

REFLEXIONES CONTRATRANSFERENCIALES SOBRE LA PSICOTERAPIA CON NIÑOS A TRAVÉS DE UN CASO ÚNICO

Paula Rizo-Patrón

Marco teórico

La psicoterapia infantil se caracteriza por ciertas vicisitudes que se diferencian a las del trabajo terapéutico con adultos. Dichas vicisitudes, se relacionan con la naturaleza del vínculo establecido con el paciente y su familia y, con las características del niño como individuo en proceso de desarrollo emocional y cognitivo. Todos estos factores, pueden implicar situaciones retadoras y la consideración de múltiples variables y fuentes para la realización del psicodiagnóstico y la intervención (Siquier de Ocampo, 1974; Ronen, 2003).

Desde el paradigma psicoanalítico, al cual me adscribo, a diferencia de otras orientaciones terapéuticas, la relación paciente–terapeuta se considera instrumento y cura en sí misma, por lo que ocupa un lugar central en la intervención. En ese sentido, el objetivo de este trabajo fue precisamente describir las particularidades de la psicoterapia psicoanalítica infantil entorno a la relación y a la comunicación de dicha díada, a partir de un caso de psicoterapia focal breve. Específicamente, se analizó la interacción paciente - terapeuta, a partir de la revisión del concepto de contratransferencia, instrumento técnico particularmentepreciado en el trabajo con niños. Pues, la veloz confluencia de elementos verbales y no verbales que emergen en la comunicación del paciente, suscita en el terapeuta una movilizadora experiencia emocional, que requiere un gran esfuerzo de integración y elaboración por parte de este último, quien experimenta el reto de poder

comprender y pensar al paciente, y al mismo tiempo, intervenir, ejerciendo su función de *rêverie* (Bion, 1962). En ese sentido, la contratransferencia, junto con otros conceptos relacionados, como la identificación proyectiva, la contraidentificación proyectiva y el enactment, permiten el acercamiento a la comprensión de la compleja comunicación, en gran parte inconsciente, que transcurre en la interacción terapeuta–paciente.

La síntesis conceptual presentada a continuación ha sido elaborada a partir de los desarrollos teóricos de la Escuela Británica, desde la perspectiva de las relaciones objetales, en la que el valor y el uso de la mente del psicoterapeuta como instrumento tienen un lugar esencial en la técnica. Por tal motivo, encuentro utilidad directa en estos postulados para el trabajo clínico.

Acerca de la contratransferencia

Como refiere Etchegoyen (1986), en los años cincuenta aparecen trabajos acerca de la contratransferencia como problema técnico y teórico, dentro de los cuales destacan simultáneamente los aportes de Racker (1948; 1953) y Heimann (1950), pues subrayan el papel de la contratransferencia como instrumento en el proceso analítico: concebida como una herramienta útil para conocer las transferencias del paciente e interpretarlas en vez de reaccionar a estas. A partir de ahí, diversos autores que se expondrán de manera sucinta a continuación, han desarrollado una serie de planteamientos desde distintas perspectivas, sobre todo conforme la cura ha ido concibiéndose cada vez más como una relación (Laplanche & Pontalis, 1996). Como señala Etchegoyen (1989), uno de los ejes principales entorno al cual giran los siguientes planteamientos es en qué medida el fenómeno contratransferencial depende del paciente, es decir, de la transferencia, o de otros aspectos, como la transferencia o la personalidad del terapeuta. De este modo, Racker (1948, 1953) establece una distinción entre dos tipos de contratransferencia: concordante y complementaria. La primera, referida a situaciones propias del analista movilizadas por aspectos del paciente, y la segunda, proveniente de la identificación del analista con los objetos internos del paciente, que el terapeuta siente como propios.

Racker (1953) afirma que sus puntos principales coinciden con los de Heimann (1950), quien de acuerdo a Anastasopoulos y Tsiantis (1996), introduce el valor positivo de la contratransferencia. Pues, efectivamente replantea desde una perspectiva novedosa dicha noción, al cuestionar la actitud de temor de muchos analistas frente a los sentimientos que experimentan hacia el paciente, por lo que evitan cualquier respuesta emocional e intentan seguir un ideal de analista que conserva distancia (Heimann, 1950). Esta misma autora, entiende por contratransferencia todos los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente y sostiene que no existe una diferencia tajante entre los sentimientos suscitados por la transferencia y aquellos que se vivencian frente a otra persona en sí misma. Además, considera que la contratransferencia es creación y parte de la personalidad del paciente, así como de la relación analítica. Para Heimann (1950), el supuesto básico es que el inconsciente del analista comprende al de su paciente, a través de la contratransferencia, que es la forma más dinámica en la que llega la comunicación del paciente. De esta manera, las emociones que se despiertan en el analista, junto con las asociaciones y el comportamiento del paciente, serán una fuente valiosa para comprobar la comprensión de los conflictos y defensas inconscientes de este último, a ser interpretados o elaborados.

