con el permiso de Taylor & Francis Ltd, <http://www.tandfonline.com>
en nombre de la Association for Child Psychoanalysis

DOI: 10.1080/00797308.2014.11785491

Jack Novick es un analista didáctico de la Asociación Analítica Internacional (International Psychoanalytic Association - IPA) y de facultades de varios Institutos. Antiguo profesor asociado de psicología en los departamentos de psiquiatría de la Universidad de Michigan y de la Unviersidad Estatal de Wayne, también presidió el Child Psychoanalysis Training del Instituto Psicoanalítico de Michigan Psychoanalytic.

Kerry Kelly Novick es analista didáctica de la Asociación Analítica Internacional (International Psychoanalytic Association - IPA), así como de facultades de varios Institutos. Antigua profesora de psicoanálisis en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Michigan, presidenta de la Asociación para el psicoanálisis infantil y fundadora de la guardería Allen Creek Preschool.

Traducido del inglés por Fernando Dualde Beltrán

El artículo puede descargarse gratuitamente desde la web: www.fundacioorienta.com

RESUMEN

Trabajo concurrente con padres de pacientes adolescentes

En los últimos diez años hemos asistido a la creciente aceptación de la idea general de trabajar con los padres (1) de pacientes infantiles. Sin embargo, aún persiste como área de controversia, conflicto y resistencia la cuestión de si los terapeutas deben –o pueden–, y en qué medida, trabajar con los padres de pacientes adolescentes. Las preguntas se centran alrededor de cómo mantener la confidencialidad y desembocan en una cuestión de mayor entidad, como es la conceptualización de los objetivos del desarrollo de la fase de la adolescencia.

Consideramos que las principales tareas del desarrollo tanto para padres como para sus hijos adolescentes implican la transformación del *self* y de la relación en un contexto de diferenciación más que de separación. Si el terapeuta de adolescentes parte del supuesto de que el objetivo de la adolescencia es la transformación, el trabajo concurrente con padres y adolescentes les llevará a todos ellos hasta un nuevo nivel de relación. Sin el cambio concomitante de los padres, para los adolescentes resulta doblemente difícil el progreso hacia la edad adulta.

En este artículo ofrecemos material clínico de cinco adolescentes mayores y de sus padres con el objeto de ilustrar las técnicas que se derivan de nuestro modelo de trabajo dinámico concurrente con padres a lo largo de las diferentes fases del tratamiento. Mediante el empleo del marco conceptual de las tareas de la alianza terapéutica, describimos el trabajo hacia la consecución del doble objetivo terapéutico de la restitución en la trayectoria del desarrollo progresivo y de la restitución de la relación parento-filial. Prestamos especial atención al despliegue de los conflictos entre el funcionamiento omnipotente de sistema cerrado y el de dominio de la realidad de sistema abierto, así como al papel de los padres en el desarrollo del adolescente mayor.

RESUM

Treball concurrent amb pares de pacients adolescents

En els darrers deu anys, hem assistit a la creixent acceptació de la idea general de treballar amb els pares de pacients infantils. No obstant, encara persisteix com a àrea de controvèrsia, conflicte i resistència la qüestió de si els terapeutes han –o poden–, i en quina mesura, treballar amb els pares de pacients adolescents. Les preguntes se centren al voltant de com mantenir la confidencialitat i desemboquen en una qüestió de més entitat, com és la conceptualització dels objectius del desenvolupament de l'adolescència.

Considerem que les principals tasques del desenvolupament tant per a pares com per als seus fills adolescents impliquen la transformació del *self* i de la relació en un context de diferenciació més que de separació. Si el terapeuta d'adolescents parteix del supòsit que l'objectiu de l'adolescència és la transformació, el treball concurrent amb pares i adolescents els portarà a tots ells fins a un nou nivell de relació. Sense el canvi concomitant dels pares, per als adolescents resulta doblement difícil el progrés cap a l'edat adulta.

En aquest article oferim material clínic de cinc adolescents grans i dels seus pares amb l'objectiu d'il·lustrar les tècniques que es deriven del nostre model de treball dinàmic concurrent amb pares al llarg de les diferents fases del tractament. Mitjançant l'ús del marc conceptual de les tasques de l'aliança terapèutica, descriuim el treball cap a la consecució del doble objectiu terapèutic de la restitució en la trajectòria del desenvolupament progressiu i de la restitució de la relació entre pares i fills. Posem especial atenció al desplegament dels conflictes entre el funcionament omnipotent de sistema tancat i el de domini de la realitat de sistema obert, així com al paper dels pares en el desenvolupament de l'adolescent gran.

Un editorial de David Reiss de un número del *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* de 2011 citaba estudios importantes que demostraban la interrelación entre las patologías infantiles y las parentales. Basándose en el resumen que hacía de dichas investigaciones, reivindicaba una “[...] mejor integración de los servicios de salud mental de niños y de adultos. En una situación ideal podemos considerar dos niveles de integración: el primero es hacer de la díada padre-hijo la *unidad de valoración* [...]. Una segunda y más compleja integración de la asistencia es cuando padre e hijo se convierten en la *unidad de tratamiento*” (pp. 432 - 433).

Cien años antes, en 1911, Freud había dicho que el desarrollo en el niño sólo puede tener lugar “con tal que le agreguemos el cuidado materno” (p. 225). Años más tarde, Winnicott (1965 [1993]) dijo que “no hay nada que sea un infante [...]; siempre que encontramos un infante encontramos también el cuidado materno” (p. 54 [p. 50]). Entre estos dos comentarios psicoanalíticos, así como en años posteriores, se ha negado el rol del trabajo parental en el tratamiento dinámico de niños y adolescentes. En una reseña de nuestro libro de 2005 (2019), *Trabajo con padres y terapia con hijos. Un modelo integrador*, Yanof lo definió como “[...] una cuestión de la que apenas se ha escrito en psicoanálisis, a pesar de que [...] se trata de uno de los aspectos con los que más se tropieza al tratar pacientes infantiles” (2006, p. 54).

Desde 1990, venimos hablando acerca de un modelo evolutivo del trabajo parental y hemos sintetizado nuestro punto de vista en un libro (K. Novick y J. Novick, 2005, 2019) y en los artículos publicados posteriormente (J. Novick y K. Novick, 2008, 2011; K. Novick y J. Novick, 2008). Dicho modelo sostiene que el trabajo parental es fundamental y legítimo y emplea el repertorio completo de intervenciones psicoanalíticas. El progreso a través de las fases del tratamiento afecta y se ve dinámicamente afectado por la interacción con el trabajo parental. La consolidación de los padres en la fase de la parentalidad puede verse afectada profundamente por el movimiento evolutivo progresivo del hijo.

¿Por qué trabajar con los padres de niños y adolescentes?

La principal razón para trabajar con padres es pragmática, en la medida en que podemos demostrar que contribuye a que la gente comience el tratamiento, permanezca en el mismo y lleve a cabo el trabajo que es necesario, y pueda dejarlo en un tiempo razonable, conservando los beneficios del mismo (K. Novick y J. Novick, 2005, en especial p. 167 [2019]).

Algunas razones adicionales son:

- Los niños viven con y regresan a su familia y a su entorno: los logros tienen más posibilidad de conservarse si la familia también ha cambiado.
- La parentalidad es una fase del desarrollo: el crecimiento adaptativo de los padres respalda el cambio del hijo; la patología parental destruye los logros alcanzados en su tratamiento.
- Los padres son una parte importante del mundo del hijo, a veces la mejor parte (Furman, 1995). También son parte de los problemas del hijo, tanto de forma primaria como parte de la causa, como de forma secundaria al verse afectados por el impacto del trastorno.
- Hay angustias parentales específicas para cada fase del tratamiento que pueden afectar a la continuidad y a la finalización del mismo.

En los últimos diez años hemos asistido a la creciente aceptación de la idea general de trabajar con los padres de pacientes infantiles. El auténtico cambio parece estar en que los analistas de niños se sienten ahora libres de hablar acerca de lo que muchos de ellos han hecho toda la vida: con la excepción de los kleinianos ortodoxos, siempre han atendido a los padres de un modo u otro. Los relatos actuales de casos infantiles incluyen cada vez más la descripción de trabajo parental (véase, por ejemplo, Todd, 2012; J. Novick y K. Novick, 2012). Al margen de las técnicas descritas, resulta más fácil comentar el trabajo con padres de bebés, preescolares y niños en edad escolar.

Sin embargo, lo que permanece como área de controversia, conflicto y resistencia es la cuestión de si los terapeutas deben, y hasta qué punto, trabajar con los padres de pacientes adolescentes. Proliferan las preguntas alrededor de cómo

mantener la confidencialidad y desembocan en una cuestión de mayor entidad, como es la conceptualización de los objetivos del desarrollo de la fase de la adolescencia. Hemos señalado la descripción psicoanalítica tradicional que se hace de los adolescentes como no analizables, la alta tasa de finalizaciones prematuras de los tratamientos en adolescentes y el elevado recambio de profesionales en entornos hospitalarios y ambulatorios que tratan con ellos (J. Novick y K. Novick, 2008). Como ya dijimos, “si expandimos el dominio e incluimos el fundamental trabajo concurrente con los padres como parte integral del tratamiento de adolescentes, podemos incrementar la tasa de éxito, así como retener a un mayor número del personal que trabaja con adolescentes” (ibíd., p. 147).

¿Cuáles son los presupuestos teóricos que subyacen bajo nuestro modelo de trabajo parental?

- La parentalidad es una fase del desarrollo adulto normal, con subfases que se ven afectadas por las interacciones dinámicas con los hijos (Benedek, 1959).
- Padres e hijos están involucrados en una interacción compleja de por vida.
- El crecimiento consiste en una serie de transformaciones en los hijos, en los padres y en las relaciones entre ellos.
- El desarrollo implica interacciones epigenéticas en todos los niveles de complejidad pero, en este contexto, la principal es la que tienen lugar entre padres e hijos a lo largo de todo el ciclo vital.
- La “adquisición de la autorregulación es la piedra angular del desarrollo en la infancia temprana y atraviesa todos los dominios del comportamiento” (National Research Council, 2000, p. 3).
- El modo de autorregulación se puede caracterizar en términos de dos sistemas de funcionamiento que hemos denominado “abierto” y “cerrado”.
- El tratamiento de los niños tiene un doble objetivo.
 - a) La restitución del niño en la trayectoria del desarrollo progresivo (A. Freud, 1970).
 - b) La restitución de la relación parento-filial como una fuente de enriquecimiento permanente para ambos.

- La alianza terapéutica es el marco conceptual para el trabajo parental continuado. Pone en práctica el sistema abierto de autorregulación.
- La consecución de las tareas de la alianza terapéutica promueve la sintonía afectiva.

Todos estos presupuestos teóricos son igualmente válidos, desde nuestro punto de vista, en el trabajo con pacientes adolescentes y sus padres. Nos hemos dado cuenta (DeVito, Novick y Novick, 2000 [1994]) de que la mayoría de teóricos y de terapeutas de adolescentes han mantenido una postura definida respecto a que el objetivo de la adolescencia es la separación; que los adolescentes normales necesitan mantener pensamientos, deseos y actividades en secreto respecto de sus padres como parte del proceso de separación; y que los adolescentes necesitan aliados en el inevitable choque generacional debido a su necesidad “normal” de rebelarse contra cualquier autoridad. Cada una de estas visiones ha sido axiomática tanto en la educación infantil analítica como, de hecho, en la visión cultural que se tiene de la adolescencia, al tiempo que ha influido en las decisiones técnicas a la hora de diseñar tratamientos para adolescentes. Con este concepto estándar de desarrollo adolescente, la intrusión parental y/o la incapacidad del joven para separarse han sido considerados como los principales obstáculos para el tratamiento y el crecimiento del adolescente. Por ello, muchos analistas que trabajan con adolescentes derivan sistemáticamente a los padres a un profesional diferente.

