CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA INFANTIL

SUMARIO

III Reunión científica. Madrid, Noviembre 1987.

F. CABALEIRO	Antes de alzar el vuelo hacia la formación del psicoterapéuta infantil
R. GADDINI	Psicoterapia infantil en los servicios públicos, el debatido dilema de la supervisión
L. J. MARTIN	Identidad y formación en psicoterapia infantil
J. M. TOUS y M. T. MIRO	Las ansiedades del terapeuta nóvel. Algunas consideraciones sobre su formación: La supervisión
D. A. LUCIANI	Creando el experto en niños. La formación y la filosofía en el centro de Anna Freud
	DEBATE
	* * *
M. PEREZ SANCHEZ	Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de la psicosis
A. MANCHON, M. ILLAN M. GALIAN MUÑOZ y G. RODRIGUEZ	«El dibujo de la figura humana en menores inadaptados. Análisis y valoración diagnóstica

N.º 4 1987

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente)

JUNTA DIRECTIVA DE **SEPYPNA**

Presidente:
L. Fernando Cabaleiro (Madrid)

Vicepresidente:
Alberto Lasa (Bilbao)

Secretario:
M.ª del Valle Martín (Madrid)

Vicesecretario:
Luis Martín (Madrid)

Tesorero:
Jaume Baró (Lérida)

Publicaciones:
Marián Fernández Galindo (Madrid)

Vocales:
Isabel Gómez (La Coruña)
Juan Manzano (Ginebra)
Ricardo Sanz (Valencia)
Cristóbal Serra (Mallorca)

Directora de la publicación:
Marian Fernández Galindo

Comité de Redacción:
L. F. Cabaleiro
L. Martín Cabré
B. Rodríguez Braun
M. L. Alfaya

Suscripciones:
Marian Fernández Galindo
Numancia, 24
28039 Madrid

LAS ANSIEDADES DEL TERAPEUTA NOVEL. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE SU FORMACION: LA SUPERVISION

Por J. M. TOUS y M. T. MIRO

LAS ANSIEDADES DEL PSICOTERAPEUTA NOVEL

Cuando un profesional, psicólogo o psiquiatra, decide iniciar su andadura por la nueva experiencia de ser psicoterapeuta, se enfrenta a una serie de nuevos problemas y ansiedades; una parte de ellos son debidos a la situación creada por toda nueva experiencia, y la consiguiente forma individual de hacerle frente; la otra parte dependerá de **la relación terapéutica en sí misma,** que incluye aspectos transferenciales y contratransferenciales.

Las ansiedades que aparecen como consecuencia pueden correr distinta suerte según sea la personalidad del terapeuta: pueden ser negadas, con el peligro que esto conlleva de que sean actuadas dentro de la relación en perjuicio del paciente y del propio psicoterapeuta, o bien ser aceptadas y conscientes, con el consiguiente paso a su elaboración. En el curso de esta presentación tendremos ocasión de revisar algunas de las ansiedades más frecuentes y sus vicisitudes, según sean negadas o no.

Nos encontramos, en ocasiones, que profesionales que reunen condiciones personales y técnicas suficientes como para iniciar su primer caso en psicoterapia, ven aumentados sus temores, de manera que se dejan llevar por la

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

inseguridad y no se deciden a iniciar la experiencia. El otro extremo estaría en aquellos que, negando su falta de preparación, se precipitan en un terreno que no conocen.

El psicoterapeuta que empieza su primer caso en psicoterapia, va a encontrarse solo, frente a una persona que le pide ayuda y que tiene unas expectativas respecto al tratamiento. A su vez, él mismo se pregunta si será capaz de desarrollar la capacidad de comprender y ayudar, ya que sabe de sus insuficiencias en aquella situación de inicio. En este momento, el terapeuta se siente solo, no sirviéndole sus conocimientos y experiencias en otros campos, y no sabiendo demasiado sobre su paciente. El novel puede confundir el no saber (como falta de conocimiento) con el no saber sobre aquel paciente en concreto, cosa que también le ocurre al psicoterapeuta experimentado, aunque a este último le es menos difícil de tolerar. Bion hace hincapié sobre lo necesario que es el poder tolerar suficientemente la ansiedad de no saber, y dice también que el deseo de curar lleva a precipitaciones y a actuaciones que no son curativas; el poder esperar y soportar no saber, abre puertas a que surjan las emociones, y a que puedan ser comprendidas y contenidas. De hecho, esta situación provocada por la ansiedad de no conocer, forma parte siempre de esta experiencia única que representa la relación terapéutica, en la que nos brindamos a ser quien recoge las proyecciones del paciente y a transformarlas en experiencias más «digeribles» para él, para que así puedan pasar a formar parte de un bagaje experiencial del cual pueda aprender en adelante.

