

Hitos clave en el tratamiento psicodinámico de los trastornos del apego durante el embarazo de la terapeuta

Key milestones in the psychodynamic treatment of attachment disorders during therapist's pregnancy

María Ángela Soler Roibal
Centro Psímbolo, España

Resumen. Para evitar la yatrogenia y aprovechar el potencial para el cambio de las circunstancias y momentos críticos en la díada terapeuta-paciente es importante reconocerlos. Esto se ejemplifica con un caso en el que la circunstancia real de la terapeuta (embarazo) es un elemento específicamente activador para el tipo de patología (trastorno del apego con una estructura límite). Dicha activación genera una situación privilegiada para el cambio, pero también de alto riesgo de daño. Finalmente, se analizan los cambios transferenciales y contratransferenciales así como las intervenciones técnicas en el proceso terapéutico que pueden facilitar el cambio y minimizar los riesgos de efectos yatrogénicos.

Palabras clave: Embarazo de la terapeuta. Trastorno límite de la personalidad. Auto-revelación. Momentos de Alta Receptividad, Transferencia, Contratransferencia, Trastornos del apego, Técnica activa.

Abstract. Recognizing critical circumstances for therapist-patient dyad is important to make the most of them and to avoid iatrogenia. This is shown by a clinical case where the actual circumstance of the therapist (pregnancy) is a specific trigger for the type of pathology (attachment disorder with a borderline structure). This generates a unique situation for therapeutic change, but it also implies a high risk of damage. Finally, transference and countertransference changes are analyzed, as well as technical interventions in the therapeutic process that can facilitate change and minimize risks for iatrogenic effects

Keywords: Therapist's pregnancy, Borderline personality disorder, Self-disclosure, Moments of high receptiveness, Transference, Countertransference, Attachment disorders, Active technique.

María Ángela Soler Roibal es Psiquiatra en el Centro Psímbolo. Médico terapeuta acreditada por FAPYMPE y el Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Miembro de número de la Sociedad FORUM de Psicoterapia Psicoanalítica.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora al e-mail: soler.xela@gmail.com

En el contexto de la relación analista-paciente son innumerables las variables que juegan un papel crucial en la evolución de cada caso y no todas han recibido la misma atención a lo largo de años de estudio. Algunas de ellas probablemente todavía nos sean desconocidas.

Tendemos a protegernos fantaseando con la idea de que podemos dejar contenido en el espacio físico de la consulta lo que ocurre en ella pero la experiencia nos confronta una y otra vez con el hecho de que nuestras vidas no siempre transcurren en paralelo con las de nuestros pacientes.

Hay numerosos puntos de cruce a nivel consciente e inconsciente fuera del momento de sesión que tienen su impacto en el encuentro posterior y en el transcurso de la relación. Cualquiera tarde de cine observando a un personaje de la película podemos recordar a alguno de nuestros pacientes sin que sepamos anticipar el efecto que esta vivencia contratransferencial tendrá en el psiquismo del otro durante la siguiente sesión. Uno puede abstenerse de revelar: “*este personaje me recordó a ti*”, pero no puede abstenerse de pensarlo, incluso actuarlo, lo cual sin duda, introduce un cambio en la relación.

La herencia de los principios de neutralidad y abstinencia (Freud, 1915/1991; Freud, 1919/1992) ha sido crucial en la tarea de proteger a nuestros pacientes y a nosotros mismos de los efectos secundarios indeseables que estos puntos de cruce arrojan. Del mismo modo, pueden haber limitado la investigación de sus posibles beneficios terapéuticos.

Cada vez hay más revisiones y estudios que abordan el tema de la auto-revelación en psicoterapia (Gibson, 2012; Henretty y Levitt, 2010; Hill y Knox, 2001). En su revisión de 2010, Henretty y Levitt estiman que un 90% de los terapeutas realizan este tipo de intervención, si bien representa un porcentaje pequeño (en torno al 2%) del total de las intervenciones. Por otra parte, no encontraron diferencias étnicas o de género en cuanto al uso de la auto-revelación entre los terapeutas (Henretty y Levitt, 2010).

Un dato crucial que señalan estos autores en cuanto al efecto de la auto-revelación en terapia, es que aquellas que guardan relación con el paciente poseen mayor valor terapéutico que aquellas que están desvinculadas de éste y se limitan a dar información sobre la vida del terapeuta (Henretty y Levitt, 2010).

El embarazo es una situación en la que resulta imposible dejar fuera de la terapia la trayectoria vital de la analista (Fenster et al, 1986; Futa, 2002; Gerson, 1994; Haber, 1993). Si tenemos en cuenta lo que acabamos de afirmar sobre la auto-revelación, cuando esta se produce habrá que profundizar en cómo se va a modificar la relación terapeuta-paciente a partir de ese momento y tratar el material con máxima delicadeza.

Muchas autoras y autores han escrito sobre el tema. En una tesis reciente, Elizabeth Wolfe (2013) estima que existen dos libros y setenta y seis artículos dedicados específicamente al embarazo de la terapeuta de los cuales solo trece son estudios empíricos que tratan de medir el impacto de este acontecimiento.

Otra autora, Rachel Somers (2006) se lamenta de que después de realizar una búsqueda intensa sobre el tema tan sólo encontró diez artículos que abordaran la cuestión del estado interno de la terapeuta durante su embarazo. Ella lo hace dedicando en su artículo un interesante epígrafe a su experiencia contratransferencial (Somers, 2006).

Resulta complicado encontrar bibliografía con respecto al efecto de la paternidad en el terapeuta varón. Algunas publicaciones, como la guía de Fallon y Brabender (2003), se dirigen a terapeutas de ambos géneros que esperan un bebé.

Sin duda, este acontecimiento convierte la consulta en un laboratorio experimental de los movimientos transferenciales y contratransferenciales más intensos. Ha sido incluido por de Iceta y colaboradores (2015) como circunstancia proclive a que se den Momentos de Alta Receptividad (MAR)¹, concepto que ejemplificaré sobre el caso clínico.

El embarazo es una revelación que si bien no deja indiferente a ningún paciente, tiene un impacto individual muy variable.