Nuestra visión de la adolescencia plantea que las principales tareas del desarrollo tanto para padres como para sus hijos adolescentes implican la transformación del self y de la relación en un contexto de diferenciación más que de separación, en particular de la separación física (K. Novick y J. Novick, 2005; 2019; J. Novick y K. Novick, 2008, 2011). La adolescencia es un reto multidimensional para la gente joven y para los adultos que cuidan de ellos. Si el terapeuta de adolescentes parte del supuesto de que el objetivo de la adolescencia es la transformación, el trabajo concurrente con padres y adolescentes les llevará a todos ellos hasta un nuevo nivel de relación. Sin el cambio concomitante de los padres, para los adolescentes resulta doblemente difícil el progreso hacia la edad adulta.

Los editores nos pidieron escribir un “artículo de posicionamiento” acerca del trabajo parental en lo que respecta al tratamiento de adolescentes. Puede encontrarse el modelo general en nuestro libro de 2005 (2019), así como en numerosos artículos. En éste, ilustraremos específicamente las técnicas que se derivan de nuestro modelo de trabajo dinámico parental concurrente mediante el material de pacientes adolescentes y de sus padres a lo largo de las fases del tratamiento.

Queremos insistir en que asumimos que el centro del plan terapéutico es el trabajo individual con el adolescente. Cualquiera que sea la orientación terapéutica o la teoría de la técnica que uno adopte, el tratamiento individual es el lugar en el que el joven crece y cambia. El trabajo parental concurrente sostiene y facilita ese esfuerzo pero no lo sustituye. Nos gustaría contar las historias de cinco adolescentes mayores, cuatro jóvenes chicos y una chica, en la medida en que ellos y sus padres negociaron el tránsito desde la adolescencia tardía hacia la primera adultez, con el foco puesto en la interacción entre el trabajo parental y los tratamientos individuales.

Cada tratamiento no puede ni debe ser lo mismo. Este no es un modelo normativo ni un intento de establecer reglas para llevar a cabo un análisis. Algunos jóvenes se niegan a que veamos a sus padres, algunos padres no se implican, algunos padres *microdirigen* las vidas de sus hijos. En algunas ocasiones, los adolescentes viven lejos de sus padres, porque la universidad está lejos de casa o porque las obligaciones laborales o militares requieren ausencias. Un divorcio conflictivo o la presencia de patología pueden hacer que sea difícil el trabajo en equipo; la muerte o la enfermedad pueden hacer que un progenitor no esté disponible.

Sin embargo, consideramos central, más allá de las cuestiones prácticas de los planes concretos de tratamiento, que los analistas tengan a los padres en mente, que retengan la relación parento-filial en el mundo del tratamiento. En este artículo sugerimos que en el tratamiento del adolescente se pueden obtener más resultados, de manera más rápida y más profunda si el analista incluye esta dimensión en todos los aspectos de la labor terapéutica. El psicoanálisis es la única psicología general que abarca la

complejidad de los individuos y de sus familias. Como tal, genera técnicas multimodales. Nuestro objetivo al explorar el trabajo parental concurrente es expandir el repertorio del terapeuta, del mismo modo que el tratamiento aspira a expandir las capacidades adaptativas del individuo.

Hemos comprobado que resulta de utilidad mostrar estas ideas en un resumen. Así pues, incluimos a continuación, en la tabla 1, titulada “Trabajo parental concurrente a través de las fases del tratamiento del adolescente”, donde hacemos el listado de las tareas de la alianza terapéutica y los desafíos para los padres, sus sentimientos y angustias alrededor de dichas tareas y las defensas y resistencias movilizadas como respuesta, así como las intervenciones del terapeuta para abordarlas.

De la evaluación y la indicación al inicio del tratamiento: Kevin

Para nosotros, la evaluación es una fase crucial del trabajo con una familia. Se trata del esfuerzo por comprender el mundo del potencial paciente y de sus padres. El analista trabaja para poner en marcha varias transformaciones psicológicas con el fin de valorar la capacidad de cambiar, discernir áreas de fortaleza, así como la presencia de resistencias o de patología, y crear una alianza terapéutica. Se establece la hoja de ruta y las condiciones de trabajo de un posible tratamiento. Todo esto tiene una duración diferente para cada familia.

La madre de Kevin telefoneó para concertar una entrevista con su hijo de 19 años. Dijo que éste no tenía interés en la terapia porque pensaba que todo era problema de su padre, que era quien tendría que acudir a tratamiento. Ella también pensaba que su marido tenía problemas pero su hijo tenía verdaderas dificultades: cursaba un periodo de prueba académico, estaba muy deprimido y no parecía que los dos antidepresivos que le habían recetado estuvieran funcionando. Kevin no le había dirigido la palabra a su padre en todo un año.

Había venido a la ciudad para ayudar a Kevin con la mudanza al nuevo alojamiento, ya que había dejado – ¿o le habían pedido que lo hiciera? – su fraternidad. “¿Podría telefonar su hijo

si aceptaba su sugerencia?”. Ella pensó que él lo rechazaría. Le sugerí que primero nos viéramos, ya que ella se encontraba aquí estos días. En la entrevista relató parte de la historia de las familias de ambos progenitores y planteó la hipótesis de que los problemas de su hijo provenían de cuando era un adolescente joven y su padre perdió el trabajo. A medida que describía la revuelta y el debate en el negocio familiar acerca del rol de su padre, quedaba cada vez más claro que todos continuaban afectados por ello. La madre luchaba contra una tristeza y una frustración tremendas. Al definirlo como un trauma familiar, se abrió el camino para hablar con Kevin acerca de acudir a consulta.

Le sugerí a la madre que, más que decirle que necesitaba una terapia, le dijera que me había hablado acerca de la pérdida del trabajo del padre, de su rabia y retirada posteriores, y del impacto que había supuesto para todos ellos. Podía decirle que yo lo había definido como un trauma del que todos los miembros de la familia necesitaban hablar, que a ella le había ayudado el contármelo y que también podría ayudarle a él.

Kevin telefoneó esa misma tarde y nos vimos varias veces a lo largo de los días que siguieron. En un principio se desahogó acerca de lo controlador, despreciativo y culpabilizador que era su padre. Dijo que ya no le tenía ningún respeto y que no quería hablar con él. Le comenté que, a juzgar por lo que tanto él como su madre me habían contado, podía ver cuán molesto y enfadado se sentía. Me pregunté por qué estaba teniendo tantos problemas en el centro académico y con los amigos, si todo el problema era su padre. Dijo sí que era culpa suya porque hasta entonces él nunca se había sentido tan mal como se sentía ahora. Habló acerca de sus dificultades académicas y del aislamiento y distanciamiento que sentía respecto a los demás chavales. Le preocupaba que pensarán que era raro e, incluso, desagradable.

Todo aquello sonaba a que se estaba dañando a sí mismo con el fin de devolvérsela a su padre. Partiendo de su interés en la política de Oriente Medio, le señalé que se estaba comportando como un terrorista suicida que ataca al enemigo destruyéndose a sí mismo. Esta metáfora le sorprendió. Señalé que el terrorismo suicida es un

arma de gente desesperada. ¿Tan desesperado se sentía? ¿Le interesaba encontrar alguna otra manera de sentirse eficaz?

Durante la semana siguiente continuamos viéndonos y hablando acerca de encontrar la energía para explorar soluciones más adaptativas y poder hacerlo sin medicación. Cuando introduje la idea del “músculo emocional”, le resultó tan fascinante que telefoneó a su madre para contarle lo útil que encontraba las metáforas que elaborábamos. Ésta llamó para comentar lo alentada que se sentía al ver a su hijo tan implicado, ya que no lo había escuchado tan positivo desde hacía años, lo que me sirvió para decirle que habíamos hablado acerca de dejar de tomar medicación.

La madre comenzó a plantear la terapia y coincidí con ella en que ahora sí que parecía viable. Le dije que lo comentaría con Kevin pero que un plan terapéutico no podía finalizar hasta que no hubiera hablado con ella y con su marido acerca del doble objetivo del tratamiento y de las condiciones de trabajo de nuestro esfuerzo de colaboración. Le expliqué que el tratamiento estaría dirigido a restituir la capacidad de su hijo para escoger soluciones que le hicieran avanzar e, igualmente, incluiría un trabajo para fortalecer la relación parento-filial. Le pedí que lo transmitiera a su esposo y le dije que me gustaría poder hablar pronto con él.

Cuando Kevin y yo hablamos acerca de embarcarnos en un análisis reglado, cuatro veces por semana, con el objetivo específico de descubrir sus fortalezas, construir a partir de ellas y transformar la relación con sus padres, le dije que cualquier tratamiento tendría que involucrarlos a ellos. No puso objeciones. Quería que hablara con su padre, ya que seguía pensando que éste era la causa de todos sus males. Kevin quería un tratamiento y también tenía el deseo de que tratara a su padre y lo cambiara.

A pesar de que no mostró preocupación alguna acerca de la confidencialidad, saqué el tema a colación, enfatizando la distinción entre secreto profesional y privacidad. Le dije que los detalles de su historia, que aprenderíamos juntos de diferentes maneras, permanecerían totalmente en privado. Los pensamientos y los sentimientos eran privativos de él, que era quien decidía si los compartía conmigo o con cualquier otra

persona. Los actos eran públicos: acciones peligrosas o potencialmente peligrosas no quedaban bajo el manto de la privacidad, de modo que trabajaríamos juntos acerca de qué hacer en tales circunstancias.

Con el objetivo de transformar la relación con sus padres en mente, le dije que compartiría con él las cuestiones que surgieran en mis conversaciones con ellos. En última instancia, todos tendrían una comunicación más fluida, así como el placer de compartir sus experiencias entre sí.

Hemos escrito en numerosas publicaciones acerca de la distinción fundamental entre privacidad y secreto profesional, que se corresponde con la diferenciación entre un funcionamiento de sistema abierto basado en la realidad y las relaciones de poder de sistema cerrado en las que los secretos son un medio para la dominación (K. Novick y J. Novick, 2005 [2019]; J. Novick y K. Novick, 2008; 2011). A pesar de ello, la cuestión de la confidencialidad siempre es el principal escollo en la mente de los terapeutas a la hora de llevar a cabo el trabajo parental. Por ello, hay que diseñar técnicas que reaseguren a los profesionales que sí que pueden proteger la privacidad del paciente, ayudar a sus padres a tolerar la frustración de no saberlo todo, fomentar una mayor comunicación e intercambio entre éstos y el hijo, y que redefinan la distancia y la autonomía entre ellos.

Desde el principio se comenta con los padres y los adolescentes la diferencia entre privacidad y secreto profesional. La privacidad se presupone para la vida mental y es un derecho relacionado con el respeto mutuo entre individuos diferentes. El secreto es una no revelación voluntaria que comporta la utilización de una información con el fin de sentirse poderoso en relación con aquellos a los que se excluye de su conocimiento. A menudo surge cuando la intrusión y el control son los elementos de la relación parento-filial. Indicios de estas conflictivas dimensiones emergen durante la evaluación y ponen al analista en alerta respecto a potenciales problemas en torno a la separación y a los límites. Diferenciar entre privacidad y secreto profesional proporciona al terapeuta el vocabulario necesario para explorar los secretos familiares, los secretos de los padres y los secretos del hijo. No hacer esta distinción deja al analista

vulnerable a la “contratransferencia silenciosa”, una resistencia interna a comprometerse con áreas de la privacidad del paciente que entonces puede tener el impacto destructor de convertir los asuntos privados en poderosos secretos (J. Novick y K. Novick, 2008, p. 148).