Por tanto, esta última autora destaca que la respuesta emocional del analista frente al paciente y su capacidad para sostenerla es una de las herramientas más importantes para su trabajo. Pues, advierte que las emociones intensas, impulsan hacia la acción más que hacia la contemplación, por lo que amenazan la capacidad del analista para observar y comprender. De ahí que indicara la importancia del pensamiento analítico del propio analista para trabajar sus conflictos y ansiedades infantiles (paranoides y depresivas), lo que le permitirá transitar más cómodamente por los roles del Ello, Yo, Superyó y objetos externos que el paciente le asigna o proyecta sobre él.

Pocos años después, Money-Kyrle (1956) también escribe sobre la contratransferencia y se refiere a esta como un delicado aparato receptor. Señala que si el analista está afectado o perturbado es probable que el paciente, quien también es a su vez afectado por esto, haya contribuido inconscientemente a este resultado. Agrega que la

experiencia del analista ante las proyecciones del paciente puede estar vinculada con sus propias reacciones internas al material. Por ejemplo, en una parte difícil del análisis, la proyección del self incompetente por parte del paciente hacia el analista puede mezclarse con los propios sentimientos de incompetencia del analista al no comprender el material.

Más adelante, se hallan diferentes síntesis sobre el término contratransferencia. Una de las más amplias, es la siguiente: “conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 84). Mientras, Anastasopoulos y Tsiantis (1996), concluyen que la contratransferencia puede ser concebida como la reacción del terapeuta frente a las proyecciones del paciente sobre él. Especifican que dicha reacción puede provenir tanto de la activación de partes neuróticas inmaduras propias del terapeuta como de la creación de emociones y fantasías que pueden atribuirse enteramente a la intensidad y cualidad de la identificación proyectiva del paciente. En síntesis, el fenómeno contratransferencial comprende tanto las reacciones emocionales del terapeuta frente a la transferencia del paciente, como la propia transferencia del terapeuta, en tanto el proceso analítico implica a ambos participantes, movilizadas afectivamente de manera intensa. Como resume Zuzunaga (2018), en la interacción, el analista debe ser capaz de analizarse, mediante la propia observación, y comprender sus reacciones y conflictos como una comunicación, distinguiendo de qué modo el paciente puede influir en lo que le sucede internamente.

Algunos términos relacionados al fenómeno de contratransferencia: identificación proyectiva, contraidentificación proyectiva y enactment

Paralelamente a la evolución teórica y técnica de la contratransferencia, surge y se profundiza el desarrollo de términos relacionados a dicho fenómeno. Diversos autores de los años cincuenta y sesenta, tales como Racker, Grinberg y Sandler (Etchegoyen, 1986), elaboraron, desde la perspectiva de las relaciones de objeto, planteamientos teóricos a partir del concepto de identificación proyectiva, el cual fue fundamental para ir ampliando la comprensión de la comunicación en el ámbito terapéutico. Dicho concepto, introducido

por Klein (1946), se define como un mecanismo de defensa mediante el cual el individuo tiene la fantasía omnipotente de que proyecta partes de sí mismo en otro, con las cuales este último se identificaría. Mientras, de manera más amplia, los postulados de Bion (1962) enfatizaron la función de la mente del analista y de su experiencia interna, de modo tal que sus emociones pueden contribuir a sus pensamientos y utilizarse para comprender al paciente. Propone como parte de su teoría, que la acción rápida de elementos beta bloquea la posibilidad de pensar e intervenir, produciéndose un ataque al pensamiento, idea que es retomada por Segal (1978), al plantear que existe un área de la patología del paciente, que emerge como una invasión en la mente del analista, de manera seductora o agresiva, enfocada en irrumpir en la contención. Lo que genera ansiedad y confusión.