Desde las primeras publicaciones, autoras como Paluszny y Pozlanski (1971) le daban importancia a la activación de experiencias de rechazo, rivalidad entre hermanos y conflictos edípicos, así como a las identificaciones con madre y bebé.

Otras publicaciones (Guy et al, 1986; Cullen-Drill, 1994) señalan algunos perfiles concretos de pacientes con patrones de respuesta asociados:

- Pacientes con trastornos de la personalidad que oscilarán entre reacciones hostiles y afectuosas.
- Pacientes varones (según estos autores) que revelarán fantasías sexuales relacionadas con la terapeuta mujer.
- Pacientes con historia de abortos que pueden reexperimentar su duelo.
- Pacientes que anticipan la baja maternal como un abandono.

Probablemente, en la experiencia subjetiva de las terapeutas embarazadas, siempre hay alguien a quien nos preocupa más dar la noticia. En mi caso fue así con Neli.

Neli es uno de estos casos en los que la historia de abandono, trauma infantil con el trastorno del apego y rasgos borderline de la personalidad resultantes hacían particularmente delicado el manejo de esta situación. Los únicos elementos de control sobre el impacto que un embarazo podía tener en la terapia eran el hacer explícito lo que se estaba movilizándolo en el vínculo terapéutico y la inclusión de la familia en el tratamiento.

El tratamiento de esta chica tuvo lugar en dos fases pues la patología traumática era compleja, como suele ocurrir en los trastornos de la personalidad. Además del abandono, sufrió abusos sexuales que también se abordaron en la terapia en un segundo tiempo, una vez la sintomatología aguda remitió.

En este artículo me centraré en la fase inicial, dirigida sobre todo a restituir una buena relación con los padres adoptivos y controlar los síntomas más graves como las autolesiones y las agresiones constantes al vínculo en las relaciones interpersonales.

Historia infantil

Los padres biológicos de Neli eran ambos heroinómanos. Su madre contaba 19 años cuando ella nació y tenía ya otro bebé, Juan, de un año. Abandonó a Neli recién nacida en el hospital. Allí la recogió su tía Lucía, hermana de su padre (que estaba en la cárcel). Lucía entonces estaba casada y tenía dos hijos, una niña y un niño, 5 y 4 años mayores que Neli respectivamente. Neli creció pensando que sus tíos eran sus padres y sus primos sus hermanos, sin saber de la existencia de sus padres y de su hermano biológicos.

Cuando Neli tenía 4 años, su madre biológica tuvo que ingresar en prisión por lo que ya no podía seguir cuidando a Juan. Decidió contarle a Neli la verdad y reunir a ambos niños. Se sucedieron entonces una serie de disputas entre la madre y la tía, que quería conservar a la niña. Posiblemente no podía hacerse cargo de los dos, como seguramente esperaba la madre. El resultado final fue que tras un año de negociación, ambos niños terminaron juntos en una casa de acogida.

Neli recordaba los acontecimientos traumáticos:

- El día que su tía le explicó que no era su madre y que su “verdadera” madre era esa señora que había venido a verla “*yo no me lo creí, no hice ni caso, me pensaba que era mentira o que era una broma*”.
- El día que un año después, se la llevó con Juan a la casa de acogida: “*Yo tenía cinco años. Estaba de vacaciones en Albacete con mi abuela, tan tranquila y apareció mi madre biológica con un novio en un Renault II de color gris: Neli, te tienes que venir con nosotros porque tienes que estar con tu hermano. Mi tía Lucía no estaba. Recogieron mis cosas y ¡ale! Me llevaron de allí, luego ya no me acuerdo tan bien del resto... me acuerdo de la mesa con muchos platos y muchos niños*”. En el momento de su relato emociones como el miedo y la angustia estaban completamente disociadas.

Desde los cinco hasta los diez años, vivió en la casa con su hermano y trece niños más de entre diez y dieciocho años. Eran todos varones salvo otra niña que estuvo con ellos por un tiempo.

Durante el periodo que vivieron allí, se sucedieron tres parejas de cuidadores. Contaba que la vida en la casa era muy dura, que desde muy pequeña limpiaba y había castigos. A pesar de mis sospechas y de que en múltiples ocasiones exploré si había sufrido abusos, no contó nada al respecto durante mucho tiempo de la terapia. Dichos abusos fueron perpetrados por los chicos varones a las dos pequeñas.

Su madre los visitaba algunos fines de semana cuando salió de prisión por una temporada. Le daban permiso para llevarles con ella durante días a un piso que compartía con un ex novio “*Me acuerdo porque subía con prostitutas y mi madre nos decía: ¡no quiero que habléis con él! Estaba muy enferma, nos enseñaba las heridas y nos decía que nos iba a llevar a vivir con ella*”.

Durante algún tiempo también su tía iba a verla. Neli a veces se escapaba a su casa. Un buen día dejó de visitarla, se mudó sin dejar dirección y Neli le perdió la pista. Esto supuso una nueva experiencia de abandono.

Cuando tenían diez y once años, los adoptaron Celia y Francisco, de 50 y 52 años.

Ambos padres biológicos murieron de SIDA con pocos meses de diferencia, el año anterior a la adopción. De su padre apenas tenía recuerdos. Neli contaba habitualmente que murieron de cáncer porque se avergonzaba. Sus padres adoptivos se hicieron cargo de los entierros.

La adopción fue vivida como una experiencia positiva para todos. Los niños se adaptaron bien a la nueva familia. Celia y Francisco habían participado mucho en la crianza de sus sobrinos por lo que salvaron las dificultades hasta llegar a la adolescencia. Se volcaron en compensarles por todo lo que habían sufrido en los años previos y vivían aquello con cierta culpa *“tal vez les consentimos demasiado”*.

Comentaban que, desde el principio, Neli presentó más dificultades: se peleaba en el colegio, la expulsaban de clase... En casa sin embargo su adaptación fue bastante buena. Contaba Celia: *“La primera vez que vinieron a casa, antes de formalizar la adopción, Neli empezó a recorrer el pasillo de mi mano cantando: ¡ya tenemos casa, ya tenemos casa! El primer año se despertaba todas las noches y venía a nuestra cama asustada, a comprobar que seguíamos respirando, que no estábamos muertos. Los dos eran muy cariñosos, no dieron demasiados problemas”*.

