

Teoría y técnica de psicoterapias

Héctor J. Fiorini



Edición ampliada

Nueva Vision

Colección
Psicología Contemporánea

Héctor Juan Fiorini

Teoría y técnica de psicoterapias

Edición ampliada y actualizada

**Ediciones Nueva Visión
Buenos Aires**

de la zona... en un nivel más alto de nivel.

Muchas de las tareas... han surgido de la investigación del Dr. Mauricio Galdames y de la política clínica...

Al terminar un ciclo de tareas... se han obtenido resultados...

... (1972) ...



Capítulo 1
INTRODUCCIÓN:
EL CAMPO DE LAS PSICOTERAPIAS
Y ALGUNAS DE SUS DIRECCIONES
DE DESARROLLO

El campo de las psicoterapias emerge en los últimos años portador de problemáticas de una complejidad creciente. Desafía nuestros esfuerzos en varios niveles: epistemológico (incluyendo los replanteos de la crítica ideológica), teórico, técnico, docente, de investigación (con sus complejas exigencias de orden metodológico). El avance en el desarrollo de estos niveles, para una elaboración científica del campo, es lento; lo cual debe necesariamente preocuparnos: en la más simple de las intervenciones terapéuticas se juegan vidas, proyectos, rumbos de individuos y grupos. Toda carencia científica en este campo es problema de urgencia, de responsabilidad social humana.

Las vías de abordaje para su desarrollo científico son múltiples, lo cual no impide el reconocimiento de prioridades. Tres aspectos se nos han presentado como más urgidos de una tarea elaborativa que apuntara a ahondarlos: uno, la necesidad de afinar la descripción y explicación de sus técnicas; otro, el del trabajo sobre ciertos pilares teóricos en los que pueda asentarse y a los que pueda a su vez enriquecer la práctica técnica; tercero, el del cuestionamiento ideológico de las teorías y de las técnicas, que pueda colocarlas en relación con determinaciones del contexto social más amplio. Los capítulos de este libro reflejarán sin duda, con distinto grado de acierto, estas prioridades. Un enfoque que intenta constituir una *teoría de las técnicas de psicoterapia que incluya una consideración crítica de algunas de sus bases ideológicas*. Esto quiere decir una teoría de las técnicas que no acepta limitarse a dar cuenta de manipulaciones concebidas con fines de mera utilidad, que no apunta a lograr “resultados” aislados de un amplio marco social, teórico e ideológico. Si se concibiera a las técnicas como recetas sobre lo que se debe hacer (acepción que parece tomarse en el rechazo de autores lacanianos a

hablar en ese nivel de las técnicas) todo interés en las técnicas obedecería seguramente a fines espurios. Se trata en cambio de estudiar las técnicas en cuanto campo de una práctica que, cuidadosamente investigada, revisada, conceptualizada, remite inevitablemente a una teoría. En esta orientación, un salto teórico importante se opera en el nivel de las técnicas cuando se pasa de las comunicaciones categorizadas según la teoría de cada escuela, al intento de describir las intervenciones concretas del terapeuta mediante un lenguaje no comprometido con aquellas superestructuras teóricas.

Este pasaje conduce a trabajar en un nivel más alto de teoría. Muchos de los temas que se abordan en este volumen han surgido de la enseñanza del Dr. Mauricio Goldenberg y de la práctica clínica realizada con su dirección en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Gregorio Araoz Alfaro, de Lanús, Provincia de Buenos Aires. Han sido objeto de discusión en grupos de médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, que han constituido grupos de trabajo, principalmente hospitalario, centrados en la elaboración teórico-técnica del amplio campo de las psicoterapias. De su trabajo crítico han surgido valiosos aportes; gran parte de nuestros desarrollos han fraguado a la luz de ese incesante diálogo grupal. Desde 1978 fundamos el Centro de Estudios en Psicoterapias, institución de asistencia y formación de posgrado, en cuyos equipos de trabajo también hemos discutido y profundizado las líneas de investigación trazadas para el campo de las Psicoterapias Psicoanalíticas. Desde 1986 hasta el presente hemos fundado y conducido la Cátedra de “Clínica Psicológica y Psicoterapias” en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En sus aulas hemos tratado sistemáticamente los temas centrales de este campo de estudios, con 50 docentes, 300 graduados y 15.000 alumnos del último año de la Carrera de Psicología. En la institución Ágora de Montevideo, en Esip de Porto Alegre, y especialmente en Acippia de Madrid hemos sostenido años de trabajo clínico, ateneos y jornadas de elaboración teórica.

Al terminar un ciclo de tareas, los miembros de uno de estos grupos de discusión¹ evaluaron sus resultados, llegando a conclusiones que reflejan, creo, ciertos alcances de nuestro enfoque teórico-técnico del campo. Fueron algunas de esas conclusiones: “Pude entender mejor al paciente-persona como ser social, con un interjuego dialéctico de lo interno y de lo externo, y esa comprensión me dio instrumentos para

trabajar con él de otra manera.” “Se me abrió un camino más amplio:

¹Grupo de Discusión sobre Psicoterapias (1972-73), CISAM (Centro Interdisciplinario para la Salud Mental), Buenos Aires.

relacionarme con el paciente o con el grupo en forma global, vinculando sus problemas con todos los aspectos de su mundo circundante, distinguir en él fantasía de realidad y estudiar esa relación.” “Frente a un ser humano complejo vi que no hay una cosa para hacer sino muchas.” “Empecé a pensar más libremente desde una perspectiva humana y desde mí.” “Me sentí más libre como terapeuta, vi que es útil preguntar, que no está prohibido reír a veces, y que no siempre hay que interpretar.” “La comprensión de un enfoque situacional me aclaró cómo entra la ideología.” “Me quitó el fantasma de la distancia terapéutica y perdí el miedo a errar la interpretación.” “Me aproximé a un psicodiagnóstico que dé una visión más concreta del paciente.” “Vi que no todo está terminado y que de mí también depende el desarrollo de la psicoterapia en la Argentina.”

Estas conclusiones pueden ser un estímulo motivador para preguntarnos cuáles son los soportes de una orientación teórico-técnica capaces de concurrir en la dirección de aquellos resultados. Movernos a caracterizar los aspectos fundamentales de contenidos teóricos e ideológicos que trazan las líneas directrices de aquella orientación de trabajo. Al menos esa es la tarea que indujeron en mí. Mencionaré entonces las que he podido reconocer como direcciones clave de una actitud científico-técnica comprometida con el desarrollo de este campo.

1. Entenderlo como un campo en estado experimental pleno, ocasión de una diversidad de aperturas, seno de una dispersión creadora antes que lugar de anclaje de sistemas acabados. Esto quiere decir terreno fértil para innovaciones e intuiciones, tratables progresivamente con el rigor de una exploración científica. En este aspecto el campo se enriquece constantemente con el surgimiento de nuevos enfoques técnicos. Para algunos esto conduce a ensayar una suerte de actitud liberal dispuesta a admitir sin prejuicios de escuela, mientras se sigue con el propio método que otros reclamen también un lugar. Pero en realidad de este modo se esquiva un problema más básico: el impacto necesariamente reconfigurador del campo que las nuevas técnicas pueden llegar a producir al dar muestras de nueva eficacia: obligar a replantear las indicaciones específicas de cada una de las técnicas y, más profundamente, los soportes teóricos de cada enfoque. Si nuevos recursos aportan efectos originales (y tal es el caso de ciertos enfoques grupales, de parejas, comunitarios, intervenciones breves, terapias por la música y el movimiento) ellos llevan a revisar las limitaciones de los anteriores y a construir una teoría que dé cuenta de estas limitaciones y de aquellos efectos. De donde la emergencia de una extendida exploración empírica crea condiciones

para un vasto movimiento de transformaciones teóricas. Debemos asumir que la creatividad potencial del campo desborda hasta el momento a las elaboraciones capaces de efectuar su rescate conceptual.

2. Identificar entonces como uno de los puntos de urgencia la necesidad de construir teoría, arriesgarnos a inventar conceptos y modelos de procesos: aventurar hipótesis que podamos cambiar al primer paso dado por su luz provisoria. Si reconocemos que sin teoría no hay práctica científica, podremos entender por qué, de una masa enorme de publicaciones que circulan en los EE.UU. sobre psicoterapias resulta escaso en proporción el material rescatable, el que permita cuestionar a fondo los métodos y abrir rutas conceptuales nuevas. He revisado buena parte de las investigaciones producidas sobre psicoterapias en los últimos 20 años. Sus resultados son pobres, quedan lejos de la riqueza de la experiencia clínica. No es que carezcan de diseños rigurosos; el déficit no es metodológico en principio. Las limitaciones están en las categorías que operacionalizan, en el restringido edificio teórico del que se las desprende. Por ejemplo: las investigaciones sobre proceso en psicoterapias son raras y fragmentarias. Algunas caen en el atomismo microscópico (computando “cantidad de palabras por unidad de tiempo” o “cocientes de silencio”). Otras investigaciones, destinadas a explorar aspectos más significativos de la interacción terapéutica (como las de Strupp sobre tipo de intervención del terapeuta) han quedado en un primer escalón descriptivo, exploratorio. De la misma manera, investigaciones sobre resultados han permitido objetivar aspectos del cambio en psicoterapias, pero no han superado el nivel descriptivo, en la medida en que no han propuesto teorías sobre el cambio. Por ello entendemos que la tarea de construir teoría es prioritaria en este campo. Sólo si avanzamos en esta dirección tendrá después sentido intentar investigaciones más ambiciosas.

3. Partir de la necesidad de inscribir toda teoría psicológica y psicopatológica y toda conceptualización referente a métodos terapéuticos en el marco de una teoría del hombre, de una concepción antropológica totalizadora. Sartre ha podido aseverar que la sociología y la psicología, incluido el psicoanálisis, en cuanto carentes de esa concepción totalizadora del mundo humano, carecen de verdadera teoría. Ahondando en el sentido de este cuestionamiento, cada vez le reconozco a Sartre mayor razón, porque ¿qué me dicen acaso de una persona su complejo de Edipo, sus defensas histero-fóbicas, sus identificaciones proyectivas, sus núcleos melancólicos? Poco, y tal vez

me engañen, recortando elementos efectivamente reales de esa persona puestos en estado de cosas, no articulados, ignorando la estructura de la experiencia, su organización en base a las tendencias que en esa persona presionan hacia alguna totalización de sí misma, en cuyo seno los dinamismos grupales (familiar, laboral, cultural), sus campos prospectivos reales e imaginarios, sus prácticas ideológicas, y sus condiciones materiales socioeconómicas y políticas concurren, chocan y se acoplan para dar emergencia al hombre en situación. Una teoría antropológica que enmarque el incesante esfuerzo de construcción y reconstrucción de totalidades singulares concretas es condición para que toda manipulación correctiva pueda aspirar a una

inserción en el nivel humano.

4. Profundizar todo esfuerzo de descripción de los hechos que emergen en la experiencia psicoterapéutica, exigir el máximo a las palabras para obligarlas a dar cuenta de toda la riqueza del acontecer en la situación terapéutica, detectar su enjambre de significaciones, sus secuencias, sus leyes todavía oscuras. Este trabajo de descripción rigurosa tiene relevancia científica e ideológica: es necesario terminar con las élites profesionales que puedan monopolizar sus fórmulas, como si se tratara de secretas alquimias. Lo que se ha pretendido, e interesadamente preservado como arte intuitivo individual, debe transformarse en saber trasmisible, si es posible mediante recursos docentes más amplios que los de la contratación bipersonal privada. Si lo que realmente se ha querido asegurar es la función del contacto empático, de la intuición y de la sensibilidad poética, nada impide que un oficio sólido basado en la objetivación de las técnicas conserve

además vivas aquellas dimensiones del arte.

5. Conceder importancia especial en la formación del terapeuta a la experiencia de vivir y estudiar más de una técnica de psicoterapia. Es en el juego de contrastes y semejanzas en este campo diversificado donde se adquiere plena noción del sentido y los alcances de cada una de las técnicas. Es por el juego de contradicciones y superposiciones entre distintas técnicas que puede ir desprendiéndose el aporte específico de cada una de ellas. Cierta tradición de escuela ha propuesto que el terapeuta se forme en una técnica y con una teoría “para evitar confusiones”. Esa temida confusión es seguramente evitable para cualquier terapeuta de cociente intelectual medio. En cambio lo temible de aquella postura es la restricción mental, el empobrecimiento defensivo frente a la palpitante riqueza del campo, la resignación al tañido de una cuerda sola frente al estallido de la polifonía. Lo peligroso está en que todo experto en una técnica es

proclive a intentar con ella abarcar el mundo. Y es conocido que monocultivo y subdesarrollo van juntos.

6. Las psicoterapias individuales son seguramente los métodos de más asentada conceptualización y aplicación clínica, a partir de heredar la larga experiencia psicoanalítica y muchas de sus elaboraciones teóricas. En las últimas décadas, la masividad de la demanda, entre otros factores, induce el desarrollo de técnicas grupales de acelerado ritmo de expansión en virtud de sus mayores posibilidades de alcance social. Cabe plantearse por qué pueden, no obstante, las técnicas individuales seguir concertando nuestro interés y cuáles son sus relaciones con las técnicas grupales. Varias son las razones: aquella herencia teórico-técnica que favorece sin duda los desarrollos de esta área; las muy frecuentes situaciones en que, por factores diversos, el individuo requiere instancias de crecimiento personal separables de sus pertenencias grupales; también la ventaja de poder pensar un sistema que con menor número de participantes restringe algunas de las variables en juego y las hace resaltar con mayor nitidez. Personalmente he podido cotejar la experiencia de las técnicas individuales (psicoanálisis, psicoterapias de *insight*, de apoyo, entrevistas de orientación) con otras grupales (parejas, familias, laboratorios). He constatado que muchos de los conceptos teórico-técnicos surgidos de los métodos individuales encuentran entera aplicación en contextos grupales (nociones de foco, relación de trabajo, motivación para la tarea, proceso de contrato, tipos de intervención del terapeuta, *timing*, estrategias y articulación de recursos, entre otros).² Esta aplicabilidad grupal de la experiencia bipersonal no niega, por el contrario puede respetar plenamente, los dinamis-mos propios del nivel grupal multipersonal. Lo que se desprende de esta experiencia es que los métodos individuales, aunque limitados (y no excesivamente) en sus alcances asistenciales, siguen constituyendo instancias de investigación teórico-técnica capaz de nutrir en ciertas dimensiones incluso la tarea con grandes grupos. A la vez, no hay duda de que las aperturas grupales pueden cuestionar profundamente y llevarnos a replantear los enfoques individuales: desde la experiencia de un club de socialización (2), por ejemplo, es posible cuestionar a fondo los métodos de sojuzgamiento cultural o de instauración de relaciones autoritarias en el ámbito bipersonal, donde funcionan encubiertos bajo el signo de lo obvio.

² Por tal razón, cuando en distintos desarrollos teóricos y técnicos se hace, en diferentes capítulos de este libro, referencia al "paciente", será conveniente entender que ese paciente puede ser un individuo o un grupo de amplitud variable.

7. Las psicoterapias de mas antiguo arraigo, las mas difundidas y estudiadas son, sin duda, las verbales, esto es, las que concentran sus expectativas de cambio en el poder modificador, revelador de la palabra

Se ha señalado como problema el desgaste de las palabras con el uso (o el mal uso) del lenguaje psicoterapéutico (3). Se ha hablado de que hay palabras (como “persecución”, “dependencia”, “castración”, “negar” “una parte de uno, o del otro”) que cada vez dicen menos, que a menudo se usan, como decía Bion, para no pensar. Que nos colocan, como lo denunciaba Artaud, frente al “desconcertante desamparo de la lengua en sus relaciones con el pensamiento” cuando “ni una sola de nuestras palabras vive en nuestra boca más que separada del cielo”.

El enfrentamiento de esta problemática del lenguaje es otra de las direcciones importantes para el desarrollo de nuestro campo. En ella surge todo el problema del lenguaje en sus relaciones con el cuerpo y con la acción. Y se abre entonces a la investigación la cuestión de las posibilidades de un lenguaje activo, vivo, en el marco de una interacción corporal restringida, y en el contexto más amplio de un estilo de vida de paciente y terapeuta, signado por las restricciones represivas de la acción. La tradición terapéutica ha asentado en la premisa de no actuar para poder pensar, quedarnos quietos para poder concentrarnos. La ideología de estas premisas o sus derivados ha sido destacada. ¿Aquella propuesta con lo que tiene de verdad parcial no ha sido a la vez la adaptación inadvertida a un contexto de inmovilidad general? Lo cierto es que una nueva línea de experiencias grupales, psicodramáticas, de trabajo corporal, su convergencia en los laboratorios de interacción social, han venido también a cuestionar aquellas premisas sobre las cuales surgen los problemas del deterioro de la palabra. En estas experiencias lo que se constata es la posibilidad de invertir en parte la premisa, subrayando la necesidad de actuar, de comprometer también el cuerpo para poder sentir-pensar-verbalizar con una intensidad y veracidad nuevas. Estas experiencias facilitan un acceso pleno a ese nivel de sensibilización y contacto consigo mismo y con los otros donde el lenguaje vivo, personal, afectivo, a menudo poético, es emergente natural de lo vivido. Estos nuevos contextos de experimentación grupal abren además al aprendizaje de nuevos lenguajes, plásticos, corporales, dramáticos, que una cultura represiva mantiene relegados a la época de los añorados juegos infantiles.

Desde luego, no se puede suponer que baste con sentir el propio cuerpo o la piel del otro, con intimar y expresarse más libremente como metas. Además, hay que poder abrirse a palabras verdaderas,

a palabras vivas que habitan el mundo personal y lo hacen habitar por la cultura, y abrirse además a un proceso de enfrentamiento consigo mismo y con la cultura a través de ese encuentro con las palabras, Papel singular, decisivo, del lenguaje verbal, en la experiencia terapéutica

Esta dirección de desarrollo en psicoterapia apunta a recuperar todas aquellas condiciones con las cuales se haga posible a la palabra el encuentro de su máxima plenitud. Problema terapéutico que ha sido desde siempre problema de poetas: encontrar palabras que logren ser acción más que contemplación, que más vale abran enigmas en lugar de resolverlos, que vuelvan “cuerpo vivo lo que está prisionero en las palabras”. Desde esta tarea se entiende el consejo de Laing a los nuevos terapeutas: leer y escribir poesía como actividad formativa esencial. Una coherencia con esa poesía leída y escrita exige además vivirla, dentro y fuera de sesión.

8. Parte integrante del quehacer sanitario, las psicoterapias comparten la necesidad de una revisión epistemológica y filosófica constante. Portadoras de premisas sobre salud y enfermedad de las personas, las psicoterapias deben ser colocadas, todas, bajo la lente de una rigurosa crítica epistemológica. Si el terapeuta se pretende develador de enigmas de su paciente, es éticamente forzoso que empiece por indagar cuidadosamente el inconsciente de su clase y de su capa social, por cuestionar radicalmente sus propias determinaciones, las que tiñen su acción y su discurso. Este es otro nivel de la investigación en psicoterapias. No es casual que llegue con retraso en relación con los anteriores; las razones de este atraso se explican desde una sociología del conocimiento; tienen íntima ligazón con las presiones de la cultura oficial, que impuso por años como obvias sus propias definiciones de salud y enfermedad, y también con las restricciones intelectuales impuestas a las capas profesionales por una particular praxis de clase y por las distorsiones de la colonización cultural. En este sentido, hablamos al comienzo de intentar una teoría de las técnicas de psicoterapia replanteada en sus bases ideológicas. En cuanto profesionales surgidos de esta práctica social tal vez podamos replantear algunas de esas bases ideológicas; otras posiblemente tenderán a quedársenos ocultas en las raíces de las técnicas que nos hicieron a nosotros.

La problemática ideológica de las psicoterapias se abre en varios frentes. Obliga a rever el hecho de que las técnicas y sus teorías vengán construidas por una capa social, aislada en claustros académicos de las luchas, vicisitudes y pautas culturales de los demás estratos sociales.

Esta problemática se ha hecho decisiva en momentos de discutir seriamente programas de salud mental en Chile. La misma viene unida al hecho de que las técnicas se han forjado en las metrópolis colonizadoras y han sido aplicadas sin respetar condiciones de regionalización, es decir, al margen de hábitos, tradiciones, subculturas urbanas, suburbanas y rurales.

Otro nudo de cuestiones reside en cuestionar estilos terapéuticos, modalidades de vínculos propuestos entre paciente y terapeuta que pueden estar asentados en el modelo de las diferencias de clases y de las relaciones de poder establecidas por esas diferencias.

Aspectos complementarios de esta problemática se abren con el estudio de las instituciones en las que se aplican las psicoterapias y en las que se enseñan, cuyas funciones ideológicas van siendo progresivamente develadas.

Otros niveles de investigación de la problemática ideológica surgen con el estudio del papel que juegan en la relación terapéutica la ideología explícita por un lado, y la ideología no explícita por otro, vehiculizada a través de interpretaciones orientadas en una determinada dirección, y del empleo de nociones psicológicas o psicopatológicas de fachada "científica". Emergen asimismo los problemas creados por la concentración del esfuerzo terapéutico en individuos o en pequeños grupos, prácticas de las que importa destacar las nociones sectoriales de enfermedad y curación que enfatizan, y el significado que asume ese recortamiento sobre el fondo del sistema social en que se aplican.

Es posible que como resultado de estos replanteos, las técnicas de psicoterapia que conocemos deban ser parcial o totalmente cambiadas. Si fuera éste el caso, todo esfuerzo de descripción y conceptualización podrá contribuir, con otros factores, a que ese proceso se acelere y conduzca a niveles más altos de la elaboración científica en salud mental. Cumplirían entonces su misión de peldaño. Sabemos, además, que el futuro de las psicoterapias consistirá en negarse dialécticamente como terapias, para volcar sus adquisiciones y desarrollos en los campos de la prevención y la educación.

Las revisiones por realizar nos llevan a un trabajo interdisciplinario. El pensamiento propio de epistemologías de Complejidad (Edgar Morin, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Ilya Prigogine) se ha ido constituyendo en el cruce de aportes sociológicos, físicos, químicos, cibernéticos, climatológicos, de biología celular, antropológicos, ecológicos. Ese pensamiento nos conduce a muy amplias revisiones sobre las conductas, las fuerzas incidentes en micro y macrosistemas, sus condiciones de cierres y aperturas.

En el campo de las psicoterapias, en aspectos más delimitados de

especialización, se han desarrollado aportes de enfoques vinculado», sistémicos, cognitivistas, bioenergético», lingüístico», así como renovados aportes de la investigación psicoanalítica. Todos estos enfoques han mostrado perspectivas de una creciente complejidad para nuestros abordajes clínicos. Hacerse cargo de esta complejidad se convierte en otra de las direcciones principales del trabajo teórico y de las prácticas que configuran este campo.

Los problemas sociales desplegados con la era del capitalismo global introducen nuevos impactos para la salud mental de individuos, grupos y comunidades. La desocupación y la inestabilidad en las condiciones de trabajo nos introducen en el estudio de nuevas situaciones críticas y traumáticas. Las problemáticas del poder globalizador, sus modos de constitución y sus efectos, obligan a nuevas investigaciones sobre las condiciones que hacen a los trastornos y a las tareas capaces de promover salud mental. Se trata de comprender el entramado de factores sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales que hacen a la constitución de la subjetividad en las sociedades actuales. El campo de las psicoterapias debe abrirse actualmente a estos desafíos.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, Franz y French, Thomas (1946), *Terapéutica Psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1956.
2. Balint, M., Omstein, P., Balint, E. (1972), *Psicoterapia Focal. Terapia Breve para Psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock*, Buenos Aires, Gedisa, 1985.
3. Bernardi, Ricardo, Defey, Denise, Elizalde, Juan, Fiorini, Héctor, Fonagy, Peter, Rivera, Jorge, Kernberg, Otto, Kachele, Horst, *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2000.
4. Bleichmar, Hugo, *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1997.
5. Calvo, M. C., *Del Espejo al doble. Lenguajes del ser*, Buenos Aires, El Otro, 1997.
6. Deleuze, G., *Conversaciones*, Valencia, Pre-textos, 1995.
7. Deleuze, G., Guattari, F., *Mil Mesetas*, Valencia, Pre-textos, 1994.
8. Fiorini, Héctor, *El Campo Teórico y Clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas*, Buenos Aires, Tekné, 1987.
9. Fiorini, Héctor, *El Psiquismo Creador*, Buenos Aires, Paidós, 1995.
10. Fiorini, Héctor, *Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 6ª ed., 1998.
11. Fiorini, Héctor, "Focalización y Psicoanálisis", en: Bernardi, R., Defey, D., Kachele, H., Elizalde, H., Rivera, J. y otros, *Psicoterapia Focal*.

12. Fiorini, Héctor, *Nuevas Lineas en Psicoterapia» Psicoanalítica n. j'«aria, Técnica y Clínica*. Seminarios en ACIPPI A. Madrid, Psimática, 1999.
13. Fiorini, Héctor, Defey, Denise, Elizalde, Juan, Menéndez, Pedro, Ilivera, Jorge y Rodríguez, Ana María, *Focalización y Psicoanálisis*, Montevideo, Roca Viva, 1992 .
14. Fiorini, Héctor y Peyru, Graciela, *Aportes teórico-clínicos en Psicoterapias*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1978.
15. Feixas, G., Miro, M. **ü.**, *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos*, Barcelona, Paidós, 1993.
16. Freud, Sigmund (1910), “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, en *Obras Completas*, voi. 11, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
17. Freud, Sigmund (1918), “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, *Obras Completas*, voi. 17, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
18. Gedo, J., *Advances in Clinical Psychoanalysis*, New York, International University Press, 1981.
19. Goldenberg, Mauricio, *Cursos de Psiquiatría Dinámica*, Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro, Lanús, Provincia de Buenos Aires, 1965-1970.
20. Goldenberg, Mauricio, *Supervisiones clínicas, Ateneos y Discusiones de Estrategias. Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro*, Lanús, Provincia de Buenos Aires, 1962-1970.
21. Gril, S., Ibáñez, A., Mosca, I. y Souza, P. (eds.), *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados, Investigaciones Empíricas 1998*, Brasil, Pelotas, Educat, 2000.
22. Guattari, F., *Caosmosis*, Buenos Aires, Manantial, 1996.
23. Hardt, M., Negri, A. (2000) *Imperio*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
24. Horowitz, M. J., *Nuances of Technique in Dynamic Psychotherapy*, Northwvale, N. J., Jason Aronson Inc., 1989.
25. Jiménez, Juan Pablo, “El Psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada”, en Defey, D., Elizalde, J. y Rivera, J. (comp.), *Psicoterapia Focal*, Montevideo, Roca Viva, 1995.
26. Kaes, R. (comp.), *Crisis, ruptura y superación*, Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1990.
27. Kaes, R., *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
28. Kernberg, Otto, “ Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo”, en Kernberg, O., Bernardi, R., Kachele, H., Fiorini, H., Fonagy, P., Defey, D., Elizalde, H., Rivera, J. y otros, *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2000.
29. Kernberg, Otto, *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven y London, Yale University Press, 1984.
30. Kernberg, Otto, “Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique”, *Int. J. Psychoanal.*, 74, 1993: 659-673.
31. Kernberg, O. et al., “Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of

- the Menninger Foundation H Psychotherapy Research Project, *Bull Menn. Clinic*, 36, 1972: 1-275.
32. Killingmo, B., "Conflict and Deficit: implications for technique", *Internat J. Psycho-Anal.*, 70, 1989: 65-79.
 33. Luborsky, L., *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, New York, Basic Books, Inc., 1984.
 34. Marrone, M., "Las aplicaciones de la teoría del apego a la psicoterapia psicoanalítica", en *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*, Madrid, Psimática, 2001.
 35. Morin, E., *Introducción al Pensamiento Complejo*, Barcelona, Gedisa, 1995.
 36. Morin, E., *Mis Demonios*, Barcelona, Kairos, 1995.
 37. Morin, E., *El Método. El Conocimiento del Conocimiento*, Madrid, Cátedra, 1988.
 38. Orlinsky, D., Howard, K., "Process and Outcome in Psychotherapy", en Garfield, S. L. y Bergin, A. E. (comps.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley, 1986.
 39. Sennett, R. (1998), *La Corrosión del Carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona, Anagrama, 2000.
 40. Sifneos, P., *Short-term anxiety-provoking psychotherapy*, New York, Basic Books, 1992.
 41. Sluzki, C. E., "Terapia familiar como construcción de realidades alternativas...", en *Sistemas Familiares*, 1, 1985: 53-59.
 42. Stolorow, R. D., Lachmann, F. M., *Psychoanalysis of Developmental Arrests Theory and Treatment*, New York, International University Press, 1980.
 43. Strupp, H. H., Binder, J. L., *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York, Basic Books, 1984.
 44. Thoma, H., Kachele, H., *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. I. Fundamentos*, Barcelona, Herder, 1989.
 45. Thoma, H., Kachele, H., *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. II. Estudios Clínicos*, Barcelona, Herder, 1990.
 46. Wallerstein, Robert, *The Talking Cures. The Psychoanalyses and the Psychotherapies*, New Haven y Londres, Yale University Press, 1995.
 47. Wallerstein, R. S., *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*, New York, Guilford, 1986.
 48. Widlocher, D. & Braconnier, A., *Traitement psychanalytique. Psychanalyse et psychotherapies*, Paris, Medecine-Sciences, Flammarion, 1996.
 49. Winnicott, D. W., *Holding and Interpretation. Fragment of an analysis*, Londres, Karnac Books, 1989.
 50. Wolberg, L. R., *The Technique of Psychotherapy*, (3ª ed.), New York, Grune & Stratton, 1977.

Capítulo 2

PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE.

APORTES PARA UNA TEORÍA DE LA TÉCNICA¹

1. Introducción

Es notable en nuestro medio el ritmo de crecimiento de la actividad psiquiátrica, tanto en ámbitos institucionales como en la asistencia privada. El proceso de desarrollo tiende a crear disparidad entre el monto de las demandas siempre crecientes y la organización de recursos teóricos y técnicos con que contamos para enfrentarlas. Avanzamos en la perspectiva de una psiquiatría social, hacia una comprensión más totalizadora del paciente, con las limitaciones de una experiencia tradicionalmente basada en la práctica privada y su correlativa concepción “individualista” de la enfermedad. La práctica hospitalaria nos impone un salto de nivel que pone en evidencia hiatos teóricos, traducidos en desajustes en el plano técnico: los instrumentos desarrollados en la etapa previa presentan inevitables limitaciones. “Los métodos tradicionales resultan insuficientes para satisfacer las necesidades concretas” (16). Esta práctica asistencial resulta movilizadora: lleva a cuestionarse sobre los principios de la propia “ideología” terapéutica, a revisar sus fundamentos. Básicamente son los urgentes problemas prácticos creados a las instituciones los que “fuerzan un replanteo sobre los métodos actuales de tratamiento y la búsqueda de nuevos métodos” (51).

De hecho, frente a demandas ya creadas, las instituciones se ven obligadas a instrumentar terapéuticas breves. Estas modalidades de

1 Los trabajos contenidos en este capítulo y en los dos siguientes fueron originalmente publicados en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (años 1968, 1970 y 1971, respectivamente). Agradezco a la dirección de la Revista su autorización para incluirlos en este volumen.

asistencia, que asumen con frecuencia el carácter de ensayos, se extienden bajo el signo de la desconfianza o el descrédito (aun para quienes las ejercen) por tratarse de instrumentos considerablemente ambiguos en sus fundamentos y en su técnica, y cuya brevedad de aplicación sugeriría ya soluciones precarias, más aparentes que efectivas. Lo cierto es que para estas psicoterapias, en gran medida “empíricas”, vale el cargo de que constituyen procedimientos poco definidos, altamente impredecibles y de efectos difícilmente evaluables (71).

No obstante, estas psicoterapias van haciendo la prueba de la experiencia (que ya no es tan nueva), y arrojan resultados que permiten construir algunas hipótesis provisionales. Parece, pues, oportuno considerar al menos la posibilidad de que estas prácticas rebasen el marco de un empirismo oscuro, encuentren una racionalidad que las legitime, las haga coherentes y las constituya en técnicas individualizables, dotadas de sentido, indicadas científicamente y no meros recursos accidentales para una emergencia socioeconómica y sanitaria. Para ello estas terapias breves necesitan asentar su base en la experiencia clínica, concepción teórica y sistematización técnica del psicoanálisis, e incluir aportes de otras disciplinas sociales y de diferentes modalidades terapéuticas, pero orientándose hacia la elaboración de un esquema referencial propio, ya que se ejercen en un contexto original que no admite la extrapolación directa de conceptos e instrumentos surgidos en otros campos asistenciales.

2. Algunos elementos para un esquema referencial propio de las psicoterapias breves

Una terapéutica breve puede organizarse por referencia a determinados modelos sobre etiología y funcionamiento normal y enfermo de la personalidad. Queremos reseñar aquí algunos conceptos básicos que, a nuestro juicio, pueden incluirse entre los fundamentos que dan apoyo teórico a la ideología asistencial propia de estas modalidades terapéuticas:

- a) *Modelo etiológico*. Una terapéutica breve se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los *determinantes actuales* de la situación de enfermedad, crisis o descompensación. Esto no significa omitir la consideración de los factores disposiciona-

les históricos intervinientes en la ecuación etiológica, pero sí un *dirigirse esencialmente a aprehender la estructura de la situación transversal* en que se actualizan los determinantes patogénicos; esto obliga a menudo a *jerarquizar el papel desempeñado por las condiciones de vida del paciente*, dirigirse a la experiencia actual de “la realidad” del paciente (60). Un criterio básico reside en considerar que en gran medida “el hombre depende directamente de su ambiente diario común para su normal funcionamiento” (64).

En consecuencia, en la psicoterapia breve se intenta *una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana* del paciente que se instrumenta en las interpretaciones, en la planificación de su vida diaria, en orientación familiar o laboral. Esto significa ocuparse del “afuera” del tratamiento, esquema operacional propio de esta técnica que contrasta con las reglas técnicas del psicoanálisis estricto. [El antagonismo franco que existe en este aspecto entre ambos esquemas referenciales explica las dificultades con que tropiezan terapeutas con formación analítica preponderante cuando enfrentan condiciones asistenciales que requieren este otro encuadre (17, 49).]

Por “condiciones de vida” se alude aquí no sólo a la constelación de vínculos interpersonales que constituyen el grupo primario del paciente, sino además a sus condiciones de vivienda, trabajo, perspectivas de futuro, las tensiones de su grupo social, su cultura particular, prejuicios, mitos y otras formas de conciencia alienada.

Se tiende así a asignar eficacia causal etiológica a un conjunto de factores que operan, más allá de la etapa de neurosis infantil, en un campo dinámico que rebasa el nivel de fenómenos ligados a la situación edípica (56) (con toda la importancia que no obstante se reconoce a estos factores básicos).

Melanie Klein ha destacado especialmente las limitaciones de un enfoque exclusivamente centrado en los primeros impulsos y fanta-

sías infantiles:

Esto lleva necesariamente a una presentación algo unilateral y esquemática, pues no me permite hacer justicia a los múltiples factores que ejercen durante toda la vida una interacción entre las influencias del mundo externo y las fuerzas internas del individuo, y que actúan

conjuntamente para elaborar una relación adulta (43).

Una adecuada comprensión social del paciente que no se oponga como alternativa excluyente de su comprensión psicodinámica, sino que se dirija a complementarla y enriquecerla, puede clarificar el interjuego variable entre ambos mundos, interno y externo: una compleja organización dinámica de relaciones objetales, estructura-

das n lo largo de experiencias básicas tempranas, frente a un mundo actual de objetos reales, grupos, instituciones profundamente penetrados por determinaciones económicas, culturales, ideológicas. Hartmann ha llamado la atención sobre el papel selectivo que en la aparición de trastornos psíquicos ejercen determinadas estructuras sociales, actualizando o inhibiendo la emergencia de actitudes adaptativas(36). La investigación sociológica en psiquiatría confirma esta perspectiva:

La personalidad no puede adaptarse a la vez porque está enferma y porque la situación social es demasiado traumatizante; la distancia entre ambas (que es un hecho social) deriva de la implicación mutua en un conjunto dinámico orientado hacia la ruptura en lugar de ir hacia la acumulación (12).