Grinberg (1962) identifica matices diferenciados de la contratransferencia. Postula el mecanismo de contraidentificación proyectiva, el cual ocurre ante las masivas identificaciones proyectivas y el uso excesivo de este mecanismo por parte del paciente, lo que lleva al analista a jugar el rol al que lo conduce este último y a menudo, a tener dificultades para metabolizar y contener las proyecciones que recibe. Es así como este mismo autor, sostiene que el terapeuta no es solo un objeto pasivo ante las proyecciones del paciente y advierte del peligro de las reacciones basadas en la contratransferencia, incluyendo la re-proyección patológica de los contenidos no metabolizados. Para hacer frente a dichas dificultades, hace referencia a la capacidad de *rêverie* (Bion, 1962), la cual permite al terapeuta ejercer contención y metabolizar las identificaciones proyectivas patológicas que llevan hacia el insight interpretativo. En ese mismo sentido, describe los procesos de introyección y proyección que coexisten en la mente del analista y del paciente, quienes son tanto sujeto como objeto. Finalmente, dichos procesos son los que permiten que el analista re-proyecte los resultados de su asimilación mediante interpretaciones.

Es importante destacar que para Grinberg (1962), si bien, como toda situación analítica, hay una participación dual en estos procesos, el mayor énfasis debe atribuirse a la extrema violencia del mecanismo de identificación proyectiva del analizado, lo que el analista debe tolerar. Aunque, a veces no puede hacerlo y reacciona de diferentes formas que describe el autor, como si hubiese adquirido las partes proyectadas en él de una

manera real, como un papel que le sobreviene con presión. Por ende, como señala Etchegoyen (1986), el mecanismo de conraidentificación proyectiva no queda fuera del fenómeno de la contratransferencia.

Por otro lado, cabe resaltar algunos aportes realizados más recientemente acerca de la identificación proyectiva y otros términos relacionados. Por ejemplo, Jacobs (1986) acuña el concepto de enactment, el cual, al igual que la identificación proyectiva, tiene un valor comunicativo. Como señala Wieland (2015), dicho término es producto de esta última y de la contra identificación proyectiva. Jacobs (1986) considera que el analista siempre es conducido al enactment, debido al efecto que tienen los conflictos inconscientes del paciente en su propio inconsciente. Con esto coincide Steiner (2006), quien rescata que el enactment es inherente a la relación analítica.

Inspirada en algunas de las ideas ya explicitadas, Feldman (1994) refiere que si bien originalmente el concepto de identificación proyectiva implica una fantasía omnipotente inconsciente que no depende de la participación del objeto, es evidente que los pacientes suelen intentar llevar al analista al enactment como una forma de protegerse frente a la ansiedad, y así restaurar el equilibrio psíquico a través del uso del objeto para proyectar contenidos mentales insoportables, induciendo sentimientos o pensamientos en el mismo. Dicho enactment corresponde a una relación de objeto particular, que se intenta perpetuar mediante la compulsión a la repetición. Además, este mismo autor recalca que, al igual que el paciente, el analista tiende a preservar su equilibrio psíquico antes que a entender al paciente y este debe permitirse experimentar y responder internamente a las proyecciones del paciente lo suficiente para ser consciente de esto y comenzar a darle sentido. Así, Feldman (1994) afirma que cierto grado de acting por parte del analista es inevitable antes de que este sea plenamente consciente de lo que el paciente hace o siente, aunque el enactment refleja la falla en el entendimiento o la contención por parte del analista. Por el contrario, si comprende la comunicación inconsciente del analizado, la presión hacia el enactment disminuye. De esta forma, sintetiza que el terapeuta tiene la doble función de contener las proyecciones y transformar dicha experiencia en una comunicación que refleje el entendimiento. En este punto, recuerda que Bion enfatiza la función maternal en el

proceso de contención, de tomar y dejarse afectar por las proyecciones de ansiedad intensas del infante, al igual que el analista debe transformar los contenidos intolerables que le son proyectados en tolerables y así, poder pensar acerca de su experiencia.

De manera semejante, se aprecia que, aunque con distintos matices, ya desde hace algunos años atrás, otros autores también aludían a la idea de la particularidad y la dificultad de la labor analítica, relacionada a ser simultáneamente intérprete y objeto de transferencia (Strachey, 1934, citada en Etchegoyen, 1989; Money-Kyrle, 1956; Brenmann, 1985), a través de la función analítica, la cual, en palabras de Etchegoyen (1989), busca devolver al paciente su capacidad de pensar, al restaurarle la confianza en su propio pensamiento. De este modo, Brenmann (1985) escribe el problema ambiguo que es para el analista transitar la delgada línea entre experimentar la perturbadora transferencia que recibe del paciente y al mismo tiempo, responder con alguna interpretación que no transmita una ansiedad perturbadora. Además, menciona que los pacientes en primera instancia, ejercen presión por una respuesta, no por una interpretación. Es así como recuerda que las identificaciones proyectivas del niño-paciente son acciones que intentan producir reacciones, lo que lleva al analista a lidiar con esto tan rápidamente que no puede hacerlo conscientemente. Refiere asimismo que no solo el paciente busca, en parte, una respuesta de enactment sino que el analista también tiene el impulso de hacerlo.