Neli siempre había tenido celos de su hermano, ella solía decir: *“A él no le dejó tirado en el hospital, vivió con mi madre hasta que se fue a la cárcel, y a mí, aún encima de abandonarme, luego va y me separa de mi tía, que para mí era mi madre”*.

Cuadro clínico de Neli

Llegó a tratamiento con 17 años, pero aparentaba menos edad. Su actitud corporal era más bien inhibida. Tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal, tendía a acentuar el contacto infantil.

Los padres adoptivos, que rondaban los sesenta, tenían ambos una apariencia jovial e intelectual. Impresionaban de ser afectuosos en la forma de dirigirse a ella.

La madre adoptiva, Celia, presentó el problema: Neli había abandonado los estudios y estaba agresiva con ellos. En ese último período, los padres habían perdido todo el terreno en cuanto a límites. Estaban desconcertados, y habían dejado de funcionar como elemento de contención para Neli. Ella dominaba la relación a través de su rol de enferma y se encontraba totalmente desorganizada. Llevaba unos meses en tratamiento farmacológico pero no habían notado apenas mejoría.

A los 15 años, periodo complicado en las relaciones con amigas, empezó a autolesionarse con un primer corte profundo en el abdomen. Después, dos sobreingestas de fármacos y otros cortes, más superficiales. A partir de ahí, cada vez fue peor en los estudios, cambió de instituto, y repitió curso.

A los 16 años, expresó su deseo de retomar el contacto con Lucía, la tía paterna que ejerció como su madre durante los primeros cinco años de vida y los padres le ayudaron a encontrarla.

Tuvo lugar entonces otro periodo crítico para Neli, en el que la relación con sus padres adoptivos se complicó. A pesar de apoyarla en el proceso del reencuentro, cuando éste ocurrió surgieron diversos miedos. Celia percibió la doble amenaza que representaba Lucía: por un lado era alguien muy idealizado por Neli que la recibió con gran entusiasmo inicial y podía alejarla de ella; por otro lado, detectaba cierta ambivalencia bajo ese entusiasmo y anticipaba que se podía producir un segundo abandono de Lucía hacia Neli, lo que la dañaría profundamente. Esto se veía agravado al saber que Lucía, después de desaparecer de la vida de Neli, había tenido un tercer hijo.

En sus relaciones interpersonales Neli había tenido varios conflictos y seguía un patrón repetitivo: iniciaba una relación de amistad intensa en la que hacía una entrega emocional y demanda masivas. Inicialmente el otro la recogía, conmovido por la historia infantil tan tremenda que Neli compartía y, frente a este encuentro, ella reaccionaba con un enamoramiento-sexualización e idealización del otro. El otro acababa haciendo un movimiento bien de abandono o bien de retirada parcial al sentirse abrumado/a por la demanda de afecto y finalmente ella acababa respondiendo con denigración y autoagresividad.

Esto le había ocurrido sobre todo con sus amigas y alimentaba una gran confusión en torno a su orientación sexual. No había tenido relaciones de pareja con chicas y llevaba varios años de noviazgo con un chico con el que mantenía una relación estable, que se adaptaba a sus necesidades sin demasiado conflicto.

El año anterior a iniciar el tratamiento, a Celia le diagnosticaron un problema oftalmológico. Tras varias intervenciones perdió la visión en un ojo. Nadie pareció asociar inicialmente este dato con el estado de Neli y, a pesar de que fue un episodio muy traumático para todos, lo mencionaron de forma colateral. Sin embargo, en una entrevista posterior, a solas con Celia me dijo: *“Yo no podía imaginar que me iba a desenvolver tan bien con un solo ojo, estaba tan asustada que llegué a decirles en casa: si me quedo ciega, me suicido....”*.

En un primer momento, el objetivo terapéutico fue recuperar la función continente de los padres. Este reestablecimiento quedó situado como foco fundamental del tratamiento mediante la construcción de un vínculo seguro. Planteé un encuadre con dos sesiones semanales cara a cara. Inicialmente, al menos una vez a la semana, reservaba parte del tiempo al final de la sesión para hablar con los padres, y proporcionarles pautas que les ayudasen en la contención. Si era necesario hacer partícipe a la paciente de dichas pautas, ella estaba presente. En algunos momentos se imponía una entrevista extraordinaria a solas con los padres, en función de los acontecimientos. A medida que fuimos avanzando y mejoró la contención, estos encuentros se fueron distanciando.

La figura de Francisco estaba más preservada en general. Francisco se beneficiaba de una idealización paterna fomentada por la transmisión de la historia infantil a Neli a cargo de su tía Lucía, quien presentó a su hermano (padre biológico de Neli) como una especie de héroe anónimo que luchó por evitar que su madre le apartase de ella (*“Eras su princesita, siempre que podía venía a verte cuando eras pequeña”*). Si bien ni Celia ni Francisco eran especialmente severos en los límites, era Celia quien solía asumir la responsabilidad de plantearlos aunque fracasaba en el intento de mantenerlos. Las intervenciones con Francisco fueron dirigidas sobre todo a implicarse más y compartir esta tarea con Celia.

Celia ocupaba un lugar que dificultaba su vinculación con Neli: demasiadas figuras maternas rivalizando. Además, en su afán de protegerla, Celia se mostró crítica con la tía de Neli.

Ver Anexo 1: Diagnóstico de Neli según el Enfoque Modular-Transformacional.

Bases del tratamiento e hitos claves

Mi impresión favorable de Francisco y Celia como padres, así como mi proyecto de maternidad, me ayudó a empatizar con ellos.

A nivel contratransferencial, me constituí en una nueva cuidadora en ese universo de múltiples figuras maternas para Neli, pero intentando no invadir el espacio de sus padres a pesar de la intensa demanda de Neli. En numerosas ocasiones, dividimos la sesión para tener un encuentro con Celia, a fin de no sólo no excluirla, sino de restituir su lugar de madre en la relación, que nunca llegó a ocupar completamente por el “respeto” a las figuras maternas anteriores.