En este campo interaccional complejo, la estructura de la personalidad, relativamente autónoma, debe ser comprendida como subestructura, no suficiente en cuanto no encierra en sí la totalidad de sus determinaciones. Una constelación de factores múltiples correspondientes a diferentes niveles, potenciados mutuamente por “encaje recíproco”, configura la estructura “enfermedad”. Si bien hay pacientes en quienes la relación con objetos internos es dominante funcional en la emergencia de síntomas, siendo para ellos el mundo externo mero depositario de sus proyecciones, ésta no parece ser la ley universal de toda situación de enfermedad, desajuste o descompensación: las crisis resultan en importante proporción del choque del individuo con factores ambientales capaces, por sus condiciones objetivas, de desarticular los mecanismos homeostáticos frágiles de una personalidad predispuesta (18, 33, 70).

La preponderancia relativa de cada una de las series complementarias es variable, pero detectar la configuración especial con que se articulan en cada situación concreta abre posibilidades de operación específicas. Si se comprende el momento de crisis como una estructura Original sumida por las contradicciones esenciales del sujeto en circunstancias específicas, pueden ponerse de relieve los puntos nodales, “estratégicos”, de esa estructura, los eslabones permeables de la misma, vías de acceso por las cuales operar para producir reestructuraciones efectivas (6). En esta perspectiva adquieren legitimidad los intentos de abordaje múltiples, a diferentes niveles simultáneos, de la estructura compleja, heterogénea, de la existencia enferma (enfoque multidimensional de las terapias breves), y en particular las medidas orientadas hacia el ambiente, hacia una organización más favorable de la vida cotidiana del paciente.

b) relaciones entre psicopatología y comportamientos potencialmente adaptativos. La psicopatología dinámica ha iluminado fundamentalmente el campo de los fenómenos de "enfermedad" del paciente. Pero todo un cuerpo de datos de la experiencia clínica, así como de la psicología general y social (8), ha llevado a cuestionar la posibilidad de que modelos de conducta patológica puedan dar cuenta de toda la conducta del paciente, de su existencia total.

Freud advertía en estos términos la limitación del área "enferma" en pacientes psicóticos:

El problema de las psicosis sería simple e inteligible si el desprendimiento del yo con respecto a la realidad pudiese efectuarse íntegramente. Pero esto sucede, al parecer, sólo en raros casos, o quizás nunca. Aun en estados que se han apartado de la realidad del mundo exterior en medida tal como los de confusión alucinatoria (amencia) nos enteramos, por las comunicaciones que nos suministran los enfermos una vez curados, que aun entonces se mantuvo oculta en un rincón de su mente -como suelen expresarlo- una persona normal que dejaba pasar ante sí la fantasmagoría patológica, como si fuera un observador imparcial. [...] Quizá podamos presumir, con carácter general, que el fenómeno presentado por todos los casos semejantes es una escisión psíquica. Se han formado dos actitudes psíquicas, en lugar de una sola: la primera, que tiene en cuenta la realidad y es normal; la otra, que aparta al yo de la realidad bajo la influencia de los instintos. Ambas actitudes subsisten la una junto a la otra. El resultado final dependerá de su fuerza relativa (23).

Asimismo ha resultado inesperada la experiencia de comunidades terapéuticas en las que los pacientes pueden desempeñar actividades sociales y asumir responsabilidades con una participación activa, constructiva y altamente adaptada (64).

Hartmann, desarrollando las consecuencias de hallazgos clínicos de este tipo, llega a reformular la concepción psicodinámica de la enfermedad planteando que no es posible entender la misma sin considerar en todo momento su interacción con el funcionamiento normal. "Sin considerar tanto el funcionamiento no conflictivo como los conflictos centrales del paciente no puede comprenderse la conducta" (37). Si el paciente es capaz de conservar en grado variable cierto comportamiento realista adaptativo, si interjuegan en su conducta fenómenos patológicos y adaptativos, pueden localizarse áreas de enfermedad, y distinguirse grados o niveles de la misma. Una terapéutica breve organiza sus recursos de modo elástico "principio de flexibilidad", que contrasta con la estructuración tónica constante de una técnica reglada con un encuadre estricto, como es

el caso del psicoanálisis- y los organiza en función de una evaluación total de la situación del paciente, de su grado de enfermedad y del potencial adaptativo de su personalidad: elabora su estrategia según qué capacidades están invadidas por conflictos o libres de ellos (26).

Se orienta hacia el fortalecimiento de las “áreas del yo libres de conflicto”. (Esto lleva a caracterizar a la psicoterapia breve como psicoterapia “del yo”, aspecto particularmente relevante para la comprensión del proceso terapéutico que discutiremos especialmente en el capítulo 8).

- c) *Modelos motivacionales y cognitivos de la personalidad.* En coincidencia con aquella concepción del yo que establece una dualidad funcional de la personalidad, una polaridad entre aspectos sanos y enfermos, esta dualidad se encuentra a nivel motivacional en la coexistencia en el sujeto de motivaciones de tipo infantil y adulto. La posibilidad de que comportamientos primitivamente ligados a motivaciones infantiles se autonomicen, adquiriendo en el desarrollo funciones fines en sí mismas, sugiere la necesidad de entender al individuo como un sistema de múltiples motivaciones organizadas en una relación de estratificación funcional compleja, en la que un nivel dinámico no consiste en la mera apariencia del otro, si bien no actúa aisladamente (5, 34). En este modelo la jerarquía motivacional se caracteriza por una combinación de autonomía, dependencia e interpenetración (61).

En esta concepción pluralista se asigna importancia motivacional a la orientación del sujeto hacia el futuro, su organización en proyectos de alcance diverso que incluyen una relación con cierta imagen de sí y con un mundo de valores o metas ideales (56).

En concordancia con esta orientación, una terapia breve necesita instrumentar una gama amplia de recursos, susceptibles en principio de abarcar los diversos niveles motivacionales en lo que cada uno tiene de específico. Se considera que tal multipotencia motivacional es una de las condiciones de eficacia de la psicoterapia breve (59). Esto significa dirigirse no sólo a las motivaciones primarias (“egoístas”, regidas por el principio del placer), sino también a sus motivaciones secundarias y a lo que se ha denominado motivaciones de valor (7). Ciertas experiencias de grupos terapéuticos, por ejemplo de alcoholistas, operan abarcando a la vez varios de estos niveles motivacionales.

Desde el plano de los procesos de pensamiento aquella dualidad funcional de la personalidad se expresa por la coexistencia contradictoria de un pensamiento derivado de impulsos (vinculado al proceso primario) y en grado variable de un pensamiento realista con capa-

cidad instrumental de adaptación, capaz de intervenir en la organización de la conducta, favoreciendo su ajuste a las condiciones de la realidad objetiva. Capacidad de pensamiento que en determinadas condiciones asume el carácter de dominante funcional (6). Hartmann ha subrayado la importancia de esta capacidad adaptativa del pensamiento y su papel organizador de la conducta, criticando cierta tendencia unilateral del pensamiento psicodinámico a comprender toda conducta intelectual en términos de defensa contra impulsos [reduciéndose por ejemplo toda razón a racionalización (34, 35)].

Una psicoterapia breve puede lograr, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento en su capacidad de adaptación realista, de discriminación y rectificación en grado variable de significaciones vividas. Freud ha expresado en este aspecto:

Nuestros esfuerzos por fortalecer el yo debilitado parten de la ampliación de su autoconocimiento. Sabemos que esto no es todo, pero es el primer paso (22).

Y Rapaport acota gráficamente:

La vida psíquica no es una avenida de una sola mano en la que las defensas limitan las comunicaciones: las comunicaciones pueden también combatir los efectos deletéreos de las defensas (61).

En conclusión:

De las consideraciones precedentes, el individuo enfermo surge como un objeto complejo, multideterminado por factores susceptibles de integrar estructuras diversas, diferenciadas por la dominancia variable ejercida por unos y otros de sus componentes. Porque existen tales alternancias funcionales se hace necesario la flexibilidad en la elección de técnica, en función de cada situación concreta. Esta flexibilidad es rasgo distintivo de la psicoterapia breve.

Asimismo aquella pluralidad causal hace indicado el empleo de técnicas de diferente nivel y puntos de aplicación. Sólo puede aspirarse a totalizar al sujeto por su inclusión simultánea en múltiples redes referenciales entrecruzadas (30), lo cual deriva en la necesaria adopción de *un arsenal terapéutico multidimensional*. Rickman ha puesto de relieve esta necesidad de integrar al trabajo asistencial psiquiátrico instrumentos provenientes de diferentes niveles de investigación (62). En esta ampliación de perspectivas se fundamenta la búsqueda actual en terapias breves de/o *más completa utilización de todo recurso que demuestre ser de alguna eficacia* (51, 73).

Estos criterios respaldan una de las características básicas de las terapéuticas breves: la de operar con una estrategia multidimensional.²

3. La terapéutica breve en instituciones

Partiendo de una evaluación exhaustiva del paciente, que abarque tanto su historia dinámica como sus condiciones de vida actuales, pueden ser recurso de la acción terapéutica:

a) Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en su medio habitual.

b) En ese marco, adecuado para una experiencia “emocional correctiva”, favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.

c) Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.

d) Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima. (Esto significa dirigir el esfuerzo no sólo hacia el incremento de la *conciencia de enfermedad*, sino también hacia una más clara *conciencia de perspectivas personales*.)

e) Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

En función de estos varios parámetros sobre los que se intenta ejercer influencias terapéuticas, pueden ser en la institución instrumentos técnicos útiles:

² Estamos empleando el término “breve” por la difusión que ha alcanzado y a falta de otro más adecuado. Pero es un término equivoco, ya que hay razones para entender que lo esencial de esta psicoterapia no está en su brevedad sino tal vez en éste, su carácter multidimensional: puede pensarse que es sólo por esta capacidad de acción múltiple que puede lograr ciertos objetivos en plazos limitados. “Breve” alude a la limitación temporal, pero a costa de sugerir pobreza, escasez, y omitir aspectos cuantitativos propios de esta psicoterapia que le confieren cierta riqueza de matices no despreciable. Encubre, además, el hecho de que puede trabajarse eficazmente con esta modalidad terapéutica en lapsos no tan breves.

1. La psicoterapia, individual y/o grupal.
2. La terapia ocupacional, que, orientada según la comprensión dinámica del paciente, se constituye en un nuevo campo significativo de aprendizajes, de expresión motriz y actividades grupales (32,40).
3. La acción terapéutica sobre el grupo familiar, con modalidades variables que van desde la información al esclarecimiento, orientación, asistencia social, hasta la psicoterapia familiar (1, 29, 54).
4. Actividades grupales de tipo comunitario (asambleas, grupos de discusión, grupos de actividad cultural).

La máxima eficacia de una terapéutica breve depende de la elaboración por un equipo asistencial, de un programa unitario de tratamiento que coordine estas diversas técnicas en una acción total, hilvanada según una línea psicodinámica coherente (39).

Además importa comprender los alcances de un hecho: la sola admisión del paciente por una institución. Factor relevante por el papel de depositario que asume para el paciente, así como por constituir en la vida del paciente una realidad nueva, diferente de sus experiencias habituales. Este aspecto merece destacarse especialmente en el paciente que es internado, con lo cual ingresa en un nuevo campo de experiencias, normas, vínculos, cuidados, recreaciones, que rompen las limitaciones y estereotipias de su mundo cotidiano. Adquiere un grupo de convivencia que lo alienta a una participación activa (en grupos de discusión, actividades culturales, deportivas, etc.), situación nueva de importantes consecuencias dinámicas (68).

De esta variedad de recursos pasamos a considerar aspectos particulares de la psicoterapia individual.

4. Diseño e instrumentos técnicos específicos de una psicoterapia dinámica breve

Dentro de la asistencia institucional en equipo, el terapeuta es no sólo el agente de la psicoterapia sino, además, el supervisor y coordinador del conjunto de actividades terapéuticas. Su relación con el paciente se complejiza por mantener a la vez contactos con el paciente y con sus familiares, así como otra serie de vínculos indirectos, a través de otros pacientes, del personal, y en otros contextos fuera de las sesiones (por ejemplo en asambleas, reuniones culturales, etc., dentro de la institución). Estas conexiones permiten al terapeuta conocer una gama más amplia de conductas que las reveladas en la psicoterapia, así como poner más de relieve para el paciente rasgos de la personalidad del terapeuta (en contraste con la impersonalidad necesaria en el

encuadre analítico). Esta diferencia de contextos entre una y otra técnica es significativa desde un punto de vista dinámico: establece condiciones diferenciales para el desarrollo de reacciones transferenciales y contratransferenciales, lo que deriva en importantes diferencias sobre el tipo y nivel de interpretaciones prevalentes indicadas en una y otra técnica.

El terapeuta debe desempeñar en la terapia breve un papel esencialmente activo. Se exige de él una gama amplia de intervenciones: no se limita al material que aporta el paciente; además explora, interroga (comenzando por la minuciosa recolección de datos con la que elabora desde el comienzo la historia clínica); eventualmente incluye en las sesiones aspectos de la conducta “extraterapéutica” del paciente, dentro de la institución, en su grupo familiar, etc. Su participación es más directamente orientadora de la entrevista que la del analista en la técnica *standard*, cuyo rol es más pasivo en el sentido de limitarse a interpretar según el material que espontáneamente va aportando el paciente (19, 71, 74). Un terapeuta que introduce en la sesión sus iniciativas para la confrontación, que promueve el diálogo, es uno de los componentes originales de esta técnica, tal vez el más específico para su caracterización. Sin esta intervención abiertamente participante del terapeuta, el curso de una terapia breve, librado a la espontaneidad del paciente, sufre serias dificultades. La falta de una adecuada comprensión de este hecho fundamental por parte del terapeuta parece detectarse con frecuencia como uno de los determinantes fundamentales de fracasos en tratamientos breves (39).

La participación activa del terapeuta asume en esta técnica aspectos particulares específicos: a partir de evaluar la situación total del paciente, *comprendiendo la estructura dinámica esencial de su problemática*(42,69)*elabora un plan de abordaje individualizado* (4, 74).

Este proyecto terapéutico establece ciertas metas fundamentales, desde luego limitadas, a alcanzar en plazos aproximadamente previsibles. Para el logro de estos objetivos parciales *esboza una estrategia general*, que comprende a su vez objetivos tácticos escalonados. La dirección que asume la interacción médico-paciente, sus características dinámicas peculiares, determinantes a su vez de las limitaciones de un tratamiento breve y de sus alcances potenciales, dependen de la estructura conferida al proceso terapéutico por esta deliberada planificación estratégica (4, 71, 75).

Esta planificación se basa en la evaluación de ciertos aspectos dinámicos básicos del cuadro; por ejemplo: ¿a qué áreas de conflictos parecen ligarse más directamente los síntomas? ¿Cuáles de las

defensas resulta conveniente atacar y qué otras debe tenderse a fortalecer? (26) Orientación estratégica de las sesiones significa *focalización del esfuerzo terapéutico*. El terapeuta opera manteniendo *in mente* un “foco”, término que puede traducirse como *aquella interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento*. Se lleva al paciente hacia ese foco mediante interpretaciones parciales y atención selectiva, lo que significa omisiones deliberadas: el terapeuta necesita entrenarse en el esfuerzo de “dejar pasar” material atractivo, incluso “tentador”, siempre que el mismo resulte irrelevante o alejado del foco (47). Un primer objetivo de esta focalización consiste en general en dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas (21). *La focalización de la terapia breve es su condición esencial de eficacia*. Este criterio puede incluirse dentro de la noción general de que la eficacia dinámica de una interpretación depende de su “valor posicional”: el punto nodal al que se dirige dentro de la conflictiva nuclear o más inmediata del paciente (44). La habilidad y el “tacto” terapéuticos se miden por la capacidad del terapeuta para seleccionar en cada momento aquellas interpretaciones (de muchas intervenciones posibles, referibles a múltiples niveles de análisis) *que posean mayor valor posicional*.

El llamado “principio de flexibilidad” se aplica en una terapia breve no sólo en la individualización de la misma, basada en el criterio de que “pacientes diferentes requieren tratamientos diferentes”, sino además en la remodelación periódica de la estrategia y las tácticas en función de la evolución del tratamiento: una evaluación dinámica continuamente actualizada lleva a efectuar reajustes, por ensayo y error, hasta lograr el máximo rendimiento del “arsenal” terapéutico disponible.

Resumiendo: *iniciativa personal del terapeuta, individualización, planificación, focalización, flexibilidad, definen parámetros específicos de la psicoterapia breve* y confieren a esta técnica una estructura propia, diferente de la técnica psicoanalítica. Estos rasgos peculiares de la psicoterapia breve hacen a esta técnica susceptible de objetivación; permiten intentar para la misma algún grado aproximativo de formalización, lo cual resulta importante desde el punto de vista de la supervisión y enseñanza de esta técnica. La casuística existente en la literatura muestra la posibilidad de aplicar aquellos criterios distintivos con cierto rigor, con lo cual puede llevarse esta psicoterapia a un nivel científico más elevado que el que tradicionalmente se le ha atribuido de “arte intuitivo no transmisible”.

Las intervenciones del terapeuta comprenden una amplia diversidad en tipos y alcances:

- a) Pedidos de información y emisión de información al paciente con características que pueden acercarse al diálogo.
- b) Operaciones de encuadre, proponiendo tiempo de tratamiento, condiciones del mismo, derechos y obligaciones del paciente, relación ulterior con la institución.
- c) Intervenciones de esclarecimiento, señalamientos y confrontaciones, en las que se explicitan aspectos significativos de la conducta del paciente, se dirige su atención hacia puntos nodales de su comunicación, se reformulan sus mensajes clarificándolos, se ponen de relieve las contradicciones entre lo verbalizado y la conducta actuada (72).
- d) Interpretaciones de tipo, alcances y profundidad diferentes, desde las que revelan el significado de conductas microscópicas hasta las formulaciones totalizadoras que iluminan las relaciones estructurales entre experiencias significativas, condiciones actuales de descompensación, ¿síntomas y conflictos subyacentes.

Estas formulaciones psicodinámicas globales (interpretaciones “panorámicas”, sintéticas o reconstructivas) tienen en esta técnica un lugar jerárquico primordial (4, 39, 71). Exigen del terapeuta el esfuerzo de transformar su comprensión de lo que ocurre en un nivel regresivo, de proceso primario, en formulaciones referidas a la problemática actual, al nivel más manifiesto “en superficie”. Kris ha observado que, en un paciente tratado durante años con interpretaciones de nivel regresivo, las interpretaciones dirigidas con esta otra orientación, a un nivel actual de problemática, producían una notoria ampliación y enriquecimiento de perspectivas (44).

Las interpretaciones transferenciales, instrumentos propios de toda psicoterapia dinámica, no intervienen, en psicoterapia breve con el sentido y el carácter sistemático que asumen en la técnica psicoanalítica. Este criterio diferencial apoya en varias consideraciones dinámicas:

1. Las condiciones de encuadre de la terapia breve limitan las posibilidades de regresión transferencial, por su menor frecuencia de sesiones, por la intervención más personal y activa del terapeuta (manejo diferente de los silencios por ejemplo), y por hacerse “frente a frente”. El control visual coloca mucho más al paciente en “situación de realidad”, le permite discriminar más al terapeuta en su persona y rol objetivos, mientras las condiciones del encuadre analítico inducen mucho más la conexión con un objeto virtual, la proyección transferencial (45).

2. En una institución se reduce la posibilidad de concentrar la

transferencia en la relación con el médico. Las proyecciones del paciente se diversifican en el contexto multipersonal, se distribuyen en múltiples vínculos, con otros miembros del equipo terapéutico, con otros pacientes, etc., complejizando las relaciones en el aquí y ahora de la sesión (63). Las condiciones para la instrumentación eficaz de la interpretación transferencial (relativo recortamiento de la interacción bipersonal) están aquí en parte interferidas.

3. El tiempo limitado de tratamiento hace indeseable el desarrollo de una intensa neurosis transferencial cuya elaboración exige claramente otro encuadre. Dado que la reiteración por parte del terapeuta de interpretaciones transferenciales (su focalización selectiva en los aspectos de la conducta ligados al campo bipersonal presente) induce el desarrollo de la regresión transferencial (27), surge, como condición técnica primordial en psicoterapia breve, la necesidad de autocontrol por parte del terapeuta, debiendo regular las interpretaciones transferenciales en función del mantenimiento de la relación médico-paciente en un nivel óptimo (4); este nivel parece consistir en un grado moderado de transferencia positiva estable (13,33).

En función de estos elementos de juicio se ha estimado que un énfasis excesivo por parte del terapeuta en interpretar los aspectos transferenciales de la conducta (por extrapolación del esquema operacional analítico) puede configurar en psicoterapia breve un error técnico, perjudicial para el tipo de proceso terapéutico que involucra esta modalidad de tratamiento (71). Sin embargo, este punto es en especial objeto de controversias. Para algunos autores se indica el empleo de interpretaciones transferenciales sólo cuando surgen resistencias que impiden mantener una relación de aceptación, confianza y respeto por el médico (42). Para otros, en cambio, es necesario actuar mediante interpretaciones transferenciales desde el principio, a condición de mostrar en cada caso la conducta como repetición de actitudes elaboradas en los vínculos parentales (47). En general se entiende que en esta técnica la interpretación transferencial es eficaz cuando se hace evidente inmediatamente su conexión con la problemática nuclear actual del paciente (4). Se la destina entonces a *favorecer la comprensión de una situación global a partir de lo vivido presente, más que a profundizar en ese aquí y ahora.*

Es en concordancia con estas consideraciones como la psicoterapia breve se orienta hacia la conducta del paciente en el “afuera” de la sesión (en sus vínculos familiares, en su trabajo, etc.) con el claro objetivo de centrar la atención del paciente en sí mismo y en su mundo

habitual, más que en su transitoria relación terapéutica (15, 69).³ Aquí sí se sugiere una orientación divergente de la técnica analítica: mientras en ésta la unidad de indagación es la sesión y no se trata de inferir por lo observado en esa hora lo que pasa en “las otras veintitrés” (65), en psicoterapia breve se trata de dar el mayor peso a “las otras veintitrés horas”. *La consigna general es aquí “orientación constante hacia la realidad”* (4, 33, 54).

Se trata de fortalecer en el paciente su capacidad de discriminación, para lo cual en esta técnica, que no busca la regresión, será necesario distinguir entre conductas transferenciales y conductas adecuadas a la realidad (a las condiciones objetivas del paciente, de la institución y del médico en su rol social) (59). Esta distinción marca una importante diferencia de esquema referencial con la orientación kleiniana, que opera en base a hipótesis de este tipo:

... todas dificultades del analizado, todos sus sufrimientos y angustias, tienen su base, durante el tratamiento, en la transferencia”. “Los conflictos del analizado con otros objetos” (extratransferenciales) son frecuentemente interpretados como conflictos entre partes del propio yo (y ello) o bien como conflictos con el analista. Pero los conflictos entre partes del propio yo también están siempre relacionados con la transferencia, puesto que simultáneamente una de las partes propias es siempre proyectada (manifiesta a latentemente) sobre el analista (58).

En psicoterapia breve la orientación preponderante hacia la realidad actual extratransferencial se basa en la necesidad de ayudarlo a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas, a recuperar lo antes posible su capacidad para remover los obstáculos que le impiden lograr una homeostasis más satisfactoria (72). En consecuencia actúa confrontando sistemáticamente al paciente con su realidad social, ambiental y con sus perspectivas frente a la misma. Esto implica además otro tipo de intervenciones del terapeuta:

- e) La clarificación y elaboración con el paciente de perspectivas personales, de ciertas “salidas” o proyectos en los que se aplican de alguna manera concreta aspectos de la comprensión dinámica que va logrando de su situación (24,54,75). Se postula aquí el criterio de que toda mejoría del paciente deberá acompañarse de cambios en sus condiciones de vida (y que necesita además apoyarse en esos cam-

³ En este aspecto, si bien la psicoterapia breve coloca de hecho al paciente frente a la pérdida dada por la limitación temporal del tratamiento, podría cuestionarse la validez de una línea interpretativa focalizada en las vivencias transferenciales frente al duelo del alta.

bios); de allí que el terapeuta pueda intentar, frente a posibilidades inmediatas de modificación de esas condiciones que el paciente no llega a vislumbrar, algún tipo de “sugerencia interpretativa” confrontando al paciente con situaciones de cambio hipotéticas (consideradas accesibles en ese momento de su evolución dinámica) e interpretando sus respuestas a estas formulaciones. Existe el riesgo de un forzamiento autoritario por parte del terapeuta que coloque de hecho a la terapia en una línea expresamente directiva como deliberadamente se orientan algunas terapias breves (24), pero una cuidadosa evaluación individual dinámica de la situación total del paciente puede permitir tal vez atenuar el efecto de dirección (inevitable en toda terapia) (27), favoreciendo el descubrimiento, la captación en un momento preciso, “fértil” del tratamiento, de alternativas diferentes para su existencia futura (46). Otro criterio que puede indicar, al menos con debidos recaudos, este tipo de intervenciones, es que las dificultades del paciente para elaborar salidas personales no responden solamente a factores dinámicos (por ejemplo, defensas que crean escotomas), sino también a limitaciones culturales, educacionales y de información.

Puntualizados algunos aspectos técnicos cabe preguntarse cuál es el criterio de eficacia para la psicoterapia breve y qué indicadores existen de tal eficacia.

5. Evaluación y discusión de resultados de psicoterapias breves

Si toda psicoterapia enfrenta importantes dificultades metodológicas para evaluar resultados por métodos objetivos incuestionables (28, 66), estas dificultades se multiplican si, a partir de evaluar los *efectos* de una acción múltiple en la que juegan numerosos parámetros, se intenta hacer inferencias sobre lo ocurrido a nivel del *proceso* terapéutico.

Se ha objetado con razón que las comunicaciones sobre casos clínicos tratados con terapias breves consignan prácticamente siempre éxitos terapéuticos, mientras escasean las comunicaciones y el examen detallado de los fracasos (71).

Aceptando el margen de subjetividad comprendido en los diseños habituales empleados en estas evaluaciones, no son desechables, a esta altura del desarrollo de las investigaciones en psicoterapia, evaluaciones parciales.

Estas se basan habitualmente en el juicio clínico de entrevistadores (16, 33, 38), en autoevaluaciones del paciente sobre listas de

síntomas, tests (51) escalas de eficacia social (interacción grupal) (11), evaluaciones por el grupo familiar del paciente (9). Particularmente pueden ser significativas aquellas que combinando varios métodos muestran concordancia en los resultados (10, 11).

Estos trabajos consignan un porcentaje elevado de mejorías estables, en pacientes evaluados antes del tratamiento, al alta y después del alta (dos, tres, cinco o más años de “seguimiento”) (10, 47).

La limitación básica de muchos de estos estudios reside en que trabajan con categorías ambiguas, insuficientemente definidas operacionalmente, como es el caso de “mejoría”. La polémica entre escépticos y partidarios de las terapias breves radica en cuanto al tipo, niveles, alcances y estabilidad de los cambios que pueden englobarse en aquel amplio rótulo. Mientras en psicoanálisis mejoría significa mayor *insight*, en terapia breve puede aludir sólo a supresión sintomática.

Si se parte del criterio de mejoría empleado en la técnica analítica, la psicoterapia breve, al no centrarse en la elaboración de la neurosis de transferencia, no puede producir más que modificaciones superficiales, a través del apoyo, la sugestión, la supresión de síntomas y el reforzamiento defensivo.

Desde esta perspectiva, brevedad equivale a ineficacia, como se observa en los fundamentos dados por numerosos analistas de Nueva York para rechazar la invitación a participar en un programa asistencial de plazos limitados (10).

Pero en la discusión sobre resultados importa reconocer las serias limitaciones epistemológicas de la crítica a una técnica específica, realizada en gran parte por simple deducción, desde los marcos conceptuales de una teoría constituida en base a otra técnica. Stone ha destacado los riesgos de tal extrapolación a un campo que incluye variables nuevas de gran importancia dinámica.

No son pocos los autores que disienten con aquel escepticismo, basados en resultados concretos y en consideraciones teóricas más amplias sobre la naturaleza del proceso terapéutico de esta técnica. Parten del criterio de que los conceptos de transferencia y contra-transferencia no abarcan todos los momentos de la interpretación terapéutica (4, 21, 53); más aún, en que “no se puede sostener con tanto énfasis que el *insight* a través de la transferencia sea el único tipo de *insight* que sirve a la reorganización y a la reintegración del yo (41).

En primer lugar *se cuestiona seriamente la hipótesis de una directa equivalencia entre duración de una psicoterapia y profundidad de sus efectos (2, 4, 20).*

Se sostiene la idea de que esta técnica puede lograr modificaciones dinámicas de mayor alcance que la mera supresión sintomática.

Esto se basa, en primer lugar, en la observación clínica y en la evaluación mediante otros instrumentos, antes señalados, de las modificaciones que produce esta terapia, que comprenden:

- a) Alivio o desaparición de síntomas.
- b) Modificaciones correlativas en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas más regresivas por otras más adaptativas.
- c) Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación, trabajo, etc.).
- d) Incremento en la autoestima y el confort personal.
- e) Incremento en su autoconciencia, con mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas (lo que puede considerarse al menos un primer grado de aproximación al *insight*, comparado con el que puede lograrse por un tratamiento intensivo y prolongado).
- f) Ampliación de perspectivas personales, bosquejo inicial de algún tipo de “proyecto” individual.

Un hecho de observación importante es que *las modificaciones iniciales puestas en marcha durante el tratamiento no se detienen con el alta*, sino que el paciente continúa en muchos casos aplicando a nuevas experiencias el criterio, la actitud ante sus problemas aprendida en el tratamiento (75). Además existen consideraciones teóricas que apoyan la hipótesis de que *esta técnica puede producir modificaciones más significativas que el mero cambio sintomático*. Se refieren al carácter del proceso terapéutico, a sus probables mecanismos de influencia, ejercidos a varios niveles:

1. La experiencia “emocional correctiva” que representa el tipo original de relación con un terapeuta en cuanto objeto efectivamente “bueno”, permisivo, que ayuda. La influencia del vínculo con la persona real, con su rol social objetivamente positivo y nuevo para el paciente (6). Fairbairn ha subrayado la importancia terapéutica de esta relación realmente benéfica aparte del papel desempeñado por las interpretaciones (citado por Gunthrip) (31). En el mismo sentido, Alexander destaca que la importancia emocional⁴ de estas diferencias es también modificadora (2).

Asimismo desempeña un papel integrador la participación en

⁴ Ponemos énfasis en la experiencia emocional correctora, de rectificación a través de lo vivido, como proceso diferente de la elaboración verbal consciente (que incluye en el *insight* también componentes “intelectuales”).

nuevos vínculos con personal y otros pacientes en el marco de la institución, la inclusión en grupos y en nuevas tareas (68).

En este aspecto debe incluirse el papel ejercido por la proyección en el terapeuta y en la institución de roles reparadores, protectores, idealizados. La mejoría del paciente puede deberse a la creación de un vínculo regresivo simbiótico con depositación en la relación terapéutica, en su encuadre mismo, de la “parte psicótica” de la personalidad (14). Este dinamismo fundamental subyace en las “curas transferenciales” debidas a un efecto placebo. Sin embargo, no puede éste suponerse el mecanismo universal implicado en toda mejoría debida a terapias breves, pues de lo contrario el alta traería un retroceso a la situación previa a la admisión, o un empeoramiento considerable, observación que no es la regla en los estudios de seguimiento. Más aún, la brevedad y baja frecuencia de sesiones inhiben a menudo el desarrollo intenso de este mecanismo regresivo. *

2. Al dirigir la atención del paciente hacia todo lo que vive y actúa, se inaugura en él un proceso de aprendizaje en el autoexamen en la evaluación y toma de distancia crítica frente a su propia conducta.

3. El papel dinámico que puede ejercer en el paciente el fortalecimiento de su capacidad de comprensión y discriminación frente a sus impulsos. La experiencia original de objetivar en la palabra todo su mundo emocional tiene ya en sí misma consecuencias dinámicas positivas (35). Esto adquiere mayor relieve si se tiene en cuenta que el paciente llega al tratamiento con un estrechamiento general de su campo de “conciencia posible”, pudiendo ser ésta la primera experiencia educativa que le ayude a ampliarlo.

4. Las interpretaciones dinámicas de diverso tipo empleadas pueden crear en el paciente al menos “núcleos iniciales de *insight*”, de grado limitado, pero susceptibles de ulterior crecimiento a través de la elaboración de nuevas experiencias (42, 67).

5. La influencia de los cambios positivos que paralelamente con el tratamiento el paciente va introduciendo en la organización de su vida diaria -actividad, vínculos, recreaciones, aperturas de nuevos campos de interés-, que actúan por efecto de retroalimentación, favoreciendo el pasaje hacia el funcionamiento en niveles motivacionales más “maduros” (59).

6. El papel que ejerce sobre el presente la elaboración de alguna imagen constructiva de futuro y la experiencia de algunos pasos dados hacia su realización.

7. La influencia de modificaciones dinámicas en la constelación familiar por acciones directas (orientación o terapia familiar) o

indirectas (respuesta de la familia al ingreso del paciente en tratamiento o a los cambios manifiestos por el paciente).

Para esta serie de mecanismos de acción terapéutica se postulan influencias a diferentes niveles de “profundidad dinámica”, principalmente ejercidas en el fortalecimiento de funciones “yoicas”, influencias capaces de producir cambios en cierto grado “reconstructivos” de la personalidad (39,67,74). Sobre la base de estas consideraciones se diferencia esta técnica de lo que en sentido estricto se denomina

“psicoterapia superficial”: “acercamiento inspirado en el sentido común, consistente en bondad, tolerancia e indulgencia; en un deseo de mitigar la angustia por cualesquiera medios disponibles, a base de pruebas y errores, amistad y demostraciones de seguridad”... en que se intenta lograr cambios, de modo puramente intuitivo, sin la búsqueda deliberada de la comprensión y crítica del paciente sobre sus trastornos (48).

La evaluación de resultados de psicoterapia breve efectuada por el equipo de la Tavistock Clinica mostrado que trastornos serios, aun algunos de larga evolución, pueden recibir ayuda importante.

En este aspecto sugiere que la línea “conservadora”, que considera a la psicoterapia breve un mero paliativo, sólo efectivo en trastornos leves y recientes, apoya más en un prejuicio que en una investigación rigurosa de hechos clínicos (47).

6. Limitaciones de una terapia breve

Un panorama de esta técnica no puede por cierto soslayar sus importantes limitaciones. Se ha objetado cierta tendencia en la literatura sobre el tema a crear un clima de exagerado optimismo terapéutico, dando una imagen de facilidad en el manejo de las áreas enfermas de la personalidad (algunos comentarios clínicos de la escuela de Chicago, por ejemplo, nos parecen efectivamente encuadradas en esta ilusión de curas relativamente fáciles). Con este abordaje podrán o no obtenerse mejorías más que transitorias, dependiendo el resultado del cuadro clínico, la estructura básica de la personalidad, el nivel evolutivo al que se efectúe regresión en la crisis y diversas condiciones grupales y situacionales.

Puede fracasar absolutamente (por ejemplo en psicopatías) o

producir únicamente variaciones en superficie (fenomenológicas) actuando sólo por efecto de cura transferencial con desaparición de síntomas e instalación de una pseudoadaptación a un nivel regresivo.