Cuando al terapeuta no le es posible soportar la ansiedad que por un motivo u otro la situación transferencial le provoca, se ve con frecuencia impulsado por la necesidad de hacer algo, de intervenir más, preguntando, dando

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

respuestas tranquilizadoras, rompiendo el setting, o bien lo contrario, puede mantenerse tras la protección de unas «normas» técnicas, tomadas rígidamente, porque tal vez no sabe qué función tienen. Respecto a lo que acabamos de citar, comentaremos algunas situaciones que hemos podido constatar a través de nuestra experiencia en el tratamiento de niños. Por ejemplo, aunque los niños tienden a inducir a hacer preguntas concretas, en algunas ocasiones, el intervenir preguntando, interesándonos, es necesario. Pensemos que no se debe confundir neutralidad con antipatía, y que si el niño llega a la sesión explicando una situación vivenciada por él como importante en un sentido u otro, el terapeuta no debe quedarse impertérrito sino que de alguna manera debe dar una respuesta a través de la cual el niño le sienta cerca. Puede ocurrir al revés, es decir que el terapeuta, debido probablemente a su inseguridad, quiera «ganarse» al niño, tranquilizándolo, preguntando cosas concretas, o de otras muchas formas, no atendiendo así a las ansiedades que siente éste y que surgirían si diera tiempo y lugar a su comunicación. En este caso, da la imagen de alguien que no puede soportarlas, y en el que el niño, una vez más, no puede confiar, ya que le reafirma sus propios temores.

La contratransferencia, y las ansiedades que suscita en el terapeuta, son fundamentales, utilizadas como señal de alarma para guiar al profesional hacia la detección del conflicto inconsciente que el paciente está comunicando. Se puede manifestar de formas distintas y con intensidades variadas, desde la simple sensación de malestar, hasta la ansiedad de aparición violenta. Todas ellas acostumbran a ser consecuencia de la percepción por parte del psicoterapeuta de ansiedades que el paciente no puede tolerar, y se libera proyectándolas. De la reacción del profesional frente a la irrupción de estas identificaciones proyectivas, dependerá que se puedan elaborar correctamente y reintroyectar por parte del paciente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

En el caso del psicoterapeuta novel, el inmpacto de la identificación proyectiva cae sobre su inseguridad, despertando ansiedades inconscientes primitivas.

En el trato psicoterapéutico con niños se presentan, además, situaciones bien diferenciadas de cualquier relación terapéutica a otras edades. En primer lugar, los padres, con los cuales está conviviendo el niño, y de los que es dependiente, tienen un papel importante; es con ellos, además de con el niño, con los que el terapeuta establece el contrato terapéutico. Pueden ser, por todo ello, un elemento más a tener en cuenta en cuanto a posibles fuentes de ansiedad. Contamos con su colaboración para llevar a cabo nuestra tarea, aunque no siempre conseguimos tenerla pues, a menudo, están implicados estrechamente en una dinámica familiar que les impide ver objetivamente. Pueden mostrarse críticos respecto a la forma de llevar el tratamiento, bien el terapeuta puede sentirse juzgado, tal vez, influido por su inseguridad, sentir que se le juzga incapaz de hacer progresar a su hijo. Puede ocurrir también que aparezcan sentimientos de rivalidad por ambos lados, o por uno sólo, por ejemplo, sintiendo los padres que el profesional está cubriendo los fallos que supuestamente ellos han tenido en su función de padres. Sobre todo si el psicoterapeuta es joven, su edad en comparación a la de los padres, puede hacerle sentir más seguro.

En segundo lugar tenemos como elemento diferenciador, las características debidas a la edad del paciente, es decir, el niño. Una de ellas es la tendencia a actuar las emociones sin poder verbalizarlas. A veces, y según las características del niño, estas actuaciones pueden llegar a ser tan repetidas o tan violentas, que dificultan la capacidad de pensar, facultad que ha de ejercer el psicoterapeuta para poder realizar su función. Estas situaciones

plantean preguntas respecto a la técnica a seguir tales como: ¿debo dejar que siga actuando, o bien he de poner límites?, o bien despierta ansiedades específicas frente a la agresividad que transmite el niño y que se hace difícil de contener. El novel se siente presionado y, por ello, pasa en ocasiones a ser exclusivamente permisivo dejando al niño a merced de su impulsividad sin ponerle límites, ni contenerle, o bien puede adoptar una postura rígida y así no permitir su libre expresión. En otras ocasiones no es tan claro como estos ejemplos, como cuando el terapeuta apela a la razón para que el niño se comporte «como debe».

