

Psicoterapia psicoanalítica con adolescentes: posibilidades y riesgos

MARÍA TERESA DÍEZ GRIESER¹

RESUMEN

Psicoterapia psicoanalítica con adolescentes: posibilidades y riesgos. El artículo propone una reflexión entorno al trabajo psicoterapéutico con adolescentes. Para que las terapias psicoanalíticas sean efectivas y no tengan consecuencias negativas, es necesario desarrollar y mantener una actitud abierta que tenga en cuenta las necesidades y los recursos de los adolescentes y responda con flexibilidad y creatividad a sus reacciones. La perspectiva y técnica de la mentalización ayuda a entrar en contacto con los mundos interiores de los adolescentes y a conectarlos con el mundo exterior y sus exigencias. La presentación y discusión de dos viñetas ilustra los conceptos teóricos y muestra el trabajo terapéutico de forma concreta. **Palabras clave:** *terapia psicoanalítica, adolescentes, adaptaciones técnicas, mentalización.*

ABSTRACT

Psychoanalytic psychotherapy with adolescents: possibilities and risks. The article proposes a reflection on psychotherapeutic work with adolescents. To make psychoanalytic therapies effective and without negative consequences, it is necessary to develop and maintain an open attitude that takes into account the needs and resources of adolescents and responds with flexibility and creativity to their reactions. The perspective and technique of mentalization helps to make contact with the inner worlds of adolescents and to connect them with the outside world and its demands. The presentation and discussion of two vignettes illustrates the theoretical concepts and shows the therapeutic work in a concrete way. **Keywords:** *psychoanalytical therapy, adolescents, technique adaptations, mentalization.*

RESUM

Psicoteràpia psicoanalítica amb adolescents: possibilitats i riscos. L'article proposa una reflexió entorn el treball psicoterapèutic amb adolescents. Perquè les teràpies psicoanalítiques siguin efectives i no tinguin conseqüències negatives, és necessari desenvolupar i mantenir una actitud oberta que tingui en compte les necessitats i els recursos dels adolescents i respongui amb flexibilitat i creativitat a les seves reaccions. La perspectiva i tècnica de la mentalització ajuda a entrar en contacte amb els móns interiors dels adolescents i a connectar-los amb el món exterior i les seves exigències. La presentació i discussió de dues vinyetes il·lustra els conceptes teòrics i mostra el treball terapèutica de forma concreta. **Paraules clau:** *teràpia psicoanalítica, adolescents, adaptacions tècniques, mentalització.*

Introducción

La psicoterapia con adolescentes ha sido un tema controvertido en la historia del psicoanálisis. Hasta el final de los años 90, se encontraban posiciones críticas sobre las posibilidades de tratar problemas psíquicos de los adolescentes con técnicas psicoanalíticas y la búsqueda de adaptaciones para atenderlos es un camino de largo recorrido. La tendencia a actuar impul-

sos y fantasías, así como la fragilización del yo frente a los envites provenientes del desarrollo hormonal y del *ello* parecían implicar una contraindicación para terapias psicoanalíticas.

Mirando atrás y con el conocimiento que los resultados de la investigación psicoterapéutica y conceptual nos han puesto a disposición, hoy podemos señalar que - teniendo en cuenta la actitud y la técnica de los psicoterapeutas psicoanalíticos hasta hace aproximadamente

¹Psicóloga, Psicoterapeuta y Psicoanalista (Zürich, Suiza). Contacto: mtdiez@bluewin.ch

Recibido: 14/1/20 - Aceptado: 6/7/20

tres décadas referente a las interpretaciones (*Deutungen*) - los problemas mencionados no tan solo no se debían únicamente a la situación del adolescente, si no también, y quizás incluso podamos decir sobretodo, eran y son “iatrogénicos”. Utilizando un término que actualmente empieza a formar parte de la discusión de los efectos de las psicoterapias: las psicoterapias tienen efectos secundarios o incluso negativos.

Esta temática fue lanzada en el ámbito germánico por Märten y Petzold en 2002 con el libro *Daños terapéuticos: Riesgos y efectos secundarios de la psicoterapia*. En la actualidad, el libro de Bernhard Strauss (2016) hace una recopilación referente al tema de los efectos negativos de la psicoterapia.