No puede, en plazos limitados, producir cambios en la estructura nuclear de la personalidad, aunque sí modificaciones dinámicas no despreciables, como se expuso anteriormente.

Un énfasis excesivo puesto en la comprensión racional, así como interpretaciones prematuras, pueden reforzar resistencias incrementando la intelectualización (45).

El operar por sugestión puede impulsar la “fuga a la salud” e inducir al paciente al *acting-out* (54).

Estos riesgos hacen aconsejable el ejercicio de esta técnica por terapeutas con formación dinámica y experiencia clínica ya hecha.

Si bien importa tener clara conciencia de estas limitaciones y riesgos, *las consideraciones formuladas en la discusión de resultados cuestionan el derecho a una generalización tal de estas insuficiencias que justifique el rechazo o la negación de otros alcances efectivos para esta técnica.*

7. Indicaciones

Desde un punto de vista social existe una situación de hecho: para una gran masa de población y con la actual organización asistencial, la opción es tratamientos limitados o no tratamientos, independientemente de los trastornos que presente. Ante esta falta de opción asistencial puede una terapia breve, en grado variable, beneficiar prácticamente a todos los pacientes (33,51). Con miras a discriminar, para una mejor organización de recursos terapéuticos, qué pacientes se benefician más con este tipo de tratamiento, puede distinguirse:

a) Pacientes que obtienen menor beneficio: en general, trastornos psiquiátricos crónicos, fuera de fases agudas. Por ejemplo, cuadros paranoides, obsesivo compulsivos, psicósomáticos crónicos, perversiones sexuales, adicciones, caracteropatías graves y sociopatías. Sólo el intento de una terapia intensiva a largo plazo puede producir algunos cambios estables para tales cuadros.

b) Con expectativas de mejorías importantes, se indican para terapéutica breve: cuadros agudos, particularmente situaciones de crisis o descompensaciones (39). Situaciones de cambio, por ejemplo en transición de etapas evolutivas (adolescencia, matrimonio, graduación, climaterio, jubilación). Trastornos reactivos en pacientes

que conservaban previamente un nivel de adaptación aceptable. Trastornos de intensidad leve o moderada que no justificarían tratamientos de años (problemática neurótica incipiente o psicósomáticos de reciente comienzo). Puede beneficiar como tratamiento preparatorio pre-analítico a *borderlines* y psicóticos (71).

Además debe notarse que la terminación de la terapia breve de “final abierto”, admite cualquier tratamiento intensivo ulterior si la evolución del paciente lo exigiera.

Este panorama de indicaciones diferenciales ha llevado a Meninger a expresar:

Ahora bien, nosotros creemos que hay enfermedades para las cuales el psicoanálisis es el tratamiento más efectivo... sin embargo, hay otras enfermedades para las cuales no estamos seguros de que el psicoanálisis sea el mejor tratamiento, y aún hay otras para las que sí estamos convencidos de que no es el mejor tratamiento (50).

En el mismo sentido, Stone recuerda que, originalmente, el psicoanálisis tuvo su indicación fundamental en las neurosis; posteriormente se lo extendió a otros cuadros de la más diversa índole. “Es posible que ese grado de optimismo terapéutico deba ser revisado, llevando el psicoanálisis a sus indicaciones originarias, y dejando grupos de pacientes a ser mejor tratados por ‘terapia breve’, ‘psiquiatría psicoanalítica’ o ‘psicoanálisis modificado’...”.

Destaquemos que esta perspectiva puede ser válida no sólo en el ámbito institucional sino también en la asistencia privada. Al margen de razones socioeconómicas, *para determinados pacientes una terapia breve puede ser el tratamiento de elección.*

Conclusión

Si son posibles ya algunas generalizaciones sobre psicoterapia breve, ésta puede ser una de las más significativas; se trata de una orientación técnica específica, que opera en condiciones originales con un complejo *set* de variables propias. En consecuencia, no puede abordársela por simple extrapolación de datos de otras técnicas: constituye un campo a investigar en su estructura dinámica particular.

En este proceso, lo que hemos expuesto representa la búsqueda de un andamiaje provisorio, un conjunto de hipótesis y criterios operacionales a verificar, una y otra vez, en la experiencia clínica.

Referencias bibliográficas

1. Ackerman, N., "Family Psychotherapy. Theory and Practice", *Am. J. Psychoter.*, 1966, 20, p. 405.
2. Alexander, F., "Psychoanalytic Contributions to Short Time Psychotherapy", *op. cit.*, ref. 39, 84, 1965, 126.
3. Alexander, F., "The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory", *Int. J. Psychiat.*, 1, 1965, p. 189.
4. Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1965.
5. Allport, G., *La personalidad, su configuración y desarrollo*, Barcelona, Herder, 1965.
6. Althusser, L., "Contradicción y sobredeterminación", en *La revolución teórica de Marx*, México, Siglo XXI, 1967.
7. Ancona, L., "La motivación desde el punto de vista clínico", en *La motivación*, Buenos Aires, Proteo, 1965.
8. Asch, S., *Psicología social*, Eudeba, Buenos Aires, 1964.
9. Avnet, H., "Short-term Treatment Under Auspices of a Medical Insurance Plan", *Am. J. Psychiatr.*, 122, 1965, p. 143.
10. Avnet, H., "How Effective is Short-term Therapy", *op. cit.*, ref. 39, 1965, 7, p. 22.
11. Battle, C. y otros, "Target Complaints as Criteria of Improvement", *Am. J. Psychother.*, 1966, n° 20, p. 84.
12. Bastide, R., *Sociología de las enfermedades mentales*, México, Siglo XXI, 1967.
13. Berliner, B., "Short Psychoanalytic Psychotherapy: its Possibilities and its Limitations", *Bull. Menning Clin.*, 1941, 5, p. 204.
14. Bleger, J., "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", *Rev. Psicoanál.*, 1967, 24, p. 241.
15. Browne, E., "Short Psychotherapy with Passive Patients. An Experiment in General Practice", *Brit. J. Psychiat.*, 1964, 110, p. 233.
16. Campbell, R., "Psychotherapy in a Community Mental Health Center", *Am. J. Psychiatr.*, 1965, 122, p. 2.
17. Campbell, R., "Modificaciones de la psicoterapia", *Cuad. Psicoter.*, Buenos Aires, 1967, 2, p. 13.
18. Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
19. Ferenczi, S., "Perfeccionamiento de la 'técnica activa' en el psicoanálisis", *Rev. Psicoanál.*, Buenos Aires, 1945-6, 3, 4.
20. Frank, J., "The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship. Determinants and Effects of the Therapist's Influence", *Psychiatr.*, 1959, 32, p. 17.
21. Frank, J., "Discussion on Short-term Psychotherapy" (Symposium of the American Psychologic Association), *Am. J. Psychiatr.*, 1965, 122.
22. Freud, S., *Introducción al psicoanálisis*, t. 2, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
23. Freud, S., "Esquema del psicoanálisis", *Obras postumas*, t. XXI, Buenos Aires, Santiago Rueda, 1955.

24. Garner, H., "Interventions in Psychotherapy and Confrontation Technique", *Am. J. Psychother.*, 1966, 20, p. 291.
25. Gill, M., "El estado actual de la teoría psicoanalítica", en *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, op. cit., ref. 60.
26. Gill, M., "Psicología del yo y psicoterapia", en Knight, R., *Psiquiatría psicoanalítica*, op. cit., ref. 42.
27. Glad, D., "An Operational Conception of Psychotherapy", *Psychiatry*, 4, p. 371.
28. Gottschalk, L. y Auerbach, A., *Methods of Research in Psychotherapy*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1966.
29. Gralnik, A., "Conjoint Family Therapy: its Role in the Rehabilitation of the In-patient and Family", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1963, 136, p. 500.
30. Granger, G., "Información y conocimiento de lo individual", en *El concepto de información en la ciencia contemporánea*, México, Siglo XXI, Coloquios de Royaumont, 1966.
31. Gunthrip, H., *Estructura de la personalidad e interacción humana*, Buenos Aires, Paidós, 1965.
32. Hamilton, V., "Psychological Changes in Chronic Schizophrenics Following Differential Activity Programmes: a Repeat Study", *Brit. J. Psychiatr.*, 1964, 110, p. 283.
33. Harris, R., Kalis, B. y Freeman, E., "Precipitating Stress: an Approach to Brief Therapy", *Am. J. Psychother.*, 1963, 17, p. 465.
34. Hartmann, H., *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México, Pax, 1961.
35. Hartmann, H., "On Rational and Irrational Action", en *Essays*, op. cit., ref. 36.
36. Hartmann, H., "Psychoanalysis and Sociology", en *Essays on Ego Psychology*, Londres, The Hogarth press, 1964.
37. Hartmann, H., "Technical Implications of Ego Psychology", en *Essays*, op. cit., ref. 36.
38. Heilbrunn, G., "Results with Psychoanalytic Therapy and Professional Commitment", *Am. J. Psychother.*, 1966, 20, p. 89.
39. Hoch, P., "Short-Term versus Long-Term Therapy", en Lewis R. Wolberg (comp.), *Short-Term Psychotherapy*, Nueva York-Londres, Grune and Stratton, 1965, pp. 51, 66.
40. Hutt, S., Crookes, T. y Glancy, L., "The Behaviour of Chronic Psychotic Patients During Three Types of Occupation", *Brit. J. Psychiatr.*, 1964, 110, p. 270.
41. Karno, M., "Communication, Reinforcement and Insight. The Problem of Psychotherapy Effect", *Am. J. Psychother.*, 1965, 19, p. 467.
42. Knight, R., "Una crítica de la situación actual de las psicoterapias", en *Psiquiatría psicoanalítica, psicoterapia y psicología médica*, Buenos Aires, Hormé, 1960.
43. Klein, M., "Amor, culpa y reparación", en *Las emociones básicas del hombre*, Buenos Aires, Nova, 1960.
44. Kris, E., "Ego Psychology and Interpretation in Psychoanalytic Therapy", *Psychoanal. Quart.*, 1951, 20, p. 15.

45. Lowenstein, R., "The Problem of Interpretation", *Psychoanal. Quart.*, 1951, n° 20, p. 15.
46. López, R., "La psicoterapia dinámica breve", *Acta Psiquiátr. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 13, p. 260.
47. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Springfield-IUinois, C. Tomas, 1963.
48. Marcolin, S., "Principios psicoterapéuticos en la práctica psicósomática", en Wittoker, E., Cleghom, R. A. y cois., *Progresos en medicina psicósomática*, Buenos Aires, Eudeba, 1966.
49. Masterson, J. y Reagan P., "Teaching Psychiatric Residents the Therapeutic Value of the Environment", *Psychiatry*, 1959, 22, p. 51.
50. Menninger, K., *Teoría de la técnica psicoanalítica*, México, Pax, 1960.
51. Mental Health Institute, "Brief Therapy Center" (Proyecto de asistencia e investigación en terapias breves), Palo Alto, California, monografía, 1966.
52. Morton, R., "An Experimentin BriefPsychotherapy", *Psychological Monographs General and Applied, of the American Psychological Assoc.*, 1965, 69, p. 386.
53. Muldworf, B., *Psychanalyse et Psychothérapie*, Paris, C.E.R.M., 1964.
54. Natfeerson, J, y Grotjahm, M., "Responsive Action in Psychotherapy", *Am. J. Psychiatry*, 122, p. 140.
55. Norton, N., Detre, T. y Jarecki, H., "Psychiatric Services in General Hospitals: a Family-Oriented redefinition", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1963, 136, p. 475.
58. Nuttifj, J., "Origen y desarrollo de los motivos", en *La motivación*, Buenos Aires, Proteo 1965.
57. Pichon-Riviére, E., "Introducción a una nueva problemática de la psiquiatría", *Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 13, p. 355.
58. Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1960.
59. Rado, S., "Relationship of Short-term Psychotherapy to Developmental Stages of Maturation and Stages of Treatment Behavior", *op. cit.*, ref. 67-85.
60. Rapaport, D., "Un examen histórico de la psicología psicoanalítica del yo", en Rapaport, D. y Gill, M., *Aportaciones a la teoría y técnicas psicoanalítica*, México, Pax, 1962.
61. Rapaport, D., *Hacia una teoría del pensamiento*, Buenos Aires, Escuela, 1964.
62. Rickman, J., "Methodology and Research in Psychopatology", en *Selected Contributions to Psycho-Analysis*, Londres, The Hogarth Press, 1957.
63. Rickman, J., "The Application of Psychoanalytical Principles to Hospital In-patients", en *op. cit.*, ref. 62.
64. Rodríguez, E., *Biografía de una comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Eudeba, 1965.
65. Rodríguez, E. y Rodríguez, G. T. de, *El contexto del proceso analítico*, Buenos Aires, Paidós, 1966.

66. Sargent, H., "Intrapsychic Change: Methodological Problems in Psychotherapy Research", *Psychiatry*, 1961, 24, p. 93.
67. Saul, L., "On the Value of One or Two Interviews", *Psychoanal. Quart.*, 1951, 20, p. 613.
68. Schwartz, D., "The Integrative Effect of Participation", *Psychiatry*, 1959, 22, p. 81.
69. Semrad, E., Binstock, W. y White, B., "Brief Psychotherapy". *Am. J. Psychother.* 1960, 20, p. 576.
70. Sifneos, P., "A Concept of Emotional crisis", *Mental Hygiene*, 1960, 44, p. 169.
71. Stone, L., "Psychoanalysis and Brief Psychotherapy", *Psychoanal. Quart.*, 20, p. 215.
72. Ulloa, F., *La entrevista operativa*, Ficha Fac. Filos. y Letras, Buenos Aires, 1964.
73. Warren Dunham, H., "Community Psychiatry: the Newest Therapeutic Bandwagon", *Int. J. Psychiat.*, 1965, 1, p. 553.
74. Wolberg, L., "The Technic of Short-term Psychotherapy", *op. cit.*, ref. 39, 1965, pp. 127-200.
75. Wolberg, L., "Methodology in Short-term Therapy", *Am. J. Psychiat.* 1965, 122, p. 135.

Actualización bibliográfica

- Araoz, D., Carrese, M. (1996), *Solution-Oriented Brief Therapy for Adjustment Disorders*. New York, Brunner/Mazel.
- Balint, M., Ornstein, P. H., Balint, E. (1986), *Psicoterapia Focal. Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock*. Buenos Aires, Gedisa.
- Braier, E. (1981), *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Garske, J. P., Molteni, A. L. (1985), "Psicoterapia psicodinámica breve: un enfoque integrador". En: Linn, S. J. y Garske, J.P. (comps.) *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao, D.D.B., 1988.
- Koss, M. P., Butcher, J. N. (1986), "Research on brief psychotherapy". En: Garfield, S. L. y Bergin, A. E. (comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley.
- Levenson, H., Butler, S., Beitman, B. (1997), *Brief Dynamic Psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Press.
- Marmor, J. (1979), "Short-term dynamic psychotherapy." *American J. Psychiat.*, 136, 149-156.
- Montado, G. (1995), "Fundamentos de las terapias breves de orientación psicoanalítica". En: Defey, D., Elizalde, J. H., Rivera Jorge (comps.), *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Montevideo, Roca Viva.
- Sifneos, P. (1972), *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Ma., Harvard University.

- Strupp, H., Binder, J. (1984), *Psychotherapy in a new key. A guide to time limited dynamic psychotherapy*. New York, Basic.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974), "Brief therapy: focused problem resolution". *Family Process*, 13, 141-168.
- Wolberg, L. (1965), *Psicoterapia breve*. Madrid, Gredos.

Capítulo 3

DELIMITACIÓN TÉCNICA DE PSICOTERAPIAS

Introducción

Si consideramos en su estado actual las psicoterapias que proveen las instituciones asistenciales (servicios hospitalarios, centros de salud mental), surge con evidencia un problema fundamental: la falta de una conceptualización clara de sus técnicas.

Creemos que esta situación se origina en parte en el desarrollo prevalentemente empírico de estas terapias, cosa que responde a condiciones asistenciales impuestas con un monto de demandas poco propicio para la elaboración teórica de sus fundamentos.

Así constituidas, en las diversas instituciones asistenciales se ha ido modelando un estilo psicoterapéutico que combina, de modo variable, instrumentos técnicos correspondientes originariamente a diferentes estrategias: apoyo, esclarecimiento, transferencial. El problema reside en que la manera en que se articulan estos diferentes instrumentos no responde, en general, a modelos estratégicos definidos y coherentes, por lo que tales psicoterapias asumen en principio el carácter de un complejo técnico indiscriminado. Esto autoriza a suponer que en su aplicación quedan expuestas tanto a la intuición individual de los terapeutas como a las exigencias del contexto institución (desde presión de listas de espera hasta aceptación variable de diferentes cuadros según se adecúen o no a los esquemas referenciales allí jerarquizados). Es claro entonces que esta situación de ambigüedad teórico-técnica, constituye un punto de urgencia en la asistencia, supervisión y docencia ligada a estas psicoterapias.

Ante este panorama creemos útil intentar una reconsideración del problema. Nuestro método consistirá en identificar los instrumentos

esenciales correspondientes a diferentes estrategias psicoterapéuticas (apoyo, esclarecimiento, transferencial). Esta delimitación constituirá luego el marco de referencia para la discusión del sentido y las posibilidades de asociación de instrumentos técnicos vinculados en su origen a estrategias de cambio diferentes.

Si bien nuestro estudio se limitará a psicoterapias individuales de adultos, es posible que varias de las consideraciones siguientes sean extensibles a terapias grupales y/o de otras edades evolutivas.

Delimitación de técnicas de psicoterapia sobre la base del criterio de coherencia entre objetivos, estrategia instrumentos particulares

Si se analiza de modo aislado cada una de las técnicas psicoterapéuticas ya mencionadas se comprueba que, en cada caso, sus recursos (encuadre, tipo de vínculo paciente-terapeuta, actitudes e intervenciones del terapeuta) son convergentes, tienden a potenciarse para la producción de determinados efectos en el paciente. Sin embargo, tal convergencia no es tanto el resultado de aplicar un modelo operacional explícito, como una organización esbozada, implícita, producto decantado de una larga historia de manipulaciones intuitivas.

Lo que comprobamos es que cualquiera de las técnicas psicoterapéuticas tradicionales responde a un principio de coherencia interna. Tal coherencia deriva en primer lugar del acuerdo entre los objetivos que se propone alcanzar y la estrategia de cambio adoptada para lograr dichos objetivos. En segundo término, determinados recursos técnicos (procedimientos, maniobras, que aquí designamos genéricamente como "instrumentos") resultan adecuados o no según su congruencia con la estrategia de cambio indicada. La estrategia psicoterapéutica global define entonces como apropiadas ciertas actitudes del terapeuta (activo en una técnica, pasivo en otra), ciertas intervenciones del mismo (ya sugestivo-directivas, ya interpretativas), el recortamiento de un cierto universo de discurso (ya el de los síntomas, ya el de las motivaciones), cierto modo de entender las separaciones (como pérdidas en un caso, como ocasiones de prueba en otro), la adopción de determinado encuadre, etcétera.

Trataremos de examinar desde esta perspectiva, los instrumentos necesarios y posibles para cada técnica, destacando su coherencia con la estrategia básica.

En cuanto a la elección de parámetros adecuados para el estudio

de una técnica nos parece enriquecedor hacerlo desde *varios enfoques complementarios*: *psicodinámico* (especialmente con referencia a la teoría de relaciones objetales, teniendo en cuenta particularmente aspectos transferenciales), *comunicacional* (estudiando fenómenos de interacción diádica tales como control de la relación, definición de su naturaleza, etc.) y en base a conceptos de teoría de *aprendizaje* (subrayando aspectos pedagógicos en el vínculo, la influencia del rol social “experto”, y el papel correctivo de la experiencia del vínculo con el terapeuta).

Como es habitual en estudios de técnica tomaremos en consideración solamente las operaciones del terapeuta, el tipo de relación que propone y los efectos que tienden a producir sus intervenciones y actitudes, y no el repertorio de respuestas que a cada una de ellas puedan dar distintos pacientes. Aclaremos por último que habremos de circunscribirnos a la consideración de tres tipos de psicoterapia debido a su prevalencia en nuestro medio y, de modo concomitante, por tratarse de técnicas con las que el autor realiza su experiencia asistencial. Sólo por estas razones la discusión omitirá otras técnicas -hipnosis, condicionamiento, etc.- que operan con estrategias diferentes.

Psicoterapia de apoyo. La terapia de apoyo tiene como objetivos la atenuación o supresión de ansiedad y otros síntomas clínicos, como modo de favorecer un retorno a la situación de homeostasis previa a la descompensación o crisis. Eventualmente intenta modificar algunas pautas de conducta estimulando el ensayo de comportamientos nuevos durante la experiencia terapéutica.

La estrategia básica de esta técnica consiste en establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector, orientador. En términos psicodinámicos esta relación puede interpretarse como tendiente a favorecer en el paciente una disociación entre objetos “buenos” y “malos” de un modo tal que proyecte en el terapeuta el objeto bueno y excluya de su relación con el mismo al objeto perseguidor (reforzamiento de la divalencia) (5).

Sin embargo, la función del terapeuta no es meramente la de “pantalla de proyección” sino la de desempeñarse efectivamente en un rol reasegurador directivo. La eficacia de esta terapia depende, en buena medida, de la influencia correctora del vínculo real con el terapeuta (“experiencia emocional correctiva”) (1).

De esta estrategia fundamental se desprenden varias prescripciones acerca de actitudes e intervenciones del terapeuta. La relación interpersonal deberá ser claramente definida, es decir, los roles y la tarea no deben hallarse sujetos a ambigüedad (cuanto menor la

ambigüedad, mayor posibilidad de control del paciente sobre el objeto perseguidor). Esto significa que se deben evitar los silencios y la distancia afectiva del terapeuta mediante una actitud activa, de diálogo, de este último.

Estos componentes hacen a la necesidad estratégica de que la relación sea definida, de manera tácita o explícita, como complementaria: el paciente en su rol subordinado, el terapeuta en posición superior,¹

En este contexto las intervenciones fundamentales del terapeuta son las de tipo sugestivo-directivo. Las interpretaciones dirigidas a esclarecer motivaciones de la conducta son opcionales, pero no inherentes a la estrategia básica de apoyo, ya que no resulta esencial para sus objetivos instalar en el paciente una comprensión del significado de sus trastornos. En este aspecto el universo de discurso propio de esta técnica carece de complejidad: comprende el plano de los síntomas y otras conductas manifiestas.

Nos interesa llamar particularmente la atención sobre las incongruencias que puede crear en un contexto de apoyo la inclusión de interpretaciones transferenciales, ya que “denunciar” la transferencia idealizadora puede precisamente interferir el libre establecimiento de ese tipo de relación transferencial dotada de valor estratégico: y asimismo interpretaciones acerca de la hostilidad transferencial pueden favorecer la reintroducción del objeto perseguidor en la relación terapéutica. No pretendemos afirmar que exista una estricta incompatibilidad entre apoyo y explicitación de la transferencia, pero subrayamos recaudos a tomar en cuenta en la aplicación de esta técnica.

¹ Los conceptos de complementariedad y simetría se emplean aquí de acuerdo al significado que les otorga el enfoque comunicacional aplicado a relaciones diádicas (6). La *complementariedad* ha sido definida como el intercambio, entre los miembros de un sistema diádico, de conductas estructuralmente diferentes: uno de los miembros (*one-up*) tiene a su cargo la definición de la naturaleza de la relación y habitualmente las iniciativas de la misma. Con ello ejerce el control de la relación. El otro miembro (*one-down*) acepta y se adecúa a ese control de la relación por el otro.

Cuando la interacción se establece en base a conductas estructuralmente similares (ambos miembros pueden definir la naturaleza de la relación, o proponer cambios en su definición, y ambos poseen la posibilidad de tomar la iniciativa), se habla de relación *simétrica*.

Si bien toda relación terapeuta-paciente es de hecho complementaria, creemos que en la aplicación de cada técnica la complementariedad asume matices diferentes, que otorgan en cada caso a ese vínculo diádico cualidades especiales (particularmente en lo referente a inducir fenómenos transferenciales de calidad e intensidad diferente con la aplicación de una u otra técnica).

En el mismo sentido, las separaciones (intervalos, alta) no deben ser elaboradas por el paciente como situaciones persecutorias, de abandono, ya que es condición de eficacia que el vínculo terapéutico tenga carácter persistente. Esta continuidad puede ser acentuada por ejemplo a través de la prescripción de drogas, capaces de “representar” al terapeuta aun en los intervalos.

Psicoterapia de esclarecimiento. Como objetivos de esta técnica se incluyen los referidos a una terapia de apoyo (recuperación del equilibrio homeostático expresada en alivio sintomático), a los que debe agregarse el de desarrollar en el paciente una actitud de autoobservación y un modo de comprender sus dificultades diferente del aportado por el sentido común, esto es aproximándose al nivel de sus motivaciones y conflictos; en relación con la terapia de apoyo, el universo de discurso aquí se complejiza al operarse a la vez con el plano de las conductas manifiestas y el de las motivaciones latentes.

La estrategia fundamental consiste en establecer una relación de indagación, centrada en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas. Se dirige a proporcionar una imagen global de esas interrelaciones, pero una imagen centrada en focos de descompensación, destinada a clarificar especialmente la situación de crisis. Se dirige además a estimular el aprendizaje en la autocomprensión.

La relación terapéutica asume en gran medida el carácter de una relación de apoyo, con la diferencia de que puede funcionar con una menor disociación entre objetos buenos y perseguidores al introducir por ejemplo, como parte de las conductas a esclarecer, la consideración de aspectos idealizados y hostiles de la transferencia.

Dado que con esta técnica se tiende a establecer un proceso de aprendizaje no basado en el desarrollo estratégico de la regresión transferencial, resulta necesario operar aquí creando un *contexto de discriminación*, antes que de ambigüedad, frustración o de privación sensorial. Es coherente con esta estrategia que el terapeuta actúe acentuando su *rol real de docente experto* antes que el de silenciosa pantalla para la proyección de roles virtuales. La relación frente a frente refuerza ya la discriminación de la persona real del terapeuta y de su rol específico.

Con esta estrategia es necesaria una conducta del terapeuta discretamente *cálida, espontánea* en cuanto capaz de favorecer un diálogo de cierta fluidez, y *activa* en lo referente a proveer el terapeuta por propia iniciativa explicaciones “pedagógicas” acerca

del método de tratamiento, características del funcionamiento mental, expectativas sobre la evolución del paciente, etcétera.²

La relación paciente-terapeuta es básicamente complementaria, pero debe incluir aspectos simétricos, reclamando también del paciente un papel activo en el que puede aportar datos en la dirección que asume en cada momento la búsqueda y ensayar -identificado con el rol del terapeuta- la formulación de sus propias interpretaciones. Dado que ambos roles deben ser activos, en esta técnica sólo pueden ser útiles los silencios breves. El terapeuta debe manejarlos con interpretaciones, preguntas o sugerencias.

La transferencia idealizadora debe ser tácitamente aceptada mientras se mantenga en un nivel que no distorsione la tarea propia de la relación terapéutica, esto es, en tanto el paciente no adopte actitudes pasivas que amenacen desplazarla hacia una relación complementaria de apoyo. Mantenido de modo “silencioso”, la relación con un terapeuta idealizado puede actuar también en esta terapia con el sentido positivo señalado para la terapia de apoyo.

La hostilidad transferencial debe ser explicada inmediatamente como actualización de la biografía o como desplazamiento de otros vínculos actuales, con lo que parte de su carga persecutoria puede atenuarse (y esto es necesario para mantener un clima de aprendizaje, que requiere para funcionar un nivel moderado o bajo de ansiedad).

A nuestro juicio, la diferencia entre estas interpretaciones transferenciales y las de la terapia psicoanalítica, centrada en la transferencia, consiste en que aquí las mismas tienen *una función de diluir obstáculos* para permitir el mantenimiento de una relación de carácter “docente”, y *una función esclarecedora* que puede enriquecer la comprensión de una perspectiva cuyo foco no es la relación transferencial misma, sino las relaciones interpersonales del paciente en su vida cotidiana pasada y actual, así como los procesos intrapersonales involucrados en las mismas. (Retomaremos luego este punto a la luz de un cotejo entre las condiciones en que se aplican estas terapias y las que ofrece el contexto del proceso analítico).

En esta técnica las separaciones deben a menudo ser tomadas con un enfoque prospectivo, como ocasiones de prueba que permiten evaluar cómo enfrenta el paciente nuevas tareas adaptativas, y no

² Precisamente un estudio experimental ha mostrado que cuando el terapeuta adopta plenamente y sin reservas una conducta con estas características, los resultados que obtiene son más satisfactorios (21). Nuestras observaciones sobre material de sesiones de varios terapeutas tienden a confirmar este criterio e ilustran asimismo por su contraparte: cuando el terapeuta actúa de un modo ambiguo, impersonal, controlado, distante o pasivo, el proceso terapéutico se ve interferido.

necesariamente con un sentido regresivo, que podrían calificarlas, por ejemplo, como situaciones persecutorias de pérdida y abandono por parte del terapeuta.

Puede verse que el conjunto de aspectos propuestos aquí como necesarios y específicos de esta técnica de esclarecimiento resultan convergentes, en el sentido de limitar la regresión transferencial y fortalecer funciones yoicas adaptativas.

Psicoanálisis e interpretación transferencial en psicoterapia. La estrategia psicoanalítica orientada hacia el desarrollo y el análisis sistemático de la regresión transferencial, ataca la habitual disociación del paciente en objetos buenos y perseguidores, al favorecer la proyección de ambos en el analista: tanto el objeto perseguidor como el idealizado son continuamente incluidos en la relación médico-paciente (en este aspecto el contraste con una terapia de apoyo es total).

La situación terapéutica específica (largo plazo indefinido al comienzo, empleo del diván, manejo particular de los silencios) tiene como componente esencial la ambigüedad temporal y espacial (2). El analista tiende a moverse con cierto margen de indefinición personal. Esta ambigüedad ataca el control que el paciente tiende a ejercer sobre sus objetos perseguidores disociados.

El universo de discurso es complejo, dual, “todo acontecimiento es siempre otra cosa”. El instrumento terapéutico específico y esencial en este contexto y para esta particular estrategia de cambio es la interpretación transferencial: “el analista no está solo o fundamentalmente para interpretar algo que ocurrió en el pasado, sino lo que está ocurriendo en este momento” (10).

En este contexto la regresión, el aflojamiento defensivo, son necesarios, permitidos, “sugeridos” como aceptables y útiles.

Esta técnica tiende a crear, con todos estos elementos, una relación terapéutica complementaria compleja, capaz de movilizar una intensa ambivalencia en el paciente. Decimos compleja en el sentido de configurar un tipo particular de vínculo paradójico donde el analista está siempre *one-up*, pero lo niega en parte al ceder al paciente la iniciativa de la verbalización y de los silencios; y simultáneamente refuerza la complementariedad con su estilo interpretativo, en el que siempre sobre la transferencia él “tiene la última palabra” (9).

Hasta aquí el contexto analítico en el que la interpretación transferencial adquiere un rol terapéutico privilegiado.

Pero si volvemos a otras psicoterapias, y en particular a las de instituciones asistenciales, casi siempre breves o de plazo limitado,

las dificultades para emplear una estrategia transferencial surgen con toda evidencia en varios aspectos: hay una ausencia de ambigüedad espacial y temporal; se da una mayor definición personal del terapeuta, sobre todo por el hecho de que al estar incluido en una institución, se le adjudican -y suele asumir- rasgos definidos de la misma: existe por ejemplo un reforzamiento institucional de la disociación entre objetos buenos y objetos perseguidores, en cuanto se tiende a ver al hospital y al médico como esencialmente protectores y desinteresados, y actúan efectivamente este rol en muchos aspectos.

Habría además una contradicción entre un encuadre de tiempo limitado y un proceso en el cual las intervenciones del terapeuta "propusieran" la regresión y la concentración de afectos del paciente en esa relación bipersonal (la situación se expresaría en esta proposición: "esta relación que usted mantiene conmigo es muy importante para entender y tratar su enfermedad; vuelque en ella todas sus emociones y expectativas. Pero prepárese para cortarla pronto").

Desde ya, estas dificultades para trabajar con la transferencia no niegan la necesidad ineludible de que, en cualquier psicoterapia, el terapeuta trate de comprender en sus distintas facetas los fenómenos de transferencia y contratransferencia constantemente activos. Una clara comprensión dinámica y cierto grado de experiencia analítica resultan esencialmente necesarios aun para una terapia de apoyo. En este sentido, la *comprensión* de la transferencia cumple en toda psicoterapia una *función diagnóstica y pronóstico* insustituible: en ella se manifiesta el saldo de la historia personal, y es en consecuencia un fiel indicador para entender más profundamente el encadenamiento dinámico de experiencias biográficas y actuales.

Pero un aspecto diferente del problema reside en discutir el papel que corresponde a la *interpretación transferencial* como instrumento de *operación* en las psicoterapias que estamos tratando. Esta distinción alerta contra la subrepticia extrapolación de modelos etiopatogénicos -explicativos- a modelos terapéuticos -operativos-, fenómeno ya señalado como factor de confusión frecuente en el campo de las psicoterapias (20).

En primer término pensamos que, mientras en psicoanálisis el análisis de la transferencia constituye el eje de la estrategia terapéutica, en otras psicoterapias dicha explicitación de la transferencia es siempre *sólo un recurso táctico dentro de otra estrategia* que justamente no consiste en producir cambios mediante la regresión y la elaboración del vínculo transferencial. Con esta perspectiva entendemos que el señalamiento o la interpretación transferencial pue-

den cumplir por ejemplo en una terapia de esclarecimiento una *función ilustradora, de ejemplificación vivencial-"didáctica"*-, integrados en una interpretación más amplia, que muestre esa conducta como actualización de vínculos básicos del paciente, es decir, dentro de una interpretación que incorpore de manera constante la historia y el "afuera".

Asimismo puede la interpretación transferencial cumplir en esta psicoterapia una importante *función de "despeje" o neutralización de obstáculos transferenciales* que traben el funcionamiento de la relación de trabajo. Con esta función, la interpretación transferencial puede constituir, en ciertas psicoterapias de tiempo limitado (por ejemplo con pacientes psicóticos o caracterópatas graves), un instrumento terapéutico fundamental, sobre todo en una primera etapa del tratamiento. Sin embargo, aun así conserva su carácter de recurso táctico destinado a ser progresivamente restringido en la medida en que la evolución del paciente (disminución del nivel de ansiedad, atenuación de síntomas) permita la puesta en juego de otras intervenciones terapéuticas antes mencionadas.

El requisito de coherencia interna para toda combinación de instrumentos técnicos

Hemos considerado técnicas de psicoterapia subrayando la necesidad de que, en cada una, en su manipulación concreta, los objetivos y la organización estratégica de sus instrumentos configuren una gestalt. Desde esta perspectiva hemos discutido en particular las condiciones de eficaz inserción de la interpretación transferencial en psicoterapias diferentes del psicoanálisis. Entendemos que un empleo de este tipo de intervenciones extrapolado sin modificaciones del contexto analítico puede operar como una incongruencia, de efectos ya irrelevantes, ya perjudiciales para el proceso terapéutico. Análogo cuestionamiento cabe para la inclusión de estas terapias de actitudes del terapeuta en principio inherentes al "rol analista": distancia, pasividad, mantención del silencio. (Nos referimos a actitudes prevalentes, es decir al estilo psicoterapéutico, lo cual no niega que con ciertos pacientes y/o en determinados momentos de una psicoterapia pueda ser conveniente tácticamente que el terapeuta adopte alguna de estas actitudes.)