El setting, que como sabemos, sería todo aquello que intentamos que se mantenga estable a lo largo del tratamiento, ha de servir al terapeuta para ayudarle a distinguir lo que hay de realidad externa de lo que es pensamiento, fantasía, realidad interna del paciente. No sólo consiste en un setting externo que, como hemos citado antes, consistiría en mantener fija la estancia, los honorarios, etc., sino también en una disposición interna del psicoterapeuta, basada en su actitud de neutralidad, en no comunicar opiniones personales, o hechos de su vida privada, y en su receptividad hacia la relación. Tanto uno como otro, no sólo tienen la función de ayudar a diferenciar realidad externa e interna, sino que ejercen como protección frente a las ansiedades que pueden surgir en el terapeuta en distintos momentos, ofreciéndole unos elementos invariables que le dan seguridad.

Dentro de la relación transferencial, el paciente, en este caso el niño, por medio de la compulsión de repetición, reitera el conflicto. Su forma de hacerlo puede ser librándose de él expeliéndolo violentamente, y haciendo que el terapeuta lo viva en su lugar, para así librarse de los sen-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

timientos penosos. Ocurre entonces que los efectos de la identificación proyectiva hacen impacto en el psicoterapeuta, pudiendo éste captarla e interpretarla, o bien responder inconscientemente a lo que se le ha proyectado. Pero no siempre la identificación proyectiva actúa con la misma violencia, existe toda una gama de matices en la forma de manifestarse en la transferencia, dependiendo del momento y de las características psicopatológicas del paciente, siendo siempre formas de comunicación. Algunas de ellas son altamente ansiógenas para el que las recibe, más aún si éste es un psicoterapeuta novel. De ahí que consideremos de fundamental importancia tanto la adecuada supervisión del trabajo, como el tratamiento personal que, juntos, den al futuro psicoterapeuta la capacidad para detectar los sentimientos propios provocados por la contratransferencia, para así poder comprender y devolver al niño aquello que proyecta, de una forma más integrable.

Hablaremos ahora de las vicisitudes de la supervisión.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE FORMACION: LA SUPERVISION

El propósito de mi intervención es reflexionar sobre los conflictos que aparecen en la relación psicoterapeuta-supervisor, cuando el nivel de ansiedad del primero sobrepasa las cotas normales. Estos conflictos no son debidos únicamente a la relación con el supervisor, sino que empiezan a aparecer en el momento mismo en que el joven profesional decide hacerse psicoterapeuta.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

1. Una cuestión previa: Las deficiencias en la formación.

La formación impartida en nuestras facultades de medicina y psicología, capacita formalmente para ejercer como psicoterapeuta, pero todos somos conscientes de que, al salir de las facultades, los nuevos licenciados tienen solamente las bases necesarias para iniciar un plan de estudios que complete su formación. A diferencia de otras especialidades de la práctica médica, no existe un plan estructurado para la formación de psicoterapeutas y vemos que se denominan así personas que tienen un nivel de formación consistente en un conocimiento teórico de lo que es el funcionamiento mental que pueden ir incrementando fácilmente a través de cursos y cursillos, cosa que les lleva a creer que tienen una buena comprensión de las relaciones y conflictos personales, cuando, en realidad, no pasan de ser adquisiciones puramente intelectuales que se aplican a los pacientes. A su lado nos encontramos con profesionales que, por su parte, han seguido un serio proceso de observación, de conocimiento de sí mismos, junto a una formación teórica que les permite contactar y comprender la problemática inconsciente de sus pacientes.

Es por esto por lo que, cuando nos dicen que X va al psicólogo o hace una psicoterapia, siempre hay que preguntarse qué profesional le atiende, ya que, si bien los antibióticos tienen los mismos efectos terapéuticos tanto si los dispensa un médico como un farmacéutico, al tratarse de psicoterapia hay que recalcar que se trata de un proceso cuyos resultados dependen, por un lado de las características del paciente y, por otro, de las características personales del terapeuta y de la escuela que lo ha formado; por esto es necesario siempre añadir un adjetivo

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

y precisar si hablamos de psicoterapia analítica, de apoyo, de relajación, etc.