Traté de proteger ese lugar desde el principio. Las pautas sobre las autolesiones o las amenazas de hacerlas, pasaban siempre por informarla. Idealmente, Neli debía advertir a Celia de lo que estaba sintiendo para que ella interviniera a la hora de calmarle o ayudarle a superar esa situación. Si no lo hacía, yo estaba legitimada para llamarla e informarle.

Desde el punto de vista de la técnica, centré gran parte de mis intervenciones en intentar desarrollar la capacidad de mentalización de Neli (Bateman y Fonagy, 2010). Estas intervenciones estuvieron basadas en conceptos como la Transformación Referenciada de Bleichmar (Bleichmar, 2004)². Me detuve por ejemplo en intentar pensar juntas qué sentimientos podían estar detrás del rechazo de Celia hacia su tía Lucía.

Su capacidad de mentalización estaba muy limitada e influida por mecanismos de defensa como la identificación proyectiva, de manera que cuando le pedía que pensara cómo se sentía el otro, no podía salir de sus propios estados emocionales. Inicialmente yo tenía que formular explícitamente lecturas como: *“Celia ha ejercido de madre desde que tenías diez años, puedo imaginar cuánto te quiere y quizás tiene pánico a que te*

vayas con Lucía. Tal vez se sienta del mismo modo que se sentía Lucía cuando tu madre biológica la amenazó con arrebatarte”.

Esta intervención en concreto tuvo un doble efecto en Neli. Por una parte, le permitió sentirse en un lugar privilegiado en el mundo afectivo de Celia, hasta ese momento quizá no suficientemente afirmado por “el luto” a las otras madres; por otra, Neli pudo empatizar con Celia en ese sentimiento de pánico frente a la pérdida, lo que redujo notablemente las amenazas de marcharse con su tía. Igualmente útil, resultó el paralelismo entre sus relaciones de cuidado de animales (tuvo una gata y una perra), facilitando su identificación en el papel de madre-cuidadora de sus mascotas con sentimientos de Celia.

Tuve noticia de mi embarazo al poco tiempo de haber comenzado el tratamiento con Neli. La noticia se la di al cumplir el tercer mes de gestación, momento en el que empezaba a cambiar físicamente pero aún no era del todo evidente. A la hora de elegir el momento, varios autores respaldan el no esperar a periodos más avanzados de la gestación o que sean los pacientes los que introduzcan el tema (Byrnes, 2000; Katzman, 1993; Zeavin, 2005).

Valoré los riesgos y beneficios que implicaba este acontecimiento:

- Existía el riesgo de retraumatización en el abandono. Otra vez iba a ser reemplazada, como lo fue al abandonarla su madre biológica porque ya tenía a Juan y como lo fue al desaparecer su tía que se quedó embarazada.

- La baja podía suponer un parón que dejase tanto a Neli como a sus padres con sensación de desamparo.

- En ese sentido, me propuse que si eso hacía que Neli reprodujera conmigo los patrones vinculares patológicos que establecía cuando anticipaba el abandono, podría trabajar con ella tratando de modificar las vivencias angustiosas empleando la técnica que describe Bleichmar en 2004 con el concepto del Acoplamiento Experiencial (explicado más adelante).

- Mi embarazo iba a favor de mi objetivo de restituir y reforzar el maternaje de Celia. Ella permanecería al lado de Neli mientras yo iba a tener mi bebé. Esto introducía una novedad reparadora en la experiencia: había una figura que permanecía y aseguraba la continuidad de cuidados. En ese sentido, realicé una intervención en paralelo con Celia. Por respeto a ese luto por sus anteriores madres, le solía decir a Neli de pequeña que ella era “La segunda o en todo caso la tercera, de sus madres” a lo que la niña le respondía: “No mamá, tú la primera, tú la primera”. Retomé con ella este episodio para restituir, desde la necesidad de Neli, ese lugar legítimo para Celia: Efectivamente la primera, la más estable, la que no la había abandonado nunca.

Transcribo el intercambio en la sesión en la que le di a Neli la noticia, al preguntarle qué pensaba de mi embarazo, dijo:

- “Si necesitas canguro...me ofrezco” Me preguntó: “¿Ya sabes qué es?”

- Sí, es un niño. (el *timing* no me pareció adecuado para interpretar su ofrecimiento como canguro o su pregunta)

A continuación me preguntó - “¿Y tú qué preferías que fuera niño o niña?”

- En realidad, me daba igual. Sé que es muy frecuente que una madre primeriza diga esto, pero es así.

- “Mejor niña. Las niñas son muy buenas, se preocupan más por las madres”.

- Tal vez lo digas por ti ¿Eres tú la que más te preocupas por tu madre?

- “Sí...”

- Pero no se lo sueles decir...

- “O ni yo lo pienso”

- Recuerdo que me contaste lo preocupada que estabas cuando operaron a Celia del ojo. Tú estabas también recién operada de una rodilla y te fuiste a estar con ella al hospital, aunque te dolía mucho la pierna. Me decías que no podías dormir por la noche pensando en que algo podía pasarle... pero nunca lo hablaste con ella. Es como si intentaras parecer una chica dura, que no se te note que la quieres... (dicho en tono de broma).

- “Tampoco soy tan orgullosa” (me dice con cierto enfado)²

- Lo sé, tendrás otros motivos para querer parecer una “chica dura”.

- “En realidad sí, sí que lo soy”, “orgullosa”.

- ¿Qué quieres decir?

- “Pues que con mi madre me pasa eso, que a veces demuestro lo contrario de lo que siento, me da como rabia... demostrarlo”.

A raíz de esta sesión, profundizamos en los sentimientos de rabia y su relación con la anticipación de la pérdida o abandono, trabajo clave en los pacientes con rasgos borderline (Ingelmo et al, 2004).