En una terapia de apoyo podrán resultar contraproducentes intervenciones sobre la transferencia o dirigidas al nivel motivacio-

nal de la conducta. En algunas terapias de esclarecimiento puede ser contradictorio dar directivas. Antes que hacer una enumeración exhaustiva de incompatibilidades técnicas intentamos destacar el problema, que seguramente requiere un examen particular en cada situación de tratamiento. Lo que pensamos es que la ausencia de una clara definición estratégica, así como una incoherencia en el manejo de intervenciones y actitudes del terapeuta pueden producir efectos confusionales, inductores de fracasos y deserciones que en modo alguno podrían atribuirse a dificultades resistenciales del paciente.

Por último, volvemos sobre el criterio general propuesto al comienzo y aplicado a lo largo de este desarrollo, tratando ahora de darle mayor alcance de generalización y explicitando mejor sus parámetros. Hemos sugerido la necesidad de evaluar la coherencia interna de diferentes psicoterapias y propusimos un criterio para verificarla, consistente en el análisis de la convergencia o divergencia entre objetivos, estrategia de cambio, y mensajes y metamensajes comprendidos en una serie de parámetros: encuadre, tipo de vínculo que se tiende a instalar, universo de discurso, sentido asignado a las separaciones, control de la relación y definición de la misma, definición del rol terapeuta y actitudes del mismo en su desempeño, intervenciones terapéuticas fundamentales. Lo planteado hasta aquí puede llevarse a un esquema, que puede verse en las páginas 58-59, que tiene las limitaciones de todo esquema en tanto obliga a soslayar superposiciones; debe entenderse que sus términos carecen de sentido si se los considera aislados de las connotaciones que adquirieron en el texto. Aunque los parámetros utilizados no agotan ciertamente el análisis de las técnicas referidas, creemos que constituyen al menos una apertura para que éstas u otras técnicas puedan ser conceptualizadas, cotejadas y evaluadas.

Notas de actualización

Las delimitaciones precedentes surgieron en una época en que en nuestro medio se trazaban divisiones estrictas entre un psicoanálisis kleiniano, concebido como riguroso según parámetros técnicos especificados para esa corriente (frecuencia alta de sesiones, no límites de tiempo, modalidad silenciosa pasivo-receptiva y sólo interpretativa, concentrada selectivamente en una concepción de la transferencia, entre otros) y psicoterapias de orientación psicoanalítica que empleaban otros parámetros técnicos. Años después los

cortes entonces planteados se han relativizado. En trabajos ulteriores hemos distinguido terapias de *insight* (elaborativas, reconstructivas de la personalidad) cuyas modalidades técnicas emplean un espectro amplio de recursos y parámetros, de otras terapias de continencia y orientación (soportativas) (Fiorini,1987). Kernberg (2001) ha realizado últimamente nuevas revisiones en torno a estas delimitaciones técnicas. En su trabajo “Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas” destaca que en varias escuelas se ha borrado la distinción tradicional entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas, reconociendo la eficacia terapéutica de estos métodos para consultas de muy variadas formas clínicas, así como la de las terapias de pareja , de familia y de grupo llevadas a cabo con una menor frecuencia de sesiones. Entiende que se mantiene un amplio debate en diferentes escuelas acerca de las indicaciones para cada una de estas modalidades terapéuticas.

Los conceptos de relación empática, vínculo y apego han introducido otros criterios de importancia clínica para toda delimitación de modalidades psicoterapéuticas y sus indicaciones (Háchele, 2001).

	<i>Psicoanálisis</i>	<i>Esclarecimiento</i>	<i>Apoyo</i>
Objetivas.	Reestructuración lo más amplia posible de la personalidad.	Mejoría sintomática. Manejo algo más discriminado de conflictos y aprendizaje de autoobservación. (Fortalecimiento de defensas útiles, modificación parcial de actitudes.)	Recuperación de equilibrio homeostático, alivio de ansiedad, atenuación o supresión de síntomas.
Estrategia básica.	Desarrollo y elaboración sistemática de regresión transferencial.	Desarrollo de autoobjetivación: comprensión de actitudes y conflictos más directamente ligados a síntomas y áreas de descompensación.	Reaseguramiento a través del vínculo, y del ensayo de conductas diferentes.
Encuadre: Temporal.	Terminación no establecida al comienzo.	Con frecuencia limitación temporal desde el comienzo.	Con frecuencia limitación temporal desde el comienzo.
Espacial.	Intensivo. Empleo de diván.	Variable, en general menos intensivo. Frente a frente.	Variable, en general menos intensivo. Frente a frente.
Vínculo objetal que tiende a instalar.	Transferencial ambivalente alternado con el rol real discriminador. (El primero estimulado por <i>setting</i> e interpretaciones, el segundo presente a través de la actividad interpretativa.)	Reforzamiento de la relación real con rol social "experto", y correlativa inhibición de vínculo transferencial (divalente, con potenciales fluctuaciones a ambivalente), (<i>setting</i> y tipo de interpretaciones convergen para la creación de este tipo de relación).	Transferencial divalente y rol real directivo (ofrecido además como modelo para eventual aprendizaje).

	<i>Psicoanálisis</i>	<i>Esclarecimiento</i>	<i>Apoyo</i>
Universo de discurso.	Complejo, ambiguo (múltiples niveles de significación).	Doble.	Simple.
Sentido asignado a separaciones	Regresivo.	Prospectivo, adaptativo.	Negadas como tales.
Control de la relación.	Complementaria compleja.	Complementaria con aspectos simétricos (fluida).	Complementaria aceptada (estable).
Definición de la relación	Ambigua.	Definida	Definida.
Definición del rol terapeuta	Ambiguo (depositorio potencial de múltiples roles).	Definido (principalmente como docente).	Definido (fundamentalmente como protector).
Actitudes básicas del terapeuta.	Pasivo-silencioso interpretativo distante (en cuanto a contacto personal).	Activo-participante. Con iniciativas en relación de diálogo. Discretamente cercano.	Activo-participante. Con iniciativas directivas. Muy cercano.
Intervenciones esenciales (herramientas estratégicas).	Interpretaciones transferenciales.	Interpretaciones actuales e históricas de vínculos básicos conflictivos (complementadas con transferenciales).	Intervenciones sugestivo-directivas.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1965.
2. Baranger, M. y W., “La situación analítica como campo dinámico”, *Rev. Urug. Psicoan.*, 1, 1961-62, p. 4.
3. Blatt, S., “The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with analytic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited”, *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 40, 1992:691-724.
4. Bowlby, J., *Attachment and Loss. 1. Attachment*, New York, Basic, 1969.
5. Bowlby, J., *Attachment and Loss. 2. Separation, anxiety and anger*, New York, Basic, 1973.
6. Bowlby, J., *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*, London, Basic, 1988.
7. Fiorini, H., “Una delimitación amplia de modalidades de psicoterapias”, en *El Campo Teórico y Clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas*, Buenos Aires, Tekné, 1987.
8. Fonagy, P., “El uso de múltiples métodos para hacer al psicoanálisis relevante en el nuevo milenio”, en *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2001.
9. Haley, J., *Estrategias en psicoterapia*, Barcelona, Toray, 1966.
10. Heimann, P., “Dinámica de las interpretaciones transferenciales”, /ni. *Psycho-Anal.*, vol. XXXV11, 303, hay trad., ficha APA.
11. Kachelé, H., Sehmuckor, G., Buchheim, A., “Desarrollo. Apego y vínculo. Nuevos conceptos psicoanalíticos”, en *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2001.
12. Kemberg, O., *Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies*, New Haven, Yale University Press, 1984.
13. Kernberg, O., “Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas”, en *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*. Montevideo, Psicolibros, 2001.
14. Marrone, M., *La teoría del Apego. Un enfoque actual*, Madrid, Psimática, 2001.
15. Rangell, L., “Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later”, *Psychoanal. Quarterly*, 50, 1981: 665-693.
16. Rockland, L. H., *Supportive Therapy. A psychodynamic approach*, New York, Basic Books, 1989.
17. Sandell, R. et al., “Y el tiempo pasa... investigación de los resultados a largo plazo en psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticas”, en *Psicoanálisis, Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2001.
18. Sluzki, C. y Kesselman, H., “Efecto placebo y psicoterapia de apoyo en la relación médico-paciente”, *Acta Psiquiat. Psicol. Arg.*, 8, 1962, p. 325.
19. Sluzki, C. y Beavin, J., “Simetría y complementariedad. Definición operacional y una tipología de parejas”, *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 3, 1965.

21. Truax, Ch. B. y otros, "Therapists Emphaty: Genuineness and Warmth, and Patient Outcome", *J. Consult. Psychology*, 30, 1966, p. 395.
22. Widlocher, D., Braconnier, A., *Traitement psychanalytique. Psychanalyse et psychotherapies*, Paris, Flammarion, 1996.

compañía que ya en su momento se le detallaría el pasado, y como ocasión de un acuerdo formal (aceptación del acuerdo y citación para la primera sesión), con la idea de que "el material vendrá después, y sólo con el avance del proceso se verá con más claridad". En estos temas lo que me aparece (y recuerdo que un parte por hipertrofia y trastorno masivo de la conciencia de un de ambigüedad y parquedad del análisis en el contexto de su técnica) es, por ejemplo, todo lo que el paciente, para iniciar una psicoterapia, necesita saber del terapeuta y aprender de él precisamente en una entrevista inicial.

En primer lugar, me da la idea de destacar el hecho de que esta entrevista está destinada a cumplir un sólo fin: el primer diagnóstico y la fijación de un contrato, no que en psicoterapia jugará siempre además un rol terapéutico como lo evidencian los estudiosos destinados a evaluar diversos primeros entrevistas (3, 16). Se trata, entonces, de que en estos temas, que se se están incrementando por el efecto placebo del contrato inicial, se evite el terapeuta y se evite cualquier intervención adicional, por ejemplo, de un "buen día".

Hay que tener presente cuando se habla de entrevistas, y esto para iniciar psicoterapia, se de orientaciones y direcciones, que está que se encuentran en este trabajo. Al igual que en otros trabajos, se trata de una lista tentativa que está en constante evolución. Esta lista de entrevista una alianza sólida para poder en la entrevista primer entrevista. Con este estilo de el trabajo orientado que se evidencia primero en el índice de intervenciones, tal como en los otros trabajos a final de estas entrevistas.

En base a este conocimiento creemos que una primera entrevista para psicoterapia debe ser posible estructurarse de forma clara, con reglas propias que la distinguen de las otras formas de entrevista inicial.

Desde nuestra perspectiva, esta entrevista, para ser sólida, debe cumplir un buen número de reglas de base:

1. Orientación específica sobre el inicio a partir de los datos estructurados por el paciente.

2. Clarificación inicial del terapeuta acerca de la problemática personal y de la orientación terapéutica que se desprende del diagnóstico de la misma.

3. Especificación conjunta de una propuesta mediante un contrato claro.

4. Formas claras y generales sobre el sentido y los objetivos que se persiguen en la relación terapéutica que se va a iniciar y mantener.

Capítulo 4

LA PRIMERA ENTREVISTA

En nuestros estudios sobre psicoterapias se destaca progresivamente con mayor evidencia el papel crucial que desempeña el primer contacto con el paciente. En base a nuestra experiencia asistencial, coincidente con los hallazgos de diversos autores (3,4,11), pensamos que el manejo que haga el terapeuta de esa primera entrevista puede tener una influencia decisiva en la, continuidad o abandono del tratamiento y, de ser mantenido, en la eficacia que alcance el proceso terapéutico.¹

De materiales estudiados en supervisiones y grupos de trabajo sobre psicoterapias, se revela que no está suficientemente explicitado cómo debe ser una primera entrevista para estas terapias, cuáles son sus necesidades específicas y sus condiciones de eficacia; tampoco si tal entrevista puede tener una estructura definida. Con frecuencia, en la práctica asistencial, esta entrevista aparece confundida con el esquema tradicional de historia clínica, o bien con cierto estilo de primera entrevista psicoanalítica. En el primer caso se opera con un modelo que definiría a la entrevista sobre todo como fuente de información -y cuanto más minuciosa mejor-, lo que lleva a invertir varias horas en la recolección enciclopédica de datos sobre la vida del paciente (modelo de historia clínica). En el segundo se tiende a dar a ese primer contacto el carácter de fuente primordial de datos para el

¹ El problema de las deserciones es de una magnitud inquietante. Varios estudios muestran que de cada 100 pacientes que concurren a primeras entrevistas de distintas instituciones, entre 30 y 65 abandonan inmediatamente (4,17). No hay duda de que el fenómeno deserción está multideterminado, y entre las variables a considerar concurren: tipo de paciente, grupo familiar, condiciones culturales y socioeconómicas, características de la institución y del terapeuta. Aquí vamos a destacar el papel particular que puede jugar otra de las variables intervinientes: el tipo de primera entrevista.

terapeuta "que ya en su momento se le devolveran al paciente", y como ocasión de un acuerdo formal (aceptación del encuadre y citación para la primera sesión), con la idea de que "el material vendrá después, y sólo con el avance del proceso se verá con más claridad". En estos casos lo que no aparece (y creemos que en parte por hipertrofia y traslado mecánico de la necesaria dosis de ambigüedad y parquedad del analista en el contexto de su técnica) es, por ejemplo, todo lo que el paciente, para iniciar una psicoterapia, necesita saber del terapeuta, y aprender de él precisamente en ese encuentro inicial. í¹

En primer lugar importa destacar el hecho de que esta entrevista está destinada a cumplir no sólo funciones diagnósticas y de fijación de un contrato, sino que en psicoterapias jugará siempre además un rol terapéutico, como lo evidencian investigaciones destinadas a evaluar efectos de primera entrevista (6,16). Se trata, entonces, de que su acción terapéutica no se ejerza meramente por el efecto placebo del contacto inicial, sino que el terapeuta pueda además realizar intervenciones adecuadas, potenciadoras de ese efecto.

Hemos venido experimentando un estilo de entrevista, ya sea para iniciar psicoterapia, ya de orientación y derivación, que es el que expondremos en este trabajo. Múltiples observaciones clínicas nos han permitido comprobar que este enfoque ha significado crear de entrada una alianza sólida para poner en marcha el proceso terapéutico. Con este estilo de trabajo constatamos una reducción marcada en el índice de deserciones, incluso en los casos derivados al final de tales entrevistas.

En base a esta experiencia creemos que una primera entrevista para psicoterapia debe y puede estructurarse definidamente, con rasgos propios que la distinguen de los otros tipos de contacto inicial.

Desde nuestra perspectiva, esta entrevista, para ser eficaz, debe *cumplir en fases sucesivas varias tareas*-.

1. Diagnóstico aproximativo inicial a partir de los datos aportados por el paciente.

2. Clarificación inicial del terapeuta acerca de la problemática planteada y de la orientación terapéutica que se desprende del diagnóstico de la misma.

3. Elaboración conjunta de ese panorama mediante progresivos reajustes.

4. Logro de acuerdos generales sobre el sentido y los objetivos que se asignarían a la relación terapéutica que se proponga instalar entre ambos.

5. Acuerdos específicos sobre las condiciones de funcionamiento de esa relación (contrato).

6. Anticipaciones mínimas sobre el modo de conducir la interacción en la tarea.

Estimamos necesarias algunas aclaraciones sobre este esquema de primera entrevista:

- El orden en que proponemos las fases sigue una progresión lógica; ésta, sin embargo, no puede ser rígida, unidireccional, ya que la discusión de cada punto lleva a reajustar con nuevas precisiones los anteriores.

- El tiempo que deba ocupar el terapeuta para cumplir el proceso implicado en este conjunto de tareas puede variar según su experiencia, grado de formación y el tipo de paciente. *Lo esencial no es el tiempo, sino el proceso* que debe jugarse entre ambos a través de esas etapas, *los objetivos a cumplir antes de poner en marcha el tratamiento.* (Desde luego, si puede condensarse ese proceso, mayores son sus posibilidades de eficacia, por la íntima solidaridad que existe entre sus fases y porque es preferible consolidar la alianza terapéutica sin dilación.)

- Nuestra discusión se basa principalmente en experiencias de psicoterapia individual de esclarecimiento. Pero la consideramos extensible en buena medida para otras psicoterapias de tiempo limitado, como las de grupos y familias.

- Lo que exponemos no es *el* esquema sino *un* esquema de entrevista que intenta organizar datos de nuestra experiencia personal y de varias investigaciones sobre el tema. El grado de generalización al que pueda aspirar este esquema deberá verificarse mediante investigaciones más rigurosas que las del método clínico con el cual registramos nuestras observaciones.²

Pasamos a comentar las diferentes fases o momentos de la primera entrevista antes delineados.

² Tales investigaciones deberán mostrarnos, por ejemplo, si lo que ahora puede proponerse como un esquema general de entrevista, deberá resolverse en una diversidad de tipos de entrevista ajustados según variaciones en la diada: tipo de paciente-tipo de terapeuta.

1. El diagnóstico.

La información que proporciona el paciente

Creemos que es función de una primera entrevista establecer el diagnóstico del paciente en tres planos fundamentales:

- a) *Clinico y psicodinámico*. La búsqueda inicial orientada a una primera síntesis diagnóstica puede localizarse en la recolección selectiva de datos referentes a:

1. *Síntomas principales* que motivan la consulta, tiempo de evolución y circunstancias de variación, supresión o agravamiento.

- 2. *Grupo familiar* del paciente, estructura, jalones en su evolución, enfermedades importantes, clima emocional, roles.

3. *Relación éxito-fracaso* en la conducta del paciente referida a diversas áreas adaptativas y con perspectiva evolutiva: maduración, juegos, estudio o trabajo, sexualidad, sociabilidad, autoestima. (Esto equivale a evaluación del yo.)

- 4 *Aspectos interaccionales* de la conducta del paciente *en la entrevista* (modalidades de la comunicación, datos transferenciales y contratransferenciales, identificación de estructuras de conducta predominantes).

La búsqueda de datos sobre cada uno de estos planos debe ser necesariamente selectiva, guiada por una actividad de análisis y síntesis constante del terapeuta que se dirija hacia la construcción de un modelo comprensivo preliminar global, etiopatogénico, clínico y psicodinámico.³ Este modelo se condensaría en una interpretación panorámica inicial [ejemplo I]. En el proceso de armado progresivo cada pieza sugiere el carácter del dato inmediatamente necesario. El paciente registra siempre la presencia o ausencia de esta actividad orientadora del terapeuta con una clara alternativa: experimentar la seguridad de que está con un experto que “sabe adonde va”, o la sensación opuesta de malestar, incertidumbre y confusión, que puede hacerlo dudar de la idoneidad del terapeuta. [En este sentido, las declaraciones de pacientes que abandonan después de la primera entrevista son altamente ilustrativas (11).]

Una intervención útil del terapeuta destinada a evitar la incertidumbre inicial y sus riesgos consiste en comenzar encuadrando esta

³ Se trata, desde luego, de una primera aproximación, susceptible de ulterior enriquecimiento y reajustes por los datos que aporten otros métodos (psicodiagnósticos, entrevista familiar) así como las entrevistas posteriores.

primera entrevista, en aclarar el sentido de la misma y los pasos que habrán de recorrerse para lograr sus objetivos.⁴

• *b) El diagnóstico de la motivación y aptitudes del paciente para la psicoterapia.* Creemos que el concepto de motivación para el tratamiento no ha recibido aún en nuestro medio toda la atención que merece. Con este término se abarcan comúnmente diversos aspectos de la conducta del paciente, sus expectativas de curación, su disposición a aceptar la psicoterapia, sus aptitudes para participar en la misma de modo activo. Algunos autores han hecho hincapié especialmente en los *componentes inconscientes* de la conducta con el terapeuta, en particular destacando la importancia de la transferencia inicial y las fantasías de enfermedad y curación con las que llega el paciente a la consulta (7,13). Otros autores subrayan el papel de las aptitudes o capacidades yoicas del paciente, reforzables en sus *aspectos conscientes*. Con este enfoque (12,13), un paciente está bien motivado para iniciar una *psicoterapia de esclarecimiento*, si se pueden identificar en él:

1. El reconocimiento del carácter psicológico de sus trastornos.
2. La capacidad de introspección y su disposición a transmitir con honestidad lo que pueda reconocer de sí mismo.
3. El deseo de comprenderse, la actitud de participación activa en la búsqueda.
4. La disposición a experimentar, a ensayar cambios.
5. La esperanza de que el tratamiento logre resultados positivos.
6. La disposición a realizar ciertos sacrificios para acceder a esos logros.

Si el paciente carece de estas condiciones, entonces deberá descartarse la indicación de técnica de esclarecimiento. Podrá beneficiarse en cambio con una psicoterapia de apoyo, directiva, supresiva de síntomas.

En conjunto lo que se requiere es evaluar la aptitud del paciente para establecer un compromiso de trabajo y para extraer provecho de la experiencia terapéutica. Como indicadores pronósticos de la respuesta al tratamiento, en base a los cuales sea posible seleccionar

⁴ La entrevista tiene una tarea: el diagnóstico y la orientación terapéutica. Pero se requieren tareas destinadas a *crear las condiciones* adecuadas para el cumplimiento de aquella función principal. Todas las explicitaciones que haga el terapeuta sobre método y fines de la entrevista son esenciales para crear tales condiciones. *La lucha contra la ambigüedad* debe ser, desde el comienzo, un principio rector en psicoterapia

adecuadamente a los pacientes, *ambas series de parámetros (conscientes e inconscientes) requieren ser tomadas en consideración*. Lo que ocurre, creemos, es que los criterios listados en el enfoque “yoico” de la motivación son suficientes para pronosticar el paciente apto, porque si tales conductas están presentes, llevan consigo implícitamente fenómenos transferenciales y fantasías de enfermedad y curación compatibles con el aprovechamiento de la experiencia terapéutica. Pero, sin embargo, esa serie de aspectos manifiestos, útil para perfilar el paciente ideal, es insuficiente para comprender todos los planos de dificultades potenciales a evaluar en numerosos pacientes *problemáticos*. Con estos pacientes *-problemáticos* desde el punto de vista de su motivación para el tratamiento- es con quienes más hace falta recordar que el diagnóstico de esa motivación no puede ser estático, en base a lo que el paciente *trae* a la entrevista, es decir, individual o intrapersonal, sino que debe ser puesto a prueba como fenómeno interfaccional, con todo lo que el terapeuta pueda hacer para estimular su motivación⁵ (ejemplo II).

La motivación es un dato importante para la elección final del tratamiento, pero debe considerársele en relación con otros planos del diagnóstico y con datos emergentes en el proceso interaccional de la entrevista.

- c) El diagnóstico de las *condiciones de vida del paciente*. Nos referimos por una parte a las condiciones que se vinculan directamente con la posibilidad de que el paciente inicie y pueda mantener con regularidad un tratamiento que exige en general esfuerzos mayores que los tratamientos tradicionales en la práctica médica. Requiere sopesar estabilidad geográfica, horarios, situación económica, lugar de residencia, obligaciones familiares, y todos estos puntos no aislados, sino vistos en relación con los demás planos del diagnóstico. Pero además este diagnóstico hace a identificar factores patogénicos en esas condiciones de vida (que contribuyen a la enfermedad) así como los recursos del medio que puedan contribuir a la curación (potencial *terapéutico* utilizable de las condiciones de vida).

⁶ El estudio de procedimientos que permiten hacer de estos pacientes “difíciles” sujetos más aptos para la tarea psicoterapéutica, abre, por cierto, un capítulo de enorme importancia asistencial. En esta línea merece mencionarse a Arnold P. Goldstein y su equipo de la Universidad de Syracuse, que viene desarrollando amplias investigaciones sobre el tema (6). Estos estudios ponen de relieve que el contacto inicial condensa fenómenos interaccionales complejos, que hacen de la situación-primera-entrevista un campo dinámico muy rico, digno de una especial dedicación.

2. La información que devuelve inicialmente el terapeuta.

Clarificación del problema

y reforzamiento de la motivación

Así como para el terapeuta es esencial en el primer contacto conocer datos de la enfermedad, saber qué piensa el paciente de sus trastornos y cuáles son sus expectativas en cuanto al tratamiento, *también es esencial para el paciente conocer qué piensa el terapeuta* de todos esos puntos. La tarea de la primera entrevista (decidir si es factible constituir un vínculo terapéutico en base a cierta información compartida) encuentra su materia prima, en una primera fase, en la información que aporta el paciente orientado por el terapeuta. En este segundo momento la tarea pasa por el suministro de información que el terapeuta pueda ofrecer, por su capacidad de respuesta a los interrogantes del paciente. Esta reciprocidad de derechos a la mutua información nos parece una regla interaccional distinta de esta primera entrevista. Dentro del desnivel de roles insalvable, esta entrevista necesita funcionar con la mayor simetría posible (en las sesiones que le siguen, la asimetría del vínculo está destinada a acentuarse, entre otros aspectos, por la combinación selectiva que podrá hacer el terapeuta entre respuestas en lo manifiesto e interpretaciones sobre lo latente o entre interpretaciones de contenido y de forma). En esta fase de la entrevista corresponde al terapeuta ofrecer al paciente una imagen global, introductoria, pero lo más precisa posible, acerca del diagnóstico en primer lugar, y del pronóstico ligado a una perspectiva de tratamiento. Al decir diagnóstico nos referimos en primer término al dinámico, que se expresa en la formulación interpretativa de una conflictiva nuclear, unificadora de los problemas relatados por el paciente. Pero ligada a esa formulación global, se requiere el trazado de una perspectiva terapéutica, que sugiera tipo de tratamiento, tiempo de duración aproximado y objetivos que se propondrían para el mismo.

3. Confrontación entre las expectativas del paciente

y la perspectiva del terapeuta.

Reajustes y búsquedas de acuerdos

Entendemos que un momento previo esencial para cualquier proposición concreta sobre tratamiento, consiste en la instalación deliberada por parte del terapeuta de un diálogo abierto entre ambos acerca de las mutuas expectativas. Dos personas que llegan a esa relación con una cosmovisión (11, 15), experiencias e información (3) muy

distintas sobre psicopatología y psicoterapia, necesitan arribar, por sucesivas aproximaciones, antes que a rápidos acuerdos, a una zona de encuentro de las diferencias de perspectiva entre ambas, localizar las discrepancias y enfrentarlas. De lo que se trata es de despejar el campo de confusiones, ambigüedades y desacuerdos implícitos, todos factores de interferencia para un eficaz cumplimiento del contrato y para el funcionamiento del proceso terapéutico. El papel del terapeuta es alentar aquí al paciente a que cuestione, plantee dudas y objeciones a todo lo expuesto. Porque el problema no consiste sólo en ver *qué necesita* hacer el paciente sino en considerar, además, *qué está dispuesto él a hacer*, cuáles son sus disposiciones y sus dificultades para tratarse (ejemplo II). La importancia de este momento de intercambio es crucial; en él se decide la consolidación de una alianza terapéutica. Mientras el tratamiento a proponer no satisfaga ciertas expectativas del paciente, el riesgo de abandono es inminente (10). (Véase ejemplo clínico IV.) Un estudio de deserciones en 100 pacientes ambulatorios (3) mostró que los terapeutas con mayor índice de deserción (46%) tuvieron con los pacientes una actitud rígida, poco comunicativa, comparada con los de índices más bajos (16%). Destacamos la existencia de varios niveles de acción sobre el paciente implicados en la apertura de un diálogo acerca de sus expectativas de tratamiento. Este diálogo cumple una función clarificadora, capaz de reforzar la motivación inicial para aceptar psicoterapia. La búsqueda activa por parte del terapeuta de las dudas del paciente tiene también una función de apoyo, de continencia dirigida a partes infantiles del paciente; hay alguien que recibe con sus conocimientos y con su tolerancia a *un chico* que duda, que tiene incluso desconfianza hacia él y su tratamiento.

La clarificación de expectativas no sólo permite consolidar el vínculo; cumple además una función terapéutica específica: una determinada imagen de futuro pasa a incluirse activamente en el presente de la tarea (5). Hay evidencias experimentales de que la explicitación de resultados esperables del tratamiento se vincula significativamente con mejores resultados. (Véase ejemplo clínico V.)

En todo este proceso de intercambio es importante que *la apertura del terapeuta a las objeciones del paciente sea real y sincera*; que la libertad de decisión del paciente sea tangible y no meramente formal. Para ello, sus dudas conscientes deberán ser consideradas antes que nada en sus aspectos adultos y conscientes, y deberán recibir antes que nada información. Cualquier apresuramiento interpretativo del terapeuta podrá ser vivido como una intrusión aún no *autorizada* por el paciente, como un desconocimiento de sus partes adultas. Esto es decisivo, en cuanto un aspecto importante de la alianza terapéutica

se establece con las partes adulta» del paciente. En nuestra experiencia de primeras entrevistas, esta fase ha girado alrededor de problemas tales como: “Dr. yo temo que en el tratamiento usted me obligue a divorciarme como única solución para mis angustias” o “escuché en un programa que si uno se mete en estos tratamientos después no puede dejarlos más, así que yo no sé tampoco...” *Algunas de estas reservas hubieran actuado subrepticamente, como resistencias más oscuras, de no haber sido activamente indagadas en el primer contacto.* Sólo mediante este proceso que logre instalar un vínculo, y hacerlo confiable mediante la clarificación de sus sentidos y alcances, es posible para el paciente aceptar la proposición concreta de un contrato terapéutico de un modo más sólido (ejemplo VI).

4. Proposición de un contrato terapéutico.

Anticipaciones sobre la tarea

Si se llega a proponer un contrato terapéutico a través del proceso descrito de explicitaciones y acuerdos generales, los aspectos de detalle sobre el tratamiento a iniciar pueden ocupar un breve lapso. Comprenden especificaciones sobre horarios (frecuencia y duración de las entrevistas), eventualmente honorarios y duración del tratamiento.

Se ha señalado la utilidad de ofrecer al paciente una preparación mínima para facilitar el comienzo de su psicoterapia. El momento final de la entrevista, aceptando este criterio, consiste en indagar qué información tiene el paciente sobre el funcionamiento de la relación terapéutica. Para el paciente no informado, el terapeuta podrá anticipar someramente el carácter de la tarea y los respectivos roles de la misma. Puede apreciarse el sentido de este tipo de preparación en el método desarrollado por un equipo que trabaja en psicoterapias breves en Baltimore, EE.UU. (4, 5, 7). Se trata de una entrevista denominada “entrevista inductora del rol del paciente”, en la que un miembro experimentado del *staff* instruye a los pacientes, inmediatamente después de su admisión para psicoterapia, acerca de los siguientes aspectos:

- a) Visión general de la psicoterapia como método de aprendizaje.
- b) Caracterización de los respectivos roles, paciente y terapeuta, aclarando qué conducta se espera de cada uno.
- c) Anticipación del surgimiento de fenómenos resistentes, sobre los que se aclara que son universales, y que lejos de indicar mal curso del tratamiento son un reflejo del grado de compromiso con el mismo.

d) Formulación realista de las expectativas sobre resultados a lograr en pocos meses de psicoterapia. Al alta el paciente no habrá eliminado sus problemas, pero el proceso de aprendizaje vivido le ayudará a enfrentarlos mejor.

Una investigación evaluó los resultados de la psicoterapia en un grupo de pacientes que tuvieron la entrevista *inductora* y los cotejó con los de otro grupo (control) que no tuvo esa entrevista. Ambos grupos eran comparables en cuanto a patología, clase social, sexo, edad, etc., y la psicoterapia empleada fue la misma. El grupo experimental (motivado o *inducido*) obtuvo del tratamiento mayores beneficios: mostró mayor facilidad para funcionar en la relación terapéutica, concurrió a las sesiones con mayor regularidad y presentó una mejoría más marcada en cuanto a alivio de síntomas y a reajuste social.

Papel de la interpretación en primera entrevista. A lo largo de nuestros comentarios hemos señalado el papel que desempeñan en la entrevista reformulaciones, preguntas, sugerencias, informaciones aportadas por el terapeuta. Las condiciones y posibilidades de la interpretación merecen, creemos, una atención particular. En primer lugar *la posibilidad* de manejar la entrevista con un enfoque interpretativo enfrenta el riesgo de una reacción negativa del paciente, quien puede sentirse invadido en exceso, o descalificado en sus ideas sobre su propia situación, antes de haber conocido y aceptado las reglas de juego de una relación terapéutica (1). Alertamos sobre el carácter descalificador que puede asumir el manejo interpretativo en un contexto que no es el de una sesión de psicoterapia, sino el de una consulta orientadora. Pero teniendo en cuenta las características de este otro contexto, que exige un manejo cuidadoso de la interpretación, la *necesidad* de que el terapeuta interprete resulta ineludible en dos aspectos:

a) Alrededor del diagnóstico es fundamental que el terapeuta pueda ofrecer, aun con las limitaciones de los datos que extrae en un lapso breve, ya una visión panorámica del sentido de la enfermedad, de la conflictiva central ligada al motivo de consulta. Esta interpretación proporciona una imagen nueva de los trastornos (función esclarecedora) a la vez que ofrece un ejemplo de lo que puede ser el proceso terapéutico (función didáctica y reforzadora de la motivación). Construye además el cuadro global comprensivo del que se desprenden los objetivos y la estrategia terapéutica (función diagnóstica de las aptitudes del paciente, importante indicador sobre el tipo de técnica a elegir).

b) Frente a algunos de los obstáculos que interfieren la posibilidad del paciente en aceptar un tratamiento y comprometerse en el contrato terapéutico, la interpretación transferencial puede desempeñar con frecuencia un papel decisivo. Su función es neutralizar ansiedades ligadas a fantasías transferencial es intensas que pueden precipitar el abandono a breve plazo. Está destinada a reforzar la motivación para el tratamiento, y sólo en un plano secundario a clarificar en sí aspectos de la conducta del paciente, tarea que requiere un *timing* mínimo. Lo esencial en primera entrevista es instalar el vínculo y esclarecerlo en su sentido y alcances. Para comprender en conjunto la conducta del paciente está el resto del proceso terapéutico.

Comentarios y ejemplos clínicos

1. Un ejemplo de interpretación panorámica inicial, en primera entrevista. Se trata de una paciente soltera, de 20 años, de una familia del interior mal constituida, que dejó su casa a los 10 años y encontró hogar con una pareja de edad mayor, sin hijos, que la adoptaron como ahijada. Los síntomas motivo de consulta son angustia y depresión vinculadas con haber tenido relaciones sexuales con un muchacho que luego la dejó. La paciente piensa que lo que la afecta es la culpa por sus relaciones sexuales. En la entrevista ofrece información más detallada sobre su infancia y su vida actual. La interpretación del terapeuta expresa: "Seguramente la culpa que usted tiene por esta experiencia de comienzo sexual es importante. Pero esto está ligado no sólo a que lo sexual haya sido para usted siempre algo malo, prohibido, sino con otros aspectos suyos: la moral dudosa que observó en su madre, por un lado, con todo lo que usted la habrá criticado. Por otro, con el hecho de que pasar a tener vida sexual es en cierto sentido dejar de ser nena, es como un paso de crecimiento, y esto debe angustiarla porque le anuncia la posibilidad de que usted tenga que dejar a sus padres adoptivos, pero ya no 'por haber pecado', sino 'por haber crecido'".

En este ejemplo puede verse que la interpretación panorámica interpreta los síntomas como expresión de un conflicto nuclear, vincula componentes arcaicos y actuales del conflicto, incluye la lucha de elementos regresivos y adaptativos en la conducta. Devuelve al paciente, de entrada, una imagen global retraducida de su situación. Lo decisivo de su efecto no está tanto en la profundidad con precisión de matices de sus diversos componentes, como en el hecho de que apunta, desde el comienzo, a pensar en la situación como una totalidad que incluye numerosos parámetros; es decir, que organiza ya -aunque sea "en borrador"- una estructura.