Desde hace más de una década, disponemos de suficientes investigaciones que demuestran que la psicoterapia psicoanalítica es efectiva; efectiva para adultos, efectiva para niños, efectiva para adolescentes y efectiva para un gran número de problemas y patologías en todas las edades (Leichsenring y Rabung, 2008; Maat, Jonghe, Schoevers y Dekker, 2009; Windaus, 2005). Es decir, que hemos dejado atrás la fase en la cual teníamos que demostrar a la comunidad científica y a los terapeutas de las diferentes escuelas que la psicoterapia psicoanalítica funciona. Lo cual nos permite empezar a ver dónde están los límites de este método o, como decía antes, incluso la parte negativa. Está claro que toda terapia tiene efectos secundarios más o menos deseados y que estos efectos tenemos que diferenciarlos de los dañinos. Los hallazgos empíricos respecto al espectro y la frecuencia de efectos secundarios no deseados y riesgos en psicoterapias (Kaczmarek y Strauss, 2013) demuestran que es un fenómeno bastante frecuente y que no tenemos suficientemente en cuenta. Además, podemos constatar que, por un lado, hay bastantes publicaciones sobre temas como el abuso sexual en terapias, pero poco con respecto a los efectos secundarios o no deseados *cotidianos*. Los efectos secundarios de las terapias son un tema muy complejo tanto a nivel teórico como metódico. Entre otros aspectos, hay que tener muy en cuenta la perspectiva del paciente, ya que no sólo es él el que tiene que gestionar estos efectos si no que parcialmente tiene que poder definir si el

tratamiento es positivo o negativo.

Existen una serie de trabajos que tematizan los efectos secundarios, que hay que diferenciar de *fallos o errores* de terapia (interrupciones, recaídas, falta de respuesta al tratamiento). Además, hay que tener en cuenta que existen una serie de enfermedades y situaciones que son resistentes a las terapias o que conllevan un empeoramiento que no está relacionado ni con la terapia, ni con el terapeuta. Wampold (2010) clasifica los efectos negativos terapéuticos de la siguiente forma:

- *Misapplied*: terapias no aplicadas correctamente
- *Mistakes* (errores): falta de focalización, falta de empatía, intrusividad
- *Malpractice* (malas prácticas): abuso o instrumentalización del paciente
- *Unrepaired*: repetición de relaciones problemáticas en la relación terapéutica a raíz de rupturas dentro de esta.

Más allá de estas reflexiones, está el hecho de que en las terapias los pacientes tienen que hablar de sentimientos, de su insuficiencia, de su incapacidad de gestionar situaciones y emociones y de experiencias negativas. Y es un hecho conocido que pensar y hablar sobre estos aspectos negativos a menudo no sólo puede producir malestar, si no incluso puede llegar a tener la calidad de intrusión. A raíz de este fenómeno, podemos afirmar que no existe ninguna intervención psicoterapéutica que no tenga efectos secundarios negativos.

Sabemos que una de las características de la adolescencia es el conjunto de afectos intensos y a menudo negativos que inundan - a veces de forma no previsible - el aparato psíquico del adolescente. La regulación de estos afectos/emociones necesitan de una capacidad de mentalización que, en muchas situaciones, superan las posibilidades de los adolescentes. Por ello una actitud abierta e interesada que pone a disposición la propia capacidad de reflexión es un prerrequisito imprescindible para el trabajo terapéutico con este grupo (Diez Grieser y Müller, 2018). El timing adecuado para abordar sentimientos y situaciones negativas se basa en la relación entre el adolescente y el terapeuta así como en la contratransferencia.

En la primera fase de la historia y desarrollo de

la terapia psicoterapéutica, el trabajo estaba claramente enfocado sobre lo patológico, los déficits de nuestros pacientes y había un enfoque muy individualizado. La conceptualización psicoanalítica era monádica (Dreher, 2014), aunque en el campo del trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes tuvo menos importancia, ya que el trabajo con los menores supuso siempre pensar y trabajar de forma interrelacional.