Puede verse cómo tras la noticia, tal y como está recogido en la literatura, diversos temas clave cobraron protagonismo para Neli:

- La figura de su hermano como amenaza. La abandonaron en el hospital y se quedaron con él, la llevaron a la casa de acogida “por él”.
- Verse suplantada por el hijo de su tía.
- El miedo a la pérdida de Celia. La empatía con su pérdida de visión.
- Se reactivó la vivencia de abandono por la nueva retirada de Lucía, tras haberse reencontrado.
- La identificación con el bebé.
- Las fantasías sobre la sexualidad de la terapeuta.

Aumentaron los contenidos agresivos en las sesiones: me dio dos cuentos muy violentos escritos por ella (dos amigas que se despiden y en el regreso a casa violan y agreden salvajemente a una de ellas), me describió el cúter con el que se solía cortar, y me hablaba de fantasías homicidas hacia su hermano...

Se incrementaron las descalificaciones hacia los médicos, a la vez que se reafirmaba como fantasía prevalente en torno a lo profesional el deseo de ser médico neonatóloga (como otras fantasías sobre su futuro profesional, tremendamente alejada de su situación académica y funcionamiento en la realidad).

Reaparecieron los cortes, si bien ella seguía todas las medidas acordadas sobre las autolesiones para minimizar el riesgo.

Simultáneamente, aparecieron los primeros reproches explícitos hacia mí como terapeuta, en general por mi falta de disponibilidad. Su demanda crecía en escalada: “*si me encuentro mal a las dos de la mañana tú no estás*” y yo le planteé la analogía con las necesidades de cuidado que tienen los bebés “24 horas”.

Fantaseaba con la posibilidad de haber estado en sesión el día que mi hijo fue concebido.

Hizo explícita la frustración que le generaban los límites del encuadre (“*¿por qué hay tantos límites?, ¿por qué no podemos ser amigas?*”) e intentaba forzarlos reiteradamente.

La mayoría de mis interpretaciones continuaron en la línea de confrontarla con el miedo que le generaba la aparición de un nuevo bebé y cómo el miedo al abandono la había conducido en otras ocasiones a los ataques al vínculo y a sí misma. Neli solía responder a estas interpretaciones con gran enfado: “*¿Por qué tienes la manía de buscarle un sentido a todo?*”.

Frente a Neli adquirí una identidad de madre abandonónica, una vez más otro bebé la postergaba, pero decidí que el abandono sería aún mayor si derivaba el caso a una compañera o compañero. Debido a la dureza de este periodo a nivel contratransferencial, que me hacía vivir el caso como perturbador, asumí que la derivación sería un *acting* por mi parte en respuesta a esta vivencia desagradable. Tomé conciencia de mi vulnerabilidad, de la ambivalencia que me generaba la paciente: Por un lado, estaba el deseo de seguir cuidándola y el deseo narcisista de no fracasar; por otro, el enfado frente a todas las agresiones recibidas en un momento tan expuesto y el deseo de proteger a mi bebé. Decidí seguir adelante y, basándome en la técnica del Acoplamiento de Experiencias³ (Bleichmar, 2004) y la teoría de la reconsolidación de la memoria⁴ (Nadel y Land, 2000; Nader et al, 2000; Sara, 2000; revisadas en Bleichmar, 2001), aprovechar este hito para que la conexión de sus vivencias previas de abandono con su experiencia, en esta ocasión en el contexto de una terapia, fuese reparadora:

Habría una preparación previa a la baja maternal, una despedida con emplazamiento a mi regreso y un reencontro para retomar el proceso donde lo hubiésemos dejado.

Alenté su acercamiento a Celia para “dejarla en buenas manos”.

Durante una sesión en la que estábamos preparando mi baja me dice:

- “*Mi madre está asustada*”.

- ¿Por qué?

- “*Porque dice que a ver qué pasa conmigo los meses que no estás*”.

- ¿Y tú qué piensas? ¿Qué crees que va a pasar?

- “*Nada...*”

- ¿Qué crees que piensa ella?

- “A ver... la entiendo... después de los cortes y eso... que esté asustada. Pero bueno... no es tanto tiempo, y tú vas a volver”.

- Claro, volveré tal y como hemos hablado. Yo a ti te veo tranquila, tal vez puedas transmitírselo a ella de alguna manera. Tal vez podáis estar las dos juntas y tranquilas durante ese tiempo.

Durante los meses de mi baja no hubo ningún incidente. No hubo autolesiones, ni broncas en casa, ninguna crisis.

A mi vuelta se reanudó el periodo convulso, como era de esperar. El bebé ya había dejado de ser un fantasma y cobró un lugar entre las amenazas reales. Neli había empezado a trabajar de canguro de dos niños en una casa en la que la madre acababa de tener un bebé.

Adoptó una actitud regresiva, de aparente indiferencia y tranquilidad pero realizando constantes *actings* agresivos: una falsa alarma de embarazo, abandono de los estudios, relaciones esporádicas con cierto riesgo, etc. La escalada culminó con la revelación de que estaba enamorada de mí y que quería abandonar la terapia pero que no lo haría “a menos que yo le diera el alta”.

Analiqué nuevamente lo transferencial en las intervenciones, la necesidad de ser querida “en exclusiva”, lo difícil que había debido de ser para ella que me ausentara para ir a cuidar de mi bebé, y no poder ser partícipe de ello u ocupar su lugar. Le señalé que no parecía casual que ella estuviera trabajando de canguro en una casa con un recién nacido y que su actitud de rebeldía y de “no cuidarse” abandonando sus proyectos y poniéndose en situaciones de riesgo tampoco lo era. Esas sesiones fueron intensas, Neli recibía las interpretaciones con incomodidad y se percibía que iba aumentando la tensión en ella. Cada vez era más invasiva en cuanto a los límites del encuadre (años después ella se referiría a esta época como “cuando estaba tan mal y te acosaba”).

Fue en el punto álgido de estas conductas a las que yo daba una y otra vez la misma interpretación, que la crisis se resolvió con dos gestos de cuidado por parte de Neli: uno hacia Celia y otro hacia mí.

Cuando ya llevábamos un mes de pelea, se presentó un día muy contenta. Me hizo entrega de unas hojas de bisturí que tenía guardadas y me contó que se había resuelto la situación de la tensión en su casa.