Kevin reaccionó a la conversación acerca de la privacidad y el secreto profesional telefoneando a su padre para hablar con él por primera vez en más de un año. Todos mis contactos hasta ese momento habían sido con la madre pero, a partir de la llamada del hijo, su padre se sumó a las sesiones parentales que siguieron. Conforme conversábamos, éste expresó su gratitud por el cambio y se mostró sorprendido de que hubiera decidido dejar de tomar el tratamiento. La madre estuvo totalmente de acuerdo con las condiciones de trabajo del análisis, incluidas las sesiones telefónicas periódicas, así como las visitas que ocasionalmente pudieran tener cuando estuvieran en la ciudad. El padre, aunque agradecido, todavía se mostraba ambivalente y quería que trabajáramos mes a mes, con reparos acerca de la tarifa, el pago y la facturación; asuntos que habríamos tratado más adelante pero que me confirmaron la realidad actual de la descripción que Kevin había hecho del estilo controlador de su padre.

En nuestras sesiones telefónicas conjuntas, los padres contaron más cosas de la historia del hijo, ofreciéndome una viva impresión de cómo era de pequeño. Comencé a escuchar cuánto había admirado e idealizado a su padre antes del trauma familiar. Pude hacerme una idea con todos ellos de lo importante que había sido el amor mutuo y de la gran pérdida que habían sufrido. A pesar de la actitud quisquillosa del padre, quedaba claro que quería a su hijo. El conocimiento de este amor parental primario me resultó esencial a la hora de soportar los momentos en los que el padre regresaba a su estilo maltratador. Fui capaz de mantenerme firme al afirmar que un encuadre mes a mes socavaría el tratamiento. Sobre la base de su deseo subyacente de hacer lo mejor para su hijo, el padre concedió que yo sabría la mejor forma de llevar a cabo el tratamiento de Kevin.

Animé a los padres a telefonar o enviar correos electrónicos cuando tuvieran cualquier pregunta o preocupación. Durante las primeras

semanas de análisis, la madre llamó en numerosas ocasiones con preocupaciones acerca de los ánimos de Kevin, preguntándose si éste necesitaba que ella fuese. Estas conversaciones me permitieron distinguir inmediatamente un patrón que todavía no había surgido en las primeras sesiones con él. Cada vez que su madre telefoneaba, se lo decía, preguntándome si era consciente de que su malestar siempre movilizaba las ansiedades de su madre, provocándole el deseo de venir a rescatarlo. Bien pronto establecimos una jerga para tales interacciones y pudimos identificarlas en el momento que surgían.

Conforme Kevin controlaba la necesidad de preocupar a su madre, empezó a traer esta dinámica en la relación terapéutica. El dominio de formas alternativas para relacionarse con su madre que iba adquiriendo se mostraba en su sentido del humor cuando, cada vez que ambos detectábamos sus lloriqueos o su patetismo, bromeaba diciendo que casi que mejor telefoneaba a su madre para que viniera a por él. Al cabo de seis semanas de análisis, cuando volvió a casa para el Día de Acción de Gracias, toda la familia se dio cuenta de lo que había cambiado. Estaban sorprendidos de lo desenfadado e implicado que estaba. Sin embargo, me dijo que se había sentido raro, sin saber qué decir o cómo relacionarse.

Esta secuencia dinámica ilustra la complejidad e inmediatez del trabajo concurrente individual y parental. La madre, con su angustia, aportó primero la “conexión a través del dolor” (J. Novick y K. Novick 2007, [1996]). Trabajé esto con Kevin, quien entonces tomó conciencia de que esta era su forma de estar próximo a su madre y de tener una relación exclusiva con ella. De manera simultánea, hablé con los padres acerca de su contribución a esta dinámica. La buena relación establecida con la madre me permitió sugerirle y reforzarla en el empleo de otras formas de responder a su hijo, pero el padre resultó ser un aliado inesperado cuando dijo que siempre le había preocupado cómo ella lo mimaba.

La sensación de vacío que experimentó Kevin durante las vacaciones del largo fin de semana de noviembre (2), señaló la dirección del trabajo continuado en su análisis acerca del papel que jugaba el dolor en su personalidad y su historia globales. Pudimos ver cómo había una lucha

para dejar de lado un funcionamiento de sistema cerrado y descubrir vías de alternativas de relación consigo mismo y con los demás. Para entonces, su análisis estaba bien consolidado en la fase inicial y pudimos anticipar resistencias intensas que provendrían de varias fuentes y en diferentes momentos tanto por su parte como del lado de su madre y de su padre.

Estos primeros meses de tratamiento aportaron varios cambios. Los padres comenzaron a implicarse en una serie de transformaciones, re-trabajando aspectos de su relación con el otro, con Kevin y con el resto de hermanos, así como con acontecimientos de su historia común. Ya no se sintieron desvalidos ni necesitaron externalizar responsabilidades. Se estableció su importancia como padres de un adolescente y asumieron el doble objetivo del tratamiento. No se sintieron excluidos sino que respetaron la privacidad del análisis de su hijo.

Kevin avanzó desde una posición de continuo resentimiento, a través del estancamiento psíquico, hasta comenzar a re-trabajar dinámicamente su estructura de personalidad. Se permitió a sí mismo “estar con” el analista para embarcarse en un trabajo conjunto. Al dejar atrás una actitud masoquista rígida con cada uno de sus progenitores, comenzó a relacionarse con ellos como individuos diferentes. Comenzó a experimentar los conflictos como internos. El trabajo parental concurrente enriqueció y aceleró todos estos logros.

De la fase inicial a la fase intermedia del tratamiento: Melinda

La madre de Melinda telefoneó porque su hija de 18 años, estudiante de primer curso en la universidad, tenía crisis de pánico. Había ido a un terapeuta cognitivo-conductual pero la terapia apenas había sido eficaz. La madre quería saber si yo empleaba este tipo de terapia y le respondí que utilizaba una técnica multimodal que atendía a las necesidades particulares de cada uno, así como al momento evolutivo en el que se encontrara. Comenté que, si su hija y yo decidíamos trabajar de forma conjunta, también querría incluir a los padres, y que la única técnica que no empleaba era la prescripción de medicación. En ese contexto, la madre refirió que ella

misma había tenido ansiedad durante muchos años y que había intentado con diferentes modalidades terapéuticas. Tanto ella como el resto de miembros de la familia tomaban medicación y se preguntaba si esto podría ayudar a su hija, que no quería tener que tomarla.

Vi a Melinda a la semana siguiente. Tras la fase de evaluación, comenzamos las sesiones dos veces por semana para hacer un “trabajo exploratorio” a fin de averiguar la dimensión de su problema y cuánto quería y podía involucrarse para obtener una mejoría con este tipo de tratamiento. Hablé por teléfono con su madre una vez al mes y Melinda se sintió satisfecha de que esto formara parte de nuestro trabajo conjunto.

Sus crisis de pánico cedieron con facilidad a medida que profundizaba en la terapia. Las sesiones estaban repletas de sentimientos intensos y de historias sobre su noviazgo de larga duración. Comenzó a darse cuenta de lo mucho que confiaba en su pareja para gestionar sus propias emociones. A pesar de su deseo de romper, temía ser incapaz de manejarlo ella sola. La mayor parte del trabajo previo se concentró en sus fortalezas y en la idea de que expresara su propio criterio. Resultó crucial una interpretación temprana sobre cómo había convertido a su novio en una figura materna y, de rebote, daba la sensación de que ella, a su vez, también tenía que funcionar como una madre para él.

A comienzos del segundo curso, Melinda decidió que debía cortar con él porque se dio cuenta de que se estaba reprimiendo de tener las experiencias y los retos que ofrecía la vida universitaria. Al principio gestionó muy bien la separación. Eran sus padres quienes parecían tener el corazón partido por el final de la relación: seguían esperando que volvieran y hablaban de la ruptura como algo temporal, lo que suponía una presión enorme.

Empaticé con la tristeza de la madre acerca del ex-novio, que había estado muy involucrado con la familia durante muchos años. El trabajo parental ofreció la posibilidad de abordar la preocupación parental de que yo era la responsable de la ruptura. La madre dijo que había “bromeado” con su esposo que “a la loquera no le gustaba el chaval”. Estaba claro que no era un chiste. Sin el trabajo parental, con toda seguridad esto hubiera desembocado en una

finalización prematura con una persona joven que todavía era demasiado complaciente con los deseos parentales. En lugar de ello, después de decirles que mi objetivo en este punto del tratamiento era ayudar a que su hija conectara con sus propios deseos, pudimos echar un vistazo a la sobreimplicación de la madre en la vida de su hija. Al mismo tiempo, Melinda devino cada vez más capaz de valerse por sí misma: confrontaba de manera asertiva a sus padres y a sus hermanos diciéndoles que no estaban respetando su elección ni dejándole espacio para vivir su vida.

Comenzó una relación, mucho más madura, con otro chico. Trabajó duro para mantener su ansiedad para sí misma, evitando convertir a su nueva pareja en otra madre. Sin embargo, la combinación de la marcha de éste a otra ciudad para hacer una residencia, de su madre recordándole al antiguo novio y de una gripe persistente acabaron por desbordarla. Las crisis de pánico reaparecieron. Hablé con ellas y sugerí que Melinda necesitaba un trabajo más intensivo, de modo que comenzamos con cuatro sesiones semanales mientras continuaba el trabajo telefónico con la madre.

Una vez en análisis, pudimos ver con más detalle el patrón duradero de proximidad exclusiva con su madre y lo propensas que eran ambas a tener crisis de pánico. Melinda comenzó a asociar con recuerdos de la infancia como, por ejemplo, cuando anticipaba con ansiedad su participación en la obra teatral del cole. Le decía a su madre que “no podía esperar” y esta le respondía “oh, que ansiosa eres”. Cada vez que estaba entusiasmada, impaciente o “subida” de manera apropiada por una representación o por un examen, su madre calificaba esos sentimientos como ansiedad. Esta recalca su conocimiento basándose en la similitud entre ambas y le ofrecía a la hija todos sus trucos para distraerse y librarse de sus emociones.

Melinda trajo esta dinámica a la transferencia en la forma de su creencia establecida de que la única forma que tenía de conservarme con ella era siendo una desvalida niña ansiosa. Había trabajado para poder conectar con su nuevo novio de una forma distinta y, aun así, se había marchado. ¿Qué sucedería en su análisis si acudiera sin ansiedad? ¿Seguiría queriendo

verla? ¿Seguiría interesada en ella? Un día entró diciendo “¡Qué contenta estoy con el cambio! Me he dado cuenta de que venía aquí sin ansiedad y, aun así, sabía que querrías verme y saber acerca de mi día sin ansiedad”. A esto siguió una ola de tristeza, pues lo asoció con el hecho de que no había hablado con su madre desde hacía unos días, cuando lo habitual era que solían hablar varias veces al día para apoyo y consejo acerca de cómo manejarse con cualquiera que fuese la ansiedad que estuviera sintiendo.

Durante este periodo continuó el trabajo con su madre alrededor de su estrecha vinculación a través de la ansiedad. Reunió el valor para llevar a cabo el esfuerzo consciente de dejar de interactuar al viejo estilo. Pero también se sintió un poco perdida. Con mi apoyo fue capaz de dejar a un lado su respuesta automática ante la angustia de Melinda. Cuando hablaban por teléfono, le preguntaba acerca de los otros acontecimientos del día y le sugería que llevara a sus sesiones el tema de la angustia.