En la actualidad, el trabajo psicoterapéutico con pacientes adolescentes es muy común e importante. Sabemos que la prevalencia de trastornos psíquicos y comportamentales en la adolescencia es relativamente alta y que las vivencias traumáticas en la primera infancia a menudo se reactivan en la fase de la adolescencia (Seiffge-Krenke, 2010). Los terapeutas psicoanalíticos hemos tenido que evolucionar y asimilar nuevos conceptos que hemos ido integrando en nuestras teorías y en nuestro trabajo concreto. El trabajo con los padres y el entorno social del adolescente ha pasado a formar una parte importante de nuestra práctica. La teoría de la mentalización ha enriquecido nuestra forma de intervenir en el trabajo con el adolescente y la comprensión cada vez mejor de la psicopatología del desarrollo. Teniendo en cuenta los riesgos y los procesos de resiliencia, la teoría de la mentalización nos ayuda a trabajar con adolescentes con comportamientos destructivos o de alto riesgo de forma efectiva y con buenos resultados. Para ello es necesario mantener una actitud bifocal, siendo por un lado resonante en la recepción de los contenidos psíquicos y por el otro lado fomentando de forma focalizada la capacidad de mentalizar situaciones relacionales “viéndose a sí mismo por fuera y al otro por dentro” (Fonagy, Gergely, Target y Jurist, 2002).

La siguiente viñeta narra una parte del trabajo psicoterapéutico con un adolescente e ilustra algunas de las ideas que han sido anteriormente presentadas.

Oscar y la historia familiar

Oscar tiene 16 años cuando llega al consultorio. Ha pedido a sus padres visitar a un profesional porque se siente mal. Oscar conoce el trabajo terapéutico porque ya estuvo anteriormente

en tratamiento por problemas escolares y de comportamiento. Al primer encuentro, los padres vienen solos, Oscar no ha querido acompañarlos. El padre cree que el problema de Oscar es la falta de disciplina que hace imposible que consiga logros que necesitaría para su autoestima. Además, piensa que tendría que tener más amigos, ser más sociable. Le pregunto qué diría Oscar si estuviera aquí sentado con nosotros; el padre se ríe y dice que diría que no quiere, que está bien así. La madre teme que Oscar se suicide porque lo ve muy solo e infeliz y porque le ha comentado más de una vez que no quiere vivir. Tematizo la diferencia que tienen al describir la situación de su hijo y les pido que me expliquen qué piensan sobre las diferentes perspectivas y visiones de los problemas de Oscar. Se entabla una discusión entre ellos, en la cual rápidamente se crea una atmósfera tensa. La madre reacciona al padre que no entienda en absoluto lo que siente su hijo y que no ayuda que lo critique continuamente. El padre, a su vez, reclama a la madre que lo trate como un bebé y que no le exija nada porque piense que es “un pobrecito”. Él ve que esto le hace mal a Oscar y que así no consigue independizarse de ella. Intervengo una vez más pidiendo que mentalicen a su hijo y haciendo preguntas sobre lo que piensan que Oscar pensaría o diría si los escuchara en este instante. El padre exclama: “¡Es una buena pregunta!” La madre dice que seguramente o no diría nada y se marcharía o diría que tienen razón los dos. “Para que lo dejemos en paz”, añade el padre. “No”, contesta la madre, “Oscar es muy consciente y piensa mucho, por eso sufre”.

Después de una serie de informaciones biográficas tanto a nivel familiar como individual, despido a los padres comentando que después de lo que he oído, tengo mucha curiosidad por conocer a su hijo y que espero poder contribuir a comprender lo que Oscar está necesitando.

Oscar es un chico enorme con cara de niño pequeño. Se sienta enfrente y lo primero que me llama la atención es su pelo extremadamente corto y su cara poco expresiva. Me presento, resumo lo que se a través de sus padres, le digo que parece que hay dos Oscars (aquí por primera vez sonrío) y le pido que me cuente por qué razón quería venir a ver un psicólogo. Oscar se pone alerta y pregunta si lo que me va a decir