Esta ambigüedad ambiental es causa de conflictos inter e intrapersonales, es decir, genera ansiedad al profesional; las peculiaridades de su propio trabajo hacen que el terapeuta pase a ser el centro de las proyecciones del paciente. El tener que contener y diferenciar las propias ansiedades de las que el paciente proyecta y el encontrarse absolutamente solo desde el primer momento con el paciente, hacen que el ejercicio de esta profesión no resulte inocuo.

2. **El psicoterapeuta de inspiración psicoanalítica.**

Voy a dejar al margen la formación según otras escuelas; es justamente sobre los problemas que surgen en la formación de psicoterapeutas de inspiración psicoanalítica hacia donde irán mis reflexiones.

2-1. *Formación básica.*

Para poder ejercer como psicoterapeuta, pensamos que es necesario seguir un plan de formación que según nuestra opinión pasa por la experiencia del tratamiento personal; psicoterapia psicoanalítica —y mejor psicoanálisis— y el seguimiento de unos cursos teórico-clínicos que por una parte proporcionen al joven psicoterapeuta las bases teóricas sobre las que se apoye su trabajo y por otra también le brinden la experiencia de supervisiones individuales y colectivas que le pongan en contacto con dife-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

rentes estilos de trabajo, dentro de una misma escuela, ya que cada maestro mostrará su forma personal de afrontar los problemas, y al mismo tiempo, le permitirá contactar con colegas que también se inician en la profesión, con los que puede compartir las ansiedades que la práctica clínica comporta.

2-2. *Condiciones personales.*

El psicoterapeuta novel ha de sentirse con una buena dosis de confianza en sí mismo, es decir, se ha de sentir adulto y capaz de actuar como tal, pero también ha de sentir una cierta dosis de duda, de desconfianza que le lleve a poder depender de los más avanzados en la profesión, a recibir sus enseñanzas y a pedir ayuda en los momentos de dificultad. El progreso adecuado consistirá en el equilibrio armónico de esas dos tendencias, la tendencia a actuar independientemente y la posibilidad de depender de otro. Cuando el equilibrio se rompe, ya sea porque un exceso de confianza lo lleva a creer que no necesita ayuda de nadie o ya sea porque la inseguridad lo hace excesivamente dependiente, se plantea una situación de crisis de evolución profesional. Esta crisis si es adecuadamente elaborada, puede abrir nuevas vías y si no se elabora lleva progresivamente a una situación de estancamiento.

Si se sigue este proceso, el joven terapeuta se inicia a la vez frente a sus pacientes como un profesional capaz de ayudarlos y frente a sus maestros como un aprendiz. Creo que el proceso correcto será el que le lleve a moverse entre estos dos tipos de relaciones bien diferenciados. Es al segundo tipo de relaciones al que me voy a referir a continuación.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

3. Relación del psicoterapeuta con el supervisor.

3-1. *El supervisor como contenedor de ansiedades.*

Todo inicio de una actividad comporta un aumento de las ansiedades y así, delante de una nueva situación, se nos despiertan expectativas y temores. Uno de los sentimientos más universalmente experimentado es el de inseguridad.

De la inseguridad se habla siempre, a veces como una forma de ignorarla, negarla o ridiculizarla; otras veces reconociéndola como una parte de nuestra personalidad con la que es importante contactar y poder atender, cosa que nos permitirá utilizar mejor nuestras capacidades adultas para modificar la situación. Este sentimiento fácilmente aceptable cuando nos referimos a niños y adolescentes, está presente en todos, durante toda la vida, en diferentes grados de intensidad y así podríamos hablar desde el temor de no ser capaz de realizar una tarea, hasta de las situaciones de miedo paralizador.

Estas situaciones pueden tener las características de crisis o adquirir un carácter crónico.

Los sentimientos de inseguridad llevan al psicoterapeuta novel a buscar rápidamente un supervisor que le ayude de forma continuada a seguir un caso y también tiene que estar disponible para poder acudir a él en los momentos de urgencia. En los inicios, estas sugerencias son casi una constante ya que, como se ha dicho antes, es una característica del trabajo psicoterapéutico el encontrarse sólo delante del paciente, tener que contener sus ansiedades y las ansiedades propias, necesitando de un constante proceso de diferenciación que no siempre se consigue y que

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

requiere de la participación urgente del supervisor. Este es vivido como alguien capaz de contener y reorganizar la situación que se había desbordado. Son sentimientos penosos que, de no poderse elaborar, llevan a conductas de negación.