Este trabajo permitió a Melinda ir más allá en su comprensión de la ansiedad como una forma de apego para considerar qué otras funciones cumplía. Comenzamos así a examinar el papel defensivo de la preocupación constante. Se preguntó “¿Qué estoy tapando con mi ansiedad?”. Comenzaron a surgir aspectos legítimos, realistas, acordes con la edad en la medida en que enfrentaba con auténtica incertidumbre las ambiciones profesionales que sus padres le habían inculcado, así como la naturaleza de sus relaciones. Se dio cuenta de que siempre había creído de modo omnipotente que mostrarse asertiva respecto a sus propias ideas y sentimientos era hostil y que su familia no sería capaz de asumirlo.

La transformación de la angustia tan exclusiva entre madre e hija por una relación más enriquecedora entre dos personas diferentes creó un espacio nuevo entre ambas que permitía incluir de verdad a los otros, en especial al padre, quien había apoyado el tratamiento durante todo ese tiempo pero nunca había participado en las sesiones parentales. Melinda dijo que siempre había pensado que no la entendía. Mi impresión era que se lo habían sacado de encima.

Un fin de semana de esa época, el padre la telefoneó y tuvieron una conversación relajada

sobre lo que hacía, en contraste con su desagradable estilo previo de preguntar, como si fuera una niña. Melinda estaba muy conmovida y feliz de sentir que tenía, de verdad, un padre. Poco después tuve mi primera conversación con él. Podía sentir que ahora formaba parte del trabajo parental y del tratamiento y del crecimiento de su hija.

La fase intermedia del tratamiento: Frank

Tras recibir el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) grave, los padres de Frank telefonearon para solicitar tratamiento farmacológico y terapia cognitivo conductual. Ambos llevaban tiempo en terapia y la madre tomaba medicación desde que estuvo hospitalizada por una crisis cuando Frank era preadolescente. Sugerí llevar a cabo una evaluación para ver qué podría ser de mayor utilidad para él, ahora que estaba en el primer curso de un exigente programa universitario.

Frank padecía un TOC grave y los primeros 18 meses de su análisis estuvieron marcados por la presencia de luchas titánicas y grandes progresos. Con gran alivio para él por el hecho de que sus padres tuvieran a alguien que les pudiera ayudar, había descrito el doble objetivo del tratamiento, como habitualmente hago. Estos estaban igualmente agradecidos de tener la oportunidad de formar parte del proceso y de la posibilidad de transformar la relación con su hijo, quien toda su vida se había visto sobrecargado por la preocupación que los padres tenían a propósito de su nivel de ansiedad. Sentían una gran culpabilidad acerca del posible impacto que sus propias dificultades psicológicas pudieran tener sobre el desarrollo de su hijo.

La primera transformación en la fase inicial consistió en que los padres comprendieran que la lucha de Frank y su TOC no eran consecuencia de unos genes dañados o de una alteración cerebral, sino que representaban la solución que había encontrado para conflictos que, para él, tenían todo el sentido. Con su permiso, compartí con los padres sus conflictos acerca de sentirse responsable de la crisis de su madre y de la ira de su padre. Este exclamó: “Oh, Dios mío, es igual que yo y precisamente es lo que estoy trabajando en mi terapia”.

Estos padres eran muy cariñosos y comprensivos, pero estaban apartados de su hijo, a quien percibían como alguien ajeno a ellos, incomprensible e inaccesible. Cuando esta distancia estaba reduciéndose, telefonearon en un estado de pánico: Frank les había llamado para decirles lo enfadado que estaba con un profesor. Su madre, preocupada por si perdía el control, pensaba que necesitaba medicación. Su padre parecía no tener ni idea de cómo actuar ante los sentimientos de Frank ni ante la angustia de la madre.

Les señalé cómo la mayor parte del trabajo a lo largo del segundo año de tratamiento de Frank se había centrado en la confianza en sí mismo y en sus sentimientos, para emplearlos como señales más que como algo que estrujar y someter a un pensamiento obsesivo. Se había vuelto más espontáneo, disfrutaba más y se mostraba más expresivo. ¡Menudo logro que supiera que estaba enfadado con su profesor, fuera capaz de decírselo a ellos como un elemento de información y superara esa experiencia! El padre pensó que era algo para celebrar y no para preocuparse. Entonces dijo que había caído en la cuenta de que jamás había escuchado a su hijo decir que estuviera enfadado. Fue un momento decisivo.

Cuando le conté a Frank mi conversación con sus padres dijo que no se había dado cuenta de que se habían disgustado. ¿Debía de llamar y pedir perdón? Pudimos analizar su vieja idea omnipotente de que sus sentimientos eran tan peligrosos que habían enviado a su madre al hospital o que hacían que su padre tuviera una rabia incontrolable. Todos estaban trabajando duro para cambiar las funciones que tales creencias tenían en sus respectivas personalidades.

Esta viñeta refleja el trabajo de la fase intermedia. Para Frank, el foco consistía en seguir trabajando en el cómo y el por qué se aferraba a sus creencias omnipotentes acerca del poder destructivo de sus sentimientos, con los síntomas del TOC como una solución de sistema cerrado para el desvalimiento que sintió durante su infancia. Para sus padres, quedaba mucho trabajo por hacer para transformar los antiguos patrones de relación con su hijo como un reflejo externalizado de sus propios problemas con la gestión de los afectos. El trabajo parental

concurrente permitió que estos cambios tuvieran lugar en paralelo, de forma que tanto Frank como sus padres pudieron ayudarse a crecer unos a otros.

De la fase intermedia a la fase de prefinalización del tratamiento: Basil

Basil estaba en crisis al finalizar su primer año de universidad: había fracasado en sus estudios, carecía de amigos y tenía pensamientos suicidas. Se sentía virtualmente incapaz de funcionar sin medicación estimulante pero, al mismo tiempo, se sedaba constantemente con marihuana, fármacos y alcohol. Pasaba la mayor parte del tiempo delante del ordenador visitando páginas pornográficas. Tenía ideas megalomaniacas, "darwinianas", casi delirantes, acerca de su inmensa superioridad sobre cualquiera, especialmente sobre las mujeres. Odiaba a su padre y estaba atrapado en una relación intensamente ambivalente y dependiente con su madre.

A lo largo del periodo inicial de evaluación y del principio del análisis, los padres de Basil estaban frecuentemente en contacto conmigo tanto por teléfono como en los varios encuentros que tenía con ellos. Se mostraban como polos opuestos tanto en su estilo como en su enfoque parental. Su padre era una persona truculenta y agresiva, impaciente con el hijo y con la esposa, cuya extrema ansiedad le provocaba estallidos de rabia impotente. La madre, que había sufrido múltiples pérdidas en su familia de origen así como varios abortos, parecía incapaz de mostrarse calmada y segura de sí misma. Una técnica inicial fue abordar directamente con ambos la rabia y la angustia, sugiriéndoles que me llamaran a propósito de tales sentimientos en lugar de compartirlas con Basil. Sería mejor que desarrollaran el hábito de una conversación adulta con él, cambiando la interacción basada en la intervención en crisis por el compartir los muchos intereses comunes que tenían como familia.

Los estudiantes universitarios suelen dejar la ciudad en la que estudian una vez termina el curso académico. Esto interrumpe el análisis y el esfuerzo terapéutico y, en la mayoría de ocasiones, no es realista esperar que se queden con el único fin de continuar el tratamiento en lugar

de ir a trabajar, realizar prácticas o pasar tiempo con la familia, necesario desde una perspectiva evolutiva. En tales casos, asumimos que el trabajo del tratamiento continuará con sesiones periódicas por teléfono o por Skype. Los jóvenes de hoy día lo ven con naturalidad pero los padres, en ocasiones, se muestran sorprendidos con la idea en un principio, aunque agradecen que el trabajo continúe. Esto también proporciona material directo tanto del adolescente mayor como de sus padres acerca de las interacciones padres-hijo en curso. Sirve de laboratorio para que todos ellos practiquen nuevas formas de interacción.

Con esta inmediatez podemos detectar más fácilmente la responsabilidad del adolescente o la evitación defensiva, y abordar las cuestiones con los padres directamente para ver su parte en el mantenimiento de las interacciones patológicas. Por ejemplo, Basil contó que llevó a su madre en coche a la tienda y cómo ésta se volvió loca, toda asustada por si chocaba el coche y se mataban. Cuando lo escuché en la sesión, Basil admitió que había conducido de manera más imprudente de lo habitual, lo que nos permitió examinar el interjuego dinámico entre las ansiedades de su madre y la provocación que él hacía con objeto de recrear una atmósfera intensa entre ambos que reproducía la intensa excitación de cuando era niño.

Al año siguiente, Basil conducía el coche muy rápido otra vez y su madre fue capaz de abordarlo directamente, preguntándole por qué lo estaba haciendo. Él moderó la velocidad sin necesidad de una pelea y le dijo que pensaba que había una parte de sí mismo que todavía quería que siguiera siendo una mamá que le estuviera rondando, empalagosa y frenética. Describieron este incidente con orgullo y placer por lo mucho que habían cambiado.

Al cabo de dos años de análisis, Basil tenía un registro académico espectacular, había dejado la marihuana y los fármacos por completo, no tenía pensamientos suicidas y albergaba planes de futuro realistas. Cuando, en ocasiones, se retiraba hacia soluciones de sistema cerrado como ver porno, lo traía a la sesión y tomaba la iniciativa a la hora de examinar qué era lo que estaba manejando al viejo estilo. Casi siempre, el desencadenante era una experiencia de éxito o de

crecimiento. Esto nos permitió pasar a un trabajo analítico más explícito acerca de los conflictos y las confusiones en la relación con su padre y con sus identificaciones masculinas.

Sus padres seguían luchando contra sus estilos opuestos, que aceptaban como una tarea duradera a la que hacer frente. Fueron capaces de hacer un buen uso de una frecuencia algo menor de sesiones telefónicas, en la medida en que su hijo estaba haciéndose bastante más cargo de la responsabilidad de transformar su relación con ellos. En una sesión con los tres, a propósito de una visita de los padres para ayudarle en la mudanza a un nuevo piso en un bloque de apartamentos, mientras el padre se mostraba contento, su madre pareció preocupada. Basil la rodeó con su brazo y, sonriendo, le dijo: “no te preocupes, mamá. No me tiraré por la ventana. Estoy ahora demasiado enamorado de la vida como para hacerlo”.

Conforme nos aproximábamos al final de su tercer año de análisis se preguntaba qué quedaba por trabajar. La noción de “haber cubierto todo” había surgido varias veces antes como una resistencia para llevar a cabo el siguiente paso evolutivo y lo habíamos trabajado como tal. En esta ocasión, sondeamos de nuevo si había algo que él estuviera evitando pero ambos tuvimos la sensación de que los asuntos en torno a los cuales estábamos trabajando en esos momentos eran las cuestiones fundamentales que quedaban. Le hablé acerca del trabajo de un final y de la importancia de tomarse un tiempo previo - una fase de “prefinalización”- para estar seguros de que ambos estábamos preparados para el arduo trabajo de finalizar (J. Novick y K. Novick, 2006).