aquí se lo voy a decir a sus padres. Le explico las reglas y afirma con la cabeza. "Fair enough!", comenta y sonrío de nuevo. Oscar me dice que siente mucha rabia, mucho odio y que muy a menudo tiene ganas de herir o incluso matar a alguien. Le pido que me describa concretamente lo que piensa o imagina. Me cuenta que ayer, por ejemplo, el profesor de matemáticas le molestó muchísimo porque no quiso hacer los ejercicios y que tuvo la idea de hincarle el lápiz en el ojo y se imaginó que sería buenísimo (aquí se ríe). Continúa hablando de querer matar a los homosexuales y, sobre todo, a todos los árabes. Habla sin parar. En mi contratransferencia me siento aturdida, sobrepasada, con miedo y con sentimientos de rechazo hacia el joven. Su discurso culmina y me dice que lo único que quiere es matar a mucha gente. Le respondo que entiendo que tiene mucha rabia y odio acumulado dentro de sí mismo y que me pregunto por qué motivo es tan intenso. Le comento que me puedo imaginar que un profesor de matemáticas puede provocar emociones muy negativas, pero lo del ojo me parece excesivo. Lo mismo me pasa con los otros temas. ¿Por qué tanto? ¿Por qué tan absoluto? ¿Le ha pasado a él o a alguien de su familia algo? Oscar me cuenta la historia de su familia, la persecución nazi y el holocausto. Mientras escucho, me pregunto que relación tendrá el convertirse en víctima por no estar preparado y la decisión del joven de no querer ser jamás víctima. Hablamos sobre la historia de la Segunda Guerra Mundial y Oscar me pregunta si soy creyente. En esta fase de nuestro primer encuentro empiezo a sentirme triste y a pensar que Oscar está lleno de emociones e imágenes que no son solamente suyas: me acuerdo del título del libro de Schmucl Erlich (*Fed with tears, poisoned by milk*: alimentado con lágrimas, envenenado por la leche [2009]), que transporta la idea de la transmisión entre las generaciones como algo primario que pasa a través de la relación entre el bebé y la madre. Le comento que no es fácil crearse una identidad propia y permitirse vivir y disfrutar teniendo tanto dolor y tanta muerte en la familia. Me mira y comenta: "yo no quiero sufrir y prefiero matar antes de que me maten".

¿Qué ha pasado en este primer encuentro?
¿Por qué ha sido tan productivo?

Mi trabajo principal fue:

- Contener el miedo y mantener mi capacidad de mentalizar
- Renunciar a interpretaciones y preguntar mucho (método socrático; *técnica del inspector Colombo* [Diez Grieser y Müller, 2018]) para activar la mentalización
- Hacer intervenciones que tienen como eje y foco la dinámica transferencia-contratransferencia.

Estos aspectos acompañaron el trabajo con Oscar, quien en el mundo real empezó a tener más dificultades debido a sus comportamientos; el colegio quiso expulsarlo por sus actitudes agresivas y su falta de cooperación. En esta primera fase del tratamiento, el entorno empezó a atacar el trabajo terapéutico que según los padres y la escuela no era fructífero y acentuaba la problemática. Estas críticas me hicieron reflexionar sobre la posibilidad de que la psicoterapia estuviese teniendo un efecto secundario negativo, permitiendo a Oscar desarrollar su narrativo en los encuentros conmigo y aumentar así subjetivamente su derecho a odiar y a estar en un constante estado de alerta. En uno de nuestros encuentros, lo confronté con esta posibilidad y expresé mi preocupación al respecto. La reacción de Oscar me hizo comprender que había que correr ese riesgo y que yo tenía que seguir conteniendo miedos arcaicos y no mentalizados hasta ese momento. Como consecuencia de mi actitud orientada hacia el diálogo y la comprensión, Oscar me fue permitiendo entrar paso a paso en su mundo interior lleno de monstruos y peligros donde el terror era el sentimiento dominante. Sentía miedo y una gran responsabilidad al mismo tiempo y me cuestionaba si hacía bien en no *psiquiatrizar* a Oscar. Una supervisión con Mario Erdheim me contuvo y me ayudó a seguir el camino iniciado.

El tratamiento psicoterapéutico con Oscar continuó durante dos años de forma regular una vez por semana y, después de 15 sesiones, la situación exterior mejoró notablemente, ya que Oscar empezó a modular sus comportamientos y a tener algunos contactos puntualmente satisfactorios con coetáneos.