A partir de todos los planteamientos revisados, se comprende que, como indica Wieland (2015), desde la perspectiva de la relación de objeto, el tratamiento del paradigma psicoanalítico sostiene que la curación y el alivio del sufrimiento psíquico, se dan a través de una relación en la que se desarrolla una ligazón emocional intensa, la cual se espera sea transformadora. Por ende, esta autora menciona que resulta particularmente relevante abordar dicha relación terapéutica desde la perspectiva de los procesos emocionales que surgen en el terapeuta, en la comunicación con su paciente. Adicionalmente, recuerda que la inclusión del terapeuta como participante en el encuentro clínico requiere una modificación técnica que implica prestar atención a dos análisis: el del paciente y el del terapeuta, de modo tal que “en su atención flotante ha de permitirse toda clase de asociaciones y pensamientos mientras que al mismo tiempo escucha al paciente...la mente

en “*rêverie*” del terapeuta va otorgando significado a lo no pensable” (Wieland, 2015). Sin embargo, esto último no es tarea fácil. Pues, como incluso advertía Heimann (1950) desde hace más de medio siglo, las emociones intensas que se despliegan en el analista generan más acción que pensamiento. Como resume Wieland (2015), el receptor de las proyecciones está presionado a pensar, sentir y comportarse de manera acorde a los aspectos proyectados. Esto es, a identificarse con los aspectos de quien proyecta.

La contratransferencia en el trabajo con niños

Como señala James Anthony (1986, citado en Anastasopoulos & Tsiantis, 1996), los fenómenos contratransferenciales tienden a emerger más y con mayor intensidad en el psicoterapeuta que trabaja con niños. De acuerdo con McCarthy (1989, citado en Anastasopoulos & Tsiantis, 1996), la contratransferencia en la psicoterapia infantil incluye las reacciones emocionales que emergen a partir del rol de los padres y las dinámicas familiares en el desarrollo del mundo interno del niño. Por ende, Anastasopoulos y Tsiantis (1996) establecen que las reacciones contratransferenciales se pueden desarrollar en respuesta a la transferencia y/o proyecciones del paciente, sus familias y/o sus ambientes. Por su parte, las emociones que surgen en el terapeuta, también provienen de sus propias experiencias tempranas o conflictos psíquicos no resueltos, desencadenados por el paciente. De este modo, los factores que influyen la naturaleza particular de la contratransferencia en la psicoterapia con niños, se pueden clasificar en tres categorías interrelacionadas, según de donde provienen: del niño, de su familia, y del propio terapeuta.

Respecto de la primera categoría, los mismos autores desarrollan ideas relacionadas con la naturaleza de la comunicación del niño, las cuales también coinciden con las de Segal (1991), quien sostiene que al igual que los sueños en los adultos, el juego de los niños es un medio fundamental de elaboración de conflictos y de comunicación, ya que apunta directamente a la expresión, elaboración y simbolización de fantasías inconscientes. Así, Anastasopoulos y Tsiantis (1996) refieren que la expresión de sentimientos y fantasías en la psicoterapia infantil se da fundamentalmente a nivel simbólico no verbal, a través del juego

y la acción, más que mediante palabras. En efecto, la expresión de los impulsos en la relación transferencial es directa y las demandas de gratificación son muy intensas, debido a la poca tolerancia a la ambivalencia y a la frustración en los niños.

Todas estas descripciones muestran que existe una mayor exposición del terapeuta, que participa activamente compartiendo el juego, con el material inconsciente del niño, lo que fomenta la aparición de sentimientos contratransferenciales. De esta manera, es usual que tenga que evaluar y decidir, bajo el empuje de las invitaciones a rápidas secuencias de acción y demandas de respuesta, lo que limita su capacidad para reflexionar sobre las consecuencias de sus intervenciones. Por el contrario, se promueve el uso de su intuición para comprender la situación. Esto atañe al uso de su contratransferencia, ya que emite frecuentemente comunicaciones que emergen directamente de las emociones que el niño evoca en él, a través de su expresión no verbal. Adicionalmente, de acuerdo a Schowalter (1985, citado en Anastasopoulos & Tsiantis, 1996), los impulsos agresivos y libidinales que el niño expresa como demandas directas a través de la acción son más propensos a provocar reacciones personales y directas en el terapeuta, a diferencia de cuando se expresan verbalmente como deseos y fantasías.