La principal cuestión que restaba era su confusión entre asertividad y agresividad. Esta confusión está muy extendida en nuestra cultura pero su padre la hacía realidad, puesto que atribuía todo su éxito personal y profesional a su estilo “mano a mano” [*sic* en el original] de destruir al oponente. Consideraba que la agresividad es el *sine qua non* de la masculinidad. En distintos momentos de su vida, cuando su hijo no satisfacía este ideal, le había llamado afeminado, débil, infantil o “nenaza”. Basil había comenzado su análisis odiando a su padre pero completamente identificado con estas actitudes, luchando

contra un odio intenso y una fuerte rabia hacia sí mismo. Su ideación suicida y su megalomanía representaban, en parte, este terrible conflicto.

Cuando comenzamos a hablar de la prefinalización, Basil estaba confrontando activamente las consecuencias de la identificación con las creencias de su padre. Experimentó un conflicto diferente, de los que hemos denominado intermedio entre las soluciones de sistema abierto y cerrado, pues ahora tenía una visión alternativa del mundo en el que la agresividad funcionaba como una señal emocional importante pero constituía una interferencia y una retirada de la realidad cuando se empleaba como un arma emocional para maltratar a los otros (K. Novick y J. Novick, 2002b). A estas alturas, Basil era activo, asertivo y le resultaba placentero ejercitar sus “músculos emocionales” de perseverancia, trabajo y satisfacción por el proceso (K. Novick y J. Novick, 2010; 2011). Esto trajo consigo un choque, tanto interno como externo, con los valores de su padre. Sugirió, y estuve de acuerdo, en que quizá era hora de reanudar visitas más frecuentes con sus padres.

Basil les había dicho que estábamos en una “fase de prefinalización”. Esto no quería decir que estábamos acabando, sino que estábamos pensando en cómo prepararnos para ello. A su madre le preocupaba que ello supusiera acabar el análisis inmediatamente y a su padre, que el hijo no estuviera preparado, pues aún se “retiraba de los desafíos”. Pensaba que seguía evitando luchar incluso si se metía en un área competitiva, como estaba contemplando hacer y que fallaría debido a la falta de una adecuada agresividad.

Durante esa época, hablé con los padres por separado, pues cada uno tenía cuestiones diferentes. Mi trabajo con la madre fue bastante directo pero fundamental. Le expliqué que la fase de prefinalización estaba diseñada expresamente para evitar una actuación precipitada por parte de cualquiera. No había un límite temporal, se podía hablar de todas las cuestiones que hiciera falta y lo que todos queríamos era estar seguros de que Basil estaba listo para llevar a cabo el importante trabajo de finalizar y lo que viniera después. Le aseguré que trabajaríamos juntos y estaríamos en contacto a propósito de esta tarea. Este intercambio nos daría otra oportunidad

de hablar acerca de su ansiedad actual, de celebrar sus continuados esfuerzos para mantenerla fuera de la interacción con su hijo y de hablar acerca de cómo sentía que necesitaba un reaseguramiento constante tanto mío como de Basil a la hora de hacerlo. Mantenía su angustia fuera del alcance de su marido, ya que a éste le enojaba. El temor a su ira ofreció una apertura útil para un largo periodo de trabajo con el padre en relación con su convicción de que su rabia era lo único que le había hecho tener éxito, en contraste con el tipo cobarde y pasivo que sentía que había sido su propio padre.

El trabajo individual de Basil discurrió en paralelo con el trabajo parental con su padre. Exploramos con ambos la creencia fija de que la masculinidad es a la agresividad lo que, a su vez, conduce al éxito. Para aquél, esto suponía una identificación con su padre, una sensación de que era la única forma de mantener un lazo con él; para éste, era una identificación negativa con su propio padre, sostenida por una terapia en curso en la que se le animaba a dejar pasar cualquier atisbo de culpa relacionado con la agresividad. En ocasiones me sentí desanimado acerca de si llegaríamos a algún lugar con este hombre quien, al inicio del tratamiento, me había contado cómo se preparaba cuando tenía una venta importante: “me vengo arriba pensando que el cliente le quita la comida de la boca a mi familia, de forma que me pongo tan furioso que no paro hasta que cierro el trato”.

Pero no estaba solo en mi empeño, en la medida en que Basil era un aliado. Sentía que su padre estaba empezando a registrar sus éxitos como resultado de la actividad asertiva. Comentó que parecía realmente sorprendido del placer que el hijo obtenía de trabajar, intentar y perseverar.

Basil me dijo que “disfruto cuando saco un 10, pero es solo la guinda. Es el emplear mi mente lo que me hace sentir bien de la misma forma que empleo mi cuerpo cuando corro”. Le pedí permiso para emplear ese comentario en mi siguiente conversación con su padre. Cuando lo hice, éste recalcó cuán sorprendido e impresionado estaba de que ahora parecía que su hijo disfrutaba de los desafíos intelectuales en lugar de retirarse de ellos. “Cuando acaba la jornada,” dijo, “no parece que esté tan agotado como yo

cuando termino la mía. Puede que tengáis algo, después de todo. Comienza a parecer un tipo bastante exitoso así que tal vez no tenga que ir por ahí repartiéndole a todo el mundo”. Este trabajo se prolongó por espacio de varios meses, pues tanto Basil como su padre luchaban con la idea de que había modos alternativos y satisfactorios de alcanzar el éxito y de ser un hombre. Finalmente, pareció que todos estábamos listos para escoger una fecha y comenzó una fase de finalización de tres meses.

La finalización del tratamiento y más allá: Luke

En nuestro libro acerca de trabajo parental (K. Novick y J. Novick, 2005 [2019]), seguimos los seis años de análisis de Luke, que estuvo al borde de la muerte tras un intento de suicidio a los 16 años. Cualquier cambio positivo habitualmente venía acompañado de reacciones dramáticas y, a menudo, tempestuosas, por parte de sus emocionalmente desbordados padres. En un momento determinado, cuando salió a la luz la historia del maltrato físico de la madre cuando era niña, ésta decidió poner fin al trabajo parental. Sin embargo, existía una sólida alianza con el padre, quien continuó acudiendo a las sesiones periódicas. Pueden verse en nuestro libro los detalles del trabajo concurrente con Luke y sus padres desde la fase inicial a la de finalización, con referencia tanto a los aspectos generales como a las cuestiones particulares del caso. Resumimos a continuación algunos de esos puntos.

La fase de finalización en el tratamiento de los adolescentes adultos es una cuestión que se caracteriza por la ausencia de debate al respecto. Como ya hemos señalado, una mayoría de adolescentes finaliza el tratamiento de forma prematura (Novick, 1990; J. Novick y K. Novick, 2006). La elevada incidencia de finalización prematura en nuestro trabajo y en el de nuestros estudiantes y colegas fue uno de los elementos que dirigió nuestra atención a considerar el papel que el trabajo parental podía jugar para contribuir a que los tratamientos comenzaran, continuaran y finalizaran bien y en un tiempo adecuado.

Desde que comenzamos a poner en práctica y a enseñar los conceptos y las técnicas del trabajo parental concurrente, nos hemos encontrado con un éxito cada vez mayor tanto por nuestra

parte como por la de quienes ponen en práctica estas ideas. Cada vez vemos cómo más adolescentes pueden llevar a cabo un tratamiento completo y finalizarlo de un modo mutuamente enriquecedor y favorecedor del crecimiento, a pesar del tradicional pesimismo psicoanalítico acerca del análisis de adolescentes (J. Novick y K. Novick, 2008; 2011).

En términos generales, hay de nuevo una oleada de reconocimiento respecto a que la finalización sí importa (Schlesinger, 2005; Salberg, 2010; J. Novick y K. Novick, 2006). Los analistas de niños y adolescentes están comenzando a darse cuenta de que la finalización de un tratamiento no solo es significativa para el paciente, sino que también requiere demandas específicas para los padres, con los correspondientes desafíos, vulnerabilidades y peligros.

En *Trabajo con padres y terapia con hijos. Un modelo integrador*, escribimos que “el trabajo de finalización con los padres es crucial para ayudarlos a apoyar el uso adaptativo que su hijo hace del trabajo de finalización, a satisfacer su necesidad legítima de disponer de una persona que lo respalde y lo valide cuando el analista ya no esté disponible, y a fomentar su propia capacidad autónoma para emplear las capacidades positivas que han desarrollado para la crianza” (K. Novick y J. Novick, 2005, pp. 141– 42 [2019]). Y señalábamos que “se trata de exigencias importantes para los padres que pueden despertar el miedo a la tristeza, al amor y a la pérdida, así como el temor a revivir experiencias nucleares de duelo y de conflicto en torno a las despedidas. Los padres pueden intentar manejarse con estas angustias mediante la evitación o con una retirada prematura del trabajo parental, o también pueden emplearlo como una oportunidad para aprender una nueva forma de despedirse” (ibíd., p.142).

Una de las respuestas del padre de Luke ante la inminente finalización fue la de retirarse y considerar interrumpir sus sesiones parentales. Dijo que apoyaría el trabajo de Luke pero que él se sentía satisfecho de la relación con su hijo y pensaba que era un buen momento para interrumpir el trabajo parental. Me centré en los cambios que él había llevado a cabo, especialmente en su capacidad para conectar con una gama más amplia de sentimientos, pero me preguntaba si

no estaría retirándose un poco. Dije que Luke estaba empleando sus sesiones para practicar la escucha de sus sentimientos y consolidar la seguridad en su capacidad para manejar sus emociones y hacer uso de ellas de forma adaptativa. Sugerí que pueden surgir tensiones cuando las personas emplean maneras distintas para manejarse con los sentimientos, lo que lleva a un mayor distanciamiento entre ellas. A medida que hablábamos, el padre lo asoció con la tradición militar familiar consistente en suprimir los sentimientos y cómo le habían llamado “pequeño soldado valiente” por no llorar cuando su padre marchó y murió en la guerra cuando sólo tenía cuatro años.

Continuó el trabajo parental concurrente durante la fase de finalización de Luke. Consolidó su propio crecimiento como padre, incluida la capacidad de ser más consciente y de encontrar formas más adaptativas de hacer frente a su frágil esposa. Apoyó a su hijo en la elaboración del duelo por la finalización del análisis y la pérdida del analista. Al final, tanto Luke como su padre habían aceptado sus sentimientos acerca del hecho de que lo que habíamos denominado “funcionamiento sadomasoquista de sistema cerrado” todavía seguía presente y era accesible. No había desaparecido, sino solo decrecido en intensidad y contenido gracias a las posibilidades alternativas del sistema abierto. Ambos tendrían que seguir trabajando tras el análisis para abordar los conflictos entre estas formas alternativas de regularse a sí mismos y de resolver los problemas. Pero ahora estaban equipados con las capacidades adquiridas en el proceso de dominio de las tareas de la alianza terapéutica acaecido durante cada fase del tratamiento. Padre e hijo pudieron entonces imaginar de forma realista la etapa post analítica, siendo sensibles a las señales que indicaban que estaban volviendo a un funcionamiento de sistema cerrado y conscientes de estar equipados para manejarse con estos conflictos. Ello incluía saber que podían contactar con el analista en cualquier momento si así lo querían o necesitaban (ibíd., p. 147).

Dificultades en el trabajo parental concurrente

Las cinco viñetas descritas anteriormente describen el tránsito exitoso a través de algunos

de los obstáculos que pueden hacer que un tratamiento se vaya a pique y finalice de forma repentina o prematura. Pero puede que no transmitan de manera adecuada ni el detalle de las dificultades del trabajo parental ni el impacto que la patología parental ejerce sobre el proceso terapéutico. A pesar de que intentamos comprometer las mejores partes de los padres en la empresa, debemos de ser conscientes de las dimensiones más oscuras que existen tras el odio y la destructividad parental hacia los hijos, sea a nivel individual como cultural (Young-Bruehl, 2011), y de la posibilidad de que los padres sacrifiquen a sus hijos en aras de sus propias necesidades psíquicas o para la supervivencia del matrimonio.