El trabajo con la familia fue, en este caso, muy peculiar. Mientras que en las sesiones de terapia individual con Oscar el tema de la familia y los

vínculos familiares fue recurrente e intenso, con los padres el contacto fue mínimo. En la primera fase, hubo encuentros aproximadamente cada seis semanas. A Oscar no le gustaba, no quería participar en ellos, aunque -como averiguamos en una sesión- esto le habría dado la posibilidad de controlar la situación, pero temía que sus padres hablaran mal de él y que yo pudiese contar algo. Con los padres, los temas principales eran por un lado cómo apoyar a su hijo y por el otro como gestionar el miedo que tenían de que su hijo no fuera normal. Un tema importante era, además, cómo gestionar las reglas, ya que los padres eran muy incoherentes al respecto. Durante la primera fase, con grandes crisis por las reacciones y exigencias del contorno, los padres utilizaban los encuentros para vaciarse, para pasar la presión a la terapeuta sin estar dispuestos a barajar diferentes posibilidades, como por ejemplo que Oscar -que decía estar muy cansado del colegio- aprendiese un oficio. En una de estas sesiones, “consiguieron” que la gestión contratransferencial y la mentalización se quebrase y que la terapeuta dijese que quizás tenían que aceptar que su hijo era especial. La madre empezó a llorar y el padre me atacó, exigiendo soluciones concretas. Al final, decidimos que Oscar iba a venir dos veces por semana a terapia. En la tercera fase del primer año, mientras que Oscar viene dos veces por semana, el contacto con los padres es telefónico y por correo electrónico. Este fue el *setting* hasta el final del tratamiento dos años después.

El trabajo con Oscar contiene diferentes aspectos que vale la pena analizar. Uno de ellos es la cuestión del contacto con la familia y el trabajo con los padres. Generalmente, el trabajo con niños y adolescentes va acompañado de una intervención más o menos intensa con el entorno familiar. Numerosos trabajos se centran sobre este aspecto e indican la ausencia del trabajo con el entorno como un error en el trabajo terapéutico con niños y adolescentes. A pesar de concordar con estas posiciones, creo que Oscar tuvo razón en no querer que sus padres viniesen a la consulta. Al principio del tratamiento tuvo sentido y fue importante que insistiera en trabajar con los padres; más adelante, para Oscar suponía una contaminación del espacio terapéutico. Tener a ambos en mi oficina evocaba lo

que Zornberg (2009) llama el *murmuring deep*: afectos y sensaciones corporales (*embodied*) que, a través de la verbalización, encontraban una forma -a menudo violenta- de expresarse y que invadían el espacio terapéutico y bloqueaban mi capacidad de mentalización. El expresar con toda la claridad que Oscar era “especial”, en vez de seguir de forma colusiva y debido a mi contratransferencia (“no podemos con más desgracias”) evadiendo el tema, mejoró la relación con los padres y bajó su tensión. Quizás vieron a la terapeuta como a alguien que desde una posición benévola y resiliente apoyó a su hijo y de la cual finalmente podían fiarse: una *goi* (persona no judía) - pero fiable.

El silencio en el trabajo terapéutico con adolescentes

Una gran parte de los pacientes adolescentes vienen con poca motivación propia a nuestras consultas. Mandados por padres, médicos o instituciones, llegan con frecuencia con una actitud de rechazo. A menudo, los adolescentes no quieren hablar de sus sentimientos. A veces ven al terapeuta como a alguien intrusivo, como un objeto peligroso que quiere entrar en su mundo interior (Müller-Pozzi, 1980). Por ello, es muy importante que, como terapeutas, ofrezcamos la posibilidad de construir un espacio intersubjetivo en el cual los afectos y las vivencias negativas puedan ser depositadas y trabajadas en común. Para ello, es especialmente importante -más allá del hecho de que el trabajo psicoterapéutico es siempre una *talking cure* (Breuer y Freud, 1895) y que las nuevas teorías (Fonagy, Gergely, Target y Jurist, 2002) nos han mostrado la importancia de las intervenciones que aumentan la capacidad de mentalización-, escuchar el silencio dentro de los adolescentes y en el trabajo terapéutico con ellos es clave para entrar en contacto con sus mundos interiores y ser efectivos en nuestro trabajo.