Neli quería una moto y a su madre le aterrorizaba. Consiguió entenderlo gracias a que Celia le contó con todo lujo de detalles una pesadilla muy desagradable que había tenido en la que Neli se mataba en la moto. Me dijo que vio que su madre estaba sufriendo tanto que decidió renunciar a la moto: “A cambio voy a tener un perro, aunque a Celia también le dan miedo, pero menos...”. Yo no pude ocultar la emoción en mi reacción, habían sido unos meses durísimos y me conmovió la primera respuesta empática de Neli en mucho tiempo. Sentí un gran alivio. Neli lo captó y se alarmó:

- “¿Qué pasa? ¿Estás disgustada por algo que he hecho?”

- No. Al contrario, me emociona verte bien después de este último tiempo. Que cuides a Celia, que me cuides, que te cuides.

Entonces se relajó, desapareció la tensión y sonrió. Detecté los indicadores descritos por Stern para describir los Momentos de Encuentro (“*moments of meeting*”) recogidos por de Iceta et al. (2015) para identificar un Momento de Alta Receptividad.

Ver Anexo 2: Cómo reconocer un Momento de Alta Receptividad (MAR).

A posteriori, puedo reflexionar que seguramente la auto-revelación era la mejor alternativa de cara a disipar la confusión generada en Neli, además de contribuir a mejorar su capacidad de mentalización. Creo que le ayudó a experimentar cómo las conductas de cuidado podían provocar la misma intensidad emocional que buscaba despertar continuamente en el otro a través de conductas destructivas como las autolesiones.

Esta sesión marcó el inicio de una tregua de varios meses. Posteriormente surgieron nuevas crisis pero de menor intensidad. Seguimos trabajando los contenidos de esta etapa durante dos años más. Las primeras separaciones antes de las vacaciones reactivaban algunas de las conductas de Neli. Sobre todo en torno a forzar los límites del encuadre (regalos, declaraciones de amor, quejas por el abandono) pero no hubo más autolesiones ni amenazas o gestos suicidas. Hasta aquí la etapa que quería abordar en este artículo.

El esfuerzo realizado por Celia y por Francisco durante todo el tratamiento les permitió ocupar el lugar que les correspondía como buenos padres y cuidadores de Neli. No ha podido ser así con su hermano, con el que no ha conseguido resolver los conflictos de la infancia y al que no quiso incluir en el proceso.

La transferencia edípica y erotizada fue perdiendo protagonismo y se terminó de resolver en el momento en el que Neli consolidó su primera relación de pareja homosexual dos años después. El vínculo dejó de estar siempre en el foco, y lo transferencial-contratransferencial cada vez estaba más alejado del patrón borderline.

Ahí empezó otra etapa del tratamiento, centrada por un lado en el material que afloró sobre los abusos sexuales en su infancia y, por otro, en la necesidad de ser autónoma funcionalmente como adulta capaz de cuidarse.

Ha tenido muchas dificultades para asentarse profesionalmente, sus trabajos han sido inestables y pasó años dando tumbos entre estos empleos y los intentos de reconducirse académicamente. Finalmente consiguió entrar en la universidad y, poco tiempo después, tras hacer balance del camino recorrido vimos este hito como un punto de inflexión para interrumpir el tratamiento.

Hasta donde llega la información que he tenido después de ella, todavía le queda camino por recorrer para llegar a ser esa adulta independiente pero ha conseguido salvarse de desarrollar un trastorno borderline grave.

Conclusiones

El embarazo actuó como un estímulo que reavivó temas edípicos tempranos como señala Zeavin “pasando a enfrentar una analista/madre que no es solo una cuidadora benigna o cariñosa, también es alguien sexualmente implicado con otro” (Zeavin, 2005). Así, la fantasía de haber acudido a sesión el mismo día que mi hijo fue concebido, aparece ya antes de mi baja maternal (negando en sus cálculos que ni siquiera había iniciado terapia).

Tras la baja y en relación con las vivencias de abandono entraron en juego sentimientos de envidia y competitividad. No en cuanto a la relación directa con mi hijo, pues Neli hizo una formación reactiva, refiriéndose a él siempre en términos valorativos y afectuosos, y expresando su deseo de conocerle.

Probablemente, la envidia y la rivalidad se desplazaron y condensaron a raíz de la irrupción de mi imagen como alguien sexualmente activo, con una erotización de la transferencia en la que el competidor pasa a ser una figura menos amenazante para ella que el bebé y difusa por la ausencia de información: mi pareja/padre de mi hijo.

Al mismo tiempo, se intensificaron los sentimientos agresivos hacia su hermano en el que cristalizaron los celos retrospectivos.

Contratransferencialmente, persistía en mí un sentimiento de maternaje hacia ella, a pesar de su cambio transferencial, y de las perturbadoras intrusiones que a menudo generaban mi enfado. Su acercamiento seguía siendo en lo procedimental el de una niña abandonada, lo que me hacía sentir como no auténtico y poco amenazante para ambas el enamoramiento al que aludía su discurso.

El embarazo fue un catalizador de Momentos de Alta Receptividad que nos permitió trabajar fundamentalmente en dos áreas, las identificaciones con la madre y las pérdidas traumáticas, que de otro modo hubiesen sido difíciles de abordar en el proceso terapéutico. Este revivir la experiencia, por lo que sabemos de la reconstrucción de la memoria, permitió que las interpretaciones, realizadas justo en ese momento, propiciasen el cambio terapéutico (ver *Acoplamiento experiencial* en Bleichmar, 2004).

Es muy importante tener en cuenta que en todo este proceso, a mayor densidad de Momentos de Alta Receptividad, no solo mayor oportunidad de cambio terapéutico, también mayor riesgo de daño y yatrogenia (de Iceta et al., 2015). Estos episodios de “cruce” de nuestras experiencias vitales con núcleos de gran vulnerabilidad en determinados pacientes, deben abordarse con la máxima delicadeza y control de daños, buscando siempre la seguridad y regulando la intensidad de las sesiones. Es un momento privilegiado para trabajar la autorregulación emocional. No ha de tenerse prisa en utilizar el material disponible o que emerge. Simplemente, introducir un “marcador” de la experiencia para irlo retomando gradualmente más adelante. Neli y yo seguimos trabajando el material que se produjo en unos pocos meses durante dos años más.