No pienso en la negación abierta del que dice que no necesita ninguna ayuda —esta situación le llevará a una situación de aislamiento—; al hablar de negación me refiero a ciertos reajustes que tienen una apariencia de elaboración; me refiero a las llamadas *conductas de evitación*. Así no es infrecuente que los terapeutas noveles prefieran tratar niños, ya que la misma inmadurez del niño, la falta de autocrítica de la criatura, permite encubrir la inseguridad del terapeuta, cosa que parece más difícil de conseguir delante del adulto.

En realidad los hechos van en sentido contrario, ya que la debilidad yoica del niño hace que toda la responsabilidad recaiga en el terapeuta.

Otra forma de evitar los sentimientos de fracaso y las ansiedades confusionales consiste en tratar pacientes graves, psicóticos y autistas, con los cuales los riesgos de confusión parecen menores y a la vez los sentimientos de incapacidad se ven mitigados por la misma gravedad del paciente. La utilización de estas defensas en ciertos casos tiene un valor estructurante, siempre que, como pasa con todas las defensas, no se utilicen en exceso o se cronifiquen, cosa que lleva al terapeuta a ocupar sus horas con pacientes que tienen pocas perspectivas o incluso tomar enfermos con unas estructuras de personalidad que hacen desaconsejable el tratamiento psicológico. Ello les lleva a frecuentes experiencias de interrupción del tratamiento o a sentirse atrapados dentro de una inacabable situación de insatisfacción aceptada pasivamente por am-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

bos, paciente y terapeuta. Todo lo cual tiende a la creación de un círculo vicioso, ya que la frustración derivada de repetidos fracasos terapéuticos aumenta los sentimientos de incapacidad y les lleva de nuevo a conductas de evitación. El supervisor, sin dejar de ejercer su labor pedagógica, tiene que poder mostrar la tendencia a la creación de círculos viciosos empobrecedores. El afinar al máximo los diagnósticos, el ver las indicaciones y contraindicaciones para el trabajo psicológico, puede evitar al terapeuta novel una serie de experiencias poco afortunadas, ya que la inseguridad del terapeuta novel, el temor a expresar dudas —ya que para él la duda es confundida con ignorancia—, le lleva a embarcarse en experiencias de alto riesgo y lo que de entrada podría parecer omnipotencia no es más que una defensa frente a los sentimientos de inseguridad e impotencia.

3-2. *La idealización del supervisor.*

Es realista, por parte del supervisado, esperar que el supervisor tenga más conocimientos que el propio supervisado sobre la comprensión psicoanalítica de las relaciones humanas y ello comporta que se establezca una relación de reconocimiento y dependencia absolutamente necesaria para poder aprender. Eso se da en toda supervisión, ya sea de un novel o de un psicoterapeuta avanzado. El novel ve al supervisor como alguien que tiene todos los conocimientos, alguien que llevaría aquel caso a la perfección. Esta visión idealizada del supervisor-omnisciente, es lo que hace que en los inicios del aprendizaje el principiante actúe imitando a su supervisor y lo reproduzca en sus sesiones con los pacientes. Así el terapeuta interpreta, buscando el momento adecuado, aquello que el supervisor había señalado en la supervisión anterior. De entrada

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

es una actitud generosa ya que quiere proporcionar a sus pacientes las cosas «buenas» que él recibe. También sabemos que la imitación es una fase que se da en todos los aprendizajes y por tanto es algo a respetar como una fase evolutiva; ahora bien, es algo a tener muy en cuenta, ya que la no superación de la fase imitativa comporta un atasco en la evolución. La imitación ha de dar paso a la identificación con un supervisor que hace su trabajo; este proceso comporta el paso por la desidealización del supervisor: éste ya no es visto omnipotente y omnisciente, como lo fueron las figuras parentales de la primera infancia, sus conocimientos no vienen por «poderes», comienza un proceso más penoso, próximo a la posición depresiva de M. Klein. El supervisor es visto como alguien que sabe por qué trabaja y se esfuerza. Esto lleva al supervisado a ver que la imitación sin la identificación introyectiva es una simple caricatura y eso promueve crecimiento real.

Cuando el miedo a fracasar y los sentimientos de incapacidad dan paso a sentimientos de impotencia demasiado fuertes, alargan la fase de la imitación más allá de los límites considerados normales; si supervisor y supervisado no toman conciencia de ello, se cae en la práctica de supervisiones inacabables. Supervisor y supervisado no pueden separarse ya que uno tiene un maestro omnipotente al que se ha «pegado» y separarse de él es quedar en el vacío, ya que casi nada ha sido introyectado. El supervisor, por su parte vive que tiene un alumno ideal que sigue un inmejorable proceso de aprendizaje, ya que piensa y actúa como él lo hace.