Selma y el silencio

Conozco a Selma, de 15 años, después de un intento de suicidio en el Centro para Psiquiatría y Psicoterapia de la Clínica para Niños y Adolescentes. Selma me da a entender desde el

primer momento que no tiene ganas de entrar en contacto conmigo. Opina que lo del suicidio fue algo impulsivo y que no se repetirá y que no necesita ir a ver un *shrink* porque no está loca. Le propongo de vernos un par de veces antes de decidir qué hacer. Selma llega a nuestra segunda sesión con un vendaje y acaba por contarme que se ha herido con cuchillas. Siento temor y preocupación y lucho por conseguir que acepte un trabajo común para intentar comprender por qué ataca a su cuerpo de tal forma. Al mismo tiempo, me pregunto por qué lo ha hecho después de nuestro primer encuentro. ¿Es un efecto secundario de mi propuesta psicoterapéutica? Reflexionando, creo entender que es su forma de mostrarme sus heridas psíquicas y que, por ahora, solo puede hacerlo de una forma muy concretista, utilizando su cuerpo como campo de batalla. En la siguiente sesión, Selma me cuenta que ha ido a bañarse al lago; me asombro, ya que hace mucho frío. Ella reacciona con sorna y me dice si no sé que los indios no sienten dolor. Le pregunto por qué ella se considera un indio y qué significado tiene el no sentir dolor. Selma no responde. Asocio y verbalizo que es una imagen de fortaleza y autocontrol. Selma mira por la ventana. Le vuelvo a ofrecer el diálogo, la búsqueda en común. Selma me dice que se siente mareada. Comento que quizás tiene pensamientos que le dan vértigo, ella afirma con la cabeza, pero no habla. Así continúan nuestras próximas sesiones: Selma viene puntualmente, se sienta, dice sí y no a una o dos preguntas y luego calla. Yo intento llamar su atención, asocio, comento, cuento. Las horas se repiten así. No sé qué hacer, empiezo a sentirme invadida por fantasías e imágenes. Cuando Selma se va, hago algún apunte y a veces dibujo. En las sesiones, empiezo a contar historias sintiéndome un poco como Shahrazād, que contaba historias al sultán Shāhrīyār para evitar el momento de ser asesinada. Pregunta. Respuesta. Este es el ritmo. Empiezo a entender cada vez mejor las expresiones faciales de Selma, a orientarme con pequeños detalles, a formar hipótesis.

En la sesión 12, por ejemplo:

Terapeuta: A veces pienso que venir aquí es una especie de prueba a la que te sometes. ¿Cuál es el premio?

Selma: Sentirme fuerte (silencio)

En la sesión 18, por ejemplo:

Terapeuta: A veces me siento impotente y pienso que me gustaría poder ayudarte mejor.

Selma: Sigo viva (silencio).

Escuchar el silencio

Salman Akhtar, un psicoanalista americano, desarrolla en su libro sobre la escucha psicoanalítica (2013), entre otras cosas, una nueva perspectiva sobre el silencio del paciente. El silencio en la situación psicoterapéutica puede tener diferentes razones y la contención de este ayuda a reflexionar al respecto. Akhtar (2013) propone diferenciar las siguientes formas de silencio:

- Silencio estructural
- Silencio no mentalizado
- Silencio defensivo
- Silencio enactivo
- Silencio simbólico
- Silencio completativo
- Silencio vacío

El *silencio estructural* es una forma de silencio que forma parte de todo proceso psíquico y que representa un trabajo interior, una área de creación y reflexión que generalmente no necesita de nuestra intervención. Este tipo de silencio no es muy frecuente en el tratamiento de adolescentes y en el trabajo con adultos lo encontramos en personas con una estructura más bien neurótica con una buena capacidad de mentalizar. El *silencio no mentalizado* es aquel que se da porque algo es impensable, no puede ser mentalizado. En el trabajo con Selma hubo muchos de estos silencios. El verlos como una incapacidad y no como una resistencia fue la base para trabajar de forma constructiva con ellos. Akhtar (2013) propone – refiriéndose al trabajo de Fonagy et al. (2002) y a la teoría de la mentalización – insistir y pensar en común y mantener una posición de interés y curiosidad hacia el mundo interior del paciente.

El *silencio defensivo* es uno de los más conocidos y tratados en la teoría y técnica del trabajo psicoanalítico, ya que va generalmente asociado a resistencias hacia la emergencia de deseos y pulsiones conflictivas o prohibidas.

El *silencio enactivo* describe la “acción” que supone el silencio a nivel de escena y el efecto

que tiene sobre el terapeuta que siente la presión de reaccionar y responder. En el trabajo con adolescentes, los *enactments* son frecuentes y una forma importante de comunicar y entablar una relación con el terapeuta. En los casos de Oscar y Selma, vemos diferentes formas de escenificar; el primero configura la escena a través del hablar mucho y sin límites, la segunda con el silencio. En ambos casos fue necesaria la respuesta y la acción de la terapeuta, así como la actitud mentalizadora.