II. Se trata de una paciente "difícil" desde el punto de vista de su motivación y aptitudes para psicoterapia. Una mujer de 40 años concurre a la consulta privada por angustia y depresión intensas, ligadas a una reciente agudización de conflictos conyugales de larga data. No puede iniciar un tratamiento largo porque 9 meses después partirá en un viaje (ya organizado) que le ocupará todo el año siguiente. Tampoco puede aceptar un contrato terapéutico de tiempo limitado: la sola idea de fijar días y horas regulares de sesión le produce una angustia intolerable. Por esa razón había consultado a varios médicos sin poder iniciar tratamiento. La paciente mostraba en sesión conductas fóbicas e histéricas. El terapeuta entendió que la dificultad más inmediata residía en una severa claustrofobia frente al encuadre. Debí atender entonces a varios planos de problemas planteados. La paciente pedía ayuda y aclaraba que la ayuda ofrecida hasta ahora -con encuadrenos no podía aceptarla. Su fobia al vínculo terapéutico la llevaba a menudo a negar que realmente lo necesitara, y a la vez consultaba porque así no podía seguir. El terapeuta trabajó entonces primero en la dirección de darle mayor conciencia de enfermedad y de necesidad de tratamiento. Luego debí ofrecerle un vínculo *abierto*, esto es, sin compromisos: no habría entrevistas con horarios preestablecidos. Se darían cuando las posibilidades de ambos coincidieran y siempre frente a un nuevo llamado de la paciente.

El trabajo sobre estos problemas, analizando las resistencias de la paciente al tratamiento, sus ansiedades fóbicas transferenciales, discriminando con ella diferentes aspectos del problema -aceptar- tratamiento insumió ocho entrevistas realizadas del modo irregular acordado durante dos meses. Simultáneamente fue medicada. Al cabo de este periodo de trabajo, la paciente pudo aceptar una psicoterapia de tiempo limitado, con sesiones regulares a horarios fijos. Los resultados fueron estimados, al terminar ese lapso, como moderadamente satisfactorios: alivio sintomático, mayor comprensión (no resolución) de su problemática de pareja, recuperación de actividades que tenía abandonadas. En un seguimiento al regreso de su viaje, y a la luz de su experiencia posterior, la psicoterapia fue estimada como muy productiva.

III. Este es un ejemplo de psicoterapia abreviada por decisión del paciente, en la que hasta la última sesión ambos participantes mantuvieron diferentes expectativas sobre el tratamiento sin explicitación previa de sus discrepancias.

Una paciente de 22 años concurre a la consulta hospitalaria por un estado de angustia que la afecta en los últimos meses (nerviosismo, insomnio, cefaleas) a partir del momento en que tuvo que abandonar un trabajo bien remunerado porque le pareció que la empresa andaba en negocios *turbios*. Su ingreso era el más importante de su casa, ya que sus padres y hermanos menores tienen ocupaciones irregulares, mal pagas. Ella es la responsable de la casa, en quien todos se apoyan. Piensa casarse en los próximos meses. El terapeuta pide una serie de datos *standard* para confeccionar la historia clínica, luego mayores especificaciones sobre los problemas actuales, y cita a la paciente para la segunda entrevista, "para continuar viendo su situa-

cuón. La medica con un ansiolítico. No propone un contrato terapéutico ni especifica aún objetivos. Pero su expectativa es poder esclarecer a la paciente sobre el significado oculto de sus síntomas. Cuando a la segunda entrevista, la paciente concurre “muy mejorada” esto le disgusta, nota que la paciente se va a querer ir pronto. Se suceden cuatro sesiones en las que el foco se centra en el problema de su casamiento y la culpa que puede sentir por dejar a su familia. En la sexta y última entrevista, la paciente informa que su mejoría se ha acentuado, consiguió un nuevo trabajo mejor remunerado y ha visto con su novio una casa adecuada para sus necesidades. Se está desprendiendo de su propia familia y comprueba que solos se arreglan. Piensa que el tratamiento “ha cumplido su misión”. El terapeuta se inquieta, no puede dejarla ir así, “tan rápido, sin terminar de ver sus cosas”. La paciente aclara que tiene que interrumpir porque su trabajo le ocupa el horario de hospital y porque conseguir lo que logró es todo lo que ella esperaba. El terapeuta acepta (no tiene otra alternativa) y se queda entre intrigado y frustrado, no cree que se haya completado un tratamiento, pero tampoco tiene certeza de que vaya a haber recaídas como para tratar de retener a la paciente. Es evidente que el terapeuta basa sus expectativas en un esquema de cambios por *insight*, inadecuado para comprender otros fenómenos, concurrentes a la mejoría, que han podido movilizarse en este lapso breve.

IV. Los abandonos suelen ser muy ilustrativos de la problemática de primera entrevista.

Un paciente de treinta años consulta por angustia y depresión desde hace seis meses, que ha ido en aumento hasta entorpecerle sus rendimientos, razón por la que decide finalmente consultar. Se ha separado hace un año de su esposa y un hijo de dos años. La separación se produjo tras tres años de matrimonio con dificultades de comunicación y desacuerdos en cuanto al modo de vivir en cada uno. Finalmente hubo infidelidad, por parte de la mujer, que precipitó la separación, aunque el relato es poco preciso en cuanto a los hechos que desembocaron en la ruptura. El paciente se aferró al principio al trabajo y a una vida social intensa, lo cual no impidió el progresivo debilitamiento de sus fuerzas y la aparición de sintomatología depresiva, que él relaciona más que nada con el hecho de que extraña a su hijo, a quien ve una vez por semana. Su historia personal impresiona. Su madre era prostituta, con una vida muy irregular: no conoció a su padre. Se crió pasando de una familia a otra con intervalo de meses. Los cambios fueron permanentes. Finalmente, vivió desde los ocho a diez años con su abuela, con esporádicas reapariciones de la madre, hasta que dejó de verla por haberse ido ella a vivir en el extranjero, hace cinco años. Su abuela murió poco después. No tiene parientes. El paciente es muy eficiente en su trabajo y líder respetado en el grupo social en que actúa, que es “todo para él”. Viene al hospital para que le den algún medicamento que le alivie los síntomas, sobre todo sus crisis de angustia. No sabe a qué se deben, ni se lo imagina. Durante el proceso de contacto inicial (primeras tres entrevistas) se le prescriben ansiolíticos y el paciente se siente considerablemente aliviado. A

Las pocas sesiones da a entender que ya esta mejor, que el tratamiento ha cumplido sus objetivos. El terapeuta entiende que aceptar sólo el cambio sintomático como fin del tratamiento no es bueno, que este paciente tiene problemas importantes que elaborar. Trata de esclarecer el significado de los síntomas y orienta la relación hacia una terapia de esclarecimiento (*insight*). El paciente falta a las sesiones siguientes. El terapeuta lo cita, concurre a una y vuelve a faltar. El paciente dice que ya “se siente bastante bien”, que es mejor suspender allí. El terapeuta se inclina a considerar esta deserción como un fracaso del tratamiento. A esta altura y con estos datos, debemos preguntarnos dónde está el “fracaso”.

Queremos subrayar la ausencia de acuerdos preliminares, necesarios para que un tratamiento determinado, con objetivos explícitos aceptados por ambos, se ponga realmente en marcha. A través de esas pocas entrevistas, paciente y terapeuta han mantenido expectativas diferentes sobre la tarea que tienen en común. No es posible pasar por encima de este desacuerdo básico: antes que dirigir la atención del paciente hacia los contenidos de la enfermedad con mayor especificación, es necesario establecer acuerdos sobre la naturaleza y los fines del vínculo terapéutico.⁶

V. Una paciente soltera, de treinta y cuatro años, es internada en el hospital por intento de suicidio grave con barbitúricos; se precipitó por fracaso de pareja y por resultarle intolerable convivir con su madre (severa melancólica que descargaba toda su depresión en la hija). Desde hace cuatro meses ella quería irse a vivir sola, pero la madre insistió que eso la *enfermaría*, creando mucha culpa en la paciente y sensación de impotencia para dar ese paso. En las primeras entrevistas, después de estudiar todos los elementos comprendidos en su historia, sus médicos (de planta y residente) le formularon explícitamente los objetivos: internación durante dos o tres meses para aliviar su depresión, elaborar la culpa frente a su madre por irse a vivir sola, ver posibilidades futuras con su profesión (nunca ejercida) y ver el modo de que con el alta la paciente pudiera

⁶ Una consideración adicional sobre este caso y el problema de los objetivos limitados al alivio sintomático; entendemos que la conducta de este paciente transmitía un mensaje: no estaba en condiciones de soportar una ruptura de sus defensas uaniácas y obsesivas frente a su separación. Tal vez el mensaje reflejaba el grado de tolerancia a la ansiedad que la economía psíquica del paciente podía soportar.

Podemos suponer que sólo frente a un alivio de su herida narcisista (de haber quedado solo “otra vez en la vida”), como podría proporcionárselo el encuentro de una nueva pareja, recién entonces pueda el paciente tolerar esa movilización de ansiedades que significa enfrentarse con toda su vida de abandonos y pérdidas.

Cuando hablamos de motivación para el tratamiento, deberíamos incluir como una dimensión fundamental de lo que se llama “disposición a indagar sobre sí mismo” una particular componente dinámica de esa disposición que es la *tolerancia a la movilización de ansiedades de una determinada estructura de personalidad en una específica situación vital*. Cambios en la situación vital pueden acarrear variaciones en el grado de tolerancia a la ansiedad, y en consecuencia modificar la motivación para el tratamiento.

efectivamente ir a vivir sola. (Entrevistas similares con el grupo familiar habían mostrado que la madre tenía una personalidad melancólica grave que hacía realmente muy difícil la convivencia con ella.)

La paciente aceptó los objetivos propuestos. Su evolución fue favorable, los objetivos se cumplieron. Continuó su psicoterapia en forma ambulatoria. A los 15 meses era notoria la consolidación de sus cambios adaptativos, familiares e intrapersonales (comenzó a trabajar con éxito, había incrementado su autoestima, vivía en forma independiente). En esa época comentó al terapeuta: “Creo que me ayudó mucho encontrar en el hospital algo bien concreto; que me plantearan metas definidas a conseguir. Antes yo había consultado a tres o cuatro psiquiatras que me daban algún medicamento y me decían cosas sobre mí, pero yo nunca supe adonde iban con todo eso. Siempre me acuerdo de la primera conversación que tuvimos cuando me interné; me dio mucha confianza porque yo vi que ustedes sabían a donde dirigir el tratamiento, que entendían bien lo que yo necesitaba”.

VI. En nuestra experiencia asistencial hospitalaria y privada hemos visto en primera entrevista de carácter diagnóstico, de orientación o ya para iniciar tratamiento, un número considerable de pacientes (no menor de seiscientos en ocho años). Un sector de ellos, aproximadamente cincuenta pacientes entrevistados en los últimos tres años merece especial atención. Se trata de personas que habían visto a uno o más profesionales (psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas), en las semanas últimas anteriores a la consulta. Interrogados sobre las razones de ese deambular por diferentes consultorios, con extraordinaria frecuencia las respuestas han sido: “Lo que me dijo no me dejó satisfecha, no aclaró mis dudas, me propuso que empiece el tratamiento y ya vería después.” “No me supo explicar qué es lo que tengo, si es grave, cuándo podré tardar en curarme.” “No me supo convencer de que yo debía comprometerme en un tratamiento así por tanto tiempo.” “No me aclaró qué se puede sacar de todo ese esfuerzo, qué voy a lograr.” “El trato no me gustó, muy frío, muy distante, yo no sabía si él me entendía en lo que me estaba pasando, ni si estaba de acuerdo o no con lo que yo le decía.” “No le vi mucho sentido a que yo fuera con todo este problema que me angustia tanto y él me empezara a preguntar de si me masturbaba de chica o si vi las relaciones sexuales de mis padres.” “Salí muy mal de esa entrevista, me hizo interpretaciones que me angustiaron mucho.”

No se trata por cierto de negar, como con frecuencia lo hace el paciente, el papel que en ese desencuentro pueden jugar sus propias resistencias. Pero lo que importa es ver que *además determinadas omisiones o actitudes rígidas del terapeuta hacen el juego a esas resistencias.*

Creemos que tales actitudes del terapeuta en lugar de apuntar a la consolidación de una buena *alianza terapéutica* contribuyen a crear en estos casos una poderosa *alianza resistencial*. Un índice de ello es que en la mayor parte de ese lote de pacientes que menciono,

las resistencias no fueron de la magnitud tal que les impidiera iniciar y conservar después una relación terapéutica. En este trabajo se discuten aspectos técnicos de la primera entrevista. Detrás de esos aspectos se esconden numerosos problemas contratransferenciales de instituciones y terapeutas cuyo estudio abriría seguramente un capítulo importante para la comprensión de deserciones y otras dificultades en psicoterapia. En buena proporción de estos casos -con varias primeras entrevistas frustradas- nos ha parecido detectable en la conducta de los entrevistadores, la actuación en el rol de un superyó rígido, exigente, más dispuesto a presionar que a elaborar con el paciente su entrada en el tratamiento.

En este aspecto, por cierto, pocas ideas nos impresionan tan verdaderas como la distinción de Ronald Laing: “el paciente, antes que un-objeto-a-cambiar, es una-persona-a-aceptar”.

Referencias bibliográficas

1. Arroyo, V., Fischer, L., Schwartz, N. y Wajssman, P., “Comienzo del vínculo terapéutico: el primer encuentro”, en Kesselman, H., *Psicoterapia breve*, Buenos Aires, Kargieman, 1970.
2. Bernstein, B., “Social Class, Speech Systems, and Psycho-therapy”, en Riessman, F.; Cohen, J. y Pearl, A., *Mental Health of the Poor*, Nueva York, Free Press, 1964, pp. 387-416.
3. Dymond Cartwright, R., “Psychotherapeutic Process”, *Ann. Rev. Psychol.*, 1968, 19, pp. 387-416.
4. Frank, J. y otros, “Why Patients Leave Psychotherapy”, *Arch. Neurol. Psychiat.*, marzo 1957, 77, pp. 283-299.
5. Frank, J., “The Role of Hope in Psychotherapy”, *Inst. J. Psychiatr.*, 5, 5, 1968, pp. 383-395.
6. Goldstein, A., “Maximizing the Initial Psychotherapeutic Relationship”, *Amer. J. Psychother.*, 1969, 23, 3, pp. 430-451.
7. Hoehn-Sarrie, R. y otros, “Systematic Preparation of Patients for Psychotherapy. Effects on Therapy Behavior and Outcome”, *J. Psychiat. Res.*, 1964, 2, pp. 267-281.
8. Hollender, M., “Selection of Patients for Definitive Forms of Psychotherapy”, *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, 10, pp. 361-369.
9. Holt, W., “The Concept of Motivation for Treatment”, *Amer. J. Psychiat.*, 1967, 133, 11, pp. 1388-1394.
10. Nash, E. y otros, “Systematic Preparation of Patients for Short-term Psychotherapy. II: Relation to Characteristics of Patients, Therapist and the Psychotherapeutic Process”, *J. Nerv Ment. Dis.*, 1965, 5, pp. 374-383.
11. Overall y Aronson, H., “Expectations of Psychotherapy in Patients of Lower Socioeconomic Class”, *Mental Health of the Poor*, pp. 76-87.

- of Short-term Anxiety Provoking Psychotherapy”, *Ciba Foundation Symposium on the Role of Learning in Psychotherapy*, Londres, 1968, pp. 87-96.
13. Sifneos, P., “The Motivational process. A Selection and Prognostic Criterion for Psychotherapy of Short Duration”, *Psychiat. Quart.*, 1968, p. 1-9.
 14. Sluzki, C., “Las psicoterapias y el medio hospitalario”, Instituto de Desarrollo Económico y Social, Coloquio Psicología y Sociología, Buenos Aires, 1964.
 15. Spiegel, J., “Some Cultural Aspects of Transference and Countertransference”, *Mental Health of the Poor*, pp. 303-320.
 16. Ulenhut, E. H. y Covi, L., “Subjective Change with the Initial Interview”, *Amer. J. Psychother.*, 23, 3, 1969, pp. 415-429.
 17. Vera, L. y Thieberg, J., “Un estudio sobre deserción de pacientes. Experiencia de residentes en consultorios externos de un hospital psiquiátrico”, *Acta Psiquiat, Psicol. Amer. Lat.*, 1970, 16, pp. 57-61.

Capítulo 5

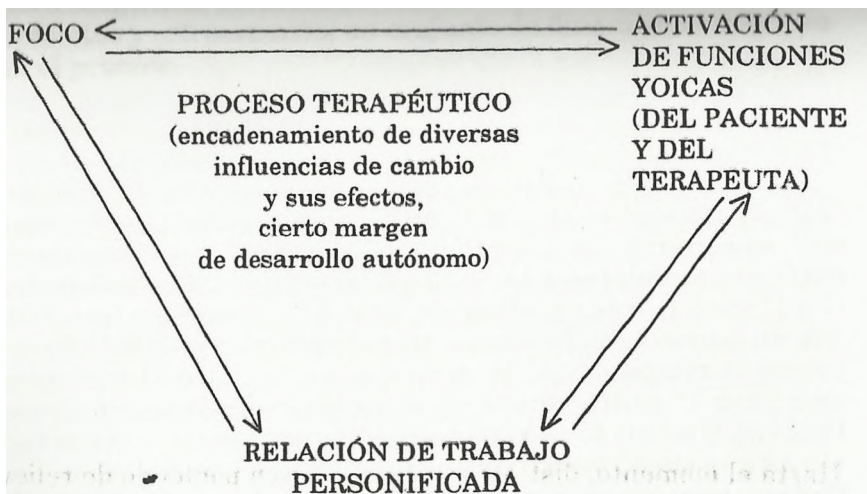
LOS EJES DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Hasta el momento, distintos trabajos vienen poniendo de relieve la existencia de un conjunto de mecanismos de acción propios de las psicoterapias. Numerosas observaciones clínicas revelan sin duda la presencia de un complejo entrecruzamiento de influencias de cambio (catarsis, *insights*, programaciones, cambios ambientales). Pero da la impresión de que saber que actúan en las psicoterapias mecanismos de acción múltiples es apenas una primera aproximación, constituye un saber vago, insuficiente; alude a una conjunción sin dar idea de su organización.

Podemos preguntarnos entonces si no será posible avanzar un poco más allá de este reconocimiento inicial (de que existe un conjunto de influencias de cambio) e intentar *localizar ciertos ejes* en el movimiento que impulsan aquellas influencias. Es decir, identificar ciertos fenómenos pilares que, también en movimiento, constituyan un marco en cuyo seno se organicen y desarrollen aquellas influencias múltiples y sus efectos. Podría verse en tal caso a aquellos fenómenos-ejes desempeñando el papel de organizadores de un proceso en el cual se acoplan y potencian fenómenos de cambio de distinto nivel, ritmo, intensidad y amplitud.

Desde esta perspectiva me parece posible definir los ejes del proceso en psicoterapia en estos términos: producir en el paciente *una activación de sus funciones yoicas*, mediante las cuales se haga posible *elaborar de modo focalizado* la problemática inserta en una específica situación vital, en base a la guía, el estímulo, y las realizaciones simbólicas del vínculo vivido en una relación de *trabajo personificada* con el terapeuta, con la *correlativa activación de las funciones yoicas de este último*.

Colocaré la relación entre estos ejes en un diagrama:



Nuestra definición surge de estudiar atentamente el desarrollo que empíricamente asumen numerosos procesos terapéuticos en los que aquellos elementos se recortan como primordiales (incluso en psicoterapias intuitivas o espontáneas, cuyo especial valor puede consistir en que, no trabadas por prejuicios teóricos, dejan lugar a una más libre emergencia de los fenómenos necesarios, específicos de este campo técnico).

La definición subraya tres pilares sobre los que se monta un sistema de influencias de cambio: activación yoica, elaboración de un foco, relación de trabajo. Estos constituyen una especie de trípode de sustentación del proceso; actúan instalando una estructura de tensiones activadoras recíprocas: es necesario un yo activado para focalizar la tarea, de lo contrario ésta se difunde sin límites; a su vez el trabajo en un foco refuerza al yo al proporcionarle un área en la que concentrar sus funciones; paralelamente la relación de trabajo solicita la cooperación de las capacidades yoicas y les ofrece como guía el modelo de la activación yoica del terapeuta, y como sustento las satisfacciones simbólicas que va operando el vínculo personificado.

De nuestra propuesta se desprende que para evaluar la marcha del proceso terapéutico (y esto es de importancia para la supervisión de ese proceso por otros o por el mismo terapeuta) es necesario evaluar inicialmente la eficacia con que se logre asentar cada uno de estos ejes, y luego el desarrollo de cada uno y de su relación con los otros. Tal evaluación debe permitir en primer lugar corroborar o

rectificar la indicación terapéutica: si no se cuenta con un potencial de funciones yoicas activables, si no existe posibilidad de delimitar un foco, si la relación de trabajo es excesivamente interferida por obstáculos transferenciales-contratransferenciales, será escasa la eficacia que logre una psicoterapia de esclarecimiento, haciendo por ello aconsejable el empleo de otro tipo de recursos técnicos.

Por otra parte, si esta caracterización del proceso terapéutico (entenderlo engarzado en la estructura asentada sobre aquellos ejes) es correcta, no se establecen de base diferencias cualitativas entre una psicoterapia breve (3 a 6 meses), una de plazo moderado (7 a 17 meses), o una prolongada (más de 18 meses) en la medida en que no surjan complicaciones transferenciales que interfieran en exceso la relación trabajo, dado que en ese caso el foco podrá ir ampliándose, podrán sucederse distintos focos a lo largo del proceso. Pero la estructura básica montada será esencialmente la misma. Tal vez esta sea una razón básica para que nuestra indagación teórico-técnica, que comenzó centrada en los procesos de psicoterapias breves, haya ido extendiendo muchos de los principios sustentables para aquellas técnicas al campo más amplio de las psicoterapias.

Mencionamos antes que la caracterización de aquellos ejes como organizadores del proceso abre la posibilidad de una tarea de evaluación clínica más rigurosa. Al identificar estos ejes estamos recortando parámetros referibles a indicadores empíricos no ambiguos, lo cual puede facilitar además la operacionalización de ciertas variables a los fines de elaborar diseños para investigar el proceso en psicoterapia. Lo significativo está en que las condiciones creadas por la organización convergente de aquellos ejes poseen una especificidad suficiente como para delimitar un campo dinámico propio. Este campo a su vez puede verse como el ámbito común a un vasto conjunto de recursos técnicos. El movimiento de aquellos ejes tiene, en las psicoterapias de esclarecimiento, por ejemplo, su principal— pivote en las activación yoica. Sobre los mismos ejes, las medidas dirigidas al ambiente (trabajo social) así como las psicoterapias directivas, concentran su acción, en cambio, sobre la situación focal. En este caso la relación de trabajo se organiza según características de esa situación y las actividades yoicas que se obtienen son consecuencia de la experiencia de modificaciones concretas introducidas en el foco. Es tal vez el compartir esa estructura organizadora de sus diversas influencias lo que permite englobar a una vasta familia de recursos técnicos en el campo más amplio de las psicoterapias.

En los capítulos siguientes, se discutirán aspectos teóricos y técnicos vinculados con cada uno de aquellos ejes. Luego será necesario enfocar el problema de los cambios en el proceso terapéu-

tico para identificar mecanismos de accion, efectos, encadenamientos de efectos y retroacciones, un conjunto de dinamismos movilizados en el proceso.

Capítulo.6 EL CONCEPTO DE FOCO

El concepto de foco, empleado con frecuencia en trabajos técnicos mantiene hasta ahora un *status* teórico impreciso, ya que en las referencias al mismo coexisten criterios sintomáticos (“los síntomas salientes que motivan la consulta” o “los puntos de urgencia”), interaccionales (“el conflicto interpersonal que desencadena la crisis”), caracterológicos (“una zona de la problemática del paciente que admita su delimitación de otras zonas de la personalidad”), propios de la diada paciente-terapeuta (“los puntos de interés aceptables para ambos”) o técnicos (“la interpretación central en la que asienta todo el tratamiento”) (11, 19, 3). En el campo de las psicoterapias, estos criterios se yuxtaponen sin establecer ligazones entre sí. Lo que esta pluralidad de conceptos deja entrever es que foco puede aludir a una organización compleja de la cual aquellos criterios recortarían fragmentos. Discutiremos aquí la posibilidad de trabajar sobre cierto modelo teórico de foco que encuentre para aquellos referentes un orden unificador, proponer una estructura que organice un campo común diagnóstico y terapéutico.

En primer lugar cabe subrayar el origen eminentemente empírico del concepto de foco. El trabajo psicoterapéutico se orienta siempre (y a menudo de modo intuitivo) hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente. Los primeros registros sistemáticos de una experiencia clínica con psicoterapias breves, por ejemplo, muestran que la modalidad asumida por la tarea en sesión es la de una “focalización”, un diafragmado en la óptica del terapeuta que induce la concentración selectiva del paciente en ciertos puntos de su problemática (1). Más aún, los pacientes tienden naturalmente, de entrada, a mantener una focalización. La posibilidad de organizar el relato, seguir una línea directriz, seleccionar recuerdos e imágenes, depende de cierta fortaleza en las funciones yóicas

adaptativas.¹ Solo en pacientes con marcada debilidad yoica puede encontrarse espontáneamente un relato disperso, ramificado. mpíricamente la focalización parece expresar necesidades de delimitar la búsqueda de modo de concentrar en ella atención, percepción, memoria, todo un conjunto de funciones yoicas; tal concentración puede ser condición de eficacia para el ejercicio de estas funciones.

Dinámicamente la focalización está guiada por la dominancia de una motivación que jerarquiza tareas en función de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios. En situaciones de crisis, por ejemplo, el motivo de consulta condensa síntomas, cierta conflictiva central ligada a los síntomas, obstáculos creados para la resolución de la situación. Por esta capacidad de condensación, el motivo de consulta se transforma a menudo en el eje motivacional organizador de la tarea, y en consecuencia facilitador de la misma. A la vez el trabajo sobre el motivo de consulta es reforzador de la alianza terapéutica. Alexander destacaba particularmente su importancia:

... es importante que el terapeuta descubra primero qué es exactamente lo que desea el paciente. Es éste quien debe suministrar el incentivo para lo que haya de lograrse en el tratamiento, y por más celo reformador que haya por parte del terapeuta, todo será inútil a menos que pueda aprovechar para su uso terapéutico algún fuerte motivo del paciente. Se deduce que aquel debe hacer frente al paciente primero en su propio terreno, aceptando provisoriamente sus puntos de vista sobre el problema y solo con ulterioridad -después de orientarse sobre los motivos reales del paciente- tratar de utilizar estos motivos para fomentar los objetivos terapéuticos que puedan parecer de posible realización (1).

Operativamente la focalización conduce a trabajar sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres. Si en la técnica psicoanalítica la dificultad del paciente para asociar libremente puede ser tomada como índice de resistencias, en psicoterapias, a la inversa, la evitación de una actitud exploratoria intencionalmente guiada puede ser considerada resistencial. (Se trata de énfasis diferentes en función de tareas distintas, ya que en otro nivel lo resistencial estará expresado, para ambas técnicas, en una rigidez del pensamiento que impida combinar flexiblemente los dos estilos de asociación, libre y guiada.)

¹ He revisado sesiones de diferentes tratamientos observando en ellas las vicisitudes de la focalización. Una paciente con fuerte debilidad yoica presenta más de 30% de intervenciones dispersas, ajenas a toda focalización, contrastando con un promedio inferior al 10% para tales intervenciones en un paciente cuyas funciones yoicas revelaban, a través de indicadores diversos, un mejor rendimiento.

1. La estructura del Foco

En la práctica psicoterapéutica el foco tiene un eje central. Con la mayor frecuencia este eje está dado por el *motivo de consulta* (síntomas más perturbadores, situación de crisis, amenazas de descompensación que alarman al paciente o al grupo familiar, fracasos adaptativos). íntimamente ligado al motivo de consulta, subyacente al mismo, se localiza cierto *conflicto nuclear* exacerbado. Para Ernesto, un paciente de 30 años, con un hijo de 3, que acaba de separarse de su mujer, el motivo de consulta es un estado de angustia y depresión que afecta su vida cotidiana y su rendimiento profesional. Las desavenencias crónicas hacían necesaria para él la separación, pero siente que no puede tolerarla, que no podría reemplazar a su mujer ni admitir que ella formara otra pareja. En Andrea, paciente soltera de 26 años, profesional recién graduada, el motivo de consulta reside en el miedo paralizante que experimenta frente a un proyecto, ya iniciado en sus trámites, de trasladarse varios años al extranjero a los fines de especializarse. Su ambivalencia frente a ese proyecto es muy intensa.

En cada uno de estos focos, el eje dado por el motivo de consulta y el conflicto nuclear subyacente se inserta *en una específica situación grupal*. Para Ernesto la situación se agrava porque desde su separación ha ido a vivir con su madre, persona autoritaria con quien siempre mantuvo un vínculo conflictivo, de intensa ambivalencia mutua. Este hecho, en parte inevitable por sus dificultades materiales para vivir solo inmediatamente de producida la separación, significa a su vez dejar de convivir con su hijo, lo que añade obstáculos a dificultades previas del paciente con la paternidad. La situación se complica en el momento en que surge otro hombre con posibilidades de hacer pareja con su mujer. El viaje de Andrea al extranjero significa dejar sola a su madre viuda en la misma época en que se casa su hermano menor, que vive hasta entonces con ambas. La madre ha tenido en el último año signos de leve insuficiencia coronaria.

Motivo de consulta, conflicto nuclear subyacente, situación grupal son aspectos fundamentales de *una situación* que condensa un conjunto de determinaciones. Un trabajo analítico nuestro sobre la situación intentará identificar zonas de ese conjunto de determinantes. Lo esencial a respetar es el carácter de estructura de la situación tal como existe, totalizada, en la experiencia humana, de modo que todo trabajo analítico se haga a partir de delimitar esa totalidad de la situación, en toda su amplitud. El estudio de diversos componentes de la situación deberá hacerse en el sentido de despliegue de “niveles de análisis”, entendidos

como estratos funcionales enraizados en la situación, actualizados y totalizados por ésta.

Con este enfoque es posible deslindar una zona de componentes de la situación que podemos caracterizar como *aspectos caracterológicos del paciente* (dinamismos intrapersonales activados en esta situación específica, modalidades defensivas personales selectivamente movilizadas por la situación —no es posible ensayar una u otra de varias defensas, hay que ver cuáles de ellas hace el grupo viables—, etapas no resueltas del desarrollo infantil, actualizadas por la estructura de la situación). En Ernesto su dependencia materna, no resuelta sino trasladada a su pareja, exacerbada con la pérdida y la vuelta a la convivencia con su madre; sus conflictos de intensa ambivalencia frente a la dependencia (complementarios con la ambivalencia de su mujer y su madre frente a esa dependencia); además, sus conflictos por el choque entre su dependencia (con sus consecuencias: agresión, separación, angustia, depresión) y sus necesidades adultas (de autonomía, maduración y eficacia en sus rendimientos). Se localizan en esta zona sus defensas movilizadas: disociaciones, proyecciones, ataques al objeto que abandona, idealizaciones. En Andrea se registra en este aspecto también una fuerte dependencia materna, generadora de ambivalencia, tanto frente a su viaje como frente a la posibilidad de quedarse a estudiar en Buenos Aires. Experimenta culpa de dejar a su madre y gran miedo a quedar desprotegida. Se ponen en juego en ella defensas fóbicas (evitaciones principalmente, búsqueda de objetos acompañantes) y maníacas (reacciones contrafóbicas, negación de su dependencia e idealización de sus recursos fuera del país). También en esta zona de determinantes caracterológicos es posible incluir otras *funciones* yoicas adaptativas. En Andrea, más visibles que en Ernesto, la capacidad de planificación, el armado de cierto proyecto de salida de su dependencia, a través del desarrollo profesional. Andrea actúa mediante defensas más primitivas, pero las contrarresta con otras funciones adaptativas potencialmente eficientes. Ernesto presenta un debilitamiento marcado de sus funciones yoicas, apenas mantenidas en la esfera del trabajo.

Es posible asimismo reconocer en la situación *aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados*. La agresión de la madre de Ernesto ha estado siempre centrada en sus fracasos, la distancia prescindente de su padre hizo que esos juicios fueran los únicos que aspiraran a objetivar a Ernesto una imagen de sí mismo. La esposa encarnó luego y mantiene una actitud similar desvalorizante que tiñe el clima de la situación para el paciente. Lo que se juega no es sólo la separación sino el fracaso, una vez más. En Andrea sigue

presente, en el centro de la situación, una antigua relación simbiótica con su madre, en la que ésta jugó el rol de objeto acompañante, y es ese rol el que ambas tienen que romper en esta situación. Juega también como figura de identificación precaria, la presencia del padre fallecido hace años, como exigencia de un rendimiento profesional brillante que justifique esa separación, agregado como elemento fóbico.

Otra zona integrante de la situación comprende el *momento evolutivo* individual y grupal, las tareas que se desprenden de necesidades propias de ese momento evolutivo y la perspectiva global que comporta esa etapa. Gran parte de la conflictiva agudizada en la situación deriva no solamente de la reactivación de conflictos infantiles, sino del choque entre las limitaciones dadas por la persistencia de esos conflictos y las necesidades propias de la etapa evolutiva abierta que urgen una satisfacción. Urgencias a la vez subjetivas (autoestima) y objetivas (presiones sociales para la maduración y la eficiencia). Ernesto tiene que enfrentar sus dificultades de pareja (con esta o con otra pareja), las exigencias de la paternidad, y de su trabajo profesional, necesidades de estudio y de sociabilidad que cuanto más precariamente se enfrentan más distante hacen la posibilidad de recuperación. De modo semejante, Andrea y su madre tienen que separarse, ella tiene que crecer, la situación de infancia y adolescencia no es prorrogable, y sin crecimiento y resolución de esa simbiosis se interfieren otros rendimientos, eróticos, sociales y vocacionales. Para la madre, el viaje de Andrea, el casamiento de su hijo menor y sus problemas de salud configuran una etapa crítica, que agrega obstáculos para la resolución de la situación.

Esta serie de componentes de la situación tiene que ser puesta en relación, además, con un conjunto de determinaciones concurrentes, que originalmente podemos localizar en una *zona de determinantes del contexto social más amplio*. Un conjunto de condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas que intervienen de muchas maneras en la situación.

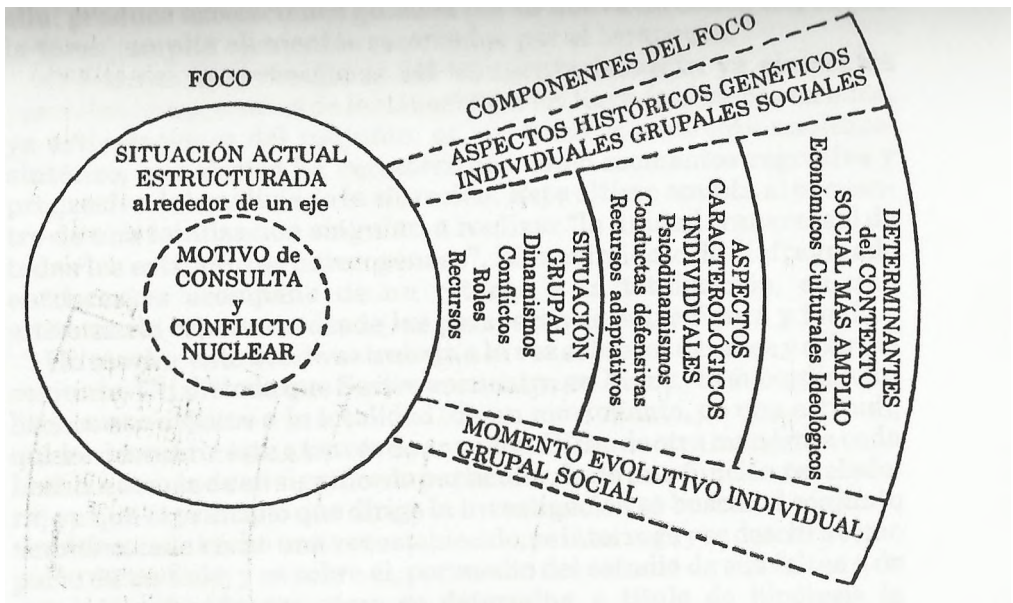
Para Ernesto no es lo mismo vivir este conflicto de pareja en condiciones de trabajo seguro y de alivio económico, que correr el riesgo por su depresión de perder sus ingresos. Una cultura tradicional para la cual ese divorcio es un fracaso y nunca un éxito, como es la que ha prevalecido en su familia y en él mismo desde siempre, es concurrente de peso, como lo es toda la ideología del orgullo masculino frente a la presencia del tercero. Estos componentes refuerzan la angustia y traban las posibilidades de elaborar esa separación. Para Andrea la situación de desocupación profesional y las condiciones difíciles de especialización en nuestro medio refuerzan su ambivalen-

cia frente a la posibilidad de quedarse aquí y su miedo al fracaso afuera que la obligue a regresar. Su falta de contacto ideológico-político con esta situación hace que todas las posibilidades sean medidas desde una óptica estrictamente individual que agrega otra dimensión de aislamiento a sus ansiedades de destete. Toda la ideología de los cuidados que la hija debe retribuir a la madre y la oculta responsabilidad del sistema social por el desamparo de una persona sola se incrustan en el centro mismo de la situación de Andrea para movilizar culpas de difícil elaboración.