Dentro de los factores contratransferenciales que emergen propiamente desde el terapeuta, McCarthy (1989, citado en Anastasopoulos & Tsiantis, 1996) señala que el trabajo analítico con niños revive en el analista ansiedades y sentimientos infantiles. Por último, con respecto a los factores contratransferenciales que emergen por parte de los padres y/o la familia, Anastasopoulos y Tsiantis (1996) indican que estos contribuyen a la comprensión del papel de la dinámica familiar en la psicopatología del niño e influyen en la alianza terapéutica establecida con las figuras parentales. Por ejemplo, la madre puede tender a rivalizar con la figura del terapeuta, o en contraposición, idealizarla. En esa línea, el análisis de la contratransferencia es una herramienta útil para entender no solo la resistencia de los niños sino también la de sus padres.

A partir de todo lo expuesto, se puede concluir que la contratransferencia, que implica tanto las reacciones emocionales del terapeuta ante la transferencia del paciente, como la propia transferencia del terapeuta, es un instrumento de valor esencial para el

abordaje de la psicoterapia infantil y sus particulares vicisitudes, desde el enfoque psicoanalítico. Pues, si bien el fenómeno de la contratransferencia no es exclusivo del trabajo clínico con población infantil, la naturaleza de este último propicia con intensidad la aparición de sentimientos contratransferenciales, los cuales constituyen una vía de acceso al mundo interno del niño y a las dinámicas familiares que repercuten en él, en virtud de su valor comunicativo. Esta comunicación está teñida de todos los procesos que se ponen en marcha a través de fenómenos, como la identificación proyectiva, la contraidentificación proyectiva y el enactment, los cuales forjan la compleja relación terapeuta-paciente, pilar fundamental y distintivo de la técnica psicoanalítica.

Viñetas clínicas y observaciones

El siguiente material clínico se extrajo con el consentimiento de la familia del paciente. Por motivos de confidencialidad, la información presentada a continuación preservará la identidad de este último. Se trata de un niño de ocho años, al que llamaré Andrés (A), con quien se llevó a cabo una psicoterapia focal breve de once sesiones, en un centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Barcelona. En la exploración realizada, Andrés manifiesta temor a volver a desmayarse y a la muerte. El motivo de consulta latente parece girar entorno a su dificultad de diferenciación frente a su figura paterna, lo que se plasma en su frecuente confusión a nivel de discurso y en su dificultad para interiorizar lo elaborado en las sesiones o al realizar deberes, lo que probablemente refuerza su sensación de incompetencia. Cabe destacar que quizás dicha dificultad de diferenciación, podría responder a las ansiedades de separación y de muerte presentes en él y en su familia, relacionadas con sus antecedentes de cardiopatía y otros duelos, propios de la inmigración de los padres, quienes llegaron a España hace muchos años. Las siguientes viñetas y reflexiones contratransferenciales (reflexiones contratransferenciales que en la viñeta clínica pueden leer en cursiva), fueron seleccionadas a partir de la transcripción de la quinta sesión.

El enactment: en medio del empuje hacia la acción

Hago pasar a Andrés al despacho y le pregunto cómo está, él responde lo detallado en la primera línea. Luego, surgen las siguientes interacciones a lo largo de la sesión.

A: ... Ayer estuve fatal, vomité... estaba dormido y soñé que vomitaba (confuso).

T: No te he entendido, ¿vomitaste o soñaste que vomitaste? (*intento clarificar la confusión*).

A: Soñé que vomitaba. Falté al cole, pero ya estoy bien. Soñé lo que pasó en la realidad. A mí me gusta mucho dormir, ¡me gusta el koala perezoso...! ¡fusión koala perezoso!, porque duerme, es perezoso como yo (ríe y hace mueca). ¡Tenemos mucho en común...! Bueno, juguemos!, ¿dónde está ese juego tan chulo? (*lo saca él del armario, pues esa sesión yo no lo había sacado, precisamente por el temor de perder el rumbo y el encuadre de las sesiones*). A ver, mi lógica redonda me dice que piense...lo puedo hacer así...(va armando), ¡piensa, piensa, lógica redonda!