Defensas parentales

Por ejemplo, el padre de Kevin idealizó el duro trato que había recibido de su propio padre. A menudo le decía: “mi padre fue duro conmigo y siempre me dijo que lo apreciaría cuando fuera mayor. ¡Vaya si lo hago! Así que espero que estés satisfecho de mi rudo amor algún día”. Pero lo que llamaba “rudo amor” era, en realidad, un incesante y continuado menosprecio, una crítica y una comparación injusta de cualquier cosa que Kevin hiciera con los demás, incluido él mismo. La intensa negatividad del padre facilitaba que el hijo externalizara la cuestión. Llevó mucho tiempo conseguir que se diera cuenta de que había internalizado los ataques de su padre y de que había creado un vínculo con él basado en un superyó sádico de sistema cerrado (J. Novick y K. Novick, 2004). Para él, fue duro comenzar a cuestionar la idealización que había hecho del comportamiento abusivo de su propio padre. Solo cuando este proceso dinámico se puso en marcha en el contexto del trabajo parental, pudo entonces reducir la crítica incesante hacia su hijo, lo que, a vez, creó el espacio para que Kevin asumiera la responsabilidad de su propia autodestructividad.

Revivir la historia familiar

En el material de Frank había un patrón repetitivo de miseria e intensificación de sus síntomas obsesivos cada vez que se sentía bien o había tenido éxito. Esto era aún más notable cuando se trataba de las separaciones. Al preguntar a su

madre acerca de la historia familiar de pérdidas y separaciones, negó que hubiera nada significativo.

Pero, de hecho, habían regresado a su país de origen tras nacer Frank para estar próximos a su familia extensa. La madre describió cómo su hijo creció al calor de la familia, de profesores infantiles y de la comunidad. El plan original del padre de continuar allí su carrera fracasó y tuvieron entonces que regresar, cuando Frank tenía dos años. Ella pensó que era muy joven como para haber acusado el traslado. Le señalé que incluso los niños más pequeños registran los grandes cambios y que estos pueden reverberar más adelante. Entonces dijo que ella misma había caído en una grave depresión al volver.

Los acontecimientos difíciles o dolorosos en las historias familiares, como los secretos familiares, pueden convertirse con demasiada facilidad en una inhibición tóxica del movimiento progresivo en un tratamiento. Si no se abordan pueden servir para validar la creencia omnipotente de que los pensamientos y los sentimientos son verdaderamente peligrosos. Esto provoca una línea de fractura que es destructiva para el tratamiento.

A la madre de Frank se le olvidó acudir a la siguiente sesión. Cuando volvimos a hablar, comentó que se había sentido muy molesta desde que habíamos tocado ese asunto, que resultaba muy doloroso para ella y que se sentía culpable. Seguía pensando que su hijo había perdido, a la vez, su primer hogar y su madre. Aprovechando la solidez de la alianza terapéutica existente, reconocí su dolor y su deseo de huir de nuestro trabajo y de unos sentimientos tan difíciles. Pero también pude hablar de su poderoso amor parental primario hacia su hijo, en nombre del cual podía afrontar cualquier cosa. Entonces siguió hablando de los detalles que nos permitieron reconstruir cómo ese crío despierto había elaborado la teoría de que su propio placer siendo el centro de atención, su excitación y su desarrollo progresivo conducían directamente hacia la pérdida y la soledad.

Con este material, resultó más accesible en el tratamiento la construcción de los síntomas obsesivos de Frank y el uso que hacía de ellos para regular cualquier sentimiento peligroso, incluida la rabia. También facilitó que sus padres

compartieran y hablaran de los sentimientos más espontáneamente, algo que había estado fuertemente inhibido en esta familia.

Interacciones parentales patológicas

Los padres divorciados representan un desafío para todos los terapeutas de niños y adolescentes. Una forma en que esto se manifiesta es cuando alguno, o ambos progenitores, niegan cualquier interés en participar en el trabajo parental: “yo no necesito tratamiento” o “apáñatelas con mi hijo” o bien “no quiero estar en la misma habitación con él/ella”. Esta actitud nos alerta de la probabilidad de que la externalización sea uno de los principales modos de funcionamiento en la familia. En nuestro libro de 2005 (2019) y en nuestro artículo de 2008, tratamos la externalización de forma más extensa. Aquí únicamente señalaremos que esta patología parental puede sabotear el tratamiento de un adolescente tanto si se hace recaer en el hijo toda la culpa por los problemas familiares como si los ex-cónyuges están demasiado ocupados en continuar sus viejas batallas, hasta el punto de sacrificar a su hijo por ello. También existe la externalización de la responsabilidad al depositar al hijo en el analista al tiempo que los padres abdican de su rol en el desarrollo posterior negándose a implicarse en ningún trabajo parental.

Los padres divorciados ponen de manifiesto los obstáculos del trabajo parental concurrente tales como la externalización, el rechazo a implicarse, el rechazo a asumir la responsabilidad, el uso de la terapia para mantener su equilibrio patológico, el uso del niño al servicio de sus propias necesidades, etc. Todas ellas pueden considerarse como reacciones terapéuticas negativas (J. Novick y K. Novick, 2007 [1996]), en las que un progenitor lleva al niño a tratamiento con el fin de que fracase. También hay situaciones en las que el nivel de odio y rencor es tan grande que no hay solución y no puede iniciarse o continuar el tratamiento. Sin embargo, incluso cuando el nivel de acritud es bastante elevado, hemos encontrado vías para implementar nuestro modelo de trabajo parental concurrente. Hay que hacer un esfuerzo añadido para señalarles que no se han divorciado de su importante función parental, lo que puede lograrse manteniendo la convicción acerca del doble objetivo del

tratamiento. La tarea de transformar la relación con dos progenitores adversarios es más difícil para el hijo, especialmente cuando los padres promueven conflictos de lealtad. Nuestro modelo deja espacio para que los terapeutas sean creativos a la hora de estructurar el trabajo. Se puede trabajar con ambos padres juntos, por separado en sesiones alternas, por teléfono, correo electrónico o Skype, incluyendo al paciente o dejándolo fuera, etc. Son cruciales la flexibilidad y la disposición a encontrar una configuración para cada familia.

Por ejemplo, en nuestro libro sobre *Trabajo con padres...*, describimos el caso de Christina, cuyos padres habían tenido un amargo divorcio cuando ella era un bebé. Estuvo en análisis desde los cuatro a los siete años. En el trabajo parental concurrente durante ese periodo, los progenitores y sus respectivas parejas fueron capaces de funcionar juntos como padres, capaces de priorizar las necesidades de la niña por encima de sus propios deseos narcisistas.

Cada transición entre etapas del desarrollo representaba un estrés sobre el dominio que tenían los padres de su función como tales. Rebrotaban antiguos patrones defensivos de relación entre sí y con su hija, e interferían con el desarrollo progresivo de Christina cada vez que esta se encontraba a punto de comenzar una nueva etapa. En su adolescencia tardía, cuando llegó el momento de escoger un área definida de estudio en la universidad, sintió que sus padres se mostraban inverosímilmente exigentes, rígidos y en total desacuerdo el uno con el otro. Ella pidió verme.

Después de dos sesiones, quedaba claro que Christina lo estaba haciendo bien pero que se sentía amenazada por la patología de sus padres. Tuvimos una reunión conjunta con los cuatro padres para hablar acerca de las cuestiones con las que estaban teniendo problemas. Aunque las sesiones se centraron en discutir aspectos concretos de cómo apoyarla en la elección de su área de estudio, el proceso y mi presencia pareció servir para devolver a los padres a la fase de la parentalidad que habían alcanzado anteriormente. Esta reagrupación nada convencional de juntar dos progenitores divorciados con sus dos parejas y un adolescente mayor sirvió de forma eficaz a las complejas necesidades de esta familia.

Conclusiones

La perspectiva del desarrollo

Ubicamos el trabajo descrito en este artículo tanto dentro de la tradición psicoanalítica centenaria como dentro de la capacidad de esta disciplina para expandirse continuamente y absorber nuevos hallazgos. Hace ya tiempo que Freud (1916) confrontó la vieja controversia naturaleza - ambiente al sugerir las series complementarias, donde las dos están en constante interacción. Erikson lo elaboró formulando las series epigenéticas en las que el desarrollo es consecuencia de interacciones complejas que continúan a lo largo de todo el ciclo vital (1950). Los trabajos neurocientíficos más recientes adoptan la misma postura. El neurobiólogo de Harvard, Steven Hyman, afirma que “hace tiempo que la vieja controversia ‘naturaleza versus ambiente’ ha perdido relevancia científica. En su lugar, la frontera se sitúa en la comprensión de los mecanismos mediante los cuales los factores ambientales interactúan con el genoma para influir en el desarrollo del cerebro y dar lugar a diversas formas de neuroplasticidad a lo largo de toda la vida” (2009, p. 241).

Desde Freud, los psicoanalistas han articulado el proceso por el cual el comportamiento no está solamente predeterminado por las funciones cerebrales o por el genoma, sino que se entrelaza en momentos evolutivos clave donde los factores innatos interactúan con el estímulo ambiental consiguiente y así dan lugar a la variedad de comportamientos que observamos en los humanos de todas las edades. Los neurocientíficos dicen que “en neuroimagen, como en la vida, se trata más del trayecto que del destino” (Giedd et al., 2009, p. 469). Esto debería ser una idea familiar para el psicoanálisis, pues el enfoque evolutivo para el estudio del comportamiento es nuestro punto de partida. Todo esto nos sirve para afirmar que puede que tal vez sea necesario recurrir a la neurociencia más avanzada para recordar a los psicoanalistas que la contribución singular del psicoanálisis reside en su perspectiva evolutiva.

Cada disciplina trabaja con una serie de supuestos teóricos y con una estrategia epistemológica. Como psicoanalistas, asumimos lo siguiente:

- La perspectiva del desarrollo es una dimensión metapsicológica crucial para comprender el funcionamiento de la personalidad.
- La perspectiva del desarrollo es lo que diferencia el psicoanálisis de muchas otras teorías psicológicas.
- La perspectiva del desarrollo asume que todo comportamiento tiene un significado y una historia.
- El desarrollo solo puede tener lugar en el contexto de las relaciones.
- La historia de un niño abarca generaciones, como mínimo a la de los progenitores y a las creencias y fantasías que éstos aportan a la crianza de un niño concreto. Las influencias culturales se transmiten a través de los padres y de otras relaciones y experiencias en la vida del niño.
- El primer determinante de cualquier comportamiento es probable que se encuentre en la relación parento-filial en particular, como hemos señalado, en la economía placer / displacer de dicha relación.
- El comportamiento evoluciona a través de fases en las que los niveles actuales de funcionamiento psicológico y biológico influyen y son influidos por las fases previas.
- La transformación es la característica principal de esta evolución epigenética.
- Ninguna fase es más importante que otra y las transformaciones evolutivas continúan a lo largo de todo el ciclo vital.
- Cada fase aporta algo único a la mezcla, que puede compensar las dificultades anteriores o hacer surgir cuestiones previas latentes que pueden entonces alcanzar una intensidad problemática (*Nachträglichkeit*, o “con posterioridad”; J. Novick y K. Novick, 2001a).