En este sentido, quiero remarcar la importancia de trabajar con un marco seguro para la técnica activa. El trabajo inicial con los padres adoptivos, les permitió convertirse en parte de esta red de seguridad. Estuvieron implicados en el tratamiento y valoraron su inclusión en un proyecto de trabajo conjunto desde el comienzo.

Hicieron un gran esfuerzo en el análisis de sus motivaciones parentales (Dio Bleichmar, 2000) y una gran labor en la contención en los momentos de crisis. No todos los problemas de la relación se solucionaron pero sí hubo una experiencia reparadora. En palabras de Francisco, “*Nosotros la adoptamos cuando tenía diez años, y ella nos ha adoptado ahora a nosotros*”.

Notas

¹ DEFINICIÓN MAR (tomada de de Iceta et al, 2015): Se trataría de un subtipo de *momento presente* (Stern, 2004). De forma espontánea (como en los *momentos ahora*) o a través de distintos estímulos, se activan múltiples elementos mnésicos (semánticos y/o procedimentales; implícitos y/o explícitos), que determinan una ventana temporal en la que, independientemente de la *valencia motivacional* de una intervención (Bleichmar, 2004), el estado del paciente es de mayor receptividad (mayor potencial de impacto en términos de cambio). La receptividad es específica en términos de producir cambio (o daño) a ciertos estados emocionales o áreas temáticas. No es generalizada para cualquier intervención.

² La intervención del analista requiere indispensablemente que pase a ser aceptable para el paciente para que recién entonces se convierta en meta a la que este se *acomodará referencialmente*, inconscientemente. Por *transformación referenciada* entendemos el proceso por el cual alguien se modifica tomando como punto de referencia a un indicador externo o interno.

³ El acoplamiento experiencial es un concepto de Bleichmar que, partiendo de unir los conceptos de “memoria lábil” y “memoria afectivamente dependiente”, proporciona un mecanismo para incidir en la disociación entre el estado afectivo en terapia y el que aparece en determinadas patologías fuera de la terapia, como las adicciones o las fobias, limitando el poder de cambio de las mismas. Propone para ello la recreación vívida por parte del paciente (“con carga vivencial, de manera casi alucinatoria” en palabras de Bleichmar) en la sesión, de la condición en la que aparece el síntoma, lo que permite la efectividad de la intervención, ya que en ese momento (y solo en ese, a través de la activación de la memoria procedimental por esa recreación) quedará acoplada y reestructurará la memoria del síntoma (deseo de beber, fobia...) (Bleichmar, 2004).

⁴ Según la teoría de la reconsolidación, las memorias antiguas sufren un proceso de reinscripción física en el momento en que son recordadas. Justo en el momento del recuerdo entran en un estado lábil en el que pueden ser modificadas, pero no antes ni después. Anteriormente, se veía la memoria remota como inalterable una vez constituida. Cuando se reactivaban al recordarse, sobrevenía una inscripción que se agregaba a la anterior, una aposición de inscripciones que determinaba la consolidación: esta era la teoría dominante, la Teoría de la consolidación (revisada en Lechner, Squire, y Byrne, 1999).

Referencias

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15.
- Byrnes, M.J. (2000). *The impact of therapist pregnancy on the process of child psychotherapy*. (Tesis doctoral.) Recuperada de ProQuest Dissertations and Theses database, <http://www.proquest.com/products-services/pq-dtglobal.html> (AAI9982603)
- Bleichmar, H. (2001). El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes, *Aperturas Psicoanalíticas*, 9. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178>
- Bleichmar, H. (2004) Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: some mechanisms of therapeutic change. *International Journal of Psycho-Analysis*, 85(6), 1379-1400.
- Cullen-Drill, M. (1994). The Pregnant Therapist. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30(4), 7-13.

- De Iceta, M., Soler, M.A., Méndez, J.A., Ingelmo, J. y Bleichmar, H. (2015). Active change in psychodynamic therapy: moments of high receptiveness. *American Journal of Psychotherapy*, 65(1), 65-86.
- Dio Bleichmar, E. (2000). Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres-hijos/as desde el enfoque Modular Transformacional. *Aperturas psicoanalíticas*, 6. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000133>
- Etchegoyen, H. (1998). *Los Fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Fallon, A. y Brabender, V. (2003). *Awaiting the therapist's baby: A guide for expectant parent-practitioners*. Mahwah, New Jersey, US: Lawrence Erlbaum.
- Fenster, S., Phillips, S.B. y Rapoport, E.R.G. (1986). *The therapist's pregnancy: Intrusion in the analytic space*. New York, US: The Analytic Press.
- Freud, S. (1991). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, III). En *Obras Completas* (Vol. XII) (pp.159-174). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Original publicado en alemán en 1915).
- Freud, S. (1992). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas* (Vol. XVII) (pp.151-163). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Original publicado en alemán en 1919).
- Futa, K. (2002). *The working pregnant psychologist*. Recuperado de <http://www.cpapsych.org/associations/13260/files/files/clasp/articles/cp/TheWorkingPregnantPsychologist.html>
- Gerson, B. (1994). An analyst's pregnancy loss and its effects on treatment disruption and growth. *Psychoanalytic dialogues*, 4(1), 1-17.
- Gibson, M. (2012). Opening Up: Therapist Self-disclosure in Theory, Research and Practice. *Clinical Social Work Journal*, 40, 287-296.
- Guy, J., Guy, M. y Liaboe, G. (1986). Therapeutic issues for both female and male psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 297-302.
- Haber, S. (1993). Women in independent practice: Issues of pregnancy and motherhood. *Psychotherapy in Private Practice*, 11(3), 25-29.
- Henretty, J.R. y Levitt, H.M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63-77.
- Hill, C. y Knox, S. (2001). Self-Disclosure. *Psychotherapy. Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 413-417. doi:10.1037/0033-3204.38.4.413.
- Ingelmo, J., Méndez, J.A., de Iceta, M. y Soler, M.A. (2004). Tratamientos Psicodinámicos. En N. Szerman, M. D. Peris y A. Ruíz (Editores), *Trastorno Borderline de Personalidad* (pp. 197-218). Madrid, España: Entheos.
- Katzman, M.A. (1993). The pregnant therapist and the eating-disordered woman: The Challenger of fertility. *Eating Disorders*, 1(1), 17-30.
- Lechner, H.A., Squire, L.R. y Byrne, J.H. (1999). 100 Years of Consolidation— Remembering Müller and Pilzecker. *Learning Memory*, 6, 77-87. doi: 10.1101/lm.6.2.77.
- Nadel, L. y Land, C (2000). Memory traces revisited. *Nature Reviews: Neuroscience*, 1(3), 209-12.
- Nader, K., Schafe, G. E. y LeDoux, J. E. (2000). Reply — reconsolidation: The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews: Neuroscience*, 1(12), 216-19. doi:10.1038/35044580
- Paluszny, M. y Poznanski, E. (1971). Reactions of patients during pregnancy of the psychotherapist. *Child Psychiatry and Human Development* 1(4), 266-274.
- Sara, S.J. (2000). Strengthening the shaky trace through retrieval. *Nature Reviews: Neuroscience*, 1(12), 212-13. doi :10.1038/35044575.
- Somers R. (2006). On Becoming a Pregnant Therapist. Recuperado de <http://iahip.org/inside-out/issue-50-autumn-2006/on-becoming-a-pregnant-therapist>.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday life*. New York, US: Norton.
- Wolfe E. (2013) *The Therapist's Pregnancy and The Client-Therapist Relationship: An Exploratory Study*. (Tesis doctoral, Smith College School for Social Work, Massachusetts, US).
- Zeavin, L.M. (2005) Knowing and not knowing: the analyst's pregnancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 74(3), 703-735.