El *silencio simbólico* tiene un lugar importante en la terapia psicoanalítica, ya que se relaciona con las pulsiones y la simbolización de estas. El silencio puede, por ejemplo, representar una boca abierta que espera ser alimentada a través de las palabras del terapeuta.

El *silencio contemplativo* es, sin embargo, una forma del individuo de entrar en contacto con objetos interiores; en el trabajo terapéutico, este tipo de silencio lo encontramos a menudo después de una intervención que da sentido a un fenómeno o después de asociaciones.

El silencio que Akhtar denomina *blank*, es decir, vacío, se refiere a un fenómeno regresivo que puede ser interpretado como positivo o destructivo. Positivo como una forma de identificación primaria; por ejemplo, después de una interpretación transferencial adecuada. Destructivo, cuando es una forma de muerte psíquica o de alucinación negativa. En el caso de Selma, hubo –sobretudo en los primeros meses de la terapia– fases de silencios vacíos que en mi contratransferencia me llevaban a sentir una necesidad urgente de sentirme viva, de pensar, por ejemplo, en la cena que iba a preparar esa noche.

Conclusiones

Winnicott (1956) puntualizó que fantasías y tendencias destructivas son formas normales de los adolescentes a la hora de manejar pulsiones y emociones, por lo cual la contención de estas en la situación terapéutica es especialmente importante. La vitalidad y la intensidad que acompaña el proceso de la adolescencia exige flexibilidad y una presencia emocional vez por parte de los terapeutas. A menudo, no es fácil entablar un verdadero diálogo con los

adolescentes y nos quedamos con *diálogos de papagayo*. Una actitud interesada y flexible así como el fomento de la mentalización son ingredientes importantes para un trabajo terapéutico efectivo.

Si se consigue entablar el diálogo, es fascinante ver cómo los adolescentes entienden las interpretaciones y cómo estas tienen a veces un efecto positivo inmediato. Para los adolescentes, es relativamente fácil tener una transferencia positiva hacia el terapeuta y “utilizarla” para su desarrollo. Para los terapeutas, es importante concentrarse en la contratransferencia y garantizar así un proceso psicoterapéutico que no sea dañino ni tenga efectos secundarios negativos que pongan en cuestión el desarrollo y la salud mental del adolescente.

Referencias

- Akhtar, S. (2013). *Psychoanalytic Listening. Methods, Limits and Innovations*. London: Karnac.
- Breuer, J. y Freud, S. (1991). *Studien über Hysterie*. [1895]. Frankfurt: Fischer.
- Díez Grieser, M. T. y Müller, R. (2018). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dreher, A. U. (2014). Wie heilig sind uns psychoanalytische Konzepte? *Forum der Psychoanalyse*, 30(1): 11-26.
- Erlich Shmuel, H., Erlich-Girnoch, M. y Beland, H. (2009). *Fed with Tears - Poisoned with Milk*. Giessen: Psychosozial Verlag
- Fonagy, P., Gergely, G., Target, M. y Jurist, R. L. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. New York: Other Press.
- Kaczmarek, S. y Strauss, B. (2013). Empirische Befunde zum Spektrum und zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie. En *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (15-32). Berlín: MWV.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Am Med Assoc*, 300:1551-1565.
- Maat, S. de, Jonghe, F. de, Schoevers, R. y Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term

- psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry*, 17(1):1-23
- Märtens, M. y Petzold, H. (ed.) (2002). *Therapieschäden - Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald Verlag.
- Müller-Pozzi, H. (1980). Zur Handhabung der Übertragung in der Analyse von Jugendlichen. *Psyche*, 34(4), 339-364.
- Seiffge-Krenke, I. (2010). Beyond efficacy. *Forum der Psychoanalyse*, 26 (3): 291-312.
- Strauss, B. (2016). Zum Stand der empirischen Forschung in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 52(2):111-127.
- Wampold, B. E. (2010). *The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Windaus, E. (2005). Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54 (7): 530-558.
- Winnicott, D. W. (1956). *Primary maternal pre-occupation*. London: Tavistock.
- Zornberg, A. G. (2009). *The murmuring deep. Reflections on the biblical unconscious*. New York: Schocken Books.