T: ¿Qué es la lógica redonda?

A: Que el mundo es redondo, la lógica para encontrar respuestas, ¡sirve para mentalizar mis respuestas! (*me confunde y me quedo distraída en su respuesta, precisamente intentando pensar al respecto y si ha querido decir que está "pensando" o "mentalizando" aquí*) ¡Vamos, espabila mujer! (*dice esto al ver que no entro en el juego, y me siento presionada a participar, a mostrarle que podía hacer correctamente una jugada difícil en poco tiempo...y actúo esto sacando una tarjeta de nivel "alto" en el juego*). Ay, no, esta pieza no es, ¡fuck!...! uy!, en el cole dicen unas palabrotas...caraj...eso dicen en Bolivia...¿sabes quién es Evo Morales? ¡Le tiran huevos! (hace mímica riendo)...tú estás pensando lo que pienso...

T: A veces nos gustaría que los demás adivinaran lo que pensamos... pero es importante decirlo para que el otro lo sepa (*estimulo la diferenciación*), ¿qué crees que pienso?

A: Tus ojos... se ven así... (gesto de ojos abiertos, atentos). Se ven... (se tapa la cara con la bolsa del juego) ¿te digo? ¡sin ofender eh...mujer! (sonríe), ¡tienes que madurar! Hiciste una fácil. *(Me hace sentir observada, juzgada sobre mi capacidad)*.

T: Se ven atentos... ¿A ti también te dicen que debes madurar? *(siento que está proyectando en mí cómo se siente o las cosas que le dicen, que debe madurar o espabilar)*.

A: ¡Mmm no! *(con esta respuesta Andrés pareciera negar, una defensa que pone en marcha frecuentemente, con lo que una vez más quedo desconcertada y con dudas sobre mi intervención)* ¿Tú cuántos años tienes? ¡58! mi mamá tiene 58, ¡yo 80! mira tengo arrugas, ¡la juventud es fantástica!, puedes hacer más cosas...

T:La vez pasada hablamos de que tenías prisa.

A: Yo no quiero ir con prisa. “Calma, mi vida con calma, que nada hace falta... vamos pa’ la playa pa’curarte el alma, abre la pantalla, cierra la medalla” *(canta, lo que simbólicamente me hace pensar que va interiorizando lo que hemos trabajado en sesiones anteriores en relación a ir sin prisa, hacer cosas de su edad, como jugar)*... ¿Has escuchado Daddy Yankee?, mejor es la de “Tú tú, nadie como tú, tú, no hay un sustituto...” *(canta y me provoca cantar a mí también)*... Ahora, ¿cuál tarjeta?, ¡elige una!, ¡tienes que ser más dura, sin ofender, eh! *(nuevamente, me siento juzgada)*. Ay, mi mamá es dura. Me dice qué tengo que hacer y qué no...¿sabes qué? en Bolivia castigan a los pobres niños. Es por mi bien, tengo que aprender por las buenas *(señala su cabeza)*... aquí tengo todo lo que necesito... *(esto me lleva a confirmar que él se siente criticado)*.

Las viñetas muestran tanto la rapidez con la que discurre nuestra interacción, como diversos aspectos sobre la contratransferencia y la transferencia. Esta última, tanto por parte del paciente como por mi parte. Cabe señalar que, en los primeros encuentros, la actitud transferencial de Andrés parecía estar dirigida a mostrarme que él se portaba bien. Esto generó en mí una conmoción emocional que me condujo a querer aliviarlo y ayudarlo a rescatar su capacidad de juego, para lo cual “puse a su disposición” muchos juguetes (aparte de su caja de juego, incluyendo el que era “su juego favorito”). Pretendía que pudiera

divertirse y despreocuparse, aspecto que incluso verbalicé al mencionarle que “él podía jugar o hacer lo que quisiera”. Sin embargo, posteriormente, como se aprecia en esta quinta sesión, me siento desorientada por este giro en la actitud más desinhibida del niño, al quedar contraidentificada con su objeto interno, el cual represento y actúo. Pongo en cuestión si dicho cambio podría no solo tener que ver con su transferencia, sino también con las reacciones contratransferenciales ya descritas, al sentirme preocupada por la actitud adultomorfa de Andrés. En esa línea, es probable que él captase mi deseo de rescatarlo de los agobios del mundo adulto, tal como lo representa cantando “*Calma*”.