Esta sería una situación que correspondería a un extremo del abanico de posibilidades que se dan dentro de la relación supervisor-supervisado.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

3.3. *Ansiedades persecutorias dentro del proceso de aprendizaje.*

Lo que ocuparía el otro extremo del abanico deriva del hecho de que junto al reconocimiento y al deseo de ser ayudado coexisten los temores y las resistencias a reconocer y recibir ayuda. La idealización a la que me refería en el apartado anterior puede ser una maniobra defensiva frente a las ansiedades paranoides, que una figura tan capacitada puede despertar. El supervisor es alguien muy capaz de comprender a los pacientes y a la vez es vivido como alguien que no va a hacerse cargo de las dificultades del principiante. Este teme que se le exija mucho desde el primer momento, las puntualizaciones son vividas como críticas; delante del supervisor se sienten incapaces de dialogar, discrepar, etc. En cambio sí son capaces de hacerlo con otros colegas. Actúan como los adolescentes que tienen sus opiniones, pero no las pueden contrastar con el adulto, ya que éste a sus ojos, siempre ha sido adulto o fue adolescente hace ya tantos años, que todas las dudas e inquietudes del que se inicia le quedan excesivamente lejos.

La organización de grupos de trabajo disminuye el carácter paranoide de esta relación; los protagonistas no son dos y los compañeros asumen funciones que dentro de una relación de dos son proyectadas siempre en la misma persona. Así pueden sentir muy crítica la opinión de un compañero, que le permite disminuir el temor que el supervisor como adulto del grupo despertaba y acercarse más a él.

Para evitar sentirse «criticados» —ya que como decíamos anteriormente en los inicios, las puntualizaciones del supervisor son vividas como corrección de malas interpre-

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

taciones— es frecuente observar que los jóvenes psicoterapeutas describen lo que han sido capaces de observar de su paciente, pero omiten sus interpretaciones, dejando después de la descripción, un espacio, un silencio, que invita al supervisor a expresar lo que él entiende del paciente; siguen así aportando material, pero se reservan sus intervenciones. Internamente van viendo si sus intuiciones se aproximan o están muy lejanas del supervisor.

Otros supervisados mantienen una constante discrepancia con el supervisor y con los compañeros del grupo, como forma de mitigar la competencia que los conocimientos de los otros le provocan. Cuando estas conductas se alargan en su duración e intensidad, pensaremos que bajo una apariencia de competencia encubren fuertes núcleos narcisistas que poco tienen que ver con el hecho de ser principiante. El riesgo que se corre con estas personalidades reivindicativas es el organizar una relación en la que uno intenta controlar al otro, es decir, se va organizando una relación de carácter sadomasoquista.

CONCLUSIONES:

Las reflexiones anteriores nos permiten remarcar que todo aprendizaje se desarrolla dentro de un campo teñido por las emociones y sentimientos del que aprende y del que enseña y cómo se va desarrollando un especial proceso de transferencia-contratransferencia, que se ve constantemente modificado por lo que el paciente proyecta en el terapeuta y por lo que éste vive en su tratamiento personal. El supervisor debe manejar todos esos movimientos sin salirse de su rol pedagógico. Sin duda aquí el enseñar tiene unas características que no se dan en otros tipos de

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4

enseñanza. Ello hace que también el supervisor necesite de un grupo de estudio que le permita ir desarrollando esta función pedagógica, diferenciándola de la labor terapéutica y de las alianzas colusivas.

Somos conscientes de que la necesidad de seguir una formación sistematizada, que incluye también tratamiento personal, hace que los jóvenes profesionales puedan encontrarse fácilmente en un círculo vicioso, ya que sin una adecuada formación no pueden trabajar, y si no trabajan no pueden costearse la formación. Esta situación es una nueva fuente de ansiedad que puede llevar al principiante a aceptar cualquier trabajo, en algunas ocasiones, saltándose etapas de su formación. Una de las tareas más importantes a desarrollar con los aspirantes a terapeutas, es la adecuada orientación profesional, en el sentido de ayudarles en la elección del tipo de trabajo que más les conviene, el que comporta menos riesgos, para evitar experiencias que no aportan nada positivo ni para el terapeuta ni para el paciente.

© Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 1987;4