Anexo 1

Diagnóstico de Neli según el Enfoque Modular-Transformacional

Trastorno límite de la personalidad, en el que priman las experiencias traumáticas en la infancia y la vivencia de pérdida. (Experiencia atemorizante a los 5 años de edad).

Sistema de la auto-heteroconservación:

- Frecuentemente amenazado por la presencia de la muerte, la enfermedad o el efecto de las drogas en los adultos.
- Introducción temprana de la idea del suicidio, narcisizado como elemento de escape de la enfermedad por su madre biológica.

Cambios constantes y confusos en las figuras de apego, algunas vividas como una amenaza en sí mismas (madre biológica, hermano mayor) que multiplican las dificultades:

- Inadecuada regulación psicobiológica, incapacidad de apaciguamiento.
- Estados afectivos difusos, generales y abrumadores, pero difíciles de identificar en determinados momentos.
- Sentimiento de incontenibilidad (narcisizado secundariamente al comprobar el efecto que tiene en los otros):
 - por la sensación repetida de abandono ya desde el nacimiento
 - por los escasos límites que implantó inicialmente la familia adoptiva.
- Sensación de amenaza de pérdida permanente, que unida a lo anterior, supone una barrera en el establecimiento de vínculos cercanos, anhelados y temidos en la misma proporción (“¿están vivos?”).

En el sistema sensual-sexual:

- Falta de definición de la orientación.
- El anhelo del vínculo y de relaciones de intimidad interacciona con este sistema sexualizando las relaciones de amistad con iguales.
- Patrón repetitivo: relación de amistad ==> enamoramiento-sexualización con idealización del otro ==> abandono/retirada parcial al sentirse abrumado/a por la demanda de afecto ==> denigración y autoagresividad.
- Tanto con chicas (+) como con chicos, contribuyendo a la confusión sobre su orientación.
- Probablemente actúa calmando las angustias de pérdida en el sistema del apego, aunque finalmente acaba por cumplir lo temido.

En el área del narcisismo:

- Pobre autoconcepto, dificultad para experimentarse como valiosa para el otro tras el abandono en la primera infancia.
- Hipercompensación en las metas e ideales poco realistas (por ejemplo, manteniendo la fantasía de estudiar carreras de alto rendimiento en momentos de fracaso escolar).

Predominio de las siguientes defensas interpersonales:

- Identificación proyectiva como mecanismo principal, frecuente en la transferencia.
- Negación, por ejemplo, para mantener la idealización de figuras como su tía.
- Escisión de gran parte de los contenidos emocionales (amor/odio-rabia).

Anexo 2

Cómo reconocer un Momento de Alta Receptividad (MAR)

En tanto “momento ahora” (Stern, 2004), cumplirían las características que lo definen. Esto es:

1. Es un momento con carga afectiva, ya que pone en cuestión la naturaleza de la relación paciente-terapeuta.
2. Generalmente se topa o amenaza el *setting*, está en juego cómo va a ser “estar/trabajar juntos” a partir de este momento.
3. El nivel de ansiedad en el paciente y el terapeuta crece. Ambos son arrastrados forzosamente al aquí y ahora.
4. El terapeuta siente que una respuesta técnica de rutina no es suficiente. Esto incrementa su ansiedad.
5. Se ha creado una crisis que necesita una resolución. Dicha resolución puede venir en forma de un momento de encuentro o por una interpretación.

Un hecho común a todas estas situaciones es que se produce en ellas, un cambio notable del clima emocional en la sesión, bien de la intensidad (incremento o descenso) o de la cualidad del estado afectivo dominante (como por ejemplo el pasar de la rabia al sometimiento). Es el grado de cambio en el tono o en la cualidad de la emoción, lo que debe alertarnos sobre la posibilidad de un Momento de Alta Receptividad.

Otros indicios pueden ser los que tradicionalmente se han considerado para reconocer una buena interpretación, como la aparición de nuevo material o de nuevas asociaciones (Etchegoyen, 1998).

Por otra parte, el conocimiento de los estímulos de evocación activa (por ejemplo, la utilización de textos, fotos, música etc.), obliga a un estado de alerta por parte del terapeuta cuando se presentan, y ayuda a elegir alguna de las posibles líneas de aprovechamiento.

Igualmente, resulta útil una actitud atenta y abierta frente a novedades y componentes sorprendidos por parte del terapeuta.