Las críticas que Andrés depositaba en mí, reforzaban las dudas que yo experimentaba debido a la confusión que él también me inoculaba, a través de sus intensas identificaciones proyectivas. De esta manera, nuevamente me contraidentificaba con aquella confusión que me era proyectada. Así, por momentos, me asombraba de mí misma al cuestionarme acerca de si había intervenido correctamente o había sido clara, o si, por el contrario, algo en mi manera de expresarme lo habría confundido. Por otra parte, las constantes invitaciones que el niño me hacía para actuar e involucrarme directamente en el juego, suscitaban en mí una presión por reaccionar rápidamente, sin ser capaz de observar, pensar, comprender y elaborar mis respuestas frente a sus provocaciones, lo que intensificaba mi sensación de confusión. Todas estas reflexiones muestran que, en palabras de Money-Kyrle (1956), quedé contraidentificada con la proyección del self incompetente del paciente, quien según refirió la madre en la primera cita, se repetía a sí mismo frases similares a las que él me decía, como “tienes que hacerlo bien”, o “debes mejorar”, lo que me hacía dudar de mi capacidad. En este punto, asimismo, reconozco que la insistencia y preocupación de la madre por la mejoría de su hijo tuvieron injerencia en mi expectativa de hacer una buena intervención, por lo que yo, al igual que Andrés, experimentaba la sensación de que tenía que hacerlo bien.

Quizás, de acuerdo con las ideas de Grinberg (1962), yo podría haber asimilado los roles proyectados, independientemente de mis conflictos inconscientes, quedando dominada por las proyecciones del paciente. Sin embargo, considero que mis reacciones contratransferenciales son inseparables de mi propia transferencia, por lo que las

proyecciones en cuestión se mezclaban fácilmente con mis temores. Pues al iniciar este proceso terapéutico yo atravesaba por un período de cuestionamientos que este niño ponía a prueba. Por un lado, me enfrentaba por primera vez a una intervención psicoterapéutica infantil, debido a que anteriormente mi experiencia clínica había estado centrada en adultos. Por tanto, colocaba muchas expectativas de aprendizaje en esta primera experiencia, las cuales estaban cargadas de mis propias ansiedades persecutorias respecto a si realizaría bien la tarea, que adicionalmente debía supervisar. De acuerdo a lo señalado acerca de mi experiencia personal, podría considerarse que, en términos de Racker (1953), la confusión ya descrita correspondería a una contratransferencia complementaria, al yo identificarme con el objeto interno del paciente. Mientras que el sentirme insegura, podría responder a una contratransferencia concordante, ya que mis situaciones personales estaban siendo movilizadas por el paciente. Por tanto, yo me aproximaba al encuentro terapéutico, como terapeuta, pero también, como individuo, con determinada personalidad y vivencias, lo que incidía en la forma en la que recibía y percibía la transferencia de Andrés.

Por último, aprecio que mis reacciones contratransferenciales, también incluyen mi sensación de demanda y presión por reaccionar y jugar más que pensar. De acuerdo a la teoría, el terapeuta siempre es conducido al enactment, como resultado de la identificación proyectiva y de la contraidentificación proyectiva. No solo el paciente busca una respuesta de enactment, sino que el terapeuta también tiene el impulso de hacerlo. De ahí que por momentos me encontrara a mí misma muy divertida en la sesión, respondiendo al reto del juego o cantando alguna canción que el niño iniciaba. Fue a partir de la comprensión de la comunicación inconsciente del paciente en supervisión, que la presión hacia el enactment disminuyó, lo que resultó crucial para poder pensar y avanzar en el proceso.

Si bien hasta aquí he destacado las dificultades propias de la interacción terapeuta-paciente, que pudieron haber interferido con mi capacidad de *rêverie*, es importante también hacer hincapié en aquellas reacciones contratransferenciales positivas, influenciadas por la transferencia del paciente, que considero que favorecieron el vínculo terapéutico, herramienta esencial en cualquier intervención psicoanalítica. Pues, como plantean Anastasopoulos y Tsiantis (1996), si los terapeutas no estuvieran aficionados a sus

pacientes, hasta cierto punto, no podrían llevar a cabo el proceso. Así, las emociones positivas que me generaba Andrés, al hacerme sentir conmovida o entretenida, me motivaban a querer contenerlo, rescatar su capacidad para jugar y ayudarlo a pensar. En esa misma línea, podría plantear que el tránsito por las reacciones contratransferenciales, las cuales surgen en mí para luego poder ser re proyectadas al paciente, resulta vital para comprender el funcionamiento de este último. Tal y como ya se habían percatado Racker (1948) y Heimann (1950) desde el inicio, pude experimentar y reflexionar que la contratransferencia es una herramienta esencial en el proceso analítico.