Estos supuestos teóricos orientan, a grandes rasgos, nuestro modelo de trabajo parental, puesto que los padres constituyen una de las principales influencias ambientales, primarias y continuas, a lo largo de toda la vida del hijo. En el contexto específico de nuestra disertación actual sobre la adolescencia tardía, queremos poner el énfasis en la plasticidad continua de cerebro del adolescente, en la oportunidad de las identificaciones adaptativas, y en las tareas de transformación particulares de la adolescencia tardía, con el desafío que tienen que enfrentar

los jóvenes y sus padres para optar por soluciones evolutivas de sistema abierto, dejando a un lado viejos patrones de funcionamiento omnipotente de sistema cerrado.

El rol de los padres (3)

Cuando consideramos las tareas del desarrollo de la adolescencia tardía, observamos la convergencia entre las transformaciones de las relaciones con uno mismo y con los otros, el realineamiento de la relación entre placer y principio de realidad, y la consolidación de la identidad. Hemos señalado que muchos de los que ahora aceptan la importancia del trabajo parental en general, sin embargo, trabajan de forma preferente con las madres. Diversos enfoques teóricos también han tendido a conceder mayor peso a la relación materna que a la paterna, lo que puede conducir a explicaciones racionalizadas para tolerar la exclusión del padre. A menudo se nombran las dificultades prácticas para que el padre participe, y hay que reconocer que las hay, pero consideramos que puede haber otros factores menos conscientes que implican miedos y fantasías acerca del poder y de la venganza del padre (K. Novick y J. Novick, 2005 [2019]; J. Novick y K. Novick, 2012). Tanto los terapeutas varones como las mujeres pueden estar sujetos a tales preocupaciones.

Cuando estábamos escribiendo este artículo y pensábamos en los casos descritos anteriormente, así como en otros similares, nos dimos cuenta de que el progreso en cada familia dependía eventualmente de la participación de los padres. Tanto si estaban involucrados desde el inicio como si no estaban presentes, más pronto o más tarde, su implicación activa creaba puntos de inflexión en el trabajo con cada paciente. Este hallazgo preliminar conlleva implicaciones técnicas que se suman a la afirmación de la importancia de la dimensión evolutiva a la que nos hemos referido con anterioridad. El papel de los padres como un puente hacia la realidad y hacia el mundo exterior está bien establecido (Pruett, 1992). En nuestra experiencia, la transformación de la relación tanto con las madres como con los padres es fundamental para la formación de una identidad de sistema abierto para los jóvenes, chicos y chicas por igual.

Desde un punto de vista técnico, esto ejerce

un impacto en la estructura del tratamiento y en la red de alianzas terapéuticas. Cuando los padres no se implican de inmediato, es de utilidad para el terapeuta mostrarse flexible acerca de su participación. Con toda probabilidad, es incluso más importante mostrarse abierto y tener presente al padre en nuestro mapa mental del paisaje de nuestra representación mental del paciente y de su familia. Es así como estaremos preparados para reclutar a los padres en cuanto se sientan capaces de unirse al trabajo.

La importancia de la alianza terapéutica

Lograr las tareas de alianza terapéutica promueve la sintonía afectiva en las relaciones. La neurociencia actual confirma la importancia que tienen el apego y la comunicación en el mantenimiento de la plasticidad neuronal y el crecimiento cerebral (Schoore, 2000, 2002). Creemos, una vez más, que existe una convergencia de los factores importantes en este trabajo con adolescentes tardíos. La alianza terapéutica con los padres ha mostrado empíricamente tener una correlación significativa con el resultado del tratamiento (Kazdin, Whitley y Marciano, 2006; Garcia y Weisz, 2002; McCleod y Weisz, 2005; Novick, Benson y Rembar, 1981). Puesto que las tareas de la alianza terapéutica se corresponden con un funcionamiento de sistema abierto, y una de las formas en las que conceptualizamos el tratamiento es en términos de cambiar desde una autorregulación predominante de sistema cerrado hacia un mayor funcionamiento de sistema abierto, la conclusión entonces es que el trabajo parental concurrente, sin importar la edad del paciente, contribuirá a un mayor éxito terapéutico (K. Novick y J. Novick, 1998; J. Novick y K. Novick, 2000; 2002b).

En nuestro libro (2005 [2019]) describimos varias fuentes de resistencia hacia este trabajo fundamental con los padres, considerando factores sociohistóricos, teóricos, dinámicos y políticos. Añadimos aquí otro factor histórico, que proviene del hecho de que muchos de los primeros análisis infantiles fueron llevados a cabo dentro de un pequeño grupo de colegas. Por ejemplo, Melanie Klein analizó a sus propios hijos; Anna Freud analizó a varios de los hijos de su mejor amiga y colega, así como a otros compañeros de clase. En tales circunstancias,

no era posible un trabajo parental, no se pudo establecer ninguna alianza terapéutica con los padres, y no se pudo iniciar ni abordar de forma sistemática ningún cambio dinámico en ellos.

El campo del análisis de niños y adolescentes ha avanzado y pensamos que ahora está en condiciones de aceptar la utilidad y el impacto que tiene el trabajo parental concurrente en todas las edades, incluida la adolescencia. Todavía es un modelo en evolución con muchas cuestiones técnicas por resolver, pero nuestra experiencia a lo largo de los últimos veinte años de experimentación nos permite compartir las siguientes recomendaciones técnicas.

Recomendaciones técnicas

Emplear el repertorio completo de intervenciones psicoanalíticas. Las interferencias en el desarrollo de la parentalidad pueden entenderse como una patología susceptible de trabajo terapéutico. En consecuencia, consideramos necesario y apropiado emplear el repertorio conceptual y técnico completo del trabajo individual con niños y adultos en el contexto del trabajo parental. No definimos el trabajo parental en negativo, esto es, en términos de aquello que no es o de las restricciones que pudiera tener. Antes bien, lo vemos como fundamental, significativo y legítimo por derecho propio. El trabajo parental incluye, por tanto, intervenciones etiquetadas tradicionalmente como “terapéuticas” como, por ejemplo, el análisis de las defensas, la verbalización, la introspección, la reconstrucción, la interpretación, y el empleo de la transferencia y la contratransferencia para la comprensión de lo que sucede y como herramientas técnicas.

Además del uso tradicional de la educación, el apoyo, la validación, el modelado, la facilitación, etc. - que han constituido las bases de la orientación parental -, podemos ilustrar la relevancia y la utilidad de usar el repertorio completo de técnicas tanto por las dificultades que surgen cuando un terapeuta se refrena a la hora de usar estas habilidades como, en un sentido positivo, cuando la interpretación y el trabajar el problema resultan cruciales para alcanzar los dos objetivos del tratamiento.

En nuestra experiencia, el uso de la gama completa de técnicas terapéuticas en el trabajo

parental no compite ni interfiere con la terapia individual de los padres. De hecho, el trabajo parental puede llevar a la aceptación de una derivación para tratamiento individual, al tiempo que se mantiene la relación con el analista del niño para trabajar sobre cuestiones acerca de la parentalidad. El trabajo parental se focaliza en la relación parento-filial. Otros asuntos de las vidas de los padres solo pasan a formar parte de este trabajo en la medida en que son relevantes en su relación con el hijo. De este modo, podemos emplear sin restricciones la gama completa de nuestras habilidades en el área focalizada y bien delimitada de la parentalidad.

El trabajo parental exitoso requiere la convicción interna y la exposición externa del doble objetivo del tratamiento. Anna Freud (1970) definió el objetivo del análisis infantil como la restitución del niño en la trayectoria del desarrollo progresivo. Hemos ampliado esta idea para incluir un segundo objetivo: ayudar a que los padres alcancen la fase evolutiva de la parentalidad, es decir, devolverlos a la trayectoria del desarrollo progresivo adulto, del cual la parentalidad es una fase.

Nuestra visión de la relación parento-filial proporciona un marco en el que desarrollar una técnica del trabajo parental que abarque tanto las resistencias como los apoyos evolutivos a la terapia. El objetivo del análisis infantil puede reformularse no solo como la restitución del desarrollo progresivo del niño, sino también como la restitución del potencial de la relación parento-filial, trastocado por la patología como una fuente de riqueza duradera para ambos. Así pues, a lo largo del tratamiento del niño y del adolescente tenemos presente este doble objetivo del trabajo que realizamos.

Esta idea no solo es un supuesto implícito, sino una afirmación explícita. Desde bien pronto, durante la evaluación, transmitimos a los padres que nos marcamos este doble objetivo como un esfuerzo conjunto. Trabajamos con esta idea hasta que se convierte en una motivación intrínseca para el tratamiento continuado.

No se trata únicamente de una motivación intrínseca para los padres: el analista también tiene que tener una convicción sincera. Los padres evalúan la autenticidad y la competencia de los terapeutas en quienes valoran confiar a su hijo,

aunque éste sea ya mayor. En el actual clima cultural que glorifica los remedios rápidos, los psicoanalistas se sienten terriblemente vulnerables y a menudo no están muy seguros a la hora de establecer la indicación de un tratamiento largo e intensivo. Cada uno de los cinco pacientes que hemos descrito vino con su propio plan terapéutico, al igual que los padres. Cuatro de ellos tomaban tratamiento o habían recibido presiones de su familia y de los amigos para tomarlo. El quinto se automedicaba vía abuso de sustancias. Es necesaria la confianza y el apoyo para alcanzar la eficacia basada en la evidencia del análisis, en especial en el caso del análisis concurrente con el trabajo parental.

Queda fuera del ámbito de este trabajo detallar las numerosas vías mediante las que los jóvenes terapeutas pueden superar estos obstáculos, pero es una cuestión importante a debatir. Nuestro enfoque sería el de focalizar en el desarrollo de músculo emocional en los terapeutas de forma que se sientan seguros de que podrán tolerar la incertidumbre y la frustración, soportar la hostilidad y saber que podrán atravesar por momentos difíciles con los pacientes y sus padres (K. Novick y J. Novick, 2010, 2011).

La distinción entre privacidad y secreto profesional ocupa una posición central. Diferenciar privacidad de secreto profesional nos sirve para definir de un modo más preciso la confidencialidad. Hablamos con los padres y sus hijos adolescentes acerca de la privacidad intrínseca de los pensamientos y de los sentimientos pero especificamos que los actos son públicos. La seguridad es el requisito clínico principal y sería destructivo para el tratamiento, y quizá peligroso para el adolescente, esconder las acciones peligrosas. Debe mantenerse la confidencialidad en apoyo de la privacidad y no como una complicidad refleja con el secreto. El objetivo es hacer de cualquier secreto un objeto legítimo de examen y comprensión analíticos, de forma que el adolescente y sus padres puedan encontrar su camino hacia un intercambio y una comunicación fructíferos.

Este es uno de los aspectos más sensibles y difíciles cuando se trata a adolescentes. La preocupación acerca de la confidencialidad ha sido, de siempre, una de las principales razones por las cuales los terapeutas de adolescentes

han evitado el trabajo parental concurrente (J. Novick y K. Novick, 2008). Como señalamos en nuestro libro sobre trabajo con padres: “[...] existe una jerarquía de valores clínicos que aplicamos a los tratamientos de pacientes de cualquier edad. El establecimiento de la seguridad - para el paciente, para los padres y para el terapeuta - es fundamental. Mantener al niño (o al adolescente) a salvo del daño es de capital importancia. Estas son las prioridades del encuadre terapéutico para el profesional. Confianza y protección son los ingredientes fundamentales de la sensación de seguridad: saber que se respetarán los pensamientos y los sentimientos, en la medida en que pertenecen a la vida mental de cada uno, facilita una relajación gradual para compartirlos con el analista. El progreso a lo largo de la línea del desarrollo del sentimiento del *self* incluye la confianza creciente en la privacidad de la propia mente. Saber que las acciones peligrosas hacia los demás o hacia uno mismo serán abordadas de manera categórica también proporciona un sentimiento de seguridad al niño (y al adolescente) que teme perder el control: entonces siente que podrá revisar sus impulsos con la ayuda de otros (K. Novick y J. Novick, 2005, p. 53 [2019]).