Si volvemos a considerar el conjunto de estas zonas de determinaciones que hemos desplegado en un somero examen analítico, lo que haremos es reconfigurar una estructura, construir un modelo de la situación que intente dar cuenta de los dinamismos, articulaciones, encajes, potenciaciones y oposiciones propios de una totalización. A mi juicio el concepto *de situación*, en el que convergen las perspectivas dialéctica, materialista y existencial puede aportar un modelo adecuado capaz de aproximarnos a una totalización concreta, singular y en movimiento, del individuo o grupo en estudio. Es en esta noción totalizadora de situación donde pueden encontrar su marco aportes parciales propios de una conceptualización psicodinámica (ansiedades, conflictos, fijaciones), comunicacional (modalidades en el manejo de los mensajes, alianzas, descalificaciones) o psicosocial (roles, mitos, tareas grupales).

Comprendido el foco como delimitación de una totalidad concreta sintética (14) entonces los esfuerzos analíticos conservan sentido por su inclusión en ese marco conservado a lo largo del movimiento de profundización sobre determinadas zonas de sus componentes. La óptica dirigida a la situación se refleja en esta formulación: "... el hecho de que el conflicto tenga lugar como tal intrapersonalmente no significa que la cuestión sea de orden primariamente personal, ni desde luego exclusivamente personal. El problema ha surgido de una situación y ésta es a su vez, como dijimos antes, resultante del diálogo de la persona con su realidad". Importa detectar "las formas cómo el diálogo se realiza y la índole de la estructura dialéctica sujeto-realidad" (5).

El siguiente diagrama intenta resumir estas ideas sobre estructura del foco:



El modelo de foco contiene esta serie de *componentes* condensados en la situación estructurada. La profundidad con que se indague el papel de cada uno de ellos en la estructura y las articulaciones del conjunto depende a su vez de otro conjunto de factores propios de la situación terapéutica que creo posible identificar como *reguladores del foco*; éstos serán mencionados en el punto siguiente.

2. Diafragmado operacional del foco sobre la base de ciertos reguladores y retomo a la totalización

En muchos momentos del proceso la tarea no abarca la totalidad de los componentes de la situación sino que se concentra, por una especie de diafragmado, en algunos de ellos, recortando alguna zona de la estructura. La profundidad con que se explore cada zona y la amplitud con que pueda comprenderse la estructura de totalidad depende de una serie de factores reguladores que comprenden:

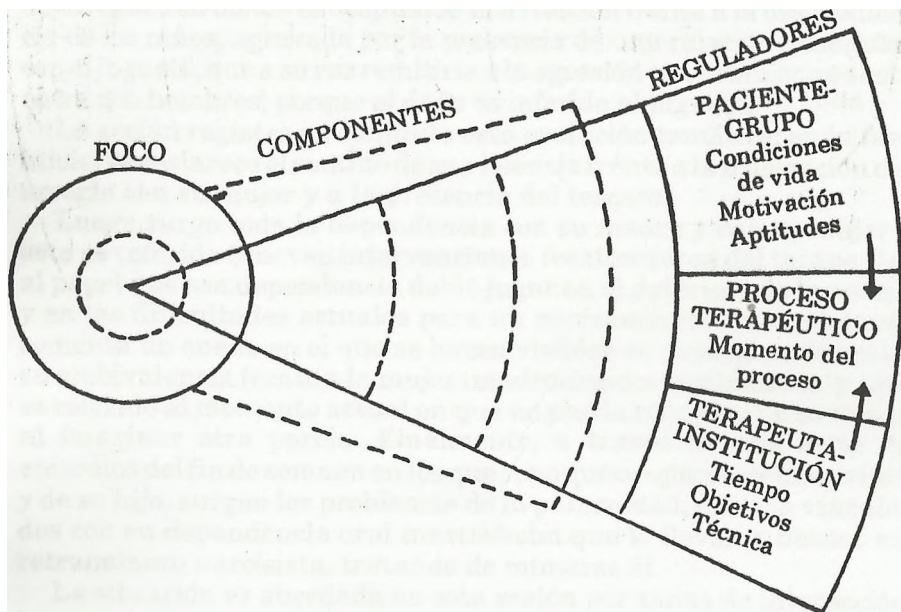
a) *Desde el paciente y su grupo familiar*, un conjunto de factores: condiciones de vida, culturales, ocupacionales, geográficos; motivación y aptitudes para el tratamiento.

b) *Desde el terapeuta y la institución* otros condicionantes: esque-

mas teóricos, recursos técnicos que integran su arsenal terapéutico, disponibilidad de personal y espacios, estilos de supervisión; este conjunto de factores influye en decisiones sobre tiempo, objetivos y técnica que son a su vez reguladores del foco.

Este conjunto de factores establece la amplitud general que habrá de darse al trabajo sobre el foco.

c) *En cada momento del proceso* no obstante, la focalización adquirirá una amplitud particular. La focalización o diafragma, y sus reguladores, se representan en el esquema siguiente:



Este conjunto de reguladores delimita sobre la situación total un cono de amplitud variable; cada sesión puede ahondar selectivamente ciertas zonas del cono. Lo esencial, sin embargo, reside en que cualquiera sea el sector de elementos explorados, éstos sean comprendidos como integrantes estructurados-estructurantes de la situación.

El trabajo con el foco seguirá en psicoterapia esta secuencia:

1) El paciente inicia la sesión aportando un material disperso, hecho de episodios recientes, recuerdos, observaciones sobre los otros y vivencias personales en esos episodios.

2) Transcurrido un tiempo de ese despliegue inicial, el terapeuta interviene para preguntar en una dirección específica, o bien reformula el relato, subrayando de modo selectivo ciertos elementos del relato significativos desde la situación-foco.

3) El paciente recibe esta reformulación y comienza a operar con

ella: produce asociaciones guiadas por la nueva dirección impresa a la tarea, amplia elementos recortados por el terapeuta.

4) Nuevas intervenciones del terapeuta tomarán ya elementos parciales componentes de la situación, a los fines de ahondar en ellos, ya articulaciones del conjunto, en un doble movimiento analítico-sintético, que Sartre ha caracterizado como momentos regresivo y progresivo del análisis de la situación. Este último apunta al encuentro de una totalización singular, a realizar “la unidad transversal de todas las estructuras heterogéneas”. El movimiento de diafragmado entonces se acompaña de un retorno a la totalización, en una alternancia constante desde las perspectivas entre figura y fondo.

Un movimiento donde se trabaja a la vez sobre los detalles y sobre el conjunto. Un método que Sartre encuentra en Marx: “Si subordina los hechos anecdóticos a la totalidad (de un movimiento, de una actitud), quiere descubrir ésta a través de aquellos. Dicho de otra manera, a cada hecho, además de su significado particular, le da una función reveladora; ya que el principio que dirige la investigación es buscar el conjunto sintético; cada hecho una vez establecido, se interroga y se descifra como parte de un todo; y es sobre él, por medio del estudio de sus faltas o de sus sobre-significados cómo se determina a título de hipótesis la totalidad en el seno de la cual encontrará su verdad” (14).

3. El foco en la sesión

El fragmento de una sesión de Ernesto mostrará cómo introduce el terapeuta el foco ante el despliegue inicial del paciente de su material. Se trata de una sesión del quinto mes de una psicoterapia de esclarecimiento programada a un año. En las últimas semanas el hecho dominante ha sido un intento de acercamiento a su mujer, con quien la separación se mantiene.

P 1: “Me noto muy violento: El otro día mi chico se peleaba con un amiguito por un juguete. Traté de que se dejaran de pelear, que cada uno se arreglara con un chiche. No hubo caso, seguían haciendo escándalo. Entonces exploté, me levanté, fui y rompí el juguete. Después pensé que era una barbaridad, que podía haberlos parado de otro modo. Y me acordé que yo de chico reaccionaba así con lo que no me salía: un día rompí un auto que tenía porque no lo podía arreglar.”

T 1: “Creo que convendría pensar, para entender algo de esta violencia suya, cuál podría ser actualmente el arreglo que no le sale.”

El material inicial se presta para tomar diferentes líneas: dificultades con la paternidad, necesidades infantiles insatisfechas que lo

llevan a tolerar mal en juego de los niños, irritación frente a la situación triangular (dos chicos peleando por un juguete), tendencia a destruir lo que frustra, que llevaría a explorar conductas similares de su parte que pueden haber influido en el deterioro de su pareja. La intervención del terapeuta selecciona un elemento que introduce en la situación actual, en la que puede jugar un rol dominante dentro de la estructura, dado que arreglo-con-la-mujer podría reconfigurar la situación. Se organiza entonces el material a partir de un eje central de la situación (arreglo que no sale, ambivalencia frente a la mujer que no le “obedece su orden de arreglo”) de donde se desprende la irritación frente a la desobediencia de los niños, agravada por la presencia de una relación triangular con el juguete, que a su vez remitiría a la agresión con la mujer que está entre dos hombres, porque el daño es inferido al juguete.

La sesión registra en conjunto esta evolución temática: en la fase inicial se esclarece el sentido de su violencia frente a la frustración del arreglo con su mujer y a la presencia del tercero.

Luego surge toda la dependencia con su madre y con su mujer y esto es referido (nuevas intervenciones focalizadoras del terapeuta) al papel que esa dependencia debió jugar en el deterioro de la pareja y en las dificultades actuales para un acercamiento. Más adelante comenta un sueño en el que se hacen visibles su dependencia oral y su ambivalencia frente a la mujer (madre-esposa combinadas) y esto es referido al momento actual en que no puede recuperar a su mujer ni imaginar otra pareja. Finalmente, a través de una serie de episodios del fin de semana en los que tuvo que ocuparse de una prima y de su hijo, surgen los problemas de la paternidad, que son vinculados con su dependencia oral insatisfecha que lo llevan a buscar un retraimiento narcisista, tratando de mimarse él.

La situación es abordada en esta sesión por zonas de interacción (mujer, madre, prima, hijo) en cuyos episodios surgen aspectos caracterológicos del paciente que son constantemente incluidos en la estructura de la situación actual, cuyo eje reside en el acercamiento frustrado y los conflictos que generan ambivalencia frente a la mujer.

Otro fragmento, de una sesión de Andrea, puede mostrar asimismo el sentido de la intervención focalizadora. Ocurre al promediar una sesión del cuarto mes de una psicoterapia programada a ocho meses, según fecha prevista de su viaje. Andrea ha salido de su parálisis inicial, llevando adelante los trámites y el proyecto de viaje ha adquirido mayor realidad.

P 16: “Estoy comiendo muchísimo, y esto me preocupa. De chica era gorda, me lo pasaba comiendo galletitas. Mi mamá me controlaba y mi abuela me dejaba comer a mi antojo. Bueno, he vuelto a las galletitas.”

T 16 "Creo que la preocupación esta puesta en que de seguir comiendo se arruinaría la buena impresión que quiere producir físicamente a su llegada. Porque hay una seguridad que usted basa en el agrado físico que logre producir."

P 17 (Rie.): "¡Pero ésta es mi arma secreta, por si las otras fallan! No le había contado: a un lugar que me interesa mandé una foto mía con una pinta bárbara; a otros una foto cualquiera. Mi madre siempre le dio muchísima importancia a la impresión física que daba, al arreglo, siempre lo usó para caer bien. A mí, el exhibicionismo de ella me daba rabia, pero parece que yo también lo uso."

La intervención inicial de Andrea abría varias líneas posibles: exacerbación de la oralidad frente a las ansiedades de separación. Con el matiz regresivo de actualizar la época de las galletitas (sentirse chica, muy lejos del tiempo de salir al mundo), la contraposición entre figuras represiva y permisiva de su oralidad o bien la preocupación por las consecuencias corporales de su oralidad. El terapeuta toma este último aspecto en función de que la situación actual está definida alrededor de un eje prospectivo-evolutivo: proyecto que marcha y la conflictiva es calificada ahora por ese eje, lo que redefine un aspecto regresivo (fijación oral reactivada) al incluirlo en la estructura cristalizada por el eje -progresivo- del proyecto alentado. Empezar tomando el terapeuta la preocupación por engordar, en función de su cuerpo allá, asienta en haber jerarquizado como dominante (y por ello motivador principal que otorga su signo a la situación) al eje prospectivo de la estructura.

4. Evolución del foco

A lo largo del proceso terapéutico el foco puede ir modificándose. En una psicoterapia breve es probable que todo el proceso gire sobre una situación focal, y el avance del proceso consista solamente en el enriquecimiento del modelo estructural que se vaya armando de esa situación: densificación progresiva de los componentes del foco por la comprensión de sus sobredeterminaciones, clarificación de las articulaciones y líneas de fuerza principales en el montaje de la estructura. En psicoterapias más prolongadas puede ir desplegándose una sucesión de focos, cada uno de ellos caracterizando una etapa del proceso. El paciente suele en estos casos proponer espontáneamente una seriación, privilegiando una situación en cada etapa (por ejemplo, un periodo centrado alrededor de un eje puesto en la problemática de pareja; una vez resueltos ciertos conflictos nucleares ligados a ese eje, pasar a proponer un nuevo eje que reestructure la situación alrededor de problemas vocacionales). En cada una de estas etapas el trabajo con un foco privilegiado no difiere en esencia del que se realiza en una

psicoterapia breve. (Esta es una de las razones por las que coincido con Kesselman (9) en que “la antinomia breve-largo es un punto de partida poco conveniente para dilucidar el problema de la psicoterapia”.)

5. Algunas implicaciones teóricas y técnicas del modelo de foco centrado en la situación

1. Un modelo estructural de articulación de una multiplicidad de determinaciones en el todo concreto de un sujeto en situación, permite comprender que diferentes tipos de estímulos y recursos técnicos pueden tener eficacia en cuanto a inducir reconfiguraciones en la situación. Si se comprende que la acción se ejerce siempre sobre una estructura, no pueden esperarse relaciones lineales ni proporcionales entre influencias y efectos, porque entre ambos polos de la supuesta cadena causal lineal se interpone la estructura de la situación, con sus líneas de fuerza internas, sus leyes de reconfiguración, sus planos de clivaje. Este aspecto puede ser fundamental para comprender las relaciones entre la acción terapéutica y los cambios emergentes (véase capítulo 9).

2. Si la situación está organizada según un modelo estructural se comprende el intento de hacer converger sobre ella una pluralidad de recursos técnicos; la práctica terapéutica de las instituciones en los últimos años parece orientarse en esta dirección en función de lograr una eficacia que puede entenderse desde la pluralidad de zonas que componen la situación y su variedad de vías de acceso.

3. Si cada situación puede entenderse como una estructura dotada de una organización interna peculiar, entonces es comprensible que no se la puede abordar por simple concentración masiva de estímulos correctores, sino en base a una planificación estratégica, que seleccione las vías de abordaje y sus secuencias, y vaya luego haciendo reajustes progresivos, en base a las respuestas de esa estructura, mediante una articulación cuidadosa de los recursos sobre ella concentrados (aspecto que se discute en el capítulo 13).

4. El modelo propuesto de foco intenta a su vez responder a la necesidad de trabajar con enfoques psicológicos-psicopatológicos, diagnósticos y terapéuticos coherentes, integrados en una concepción totalizadora de la experiencia humana. Una concepción desde la cual las condiciones de realidad (micro y macrosocial) y los dinamis-mos propios del mundo interno personal y endogrupal sean abordados en su integración interpretante, y en sus movimientos de estructuración-variación-reestructuración constantes. Si el diagnóstico no se encara con este sentido de movimiento al encuentro de una

totalización concreta (Marx, Politzer, Sartre), el ser humano real desaparece. En este caso las más elaboradas hipótesis psicodinámicas, las más sutiles descripciones comunicacionales, no pueden superar el nivel de la abstracción y cosificación de lo humano.

En un trabajo sobre la primera entrevista psicoanalítica, Maud Mannoni (12) emplea el concepto de “situación*” para caracterizar el problema motivo de consulta. Interesada en destacar la óptica psicoanalítica de la situación, en salvaguardar las dimensiones psicoanalíticas de la misma, restringe la mirada. Los elementos que toma en cuenta, necesarios sin duda en todo diagnóstico, resultan en cambio insuficientes para abarcar el conjunto de series y articulaciones cuya estructura y sentidos es necesario comprender en la perspectiva más amplia del abordaje psicoterapéutico. En nuestra aproximación “situación” incluye un conjunto más vasto, heterogéneo, de series y sus articulaciones. Apunta a efectuar una construcción teórica en la dirección de lo que puede llamarse, con Deleuze (7), teoría del sentido en el acontecimiento.

La Institución Ágora de Montevideo, Instituto de intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas (dirigido por Denise Defey, Juan Hebert Elizalde y Jorge Rivera) ha publicado tres volúmenes (1992, 1995 y 2001) dedicados al trabajo clínico, la teoría y modalidades técnicas de las psicoterapias focales, con el aporte de numerosos autores de varios países. Remitimos al lector al estudio de esos trabajos en torno al concepto de foco. Sólo podremos aquí referirnos a algunos de sus significativos aportes para este tema.

Ricardo Bernardi en “la Focalización en Psicoanálisis” encuentra vínculos entre la tarea focalizadora y la noción de “puntos de urgencia” y “puntos de inflexión” en la comprensión de W. y M. Baranger en su concepción de los procesos psicoanalíticos. Destacó el concepto de Malan de “cristalización de un foco” como una configuración que emerge desde y en el trabajo en conjunto de paciente y analista. Y puso especial énfasis en que la focalización no es ajena a toda terapia psicoanalítica, línea que citó especialmente de Thoma y Kachele (1989) cuando dicen: “En el psicoanálisis consideramos el foco configurado interaccionalmente como una plataforma giratoria central del proceso y por este motivo concebimos al tratamiento psicoanalítico como una terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante”. Agrega entonces Bernardi: “Esto nos lleva a destacar que la asociación libre del paciente no conduce por sí sola al descubrimiento de los aspectos inconscientes del conflicto; es decir que el psicoanalista tiene que seleccionar qué interpretará del material, según sus metas tácticas a corto plazo y sus metas estratégicas a largo plazo”.

Thoma y Kachele entienden por foco un punto nodal temático producido en la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la propuesta del paciente y de la capacidad de comprensión del analista. Sostienen también que “la sucesión de focos es el resultado de un proceso de intercambio inconsciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades del analista. Algunos procesos no se ponen realmente en movimiento hasta que ambos participantes logran establecer ese entrecruzamiento interaccional en la reelaboración de los temas focales. Del mismo modo, un cambio de analista conduce como regla general a experiencias bastante distintas y nuevas.”

A veces se ha pensado que una intervención focalizadora del analista podría introducir cierta rigidez de perspectivas, cierto recorte que traduzca limitadamente la experiencia interna del paciente. Sobre este punto merece destacarse otra consideración de Bernardi en su artículo:

*

Para empezar ya hay una traducción del paciente al formular su experiencia interna (en muchos aspectos no verbal) en un discurso articulado de palabras. Y es muy probable que las interpretaciones que resultan más eficaces pasen por zonas que no son las que pensamos. Quizá nuestras teorías sobre el cambio psíquico tengan algo de acertado; pero es muy probable también que haya un enorme campo, poco percibido, por donde la efectividad de la intervención tenga más que ver con la capacidad del paciente de traducir a sus propios referentes internos lo que escucha del analista.

En la segunda de estas publicaciones uruguayas he podido relatar en detalle (Fiorini, H., 1995) el trabajo técnico realizado durante cuatro meses, con un foco centrado en un duelo y una situación de crisis individual, grupal e institucional. En convergencia con lo que en la línea de Anzieu y Kaes se ha llamado (Guillaumin, J., 1979) “enfoque intercrítico de las crisis”, el foco, tal como lo instrumentamos en la clínica, enlaza los diferentes ámbitos en que reverbera la crisis, dado que esas intersecciones tienen efectos de potenciación por resonancias.

Horst Kachele y colaboradores (departamento de Psicoterapia, Clínica de la Universidad de Ulm, Alemania) en “La formulación formal del foco en la psicoterapia” (1995) ha realizado un recorrido por diferentes autores que desde Alexander y French, con su formulación de “conflicto nuclear”, han abordado la focalización como “conflicto nuclear neurótico” (Wallerstein y Robbins, 1956), “problema capital” (Mann y Goldmann, 1982) tema de conflicto de relación” (Luborsky, 1977). Destacan que en esta tarea coexisten y se alternan en el terapeuta “un estado funcional para la obtención de máxima información (la atención parejamente flotante) y la organización de

la información obtenida según el punto de vista preponderante en cada caso (el focalizar)". El foco aparece como "un centro de gravedad temático", como un campo problemático central del paciente, campo a trabajar como variaciones de un tema básico.

Desde un punto de vista fenomenológico descriptivo se equipara el foco al cuadro sintomático actual. En este caso la formulación está establecida aun nivel de síntoma y de comportamiento, el cual de todos modos es preconsciente. En una concepción metapsicológica, la focalización se da según premisas abstractas de la teoría que se emplea en cada caso, por cierto a gran distancia de la vivencia concreta del paciente. Los resultados de la investigación en Psicoterapia, sobre todo los de aquellos trabajos que tratan la conformación de la relación terapéutica, abogan por el contrario, porque el foco sea conceptualizado de manera tal que también el paciente pueda vivenciarlo como una actividad común entre él y su terapeuta.

(En este aspecto coinciden con las primeras puntualizaciones de Alexander "la formulación de la interpretación focal de ser puesta en conexión con la problemática que ha sido motivo de la consulta, debe ser mostrada esa relación, de lo contrario el paciente quedará desorientado y se perderá el hilo del proceso, o se perderá el paciente"). En esta dirección Kachele cita también la tarea de focalización propuesta por Lachauer (1992) que considera dos partes: en primer lugar la denominación y la descripción del problema principal del paciente, luego una hipótesis psicodinámica sobre los motivos ocultos inconscientes de aquel problema principal. Este autor propone conformar una oración focalizadora que sea dicha en primera persona. Un ejemplo dice: " tengo miedo de comprometerme porque temo que, de todos modos, nuevamente, nada será suficiente, y que se impondrán mi furia destructiva y mi ofensa humillante, las que no creo poder contener".

Destacamos en el estudio de Kachele y colaboradores el informe sobre 29 sesiones de psicoterapia focal con un estudiante de 22 años, en el que indagan, siguiendo a Luborsky, "el tema central del conflicto relacional". Ilustran el empleo de las narraciones del paciente sobre episodios de su vida para identificar sus pautas básicas de conflicto relacional. Conviene recordar que la publicación originaria de Alexander y French contiene numerosas ilustraciones clínicas de esta modalidad del trabajo técnico y de la comprensión psicopatológica.

Mencionaremos asimismo los trabajos de Denise Defey, Jorge Rivera, Juan Hebert Elizalde y Pedro Menéndez incluidos en las publicaciones de Ágora (1992,1995 y 2001) en los que se ahondan y especifican criterios de planificación, modalidades de intervenciones

focalizadoras, abordajes de crisis, criterios temporales en estas modalidades técnicas.

Referencias bibliográficas

1. Alexander, Prans y French, Thomas, *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires P&id,ós 1965»
2. Balint, M., Ornstein, P., Balint, E., *Focal Psychotherapy*, London, Tavistock, 1972.
3. Barten, Harvey (comp.), *Brief Therapies*, Nueva York, Behavioral Publ. Inc, 1971.
4. Bemardi, R., Kernberg, O., Fiorini, H., Kachele, H., Defey, D., Elizalde, J. H., Rivera, J., Giménez, J. P., Fonagy, P. y otros, *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2001.
5. Castilla del Pino, Carlos, "La situación fundamento de la antropología", en *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación*, Barcelona, Península, 1870.
6. Defey, D., Elizalde, J. H., Rivera, J., *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*, Montevideo, Roca Viva, 1995.
7. Deleuze, Gilies, *Lógica del sentido*, Barcelona, Barral, 1971.
8. Fiorini, H., Defey, D., Elizalde, J. H., Menéndez, P., Rivera, J., Rodríguez, A. M., *Focalización y Psicoanálisis*, Montevideo, Roca Viva. 1992.
9. Keselman, Hernán, *Psicoterapia breve*, Buenos Aires, Kargieman, 1970.
10. Luborsky, L., *Principies of Psychoanalytic Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1984.
11. Malan, Héctor, *A Study of Brief Psychotherapy*, Springfield-Illinois, C. Thomas, 1963.
12. Mannoni, Maud, *La primera entrevista con el psicoanalista*, Buenos Aires, Granica, 1973.
13. Orlinsky, D. E., Howard, K. J., "The generic model of psychotherapy", *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. 6: 6-27, 1987.
14. Sartre, Jean-Paul, "Cuestiones de método", en *Crítica de la razón dialéctica*, tomo I, Buenos Aires, Losada, 1963.
15. Sifneos, P., *Short-term psychotherapy and emotional crisis*, Massachusetts, Harvard Univ. Press, 1972.
16. Slaikeu, K., *Intervención en crisis*, México, El Manual Moderno, 1984.
17. Strupp, H. H., Binder, J., *Psychotherapy in a new key. Aguide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York, Basic Books, 1984.
18. Sifneos, P., *Psicoterapia breve con provocación de angustia*, Buenos Aires, Amorrortu, 1993 .
19. Small, Leonard, *Psicoterapias breves*, Buenos Aires, Granica, 1972.
20. Thoma, H., Kachele, H., *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Barcelona, Herder, 1989.

Esta modalidad del vínculo propio de las psicoterapias es antes que nada el estilo de una relación que la experiencia misma de vivirla ha ido gestando. Es a partir de experimentarla plenamente en la práctica clínica que se puede intentar conceptualizarla. Puede empezarse a definirla desde su carácter de situación de comunicación cercana en estilo a la relación interpersonal cotidiana: dos (o más) interlocutores sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas, mímica verbal habituales, comparten una tarea en una relación igualitaria, aunque sus roles son distintos; uno de ellos es experto sobre cierto nivel de la problemática humana, el otro aporta los elementos de testigo directo de esa problemática singular (si bien sus resistencias le traban el conocimiento de algunos aspectos de su situación, otros los conoce plenamente, lo cual le asigna otro tipo de autoridad igualmente jerárquica).

El funcionamiento de esta relación dependerá de varias condiciones del paciente (tipo de problemática, momento vital, nivel cultural, estructura caracterológica, inserción grupal). Pero depende también, y para varios autores en un grado mayor, de las actitudes del terapeuta, de su capacidad para realizar aportes específicos al vínculo (1). Nos interesa en especial precisar cuáles pueden ser los ingredientes de la “oferta” del terapeuta, capaces de suscitar en el paciente respuestas complementarias para el eficaz desarrollo de la relación de trabajo. Podremos abordar esa oferta en dos pasos sucesivos: caracterizar primero ciertos rasgos generales de la conducta técnica del terapeuta; discutir luego los reajustes de su conducta en función de las necesidades propias de cada terapia, que obligan a “personificar” el aporte.

1. Los rasgos generales de la formación del terapeuta. Un conjunto de rasgos permite aproximarse a cierto perfil del rol del terapeuta en psicoterapia:

- 1. *Contacto empático manifiesto*. El terapeuta ofrece evidencias no ambiguas de que es capaz de comprender lo que el paciente expresa, y de comprender además desde la perspectiva del paciente (que puede no ser la única posible, ni la más certera, pero es la base desde la cual podrá en todo caso partir hacia otra, dado que el camino a transitar juntos, hacia esa otra perspectiva, requerirá acuerdos sobre el punto de partida). La empatía del terapeuta se hace manifiesta por gestos de escuchar atentamente, de seguir los giros dramáticos del relato en contacto con las emociones que despiertan, de asentimiento, que indican que el relato puede continuar, de facilitación de la comunicación Qsí...”, “comprendo...”, “¿entonces?...”).

- 2. *Calidez*. El terapeuta evidencia en sus gestos y tonos de voz que la persona que está tratando no le es indiferente. Que en cuanto ser humano siente por él un afecto de fondo, discreto, no invasor, pero palpable. Su discreción permite no interferir por el afecto la emergencia de una hostilidad transferencial mayor de cierto umbral, así como evita una excesiva erotización del vínculo que podría llegar a interferir la relación de trabajo. La calidez contiene ciertas dimensiones del amor (ternura, solidaridad, simpatía por la condición humana) que -toda experiencia pedagógica lo prueba- funciona como estímulo irremplazable en la motivación para la tarea. Estas dimensiones de la oferta del terapeuta ejercen influencias dinámicas de importancia en el proceso terapéutico que serán discutidas en relación con los cambios que se verifican en el proceso.

- 3. *Espontaneidad*. Mediante la cual el terapeuta contribuye a crear un clima de libertad, creatividad, permisividad. Tiene todo el carácter de un mensaje del terapeuta¹ que invita al paciente a aflojarse, a que exprese mejor lo que en él acontece, a que encuentre él también gestos personales que puedan transmitir fielmente la inmensa capacidad de variación, de salto, de fluctuación de perspectivas de las situaciones vividas. Una parte del proceso en psicoterapias consiste

¹ Puede pensarse que al adoptar el terapeuta conductas no ambiguas induce en el paciente respuestas orientadas. Efectivamente, se trata de estímulos que el terapeuta introduce en el campo frente a los cuales las respuestas del paciente pueden resultar concordantes o discordantes, es decir, deben leerse sobre el fondo de aquellos estímulos. Metodológicamente no hay posibilidad de crear un campo no contaminado por el terapeuta. Si éste adopta conductas ambiguas, o distantes, introduce simplemente otros estímulos, no la neutralidad de una supuesta pantalla en blanco.

en la ligazón progresiva, cada vez más incluida, entre sensibilidad y expresividad. La espontaneidad del terapeuta es el modelo ofrecido de esa íntima ligazón, un modelo corporal, postural, gestual, tonal, que habla de alguien capaz de imaginar, de reír, de jugar, y también de sufrir, sin barreras forzadas.

- 4 *Iniciativa*. El terapeuta desempeña un rol activo, estimulante de la tarea y de las capacidades del paciente aplicables a la tarea. Con esa función interroga, orientala búsqueda, solicita detalles, construye modelos, propone al paciente que los ponga a prueba, hace balances, traza perspectivas, va mucho más allá de la “interpretación de un material”. No queda demasiado tiempo quieto ni silencioso en función de que la índole docente de la tarea le otorga un liderazgo. Éste puede llevarlo a ser él quien inicie una sesión (para introducir impresiones elaboradas en el intervalo, o aclaraciones que estaban pendientes). Lo que significa concebir la tarea como obra de equipo cuya dirección, intensidad, ritmos, es asunto de ambos en todo momento. El desempeño de este rol activo contiene una moderada vivacidad corporal.

En el juego de su rol activo, el terapeuta interrumpe, por ejemplo, al paciente para preguntarle: “¿Cómo ve usted esto hasta aquí?”, “¿Qué le sugiere?”, y espera una respuesta antes de dar él su imagen de la situación. Con la respuesta del paciente tiene ya dos materiales de interés (el relato inicial y la interpretación del paciente); a su vez la pregunta actúa para el paciente como estimulante, para una puesta a prueba de sus capacidades y escotomas; induce un tipo peculiar de ejercitación en la autoevaluación. El mismo estilo podrá expresarse en la indagación activa por el terapeuta, al comenzar una sesión, si hubo desde la última entrevista ocurrencias, objeciones o ampliaciones de la perspectiva entonces trazada. Ese interés del terapeuta transmite a su vez la motivación para rescatar ese trabajo de los intervalos, habitualmente silenciosos. Después de ofrecer una interpretación, el terapeuta indaga también inmediata y activamente: “¿Cómo le resulta esta manera de ver su problema, usted lo puede ver también así?”, “Me parece que algo de lo que le dije no le convenció. ¿Cómo lo entiende usted?” Tal sondeo opera como sollicitación constante a la actividad del paciente, a la vez que como un modelo activo. Es la iniciativa del terapeuta una constante activadora de las capacidades propias del paciente, tarea fundamental de la relación de trabajo.

- 5 *Actitud docente*. El terapeuta asume un rol docente, enmarca su actividad en una definida concepción pedagógica de la relación de trabajo y moviliza en ella todos sus recursos didácticos destinados a facilitar los aprendizajes, que constituyen parte esencial del proceso terapéutico. Aplica entonces ciertos principios pedagógicos generales

rasar todo logro «MI
arsenal didáctico
i de su método de
para ahondar la
ida uno de estos

importancia a la
jo sobre la misma
i tarea jerarquiza-
jo, lo que significa
Ejemplos: “Fíjese
antes- a trabajar
aparecieron estos
:ia, y hoy pudimos
5 ver porque nos
cho más que hace
creo que si sigue
ntirse tan perdido

•evistas se impone
rcha del proceso,
comprender qué
>r otro, han ido a
última época. Si
jctiva nueva de los
primera fase de su
d pueda serenar-
a metido, aclarar
isted se ubica con
ñada momento de
nir los objetivos a
id vaya logrando
yor capacidad de
tivos tácticos: “En
> que en su vida ha
[ue la mujer de su
iegor cómo se fue
está en la base de

‘Usted creía hasta
lismo, que estaba
inte trabada. Esta

semana pudo, pura sorpresa suya, y bastante. Sería útil revisar ahora qué quería decir en usted esa convicción fatalista de que no lo podría hacer; por otro lado, es importante que insista en esto que logró hacer, que no se pare allí.” “Esta vez usted pudo exigir a su padre un tiempo para hablar de los problemas comunes y consiguió que lo escuchara. Es importante porque este diálogo es algo nuevo y partió de un cambio de actitud suya. A partir de aquí sería útil que usted se observe, a ver cuánto mantiene esta nueva actitud, de darse su lugar, y en qué momento puede surgir la tendencia a la relación anterior”.

Es posible diferenciar estas intervenciones de reforzamiento de logros de las que estrictamente pueden definirse como “apoyo”. Si bien en estas intervenciones se expresa la aprobación del terapeuta, el énfasis está puesto en la dirección del movimiento realizado y sus consecuencias. El cotejo del antes y ahora apunta a objetivar ese movimiento y contiene latentes nuevos *insights*. Las intervenciones de apoyo, en cambio, no apuntan a reforzar el crecimiento; más vale contienen a la parte que no crece de la persona, la que está detenida por carencia de recursos autónomos, y quedan más en el plano del acto en sí mismo, no apuntan primordialmente a nuevos *insights*.