Referencias bibliográficas

Anastasopoulos, D. y Tsiantis, J. (1996). Countertransference issues in psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents: a brief review. En J. Tsiantis, A. Sandler, D. Anastasopoulos, & B. Martindale (Eds.), *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. pp. 1-37. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780429473340>

Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la Experiencia*. Paidós.

Brenman, I. (1985). Working Through in the Countertransference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 66 (2), pp157-166.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Amorrortu.

Feldman, M. (1994). Projective Identification in Phantasy and Enactment. *Psychoanalytical Inquiry*, 14(3), pp. 423-440.
<https://doi.org/10.1080/07351699409533995>

Grinberg, L. (1962). On a specific aspect of countertransference due to the patient's projections. En R. Langs (ed.), *Classics in Psychoanalytic Technique*. pp. 201-206. Jason Aronson.

Heimann, P. (1950). On Counter-transference. En R. Langs (ed.), *Classics in Psychoanalytic Technique*. pp. 139-142. Jason Aronson.

Jacobs, T. J. (1986). On Countertransference Enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34(2), pp. 289-307.
<https://doi.org/10.1177/000306518603400203>

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 5(2).pp.164-179.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.

Money-Kyrle, R. (1956). Normal Countertransference and some of its deviations. *The International Journal of Psychoanalysis*. 37(4) pp. 360-366.

Racker, H. (1948). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Paidós.

Racker, H. (1953). The Meanings and Uses of Countertransference. En R. Langs (Ed.), *Classics in Psychoanalytic Technique*. pp.177-200. Jason Aronson.

Ronen, T. (2003). *Cognitive-Constructivist Psychotherapy with Children and Adolescents*. Springer Science Business Media.

Segal, H. (1978). *The Work of Hanna Segal*. Jason Aronson.

Segal, H. (1991). *Sueño, fantasma y arte*. Nueva Visión.

Siquier de Ocampo, M.L., García Arceno, M.E. y Grassano de Piccolo, E. (1974). *Las Técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Nueva Visión.

Steiner, J. (2006). Interpretative Enactments and the Analytic Setting. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(2) pp. 315-328.

<https://doi.org/10.1516/F283-H4RJ-X1DT-GF35>

Wieland, E. (2015). Enactments mutus a la sessió analítica. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 32(1), 57-73. <https://www.raco.cat/index.php/RCP/issue/view/22806>

Zuzunaga, R. (2018). De la contratransferencia y su uso en el trabajo con niños difíciles. *Revista Psicoanálisis*, 21(1), 38-60. <https://spp.com.pe/revista-21-2018-2/>

Resumen

El propósito de este trabajo fue describir la singularidad y las vicisitudes de la psicoterapia psicoanalítica infantil, a través de un estudio de un caso único de psicoterapia focal breve con un niño de ocho años, realizado en un Centro de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Barcelona. Para este fin, el análisis cualitativo del material clínico se desarrolló a partir de la revisión del concepto de contratransferencia y otros términos relacionados a dicho fenómeno, tales como la identificación proyectiva, la contraidentificación proyectiva y el enactment, los cuales ayudan a la comprensión de las particularidades de la psicoterapia psicoanalítica con niños, entorno a la relación y la comunicación paciente-terapeuta. El eje de dicha discusión, se llevó a cabo desde la perspectiva de las relaciones de objeto.

Palabras claves: contratransferencia, identificación proyectiva, contraidentificación proyectiva, enactment.

Abstract

This study aimed to describe the uniqueness and vicissitudes of psychoanalytic psychotherapy with children, through a case-study and unique case of brief focal psychotherapy of an eight-year-old child, at a child and adolescent mental health center (CSMIJ) from Barcelona. For this purpose, the qualitative analysis of the clinical material was developed from the review of the concept of countertransference and other related terms, such as projective identification, projective counteridentification and enactment, that contribute to the study of the patient-therapist relationship and communication challenges at psychoanalytic psychotherapy with children. This discussion was developed from the object relations theoretical framework.

Keywords: countertransference, projective identification, projective counter-identification, enactment.

Paula Rizo–Patrón Ostoja.

Licenciada en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Master en Clínica Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia, Universidad de Barcelona.

Psicoterapeuta, Holding-Us.

paula.rizopatron@pucp.pe