El trabajo parental concurrente confirma la posición central y la importancia de los padres y del amor parental primario por su hijo. Desde el inicio, comentamos con los padres acerca del establecimiento de una alianza -alianza terapéutica- con el fin de apoyar su continuo e importante rol con su hijo adolescente. La mayor parte del trabajo aborda la externalización de la responsabilidad para mantener el compromiso en las transformaciones. Las externalizaciones pueden tener orígenes muy diversos que van desde estilos defensivos característicos hasta el cansancio y la impotencia a la vista de la patología del hijo adolescente. Durante las fases iniciales del tratamiento trabajamos arduamente con los padres para situarlos en su posición legítima en la vida mental del adolescente, y con éste para colocarlo en el centro de la consolidación de sus padres en la fase de la parentalidad.

Muchos padres acuden a consulta en un momento en que se sienten enfadados e impotentes y, a menudo, terriblemente culpables y avergonzados de no lograr encontrar su amor por

el hijo. Pero, sin ese amor, ningún tratamiento ni ningún cambio puede tener lugar. Parte de la tarea del analista es creer que aún hay algo de ese amor y centrarse entonces en ayudar a los padres a acceder al mismo, recuperarlo y aumentarlo. Si el analista no es capaz de trabajar honestamente en este entorno, será incapaz de respetar y cuidar de los padres; sin ese respeto, el tratamiento fracasará pues los padres se sentirán criticados y rechazados.

Hemos visto cómo nuestro modelo dinámico de trabajo parental concurrente, con su énfasis en el desarrollo de una alianza con los padres que se basa en el respeto mutuo y en la confianza, trabajo que saca partido del potencial para el amor parental primario, es eficaz no sólo con niños sino también con adolescentes.

Notas

(1) A lo largo del texto empleamos el sustantivo colectivo “padres” como traducción del término inglés *parents*, del mismo modo que “niños” e “hijos” traducen el término inglés *children*. (N. del T.)

(2) Hace referencia al acontecimiento relatado el Día de Acción de Gracias, que se celebra el cuarto jueves de noviembre de cada año (N. del T.).

(3) En este apartado, el texto original hace referencia a los padres (*fathers*, masculino), por oposición a las madres (N. del T.).

Bibliografía

- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7:389- 417.
- DeVito, E., J. Novick, y K. K. Novick (2000 [1994]). Cultural interferences with listening to adolescents. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 1:77-95.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Freud, A. (1958). Adolescence. En *The Writings of Anna Freud*, 5:136 - 66. New York: International Universities Press.
- (1970). Problems of termination in child analysis. En *The Writings of Anna Freud*, 7:3-21.

- Freud, S. (1911). Formulations on the two principles of mental functioning. En James Strachey (ed.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol. 12, pp. 213 -26. London: Hogarth Press. Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En Sigmund Freud. Obras completas, vol. XII, pp 217-231, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- (1916). Introductory lectures on psychoanalysis. En *Standard Edition*, vol. 16, pp. 346 - 47.
- Furman, E. (1995). Working with and through the parents. *Child Analysis*, 6:21- 42.
- (1999). The impact of parental interventions. *International Journal of Psychoanalysis*, 80:172.
- García, J. y J. Weisz (2002). When youth mental health care stops: Therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70:439- 43.
- Giedd, J., Lalonde, F., Celano, M., White, S., Wallace, G., Lee, N. y Lenroot, R. (2009). Anatomical brain magnetic resonance imaging of typically developing children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (5): 465-70.
- Glenn, J., Sabot, L. y Bernstein, J. (1978). The role of the parents in child analysis. En J. Glenn (ed.), *Child Analysis and Therapy*, New York: Jason Aronson.
- Hyman, S. (2009). How adversity gets under the skin. *Nature Neuroscience*, 12 (3): 241- 43.
- Kazdin, A. E., Whitley, M. y Marciano, P. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:436 - 45.
- McCleod, B. y Weisz, J. (2005). The therapy process observational coding system-alliance scale: Measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73: 323-33.
- National Research Council and Institute of Medicine (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Development*. Washington, DC: National Academy Press.
- Novick, J. (1990). Comments on termination in child, adolescent, and adult analysis. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45:419-36.
- Novick, J., Benson, R. y Rembar, J. (1981). Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20:834 - 44.
- Novick, J. y Novick, K. K. (2000). Love in the therapeutic alliance. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48:189-218.
- (2001a). Trauma and deferred action in the reality of adolescence. *American Journal of Psychoanalysis*, 61:43- 61.
- (2001b). Parent work in analysis: Children, adolescents and adults. Part 1: The evaluation phase. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 1:55-77.
- (2002a). Parent work in analysis: Children, adolescents and adults. Part 3: Middle and pretermination phases of treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2:17- 41.
- (2002b). Two systems of self-regulation. Psychoanalytic Approaches to the Treatment of Children and Adolescents. *Special issue, Journal of Psychoanalytic Social Work*, 8:95-122.
- (2004). The superego and the two-systems model. *Psychoanalytic Inquiry*, 24:232-56.
- (2006). *Good Goodbyes: Knowing How to End in Psychotherapy and Psychoanalysis*. Lanham, MD: Jason Aronson / Rowman & Littlefield.
- (2007 [1996]). *Fearful Symmetry: The Development and Treatment of Sadomasochism*. Lanham, MD: Jason Aronson / Rowman & Littlefield.
- (2008). Expanding the domain: Privacy, secrecy, and confidentiality. *Annual of Psychoanalysis*, 36:145-60.
- (2011). *Mastery or trauma: The adolescent choice*. Presentado en The Conference of the International Society for Adolescent Psychiatry and Psychology, Berlín, septiembre.
- (2012). Discussion of Victoria Todd's Paper "Saving the treatment: affect intolerance in a boy, his parents, the mental health community, and his analyst." *Psychoanalytic Study of the Child*, 66:28-32.
- Novick, K. K. y Novick, J. (1998). An application

- of the concept of the therapeutic alliance to sadomasochistic pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46:813-46.
- (2002a). Parent work in analysis: Children, adolescents and adults. Part 2: Recommendation, beginning, and middle phases of treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2:1-27.
- (2002b). Parent work in analysis: Children, adolescents and adults. Part 4: Termination and post-termination phases of treatment. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 2:43-55.
- (2005). *Working with Parents Makes Therapy Work*. Lanham, MD: Jason Aronson / Rowman & Littlefield.
- (2019). *Trabajo con padres y terapia con hijos. Un modelo integrador*, Barcelona: Herder.
- (2008). *The dynamic interaction of transformations of parental and adolescent defenses: The importance of parent work concurrent with adolescent analysis*. Workshop presentado en el Annual Meeting of the Association for Child Psychoanalysis, St. Louis, May.
- (2010). *Emotional Muscle: Strong Parents, Strong Children*. Bloomington, IN: Xlibris.
- (2011). Building emotional muscle in children and parents. *Psychoanalytic Study of the Child*, 65:131-51.
- Pruett, K. (1992). Latency development in children of primary nurturing fathers—Eight-year follow-up. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47:85-101.
- Reiss, D. (2011). Parents and children: Linked by psychopathology, but not by clinical care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50 (5): 431-34.
- Salberg, J. (2010). *Good Enough Endings: Breaks, Interruptions, and Terminations from Contemporary Relational Perspectives*. New York y London: Routledge.
- Schlesinger, H. (2005). *Endings and Beginnings: On the Technique of Terminating Psychotherapy and Psychoanalysis*. New York y London: Routledge.
- Schore, A. N. (2000). Attachment, the right brain, and empathic processes within the therapeutic alliance. *Psychologist Psychoanalyst*, 20:8-11.
- (2002). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22:433-84.
- Todd, V. (2012). Saving the treatment: Affect intolerance in a boy, his parents, the mental health community, and his analyst. *Psychoanalytic Study of the Child*, 66:3-27.
- Winnicott, D. W. (1965). The theory of the parent-infant relationship. En *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, pp. 37-55. New York: International Universities Press.
- (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*, Barcelona: Paidós
- Yanof, J. (2006). Review of Working with Parents Makes Therapy Work. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54:1437-41.
- Young-Bruehl, E. (2011). *Childism: Confronting Prejudice against Children*. New Haven, CT: Yale University Press.

Tabla 1. Trabajo dinámico parental concurrente a través de las fases del tratamiento del adolescente

	Evaluación	Inicio	Intermedia	Prefinalización	Finalización
<i>Tareas de la alianza para los padres</i>	Comprometerse con las transformaciones	Permitir que el hijo esté con otra persona	Permitir la separación psicológica, la individuación, la autonomía	Disfrutar y validar el progreso	Permitir que el niño elabore el duelo Internalizar la relación con el analista
<i>Afectos / angustias parentales</i>	Culpa, impotencia Fracaso/mortificación Odio al hijo Temor a la hostilidad y/o sentirse expuesto Temor a la exclusión	Pérdida del hijo Pérdida del amor del hijo Culpa por la ausencia de una relación amorosa auténtica	Abandono Soledad Pérdida de amor del hijo Temor a que el hijo comprometa la personalidad del progenitor	Temor al abandono Sentimiento de no ser necesario Temor transferencial a ser rechazado por el analista	Temor a la tristeza, al amor y a la pérdida Temor a revelar conflictos centrales
<i>Resistencias/ defensas parentales</i>	Externalización y culpabilización al niño o a otros factores Presión para un alivio inmediato Abdicación del rol parental	No implicación / sobreimplicación Varios tipos de externalización	Hostilidad reactiva Retirada del hijo Protección mediante las defensas de carácter y el superyó Protección de un matrimonio disfuncional Resistencia a la recuperación y la revisión potencial del pasado	Reactivación de patrones anti-gueros Finalización preventiva, prematura, pasiva o activa	Evitación Abandono prematuro o retirada
<i>Técnicas, intervenciones y objetivos del terapeuta</i>	Enfatizar la importancia continua de los padres Introducir el doble objetivo del tratamiento Acceder al amor parental primario Clarificar el contrato terapéutico Diferenciar privacidad de secreto profesional Resistir a las prisas Articular el modelo de aprendizaje del desarrollo de la capacidad (músculo emocional)	Ayudar a que los padres vean al adolescente como único Proporcionar psicoeducación en relación con el desarrollo adolescente Vincular el pasado parental con el presente Interpretar las relaciones sado-masoquistas General alternativas	Consolidar las capacidades parentales Interpretar los antecedentes de equiparar la pérdida o la muerte con la separación Reforzar la idea de que el crecimiento no es una pérdida Sostener la prueba de realidad que lleva a la reparación Abordar la hostilidad parental como resistencia al cambio	Interpretar la repetición No racionalizar que una mala despedida es el desarrollo normal Abordar la necesidad de aprender a cómo separarse Sostener la transformación	Reconocer la unión estrecha entre los padres y el terapeuta Trabajar hasta el final
<i>Componentes de la fase de la parentalidad</i>	Integración y apropiación del rol parental	Seguridad en su primacía de su lugar como padres a pesar de la separación física	Continuidad de la relación parentofilial en el contexto de la separación psicológica	Capacidad de transformar la relación parentofilial a lo largo del desarrollo	Conservación del amor y de la conexión a pesar de separación física y psicológica