- d) *Claridad del método expositivo*. El terapeuta trabaja atento a dar a sus intervenciones formas, modos de construcción, y palabras que faciliten su comprensión por el paciente. Ejemplo: “Usted, según su relato, le dijo a ella muchas cosas, algunas constructivas, otras al aparecer bastante destructivas. Luego registró las constructivas, las juntó y les llamó ‘mi actitud positiva hacia ella’”. Ella, según su relato, le dijo a usted varias cosas, algunas destructivas, otras constructivas. Registró más las destructivas y las llama ‘la actitud negativa de ella hacia mí’”. La pregunta es ésta: ¿habrá en cada uno un predominio distinto dentro de esa mezcla, o habrá parcialidad en el registro suyo?” Una intervención así, desplegada, deslinda una serie de planos de análisis del episodio, subraya en las secuencias probables mecanismos de transformación de los hechos. La diferencia es significativa en relación con lo que podría darse como una interpretación sintética del tipo: “Usted se atribuye la buena actitud, y proyecta a ella todo lo destructivo que había en los dos”. Otra intervención aclaratoria, en la que el terapeuta se anticipa, es de tipo: “Me pareció, mientras le iba diciendo todo esto, que usted en un momento se perdía. Veamos qué es lo que me entendió, y le aclaro el resto”.

- e) *Exposición abierta de su método de pensamiento*. Esto significa que el terapeuta se preocupa por colocar su manera de razonar, sus inferencias y los datos de los que parte para hacerlas, al alcance del paciente. Ya que lo que importa para el paciente no son meramente sus resultados, sino el modo de procesar la información. Esto permite

también la posibilidad de cuestionarlo. Esto puede llevar a que el terapeuta formule una interpretación e inmediatamente pregunte: “¿Sabe por qué pienso esto?... cuando usted dijo ‘empecé a trabajar’ no lo dijo en tono coherente con la buena noticia, de festejo, y entonces pensé si no habrá en usted...”. Este tipo de exposiciones tiene una eficacia didáctica particular y hacen en el fondo a una actitud ideológica con respecto al carácter de la relación terapéutica, punto que será discutido en el capítulo 15 (problemática ideológica de las psicoterapias).

- f) *Utilización de todo recurso facilitador del proceso de investigación y comprensión de la problemática.* El terapeuta funciona abierto a enriquecer su método de trabajo con cuanto recurso ofrezca un valor didáctico para ilustrar y objetivar aspectos del paciente o de la situación. No restringe necesariamente el intercambio a la comunicación verbal, abriendo la tarea a los aportes de dibujos (propios o del paciente), fotografías, poemas, escritos personales, objetos (tallas o piezas de cerámica, por ejemplo), tareas concretas realizadas en sesión, grabación de sesiones y luego reescuchadas. Cada uno de estos recursos puede revelar facetas que el intercambio verbal a veces no destaca lo suficiente, y otras decididamente oscurece. Su incorporación al proceso, la calidad y oportunidad de la inclusión, depende de iniciativas del paciente y también de la capacidad del terapeuta.

Los *esquemas* pueden funcionar como instrumento habitual de su trabajo. Su valor didáctico llega a veces a ser enorme. La existencia de núcleos enquistados, la contradicción entre tendencias regresivas y progresivas, la superposición y confusión de identidad propias de los vínculos simbióticos, son aspectos susceptibles de representación gráfica fecunda. El trabajo posterior del paciente sobre el esquema puede resultar altamente enriquecedor. La experiencia de ver y comentar en sesión *fotografías* familiares suele resultar reveladora y fuertemente movilizadora, ya que fotografías que el paciente daba por conocidas aparecen en sesión bajo una óptica nueva, imprevisible.

Otro aspecto sumamente rico de ampliación de recursos consiste en *trabajar con la tarea-problema*. A menudo se encuentran en psicoterapia pacientes con dificultades persistentes, y resistentes al cambio, en la realización de tareas clave vocacionales-profesionales. La comunicación verbal sobre esas dificultades resulta entonces confusa, en virtud de que los mismos problemas que obstaculizan la tarea interfieren la percepción del paciente de los modos, secuencias y zonas de emergencia de las dificultades. Siempre que la índole de la tarea lo permita (y en ciertos casos será siempre que la posibilidad de desplazamiento del terapeuta lo permita), resulta una notable

apertura convertir la tarea-problema en objeto de observación directa en sesión y de elaboraciones, asociaciones, replanteos inmediatos, a partir de cada segmento de la tarea realizada. En una de estas experiencias durante el tratamiento de un arquitecto fue posible localizar por primera vez el momento de la tarea de proyectar en que aparecían los obstáculos. Era posible seguir paso a paso el acontecer emocional y corporal que acompañaba cada fase de la tarea. Los obstáculos se fueron resolviendo progresivamente. Dudo de que hubieran podido salvarse de habernos restringido a una indagación verbal. Podría pensarse que por otro lado, el problema básico hubiera surgido igual; no se descarta, pero creo que a un plazo mucho más largo, y el traslado de lo elaborado al área del trabajo no hubiera estado aún asegurado; además hay que tener en cuenta la distinción entre conflicto básico y conflicto derivado; a la sobredeterminación de este último concurren problemas específicos de la tarea-problema. En la psicoterapia de otro paciente el objeto de muchas sesiones fue su dificultad en la ejecución de un instrumento musical al que consagraba todos sus esfuerzos y expectativas vocacionales. Pudimos observar problemas en su método de estudio, se hacían visibles sus conflictos con ciertos pasajes de la obra, ansiedades claustrofóbicas ante el avance de la partitura, reacciones depresivas ante errores mínimos. Desde su más fuerte expresión en el área vocacional se hicieron más nítidos aspectos caracterológicos relacionados con el narcisismo y la omnipotencia, con un poder de impactante evidencia.

El empleo *áelgrabador* es otro de los grandes recursos didácticos. Volver a escuchar una sesión es para el paciente y para el terapeuta experiencia reveladora de aspectos que originalmente, por el ritmo, clima, tensiones de la sesión, no han podido registrarse más que en pequeña proporción. Uno de mis pacientes, Ernesto, de quien hablé en la discusión sobre foco, sólo pudo por primera vez escuchando en su casa una sesión reconocer a fondo sus dificultades para el diálogo, su tendencia a interrumpirme, a escuchar apenas la mitad de mis intervenciones. El impacto fue importante y facilitó una apertura.

• 6. *Inclusión del terapeuta como persona real.* A través de las actitudes que caracterizamos como empatía, calidez, espontaneidad, iniciativa, se ponen en juego rasgos de la persona del terapeuta. En psicoterapias, la presencia personal del terapeuta no actúa como un agregado perturbador del campo terapéutico, sino como parte nuclear del instrumental técnico. Los matices de esta inclusión, la manera en que se regulan cada uno de estos aspectos personales, varía notablemente según cada situación terapéutica, porque las necesidades de esa inclusión están dictadas por una constelación de variables que definen el mundo individual de cada paciente, el

momento particular de cada grupo, de cada sesión. *El rol del terapeuta se ejerce no sólo por lo que permite al paciente ver de su mundo, sino por el papel que desempeña en ese mundo.* Rol real del terapeuta cuya influencia en el paciente pasará sin duda por la “lectura” personal que él haga de aquellos comportamientos concretos, recodificados desde el mundo de significaciones del paciente, pero efectuada a partir de ese polo objetivo dado por conductas específicas del terapeuta puestas en el vínculo. El rol del terapeuta no es sólo objetivador para el paciente, sino también rectificador. Si tradicionalmente se definió a la psicoterapia verbal como “tratamiento mediante la palabra en el marco de una relación humana”, el particular reconocimiento del papel rectificador jugado por el comportamiento vincular del terapeuta nos conduce a reformular aquella definición: “tratamiento mediante la palabra y una específica relación humana, mutuamente potenciadas”. El carácter específico que debe asumir en cada situación la relación terapéutica será discutido en el próximo punto en términos de “personificación de la relación de trabajo”. Tarachow ha subrayado la importancia del rol real del terapeuta con especial énfasis: “De hecho la realidad del terapeuta es un factor que mantiene en marcha el tratamiento. La relación real conduce a una identificación que provee también la motivación para el trabajo... ver al terapeuta como realmente es ayuda al paciente a corregir sus distorsiones transferenciales” (2). El aspecto de identificación aquí mencionado podrá verse en el nivel de identificaciones infantiles (proyección, dependencia, idealizaciones), pero también en un nivel más adulto de identificación con funciones y cualidades de su rol real.

El papel terapéutico que desempeña la personificación del terapeuta crea una abierta *compatibilidad con la existencia de vínculos con el paciente en otros roles*, fuera de la situación de tratamiento. Tal vez con la excepción de una relación primaria, de intenso compromiso afectivo, otros encuentros entre paciente y terapeuta, en otros contextos, pueden enriquecer el proceso, por su valor movilizador y revelador de facetas ocultas del vínculo. Tal vez el aporte de estas experiencias, a menudo imprevisible, provenga de su ruptura con la estereotipia de un contexto único, de roles fijos, a los cuales pueden paciente y terapeuta acomodar insensiblemente sus mecanismos de control inmovilizador.

Si se considera el conjunto de las conductas del terapeuta que definen su potencial de aportes a la relación de trabajo puede diferenciarse netamente este vínculo terapéutico de la llamada “relación analítica” (anonimato, ambigüedad, virtualidad, control de los afectos, asimetría del diálogo, inmovilidad corporal, iniciativa delegada al paciente).

Si se repara en el nivel de generalidad en que se formulan los rasgos del terapeuta que juegan en la relación de trabajo, podrá cuestionársela aplicabilidad de este conjunto de actitudes, el derecho a proponerlo así como constituyente de un a “técnica”. Efectivamente, es necesario ir más allá de su formulación general para que técnica deje de ser “la técnica” (universal, abstracta) y pase a ser la cristalización en acto, totalmente singular, de un fondo de recursos, de un conjunto de posibilidades que cada relación bipersonal tiene que realizar selectivamente, mordiendo plenamente en necesidades propias de cada momento del proceso. Podemos definir como *flexibilidad* la capacidad del terapeuta de actualizar, de aquel conjunto de sus posibilidades, la constelación adecuada al momento de cada proceso.

2. Personificación de la relación de trabajo. Fundamentos dinámicos de la flexibilidad

Entendemos la flexibilidad del terapeuta como el ajuste y adecuación de sus actitudes y recursos técnicos a necesidades muy particulares de cada persona en tratamiento. Desde el primer contacto, el paciente da indicios del tipo de relación que necesita; a menudo se trata de indicios sutiles, de un pedido no consciente. Poder dar respuesta a esa demanda depende de una peculiar capacidad del terapeuta, hecha de sensibilidad para registrar aquellos indicios, y flexibilidad para seleccionar sus instrumentos en función de la estructura de aquella demanda. La intuición del terapeuta se mide por su capacidad de ajuste automático a la demanda. Las necesidades del paciente estarán referidas a una cantidad de funciones que debe cumplir el vínculo, necesidades de gratificación (a menudo compensatorias), necesidades de rectificación con respecto a vínculos primarios (en especial parentales); estas necesidades aludirán a aspectos tales como cercanía-distancia afectiva, intimidad-respeto de límites, frecuencia del contacto, monto y tipo de suministros del terapeuta (dar-recibir [información u objetos], intervenir-dejar hacer, guiar-acompañar, recibir-devolver, proteger-autonomizar, estimular-prescindir, afectivizar-neutralizar). Estas necesidades propondrán un clima especial de comunicación dado por la combinación del conjunto de parámetros. Exigirán la instalación de una estructura personificada, particularizada, del vínculo terapeuta-paciente. Esta diversidad de propuestas que realiza el paciente (a través de su estilo comunicacional, más que mediante contenidos del relato) puede encontrar su significación dinámica general en la siguiente hipótesis: el paciente

viene a la terapia a construir un vínculo adecuado a la etapa de desarrollo en la que ciertos obstáculos entorpecieron su ulterior crecimiento (3).

Es posible agregar a esta hipótesis que además de vínculo adecuado a una etapa del desarrollo, la demanda es de ciertas cualidades peculiares del vínculo, que no debe reforzar temores sino disiparlos (miedos a dominación, invasión, castigo) y suplir carencias, no prolongarlas (de afectividad, continencia, discriminación). Si hay necesidades a satisfacer por el vínculo terapéutico, que dependen de una etapa del desarrollo cuyo cumplimiento está pendiente, será la marcha en la satisfacción y modificación de esas necesidades la que vaya dictando tareas primordiales, estos requeridos para cada fase dé este proceso evolutivo iniciado. La flexibilidad del terapeuta reside entonces en su *disponibilidad de un amplio espectro de respuestas que permita al paciente organizar su campo, ir desplegando sus necesidades* según secuencias enteramente particulares. El vínculo propuesto podrá entonces desenvolver en el tiempo sus exigencias con un curso relativamente autónomo.

Pienso en Cristina, una paciente de 31 años, con dificultades en varias áreas de realización vital y depresión ligada a esas dificultades, con importantes carencias en su infancia por ausencia de su padre y severa enfermedad caracterológica de su madre. Inició su tratamiento proponiendo un vínculo en el que el terapeuta ejerciera una activa continencia, fuera guía y fuente de abundantes suministros (sugerencias, opiniones, consejos). Como terapeuta yo no entendía inicialmente que la satisfacción de esa demanda pudiera facilitar un proceso evolutivo; esto me llevó a intentar disuadirla de estas exigencias, proponiéndole arreglarse con mis interpretaciones. Le estaba proponiendo sin saberlo un salto evolutivo; las debilidades yoicas inherentes a la etapa de desarrollo no cumplida, y tal vez la buena intuición de la paciente sobre lo que necesitaba satisfacer en esa etapa para poder crecer, le hicieron actuar con suficiente energía como para no entrar en mi propuesta y convencerme de que siguiéramos la de ella. No claramente convencido de que ese fuera un camino útil, pero a falta de otro viable trabajé con ella según la estructura de vínculo contenida en su demanda inicial. Luego de tres años de una psicoterapia de dos sesiones semanales pude comprobar el pasaje a otra etapa de desarrollo, en la cual la paciente dejó de requerirme en el rol inicial y adquirió una progresiva autonomía; en esta fase el estilo comunicacional de la paciente me proponía jugar un rol acompañante, más como supervisor de sus propias elaboraciones, y consultante en ocasiones más esporádicas. Estos cambios fueron paralelos con nuevas realizaciones vitales. Puedo ver ahora que la

estrategia de la paciente era adecuada, que mis suministros iniciales no provocaron una adicción (con detención del proceso en una relación de dependencia oral) sino que fueron seguramente factores clave para el cumplimiento de una etapa y la ulterior maduración. Es factible pensar que, por el contrario, *la negativa del terapeuta* a ofrecer aquellos suministros, de mantenerse, *hubiera consolidado la fijación* al nivel oral-dependiente.

En Esteban, un paciente de 22 años, el estilo de su comunicación de entrada traía la propuesta que en Cristina fue recién necesidad de vínculo de la segunda fase. No había en su infancia las situaciones de carencia de Cristina. Sus dificultades comenzaron en la pubertad y se acentuaron con el avance de la adolescencia (conflictos en la relación familiar, inestabilidad de pareja, incertidumbre vocacional). Lo que Esteban requiere es un terapeuta afectuoso pero discreto, que le permita ensayar su autonomía, que no lo retenga demasiado cerca (baja frecuencia de sesiones), que le permita a él construir primero sus interpretaciones, jugando el terapeuta un rol verificador. Se detectan elementos de rivalidad en la transferencia, pero hay que mirar *qué no es transferencia*, además. En la relación con su padre, éste también rivaliza con él, se opone a que nazca. Lo que el paciente viene a encontrar es un terapeuta que actúe un *rol diferencial*, que lo acompañe en lugar de obstruirlo en su crecimiento. También en Cristina mi presencia en un rol paternal instalaba la diferenciación-rectificación de la experiencia de padre ausente. En ambos pacientes hay una propuesta que condensa necesidades en una estructura nueva de vínculo *transferencial-diferencial*.

La estrategia implícita de la demanda es la de *repetir-diferenciando para dejar de repetir*.

*La necesidad de adecuarse a la dialéctica de esta estrategia, que requiere del vínculo funciones muy específicas, es la que fundamenta dinámicamente la flexibilidad técnica del terapeuta.*²

La personificación del vínculo en la relación de trabajo debe entenderse entonces en sus dos vertientes: adecuación del vínculo a necesidades específicas de cada paciente, y puesta en juego de capacidades y actitudes reales del terapeuta al servicio del proceso. Se apunta a terminar con las disociaciones tradicionales entre “la técnica” por un lado y las influencias de “la personalidad del terapeuta”, por el otro; aquí *la inclusión selectiva de rasgos personales del terapeuta es parte de la técnica*. Un equipo de la clínica Menninger (4)

² Otro aspecto complementario en cuanto a exigencias de flexibilidad del terapeuta, viene dado por la necesidad de que éste adecúe su rol y tipo de intervenciones según la particular movilidad y oscilaciones propias de las capacidades yojicas del paciente, aspecto que se discute en el capítulo siguiente.

evaluá exhaustivamente la problemática de una paciente depresiva de 40 años y discutió la estrategia psicoterapéutica. En su depresión culminaban muchos años de una pareja conflictiva, con una separación reciente, y de un prolongado estancamiento en su creatividad. Dado que su marido había sido un personaje frío, castrador, desvalorizante de los intereses artísticos de la paciente, se propuso al terapeuta que fuera cálido, que le estimulara sus intereses y le evidenciara confianza en sus capacidades (que la evaluación mostraba existían latentes en ella). Era la *indicación estratégica que para cumplirse exigía el compromiso personal del terapeuta*. Éste pudo asumirlo. A los dos años los resultados eran muy positivos, y se consideró que la oferta del terapeuta fue decisiva. *En el proceso terapéutico se van entretejiendo entonces dos tareas*. Una, la que se concentra en la activación yoica del trabajo en un foco (y que encuentra sus logros más fácilmente registrables en el esclarecimiento y el *insight*). Otra, la realización de un vínculo en el cual simbólicamente se proveen gratificaciones y estímulos rectificadores de ciertas condiciones vinculares del desarrollo, que actuaron precisamente como obstáculos para un mejor crecimiento previo del potencial yoico. Esta segunda tarea suele ser menos percibida (por estar aún menos conceptualizada en cuanto a todos los dinamismos que en ella operan). Actúa en la práctica terapéutica corriente más silenciosamente, mientras la atención de ambos participantes tiende a concentrarse en el esclarecimiento de la problemática focalizada. Pero hay que verla en toda su importancia, ya que es la realización simbólica que se va operando a través de ese vínculo real, personificado, la que provee el sustento dinámico para el proceso de activación yoica en la elaboración del foco, y para toda otra serie de cambios que se encadenan en el proceso terapéutico.

Bibliografía

1. Truax, Charles y otros, "Therapist Empathy, Genuineness and Warmth and Patient Therapeutic Outcome", *J. Consult. Psychol.*, vol. 30, 395-491, 1966.
2. Tarachov, Sidney, *Introducción a la psicoterapia*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, 1969.
3. Chassell, Josph, "The Growth Facilitating Experience in Psychotherapy", *Int. J. Psychoanal. Psychother.*, 1, pp. 78-102, 1972.
4. Sargent, Helen y otros, *Prediction in Psychotherapy Research. A Method for the Transformation of Clinical Judgements into Testable Hypothesis*, Nueva York, Int. Univ. Press., 1968.

Capítulo 8

LAS FUNCIONES YOICAS EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

El estudio de las funciones yoicas constituye un capítulo importante, tanto para una comprensión dinámica de la conducta como para entender los mecanismos de acción de las influencias correctoras sobre esa conducta. También lo es por razones de eficacia terapéutica, ya que se ha destacado con pleno derecho que el éxito o el fracaso de una psicoterapia depende de la evolución adecuada o el descuido de los recursos yoicos del paciente (12). Sin embargo, tanto en investigaciones empíricas como en teoría, en elaboración epistemológica (incluyendo una revisión ideológica de las categorías con que se lo ha pensado) como en cuanto a claridad de su manejo clínico, resulta hasta ahora insuficientemente ahondado.

Cabe preguntar por qué una “psicología del yo”, si cada corte transversal de la conducta muestra, vista desde el modelo estructural psicoanalítico, rasgos de influencia de los tres sistemas (yo, superyó, ello). Dentro del desarrollo de la teoría psicodinámica de la conducta, el subrayado de las funciones yoicas tuvo una fuerza reactiva, dado que constituían la zona menos atendida por una elaboración teórica rigurosa (5). Además porque en un primer periodo de la conceptualización freudiana tales funciones eran vistas como más pasivas, subordinadas a las de los otros dos sistemas, careciendo de una autonomía que la experiencia clínica fue revelando luego hasta presionar su reconocimiento.

Hay además otras razones para el énfasis en el yo. Como sistema de funciones aparece dotado de una movilidad mayor que la de los otros dos, su plasticidad potencial contrasta con la inercia asignada al superyó y al ello. Esa movilidad permite dar cuenta de fenómenos empíricamente constatables, de modificaciones en el comportamiento del sujeto que ocurren a ritmos más rápidos que los esperables

desde una perspectiva que atienda primeramente a la inercia de los otros componentes de la estructura. el enfoque típico recorta entonces aspectos dotados de una particular plasticidad y permeabilidad a influencias de cambio múltiples, prestando así una base para la comprensión de la acción terapéutica, a breves y medianos lapsos, de una diversidad de recursos correctores. Por otra parte, en cuanto muchas de las funciones yoicas regulan el contacto con las condiciones de realidad y el ajusté a las mismas, el yo aparece como zona puente de especial interés para todo enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico que aspire a rebasar los marcos de una óptica individual concentrada en el "mundo interno".¹ En este aspecto la profundización en el papel del yo y sus intercambios con la realidad lleva consigo un movimiento inevitable de replanteo ideológico.

Con toda esta importancia de las zonas relevadas en el enfoque yoico corresponde preguntarse cuáles son los determinantes socio-culturales que obstaculizan un desarrollo más riguroso de este enfoque. No parece casual, sino más vale responder a inhibiciones represivas y a distorsiones de una capa intelectual, la falta de una indagación más profunda de las conexiones con la realidad y sus dinamismos, tratándose precisamente de un área de autonomía potencial del individuo (6). La evidencia del déficit está en que todo terapeuta de orientación social e institucional sabe que trabaja con el yo del paciente, pero esta noción funciona en estado precientífico: difícilmente podrá explicar en qué consiste reforzar el yo, cuáles son los caminos y mecanismos íntimos de ese reforzamiento.

Hablamos al comienzo de precariedad en la elaboración epistemológica de este enfoque. Para constatarla basta revisar los listados tradicionales de las funciones yoicas. Hartmann era explícito: nadie ha realizado un listado completo de las funciones yoicas, lo cual perfila ya la curiosa situación de una corriente que no termina de delimitar su objeto. Además, las clasificaciones de esas funciones han mezclado niveles, superponiendo continuamente las categorías empleadas. Esta, se nos ocurre, es una de las razones para entender la ambigüedad en que quedan los intentos de explicar, en base a esta psicología del yo, los cambios y el modo en que operan para producirlos las diferentes intervenciones terapéuticas. Trabajar por ello en ciertas distinciones conceptuales se nos presenta como tarea preliminar al intento, por cierto imprescindible, de comprender los cambios yoicos en el proceso terapéutico.

¹ Esta última, cuanto más unilateralmente atenta al mundo interno, y descuidada de las condiciones de realidad total en las que existe el sujeto con su mundo interno, más impregnada de idealismo.

Luego de cotejar lecturas con experiencias clínicas y de ahondar reflexiones y discusiones sobre el tema,¹ una de nuestras conclusiones es que cualquier listado deberá mantener distinciones entre la *función* propiamente dicha (percepción, planificación, coordinación), los *efectos* del ejercicio de esas funciones (control de impulsos, adecuación realista, integración) y las *cualidades* asignables a esas funciones en base a sus rendimientos objetivos, verificables según la calidad de aquellos efectos (autonomía versus interferencias por el compromiso con el conflicto, fuerza versus debilidad, plasticidad versus rigidez, cohesión del conjunto versus dispersión, amplitud versus restricción, organización jerárquica y cohesión del conjunto).³

Sobre la base de estas distinciones pasaremos ahora a revisar varios aspectos de este conjunto de funciones.

1. Funciones yoicas

Este concepto abarca un conjunto en el cual es necesario por las razones precedentes hacer diferenciaciones jerárquicas en tres órdenes de funciones.

A. *Funciones yoicas básicas*, dirigidas al mundo exterior, a los otros y a aspectos de sí mismo: percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación (planificación o programación de la acción), exploración (actividades de tanteo y rodeo), ejecución, control (regulación) y coordinación de la acción. Estas funciones aparecen dotadas de un cierto potencial de autonomía primaria (6) (actúan con eficacia dentro de un cierto margen de condiciones, a pesar de la acción contraria de fuerzas que tienden a lo largo del desarrollo y en cada corte transversal del comportamiento, a debilitarlas o interferirlas). Este potencial de acción “libre de conflictos” es relativo, reversible, móvil en cuanto a su amplitud, pero constatable en base a la capacidad de ajuste de la conducta evaluada en sus matices más finos (plasticidad, corrección por retroalimentaciones).

² Hemos discutido exhaustivamente las funciones del yo en un grupo de estudios a mi cargo (1971-72) integrado por las psicólogas Licenciadas Eva Cozzetti, Nilda Guerschman, Celia Mauri, Julia Redondo, Edith Vivona e Inés Youkowsky. Varios de los criterios postulados en este capítulo son resultado de esa tarea de elaboración grupal.

³ La ausencia de tales distinciones hace que listados como los de Bellak (2), asentados a su vez en los de Hartmann, resulten confusos: no se pueden colocar en un mismo nivel (lo que va implícito en enunciarlos unos a continuación de otros) “control de impulsos”, “pensamiento” y “sentido de realidad”, ya que son a menudo facetas de un solo acto unitario de comportamiento basado en la regulación yoica.

B. Funciones defensivas, dirigidas a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones. Estas funciones defensivas (disociación, negación, evitaciones) no pueden colocarse al lado de las que hemos llamado básicas, ya que son funciones de otro orden, actúan simultáneamente con aquéllas, las cabalgan y por ello, a menudo, las interfieren en sus otros fines de ajuste. La represión actúa no sólo sobre afectos e impulsos, sino a la vez, y en base a afectar percepciones, recuerdos, pensamientos y ejecuciones motoras. A su vez aquellas funciones básicas, su fuerza y disponibilidad constitucionales influyen sobre la configuración del repertorio defensivo. Hartmann (5) destaca así este interjuego:

Hasta ahora hemos tratado en psicoanálisis principalmente con la intervención del conflicto en su desarrollo (se refiere a los factores autónomos[^]., pero es de considerable interés no sólo para la psicología del desarrollo sino igualmente para los problemas clínicos, estudiar también la influencia inversa, es decir la influencia que la inteligencia de determinado niño, su equipo motor y perceptivo, sus dotes especiales y el desarrollo que todos estos factores tienen en el tiempo, en la intensidad y en el modo de expresión de esos conflictos. /

Las relaciones entre aquellas funciones básicas (dotadas de autonomía primaria) y las defensivas se nos presentan como las de dos subsistemas de distinto nivel, enraizados, que intercambian influencias (tal intercambio explicaría, por ejemplo, que el ejercicio de una actividad -terapia ocupacional- logre por el reforzamiento de las funciones perceptivas, de la planificación y ejecución motora, contribuir a modificaciones en la fuerza y nivel de las defensas, hecho que la clínica verifica con frecuencia).

C. *Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras.* Se trata de funciones de tercer orden, es decir que constituyen un estrato funcional superpuesto jerárquicamente a los anteriores. Permiten mantener, en el seno de una enorme variedad de conductas, una cohesión, una organización, un predominio de los sinergismos sobre los antagonismos funcionales. La fuerza de estas funciones integradoras se pone a prueba particularmente cuando frente a cambios en la situación debe el sujeto reorganizar sus relaciones con el mundo, a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación. Se revelan asimismo en la posibilidad de coordinar metas “racionalmente elegidas” con otras necesidades arraigadas en la zona irracional de los impulsos. La síntesis consiste, por ejemplo,

en articular eficazmente el contacto con el propio deseo y el control racional sobre las condiciones reales de satisfacción del deseo.

Algunas de estas funciones de síntesis pueden, entiendo, vincularse con lo que desde un enfoque existencial se ha llamado (Sartre) (11) “tendencia constante del sujeto a una totalización de sí mismo, a realizar la unidad en la multiplicidad de determinaciones que lo constituyen”. Tal coincidencia es visible cuando desde el enfoque psicoanalítico se las menciona como “actividades de completamiento, de cierre gestáltico de sí” (10).

Estas funciones operan constantemente tendiendo a un centramiento de la persona. Conectarse con este nivel del funcionamiento yoico significa colocarse, el terapeuta, en la perspectiva que puede lograrse desde adentro de este esfuerzo de centramiento y recentramiento personal constante (en lucha contra todo lo que tiende a disociar y a desorganizar). Es atender a la presencia más o menos exitosa, pero constante, de un proyecto de totalización de sí mismo, en función del cual una de las perspectivas, entre otras varias, necesariamente debe ser la de las síntesis (aspectos que aparecen diluidos en ciertos desarrollos corrientes, centrados en una búsqueda “analítica” que hipertrofia los momentos de fragmentación, el estudio por partes, del sujeto).

La presencia de estas funciones de síntesis se expresa también en un nivel de intencionalidad, en el cual se busca establecer conexiones eficientes entre el pensamiento racional y otras zonas de la experiencia. El trabajo en psicoterapia dirigido a reforzar funciones yoicas debe partir de respetar los efectos exitosos de estas funciones (ejemplo: hacer explícitos los logros objetivantes del pensamiento manifiesto en sus mensajes intencionales) así como señalar sus fracasos y explorar los motivos de esos fracasos. Esto significa un terapeuta atento a un doble frente constante: el de los mensajes “latentes” y el de los mensajes manifiestos e intencionales del paciente, de los cuales hacer caso omiso sería desconocer toda un área de rendimientos yoicos.⁴

⁴ Este punto requiere ser subrayado frente a los equívocos que suscitan ciertas reglas técnicas del psicoanálisis kleiniano, donde sobre la premisa de que “todo acontecimiento en el campo debe ser al mismo tiempo otra cosa” (Baranger), se pasa al método de “hacer el analista caso omiso del mensaje intencional del paciente, captando en cambio otro distinto” (9). Esto es totalmente antagónico con la atención que las psicoterapias deben prestar, entre otros niveles, al del rendimiento yoico. Por la simplificación que se propone en aquella regla, de las relaciones entre mensaje intencional y mensaje latente, es dudoso además que la misma tenga validez incluso en el trabajo psicoanalítico.

2. Los efectos de las funciones yoicas

Son tal vez mejor identificados que aquellos varios niveles de funciones en su compleja interrelación. Comprenden: adaptación a la realidad, sentido y prueba de realidad, control de impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad, mayor tolerancia a la ansiedad y a la frustración con capacidad de demora, productividad, capacidad sublimatoria, integración y coherencia de una diversidad de facetas de la persona. Uno de los puntos de mayor controversia ideológica reside en la noción de adaptación a la realidad, noción por cierto clave en los criterios habituales de normalidad y curación. En las psicoterapias de los Estados Unidos funciona como ideal terapéutico, en nuestro medio para muchos terapeutas como una especie de logro mínimo y cuestionable en sus contenidos de sumisión social. Una distinción de Hartmann es aquí oportuna: lo que propone diferenciar entré *estado de adaptación* (como meta alcanzable en la que se aspiraría a detenerse) y *proceso de adaptación* que comprende una puesta en tensión activa de aquel amplio repertorio de recursos del sujeto, la que es por cierto condición necesaria para todo intento de relación dinámica y crítica con la realidad. A cuál de estos modos de adaptación se dirija el proceso terapéutico dependerá en cierta medida tanto de la ideología del paciente como de la ideología del terapeuta. Dependerá además de la concreta inserción social de ambos y del margen de recuperación impuesto por las condiciones generales, estructurales y represivas del sistema social. La distinción de Hartmann puede ser ahondada si diferenciamos subniveles en los fenómenos de “adaptación”: hay una “adaptabilidad” dada por la eficiencia potencial de ciertas funciones yoicas necesarias para el manejo de toda la realidad (incluso para el manejo que tienda a modificarla); hay otra “adaptación” referible a la posibilidad de interacción en pequeños grupos (y éstos pueden ser la familia o grupos de trabajo orientados en direcciones ideológicas diversas); por último, hay una “adaptación” consistente en aceptar las condiciones sociales globales vigentes, de manera pasiva. Toda discusión sobre adaptación y cambio en psicoterapias debiera contar con estas distinciones.

3. Algunas cualidades de las funciones yoicas

- a) *Autonomía*. Esta cualidad fue referida por Hartmann a la posibilidad de cierto funcionamiento yoico no interferido por el compromiso de sus funciones en el manejo de los conflictos (“área del

yo libre de conflictos”). Esta posibilidad de relativa autonomía debió remarcarse para rescatar el yo de un primitivo modelo estructural en el cual sus funciones eran servidoras de otras fuerzas intervinientes en los conflictos (ello, superyó, mundo exterior). Tal autonomía se verifica por el “ajuste” logrado en determinadas conductas adaptativas a pesar de la existencia de conflictos y de una organización defensiva montada sobre estos conflictos. Cuando el resto del rendimiento yoico está interferido por el desarrollo de esa organización defensiva, la conducta adquiere, en cambio, otros matices que la caracterizan: restricción perceptual o imaginativa, limitaciones en la creatividad, rigidez en el desarrollo de una conducta, limitaciones en el registro de retroalimentaciones correctoras. No obstante, las relaciones entre defensa y ajuste adaptativo no siempre son antagónicas: el alivio de la ansiedad logrado por defensas eficientes puede ser condición facilitadora para el empleo de otras capacidades yoicas en el manejo de otros aspectos de la realidad. La adaptación normal resulta también del eficiente juego de defensas útiles. Hartmann ha propuesto por ello distinguir relaciones antagónicas y relaciones de cooperación entre diferentes funciones yoicas.

- b) *La fuerza* de cada una de las funciones, y de su conjunto, se verifica por la eficiencia adaptativa que logran cotejada con el monto de exigencias a las que están sometidas. Se revelan, por ejemplo, en la medida en que un sujeto colocado en una situación traumática, aguda, imprevista, consigue mantener actuantes sus recursos adaptativos oponiendo una contrafuerza neutralizadora de las presiones internas y externas desorganizadoras o paralizantes.

- c) *La plasticidad* se pone de manifiesto según la capacidad de reajuste del repertorio de funciones ante variaciones producidas en la calidad y el monto de las exigencias que debe enfrentar el individuo.

Liberman (9) ha caracterizado la plasticidad de las funciones yoicas en base a estas posibilidades del sujeto:

... un Yo idealmente plástico tiene que poseer; 1) la capacidad de disociarse, observar sin participar y así percibir totalidades con los detalles distinguibles dentro de dichas totalidades (percepción microscópica: el Yo se achica y el objeto se agranda); 2) la capacidad de acercar la función perceptual al objeto y ver un detalle haciendo abstracción de la totalidad, pero sin confundir la parte con el todo; 3) la capacidad de captar los deseos propios y llevarlos a la acción en tanto existe la posibilidad de satisfacer dicha necesidad y para ello tomar una decisión luego de haber calibrado el equilibrio entre necesidad y posibilidad; 4) la capacidad de adaptarse a las circunstancias, al tipo

de vínculo, ya sea en el sentido vertical (abuelos, padres, hijos) o en el sentido horizontal (grados de intimidad); la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo, y también capacidad para estar solo; 5) la capacidad de tener un monto de ansiedad útil preparatoria para llevar a cabo una acción, una vez establecido el vínculo, tomada la decisión y observadas las circunstancias, todo lo cual permite tener: 6) las óptimas posibilidades para enviar un mensaje en el cual la acción, la idea y la expresión del afecto se combinen adecuadamente.

Nótese que cada uno de estos seis grupos de funciones propuestos por Liberman comprende a la vez varias de las que hemos llamado funciones yoicas básicas. Esta agrupación en pautas complejas se aproxima mejor a lo que es empíricamente el funcionamiento yoico. No obstante parece útil no anular ese otro nivel de análisis donde se reconocen ciertos aspectos más elementales de este funcionamiento, dado por el recorte tradicional de funciones simples, ya que permite reconocer en la interacción terapéutica estímulos capaces de actuar específicamente sobre algunos de estos aspectos más elementales (percibir, recordar, planificar). Desde luego, si este nivel de análisis se conserva tiene que estar ya a salvo de todo atomismo o elementalismo, de ninguna manera como alternativa al reconocimiento de aquellas organizaciones más complejas de funciones.

A esta altura es oportuno destacar la necesidad de un pasaje. Aun en el perfilamiento de pautas complejas de funcionamiento yoico, el enfoque se mantiene en una psicología individual, se trata de un sujeto y se caracteriza la eficacia de sus funciones. Pero la mirada sobre el yo debe ser ampliada para reconocer que en la interacción social los otros, los grupos con sus dinamismos, coparticipan en el curso y resultados de este procesamiento yoico en direcciones muy diversas, ya para facilitarlos, ya para entorpecerlos o distorsionarlos. Un claro ejemplo lo constituyen los fenómenos grupales que ha investigado Laing en familias, cuyas reglas y reglas de reglas actúan interfiriendo los rendimientos yoicos. Este aspecto merece ser subrayado, porque ensancha el contexto de valuación del yo.

4. Influencias ambientales sobre las funciones yoicas

Hartmann ha señalado la intervención en el desarrollo de las funciones yoicas de tres grupos de factores: la intensidad de los impulsos, la dotación genética y las influencias ambientales (que también hay que entender como codeterminantes de la intensidad de los impulsos). El grupo familiar aparece jugando un rol primordial en la evolución de estas funciones: la riqueza o pobreza perceptiva, imagi-

nativa, cognitiva, la existencia de un órea libre de conflictos, La plasticidad del repertorio defensivo, son siempre coproducciones (individuo-grupo las van gestando en sus vínculos). El papel del grupo tiene que ser también reconocido en el funcionamiento actual de estas funciones. Entonces se comprueba que hay situaciones grupales o institucionales yo-reforzadoras y otras en cambio yo-debilitantes (actuando en base a climas, reglas, y reglas sobre la modificabilidad de aquellas reglas). Todo grupo que ataque las capacidades yoicas de alguno de sus miembros, no las reafirme ni estimule, y subraye sus limitaciones o errores, así como le niegue su posibilidad de replantear sus reglas de funcionamiento será claramente yo-debilitante. Si se revisan con este enfoque historiales clínicos, habitualmente centrados en el recorte del yo individual, se comprueba que el interjuego de agentes grupales y sociales yo-debilitantes tiene un papel relevante en las situaciones de enfermedad individual.

Es también desde esta perspectiva que puede comprenderse el mecanismo de la acción terapéutica de muchos recursos ambientales (grupos ocupacionales, de discusión, de recreación, organización comunitaria de la vida institucional). Cada uno de ellos instala (por oposición a los grupos e instituciones patógenas) contextos de verificación reforzadores del yo individual y grupal mediante apoyo de los rendimientos positivos, ecuanimidad regulada por el colectivo en la discusión de los fracasos, y acceso del grupo a la discusión sobre las reglas que lo rigen. Del mismo modo, en las intervenciones sobre el grupo familiar, un aspecto importante de la acción correctora se ejerce en la dirección de llevar al grupo de un nivel inicial de arbitrariedad en el manejo de las capacidades yoicas de sus miembros (es decir, con omisiones o distorsiones en la evaluación de esas capacidades) a otro nivel de mayor objetividad en sus evaluaciones (pasaje de un contexto yo-debilitante a otro reforzador del yo). La posibilidad de producir tal desplazamiento pasa por el develamiento de sus reglas. Y metarreglas, disfrazadas de interacción “natural” y de simple juicio sobre “hechos”. Con este enfoque puede resultar esclarecedor analizar, como lo entrevieron Freud y Hartmann hace ya varias décadas, instituciones más amplias que el grupo familiar (hospitales, escuelas, partidos) y fenómenos del sistema social global (el control de la información, el sistema de propaganda o el aparato represivo, por ejemplo) desde el rol que cada uno de ellos juega al servicio de reforzar o debilitar el funcionamiento yoico de los individuos. El estudio de los antipsiquiatras dedicado a las instituciones de internación es un buen ejemplo de esta dirección. Con esta ampliación del marco teórico (ligada a un movimiento de replanteo ideoló-

gico sobre las categorías que recortan psicológicamente al individuo) *ya no se trata de evaluar funciones yoicas del individuo simplemente, sino de indagar principalmente la relación entre esas funciones y un conjunto de condiciones de realidad que inundan al sujeto penetrando sus rendimientos.*

5. Activación de las funciones yoicas en el proceso terapéutico

Podemos pensar en la situación terapéutica como la instalación de un *contexto de verificación* para aquel conjunto de funciones yoicas. También como un *contexto de estimulación* para estas funciones: ya el contrato inicial lo que hace es concertar una tarea nueva (indagar, comprender, objetivar una problemática) cuya simple apertura funciona como incitación original para el ejercicio de aquellas funciones. A la vez que la relación terapéutica provee *un contexto de protección y gratificación emocional* que alivia ansiedades profundas lo suficiente como para liberar cierto potencial de activación yoica, es decir, coloca a estas funciones en estado de mejor disponibilidad. Con estas condiciones de base, cada sesión, en cada uno de sus momentos, opera como activadora o movilizadora del conjunto de las funciones yoicas. Tomemos un fragmento de sesión, una comunicación del paciente al terapeuta:

P: “Yo aquella vez había estado flojo: cuando mi padre me dijo ‘tenes que estar en la reunión de familia’, para no discutir, le dije que sí. Esta vez, cuando se venían las fiestas, pensé de entrada ‘si me viene con lo de la reunión familiar le voy a decir que vaya él, que a mí no me interesa; y quedé esperando, pero esta vez no me lo dijo.”

Este breve párrafo, concertado alrededor de la *tarea* propuesta por la relación terapéutica, contiene un recordar con detalles, una atención concentrada en ese recuerdo y en la tarea actual, que indaga relación del paciente con su padre, asentada en la discriminación yo-otro; contiene una secuencia (conducta-reflexión-autocrítica-planificación de otra conducta alternativa), cuya evocación en sesión es reforzadora a su vez de las funciones contenidas en aquella secuencia.

A continuación veamos el rol jugado por dos intervenciones del terapeuta:

T: “¿Usted qué piensa? ¿Por qué su padre esta vez, en que usted estaba prevenido, no se lo habrá dicho?...”

P “No me doy biun cuenta, porque él no caminó con respecto a las fiestas...”

T: “¿Puede haber notado en usted una actitud diferente, algo que usted haya trasmitido sin palabras?”

Son precisamente aspectos salientes de la tarea en psicoterapia: percibir totalidades, captar detalles, evaluar necesidades y posibilidades. Estas intervenciones proveen nueva información (una decisión interna puede ser captada por el otro sin palabras), estimulan una evaluación retrospectiva de la propia conducta ante el otro, proponiendo ampliar el registro de los propios mensajes gestuales y posturales, un ensayo de percibirse desde el otro, y una búsqueda asociativa de otros datos que puedan aportar a la hipótesis sugerida por el terapeuta). Este fragmento tomado al azar puede ser visto así, en otro nivel que el de los contenidos esclarecidos, como la puesta en juego de una activa movilización yoica. El terapeuta funciona como instructor guía, esto es, como agente portador de estímulos, modelos, refuerzos y métodos correctores para el desarrollo de estas funciones. A la vez, los hechos vividos fuera de sesión, vistos por un observador enriquecido con la óptica suministrada por la tarea de la sesión, actúan también como estimuladores y reforzadores de todas las funciones activadas en sesión: percepción, memoria, atención, imaginación, reflexión objetivante, planificación. La constante discriminación entre condiciones de realidad y las distorsiones creadas por otra realidad (mundo interno) es una de las tareas reforzadoras del yo a lo largo de todo el proceso, ya que consolida un yo más finamente observador de la experiencia. Nótese también que muchos de los eslabones del procesamiento yoico destacado por Liberman (que antes citamos) son precisamente aspectos salientes de la tarea en psicoterapia: percibir totalidades, captar detalles, evaluar necesidades y posibilidades, etc. La duración del proceso terapéutico puede influir en el grado de reforzamiento logrado: en terapias breves es probable que el refuerzo yoico tenga un alcance sectorial, en otras más prolongadas podrá ser más extendido.

En síntesis, puede entenderse que las funciones yoicas se refuerzan en psicoterapias mediante la creación de un contexto de gratificación, alivio de ansiedad, estimulación y verificación (situación terapéutica) que las solicita activamente y las consolida a través de su ejercicio guiado (proceso terapéutico). El terapeuta con su propia actividad provee además al paciente un modelo yoico de identificación. En la relación de trabajo se constata por otra parte la existencia de un interjuego entre las funciones yoicas del paciente y las del terapeuta: entre ambas hay una constante cooperación, a la vez que

se instala una relación de compromiso automáticamente de manera automática. Este aspecto del vínculo terapéutico resulta particularmente interesante para indagar ciertas leyes que rigen la relación de trabajo paciente-terapeuta (será discutido en el párrafo siguiente).

Un punto esencial para una teoría del proceso en psicoterapia reside en el problema del origen y tipo de cambios yoicos que pueden lograrse por aquel proceso. La conceptualización de estos cambios ha debido desarrollarse frente al concepto de área del yo comprometida con el conflicto (es decir, sometida a las vicisitudes y dinanismos de las relaciones intersistémicas (ello-superyó-yo) y sus contradicciones frente a la realidad).⁵ En primer lugar se destaca entonces que el reforzamiento en la eficacia de los rendimientos yoicos se opera por el desarrollo (activación y consolidación por la prueba de su eficacia) de un conjunto de recursos llegados al tratamiento en estado de disponibilidad, que pueden caracterizarse como propios de un área del yo relativamente "libre de conflictos", capaz de cierto crecimiento autónomo (6). Por otra parte, hay que agregar el fortalecimiento de funciones yoicas que llegan comprometidas con el conflicto y logran una liberación parcial del mismo, en función de parciales resoluciones del conflicto (7), o modificación del mismo debida a variaciones en las fuerzas intervinientes (por ejemplo, por cambios en las condiciones grupales que lo exacerbaban). Se postula, por otra parte, con fundamentos en todo un conjunto de observaciones de psicología evolutiva, una relación de reforzamiento mutuo entre autoestima y experiencias de eficacia yoica (13). (Estos dinanismos de potenciación de efectos se tratan más detalladamente en el capítulo 9.)

Aun en pacientes afectados de una patología severa, el margen de recuperabilidad funcional del yo resulta clínicamente detectable.

A menudo el enfoque terapéutico utilizado en una psicoterapia es el deseo de fortalecer diversas funciones yoicas. Por ejemplo, con un paciente fronterizo, la finalidad de una interpretación no sería tanto lograr un *insight* como proporcionar un marco *a partir del cual pueda el paciente organizar* una serie de fenómenos. Es un esfuerzo por fortalecer la función integradora, sintética, al *proporcionar un andamiaje* que le permita al paciente organizar muchos de sus sentimientos, afectos, pensamientos (Zetzel) (1).

Para que esta línea terapéutica sea efectiva, debe contarse, aun en este paciente afectado por una importante debilidad yoica, con un

⁵ Área cuya modificación se interpreta tradicionalmente dentro de una teoría del cambio mediante el proceso psicoanalítico.

monto de capacidad autoorganizativa en estado de disponibilidad pese a la existencia de conflictos profundos no resueltos. Estas exigencias refuerzan la idea de que existen importantes *energías yoicas* no sólo relativamente “libres de conflicto”, sino *independientes* de los otros sistemas (13).

Con frecuencia el reforzamiento del yo se asimila al concepto de “trabajo con las partes sanas” del paciente. Este último concepto es más amplio: comprende el conjunto de funciones yoicas potencialmente rescatables a pesar del conflicto, y también aspectos motivacionales y vocacionales de nivel más maduro. Tal vez toda psicoterapia deba tener en cuenta las “partes sanas” del paciente. Sólo entonces podrá proporcionar una imagen ecuánime de ese paciente, atenta a sus lados enfermos, regresivos, tanto como a sus capacidades y logros, no sólo en el afuera sino también dentro de cada sesión. Esta ecuanimidad se expresará en que el terapeuta señale la emergencia de ansiedades y defensas arcaicas en el vínculo transferencial, por ejemplo, y a la vez el acto de crecimiento que puede ser a menudo la premisa silenciosa de esa capacidad de vuelco en la transferencia. Se trata de captar en toda su magnitud la constante dialéctica salud-enfermedad. Sólo con una comprensión muy profunda de esa dialéctica es posible preguntar a un paciente psicótico en plena regresión “si todo va bien” y *respetar por “sana”* su respuesta de autoevaluación, en la que solicita no ser interferido en ese movimiento de búsqueda de sí mismo (11).

6. Un aspecto del proceso en psicoterapias: la complementariedad entre funciones yoicas del paciente y funciones yoicas del terapeuta

Hasta aquí hemos considerado en especial lo que va ocurriendo con las funciones yoicas del paciente en el proceso terapéutico. Cabe a la vez notar que paralelamente al proceso supone una movilización y consolidación progresiva de las funciones yoicas del terapeuta. Esta movilización yoica del terapeuta es selectiva y parece desplegarse, según materiales clínicos que hemos venido estudiando, según leyes de complementariedad con el perfil del funcionamiento yoico del paciente, dado por funciones debilitadas y funciones conservadas en grado diverso. Habitualmente, de modo espontáneo, por un ajuste implícito de equipo que comporte una tarea, el terapeuta se apoya en las funciones yoicas mejor conservadas del paciente y le suministra, como “préstamo temporario”, aquellas que en él están menos desarrolladas o momentáneamente inhibidas. Es probable que muchas intervenciones intuitivas del terapeuta respondan a esta necesidad

de ajuste estético modelado sobre el perfil yoico expresado en el comportamiento total del paciente.

En una de las psicoterapias que hemos estudiado, el terapeuta se encontró con un paciente de 26 años, obrero que cursaba estudios técnicos, aquejado de una fuerte inhibición fóbica generalizada, que le acarreaba una depresión secundaria. En la última época no podía trabajar ni estudiar. Mientras se iniciaba una fase diagnóstica, el terapeuta pensó que había que comenzar a movilizar al paciente, sacarlo del bloqueo total con que llegaba. Le propuso al paciente que mientras estaba en su casa, dibujara. Se le ocurrió que el dibujo era la tarea más viable inmediatamente, no sabía por qué. El psicodiagnóstico le informó después que dentro de una extendida inhibición de funciones yoicas, las que tenían relación con gráficos (Wechsler) eran las más conservadas.

En otro de los materiales estudiados, el terapeuta mantiene una primera entrevista con una paciente de 20 años. El motivo de su consulta es muy vago, y el estado de la paciente es oscilante, entre momentos de gran ansiedad persecutoria y confusional, en los que anuncia que va a interrumpir la entrevista, como asustada por algo, y otros de calma, en los que puede dar algunos datos sobre su enfermedad. Las intervenciones del terapeuta pueden verse en el registro de la entrevista siguiendo fielmente las oscilaciones de la paciente: reaseguradoras (ansiolíticas) en momentos de intensa ansiedad, indagadoras (ansiógenas) en los períodos de fugaz calma; discriminadoras (con cierto estilo obsesivo indispensable) en los momentos de mayor confusión, e interpretadoras (proponiendo conexiones nuevas, juntando elementos) en las fases en que la capacidad de discriminación de la paciente parecía recuperarse. Los mensajes del paciente y terapeuta cobran aquí claramente relieves complementarios.

Consideremos desde esta perspectiva la siguiente secuencia (primer par de intervenciones de una sesión que se discute más detalladamente en el capítulo 11).

⁶ Pensamos no sólo en una complementariedad jugada en los mensajes verbales, sino también en *el intercambio de mensajes corporales* (es decir en una respuesta también gestual y postural específica del terapeuta frente a los mensajes gestuales y posturales del paciente, en los que se expresan determinados niveles de activación perceptiva, atención, discriminación, integración). Esta complementariedad corporal está inclusive sugerida en estudios neurovegetativos de la interacción en sesión. El registro en una sesión de psicoterapia de las frecuencias cardíacas de paciente y terapeuta, mostró que a partir del minuto 15 la del paciente descendía progresivamente y la del terapeuta iba proporcionalmente aumentando. En once momentos de la sesión se produjeron variaciones opuestas, coincidentes en el mismo minuto: si la frecuencia del paciente bajaba, subía la del terapeuta y viceversa (12).

p: Me siento muy violento. El otro día mi chico se peleaba con un amiguito por un juguete. Traté de que se dejaran de pelear, que cada uno se arreglara con un chiche. No hubo caso, seguían haciendo escándalo. Entonces exploté, me levanté, fui y rompí el juguete. Después pensé que era una barbaridad, que podía haberlos parado de otro modo. Y me acordé que yo de chico reaccionaba así con lo que no me salía: un día rompí un auto que tenía porque no lo podía arreglar.”

T: “Creo que convendría pensar, para entender algo de esta violencia suya, cuál podría ser actualmente el arreglo que no sale.”

Detengámonos en el pensamiento que ha operado el terapeuta. Qué razones tiene para introducir allí una pregunta, con todo lo que ésta tiene de exigencia al paciente: él debe interpretar esa violencia, detectando ahora un arreglo que no sale. La viabilidad de este tipo de intervención surge de un procesamiento de indicadores presente en la comunicación inicial del paciente, reveladores de un nivel de capacidades yoicas eficientes: iniciativa para comenzar la tarea, nivel de ansiedad útil, mensajes corporales que hablan de funciones de integración y control conservadas, precisión del relato, funciones perceptivas y mnésicas eficientes, capacidad de abstraer y generalizar contenida en sus asociaciones. El terapeuta ha tomado estos indicadores (procesándolos de modo no consciente) para apoyarse en estas funciones eficientes y solicitar su aplicación a la profundización del problema.

Es interesante la secuencia inmediata. El paciente no responde al interrogante planteado por el terapeuta, se limita a agregar otro episodio de violencia. El terapeuta señala inmediatamente su evitación de la pregunta y la reformula. Cabe entender así la secuencia: el terapeuta registra el fracaso del yo adaptativo, cuya tarea era esclarecer la violencia (presumiblemente interferido por el yo defensivo, que moviliza la evitación de la tarea) y asume el terapeuta la tarea (puesta en juego de su yo adaptativo) de volver al problema inicial. Lo que hace es solicitar el esfuerzo del yo adaptativo del paciente, que dio anteriormente muestra de fuerza potencial.

Con el estímulo del terapeuta, el paciente retoma efectivamente la tarea. La sesión avanza contando con un nivel adecuado de rendimientos yoicos del paciente. Cuando más adelante surgen por un lado un sueño de pesca y luego una frase, en la que llama “hacer una galleta” a una confusión de fechas con una amiga, el terapeuta hace simplemente un señalamiento de estas conexiones: deja al paciente la tarea de indagar mejor el sentido de esa coincidencia, en base a que hay indicadores de que el paciente puede trabajar con su yo. Puede contrastarse este momento del proceso terapéutico con los comienzos del tratamiento en los que la angustia del paciente era lo suficiente-

mente intensa como para interferir sus rendimientos yoicos. En esta primera etapa, el terapeuta asumía un rol más esclarecedor a su cargo, y en algunos momentos un rol directivo, dados los indicadores de déficit en la función yoica del paciente, que no estaba en aquel momento en condiciones de asumir ciertas tareas.

Planteada la interacción terapéutica en términos de un ajuste selectivo de complementariedad en las funciones yoicas del paciente y terapeuta, se hace claro el fundamento de que el terapeuta opere técnicamente con un rol flexible: frente a esa movilidad de las demandas yoicas no es posible pretender como terapéutica una conducta que se fije en un rol (interpretar siempre o dirigir siempre).

El interés de esta hipótesis acerca de la interacción complementaria en sesión estriba, a nuestro juicio, en que permite evaluar en base a indicadores objetivos la marcha del proceso y el ajuste de la técnica empleada. Entre otros criterios (como los que pueden aludir a contenidos y áreas de la problemática tomada en sus relaciones con el foco terapéutico, por ejemplo) podrá ser considerada acertada la intervención del terapeuta en la medida en que se modele sobre el nivel de posibilidades yoicas evidenciado por el paciente en sus mensajes más recientes.

Correlativamente, la apertura que provee este desarrollo es la de permitir comprender la racionalidad de un vasto repertorio de operaciones que el terapeuta realiza habitualmente de modo intuitivo. De este modo se proporcionan nuevos parámetros para la investigación microscópica del curso que empíricamente va logrando el proceso en estas psicoterapias

Referencias bibliográficas

1. Adler, Garma, Gumbel y otros, "Mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia", *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XXV111, 1, pp. 50-72, 1971.
2. Bellak, Leopoldo y Small, Leonard, *Psicoterapia breve y de emergencia*, México, Pax, 1969.
3. Fiorini, H., "El nivel inconsciente de las funciones yoicas, su intervención en el conflicto y en el proceso terapéutico", en *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.
4. Gottschalk, Louis (comp.), *Comparative Psycholinguistic Analysis of Two Psychotherapeutic Interviews*, Nueva York, Int. Univ. Press, 1961.
5. Hartmann, Heinz, *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México, Pax, 1961.
6. Hartmann, Heinz, *Ensayos sobre la psicología del yo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1969.

7. Laing, Ronald, "Metanoia: algunas experiencias en el Kingsley Hall de Londres", *Rev. Arg. de Psicología*, tomo II, 6, 1970.
8. Laing, Ronald, *El cuestionamiento de la familia*, Buenos Aires, Paidós, 1972.
9. Liberarian, David, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, tomo I, Buenos Aires, Galerna, 1970.
10. Paz, José R., *Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.
11. Sartre, Jean-Paul, *Crítica de la razón dialéctica*, Buenos Aires, Losada, 1963.
12. Wallerstein, Robert, "La relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia. Problemas actuales", *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XXVIII, I, pp. 25-49, 1971.
13. White, Robert, *El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1973.

En capítulos anteriores se han caracterizado ciertos ejes organizadores del proceso de cambios que se desarrollan en una psicoterapia. En ese proceso se movilizan influencias y efectos de cambio diversos y variables. Tal vez debamos pensar para las psicoterapias, más que en un proceso unitario, en un conjunto de procesos que se van entretejiendo en un marco establecido por aquellos ejes (foco, relación de trabajo, activaciones yoicas).

Otro aspecto a destacar acerca de los cambios que producen las psicoterapias es el de la heterogeneidad de las zonas de cambio, ya que los mismos pueden operarse de modo simultáneo o sucesivo sobre aspectos intrapersonales, interpersonales o situacionales. En la medida en que el objeto de las psicoterapias no es el individuo tomado aisladamente, sino inserto en grupos y en situaciones concretas, se hace evidente la diversidad y heterogeneidad de las influencias de cambio que se ponen en juego y de sus efectos. Por ello todo intento de conceptualizar los cambios en psicoterapias deberá partir de esta pluralidad de zonas y niveles de la acción terapéutica.

1. Influencias y dinamismos de cambio en psicoterapias

Hemos discutido en capítulos anteriores el papel de la relación de trabajo personificada y sus dinamismos de influencias, así como el rol desempeñado por el fortalecimiento de las funciones yoicas. Sólo tendrá sentido aquí retomar algunos de esos dinamismos de la acción terapéutica para subrayar, en primer lugar, los modos en que concentran y entrecruzan sus influencias, y luego proponer modelos de encadenamiento y potenciación de esas influencias.

Se destacó el papel de la relación de trabajo personificada como experiencia emocional correctiva en la que se concentran dinamis-
mos *transferenciales* (proyección en la figura del terapeuta de objetos
internos persecutorios -rol del superyó, por ejemplo-, así como de
objetos protectores, reparatorios) y *diferenciales* (rectificación de
rasgos negativos vinculados a las imagos parentales, alivio de la
persecución del superyó por la conducta efectivamente permisiva y
comprensiva del terapeuta) en buena medida *originales*, propios de
una relación sin precedentes (un diálogo prolongado, abierto y veraz
con un experto que guía en la concentración de atención y en el ensayo
de métodos de indagación sobre sí mismo). En experiencias grupales
e institucionales se agregan influencias semejantes de muchos otros
nuevos vínculos.

Un agente dinámico importante actúa en la *continencia* ofrecida
por el vínculo terapéutico. Por ella se reactivan naturalmente los
elementos de mía relación infantil de dependencia (reaseguramien-
to, sostén, recuperación de la autoestima a partir del interés cálido
del terapeuta). Los fenómenos de proyección-depositación, inheren-
tes a esta relación, proporcionan con frecuencia un alivio en el monto
inicial de ansiedad, que interferiría una mejor disponibilidad del
repertorio de funciones yoicas. La necesidad de este vínculo depen-
diente inicial puede modificarse, una vez recuperado ese potencial de
funciones yoicas. La posibilidad de una regresión más profunda que
tienda a cronificar la dependencia encuentra sus límites en la
psicoterapia por la constante presencia de las condiciones de realidad
del vínculo, incluida una más frecuente referencia a sus límites
temporales.¹

El interés del vínculo centrado en la persona, el respeto y la
receptividad del terapeuta para su más libre expresión conjugan
influencias reaseguradoras de autoestima. Tal fortalecimiento afecti-
vo, con sus componentes de alivio y gratificación, es un hecho
primordial en la dinámica del proceso terapéutico, sobre el que
apoyan aperturas (con la ansiedad y el dolor de las mismas) y se
refuerza la motivación para seguir enfrentando la incertidumbre de
lo desconocido. El reaseguramiento afectivo es esencial para llevar la
ansiedad a un nivel útil y para facilitar el crecimiento de funciones
yoicas autónomas. Un aspecto de gratificación emocional importante
es el producido en la experiencia de ser comprendido por el terapeuta,
en la actitud de éste que va al encuentro de lo más personal e íntimo

¹ Desde este punto de vista, una psicoterapia prolongada debiera siempre trabajar
con contratos por lapsos relativamente breves sometidos a balances y recontractos. De
este modo pueden evitarse los riesgos de la ambigüedad temporal.

del paciente, de zonas no sólo desconocidas sino “solitarias”, necesitadas de contacto con el otro.

A su vez el trabajo de indagación y verbalización de lo vivido, instala un proceso original de creciente *objetivación*, sobre el cual se consolidan también los reforzamientos yoicos. Uno de los aspectos de este proceso de objetivación es la experiencia emocional-cognitiva peculiar del *insight*; otros, tal vez más frecuentes, residen en los fenómenos de *esclarecimiento y discriminación*. Se instala con ellos un aprendizaje, susceptible de ulteriores desarrollos autónomos, centrado en la experiencia de conocer-comprender-objetivarse y asentado en el soporte del lenguaje. Se ha destacado el rol no sólo clarificador sino además autoafirmador de la palabra: “La experiencia del “hablante de escucharse hablar determina una interacción dialéctica del individuo consigo mismo que promueve el crecimiento del *ego*” (6).

El ensayo concreto en la *acción* de nuevas actitudes, constituye otro canal de influencias significativas, que habitualmente se van entretejiendo con los otros niveles de movilización y crecimiento. La posibilidad de intentar un comportamiento diferente relativiza la apariencia de inmovilidad que tiene el mundo antes de iniciar este proceso de aperturas. La experiencia vivida de la nueva conducta contiene a menudo el poder de los actos reveladores, una fuerza de convicción intransferible, que se refuerza por el contraste con conductas previas.

Otro nivel de influencias de cambio debe verse en las respuestas de los otros ante la evidencia de los procesos que van aconteciendo en el paciente, y la variación de calidad que se opera en los vínculos por el encuentro de esas dos vertientes de modificación.

2. Los efectos de aquellas influencias y dinamismos de cambio

Los efectos observables del proceso terapéutico, de amplitud e intensidad variables, según modalidades de la acción correctora ejercida, y según variables individuales grupales y sociales conjugadas en cada situación, comprenden diversos niveles del cambio.

- a) Modificaciones en el nivel de los *síntomas*, supresión o alivio de los mismos. A propósito de las psicoterapias de apoyo se ha discutido a veces el sentido de la modificación sintomática. Sin embargo, este nivel de cambios no puede ser visto sólo desde una perspectiva topográfica (superficie versus profundidad), sino a la vez desde otras influencias del síntoma, intrapersonales y grupales, dado

su valor de “mensaje”, y el cierre que opera de ciertas estructuras patológicas grupales, una vez instalado. Desde este enfoque comunicacional se ha destacado la importancia de relativizar el síntoma mediante la variación “experimental” del mismo. Esta relativización abre a menudo caminos hacia el *insight*, por lo que la sugerida oposición tradicional entre comprensión y supresión sintomática pierde sustento.

- b) Variaciones correlativas en el empleo del *repertorio defensivo*, con la posibilidad de que defensas más primitivas (disociación, negación, identificaciones proyectivas masivas) cedan lugar a otras de mayor valor adaptativo. Tales variaciones pueden responder a la convergencia de reforzamientos yoicos, alivio de ansiedad y modificación en las condiciones grupales.

- c) Logros de un mayor ajuste y gratificación en las *relaciones interpersonales*, por ruptura de estereotipos previos y emergencia de un nivel de comunicación más eficiente, mayor discriminación entre lo propio y lo ajeno en la interacción, mayor adecuación de las exigencias dirigidas hacia sí mismo y hacia los otros.

- d) Adquisición de una *autoestima* más realista, vinculada a una mayor comprensión de sus dificultades y posibilidades, a una evaluación del propio rol grupal, y a cierto desvanecimiento de mitos personales y familiares autodestructivos o estimulantes de la omnipotencia. En este nivel de verse asimismo la emergencia de una *relación del sujeto consigo mismo*, activada por el proceso terapéutico, capaz de integrar algunos nuevos soportes de la *identidad*.

- e) Destacamos antes los cambios en la conducta de los *otros* cercanos, correlativos al nuevo repertorio de mensajes que es capaz de transmitir el paciente en base a los cambios en él operados.

- f) Mayor eficiencia en otras tareas adaptativas, productividad, creatividad, recreación, planificación. Estos cambios suponen una puesta en juego de aptitudes en otros momentos reprimidas, negadas o interferidas por conflictos. La productividad en tareas presentes va íntimamente unida al desarrollo de un *horizonte prospectivo*, cierto proyecto personal capaz de aportar al esfuerzo actual alguna motivación de futuro.

- g) Ampliación de la *conciencia* de posibilidades y trabas personales, una conciencia de sí mismo en parte nueva. El paciente aprende a pensarse y este aprendizaje apunta al logro de una mayor autonomía crítica. Los contenidos ideológicos que nutran este pensamiento activado, los límites de esa nueva conciencia, dependerán tanto de la ideología del paciente como de la del terapeuta. No obstante, el proceso de una psicoterapia transmite algunos mensajes no ambiguos en los que Marx y Freud vienen emparentados: el valor

de la toma de conciencia, de la reflexión crítica, como factor de cambio, y la puesta en relación del mundo emocional subjetivo con modalidades concretas de relaciones entre los hombres, relaciones que se muestran no estáticas ni eternas, sino históricas y sujetas a modificación. Más allá de este nivel general, Marx y Freud se separan en cualquier momento, porque el alcance de lo que se cambia, los métodos del cambio, las unidades a las que se aplica, pueden sufrir recortes muy diferentes desde distintas ideologías.

3. Encadenamiento autónomo de influencias y efectos del proceso terapéutico

Hasta aquí han surgido en una enumeración casi lineal una serie de influencias de cambio y un conjunto de efectos operados por esas influencias. Pensarlos a su vez en interacciones abre la posibilidad de comprender otros dinamismos propios del proceso de cambios que puede poner en marcha una psicoterapia.

Una observación cuidadosa del modo en que los cambios se suceden permite, a mi juicio, comprender el entrelazamiento de influencias y efectos en términos de *ciclos de crecimiento autónomo en espiral*, ascendente o descendente (4). Ciclos pensados según un modelo de cambios que se producen por un crecimiento autónomo de las interacciones, a partir de una dirección inicial impresa a las mismas, en base a fenómenos de retroalimentación y potenciación de efectos. Puede vincularse al modelo de las reacciones en cadena de la física, y de las “escaladas” bélicas. Pues resulta visible, en especial para quienes trabajan en salas de pacientes agudos, descompensados o al borde de una ruptura psicótica, que la llegada de numerosos pacientes a la consulta se hace bajo el signo de un conjunto de interacciones negativas, que hemos denominado *ciclo orientado hacia la regresión o el deterioro*: el alto nivel de ansiedad, las dificultades para pensar, objetivar y discriminar problemas, las alteraciones en la autoestima, los trastornos en las relaciones con los otros, los déficit en la productividad personal, la falta de un proyecto positivo de futuro se conjugan y potencian, creando una escalada de efectos negativos.

Ciertas intervenciones terapéuticas (apoyo, esclarecimiento, corrección de algunas modalidades de vínculo conflictivo, proposición de ciertas conductas alternativas) pueden actuar entonces no meramente produciendo *acciones puntuales* sino que, frenando el deterioro de algunos eslabones, e invirtiendo su signo, consiguen influir sobre el conjunto del ciclo o reacción en cadena. Ciertas acciones

terapéuticas lograrán su efecto no sólo por mejorar cierta zona de la situación, sino que actuando sobre esa zona podrán ayudar a reestructurar el conjunto.

El proceso de mejoría puede ser comprendido como la inversión de signo (esto es de dirección) de un ciclo, con promoción de un *ciclo orientado hacia la recuperación y el crecimiento*, en el cual los efectos, ahora positivos, se eslabonan en una nueva escalada. Hay que entenderlo así, ya que con gran frecuencia no hay relación puntual ni proporcional entre las influencias de cambio atribuibles a las sesiones de un período de psicoterapia y los cambios que efectivamente van surgiendo. Rangell (9) destaca así el problema: “Los psicoterapeutas de todas las escuelas están familiarizados con los notables cambios que pueden lograrse en algunos pacientes en un período relativamente breve. Ello puede deberse a numerosas razones, una de las cuales, la menos explorada, es el conocido hecho del ‘paciente que sé cura a sí mismo’ si el terapeuta no se lo impide”. Entiende el autor que la dinámica de estas “fuerzas autocurativas” puede ser bastante compleja.

Este hecho, que tradicionalmente fue visto como una dificultad para comprender los mecanismos de acción de las psicoterapias y para prever la amplitud e intensidad de los cambios, en realidad viene a mostrarnos que lo que no se puede es pensar en esas influencias con modelos de causalidad lineal. Resultan, en cambio, susceptibles de comprensión en base a modelos policausales de acción en cadena, de ciclos de autonomía interna.

Un modelo de ciclos de cambio permite, entiendo, dar precisión a lo que ciertos autores de manera vaga han descrito como la existencia en todo paciente de “impulsos autónomos hacia la salud” (1). Coincide con lo expuesto últimamente por Wender (13) en términos de “retroalimentación amplificadora de la desviación”, “círculos viciosos” y “círculos virtuosos” (basado en conceptos cibernéticos de Maruyama, 1963) (7).

Esta teoría de ciclos potenciadores de efectos en las psicoterapias podría iluminar un hecho hasta ahora poco explicado: las estadísticas de resultados de distintos tipos de psicoterapias arrojan porcentajes de éxito y fracaso no muy disímiles. Para psicoterapias breves ambulatorias, por ejemplo, distintas instituciones comunican entre 60% y 80% de mejorías. Coloquemos por un momento entre paréntesis todos los cuestionamientos metodológicos acerca de estos estudios, y pensemos en la posibilidad de que alguna real aproximación en los efectos de diferentes técnicas, terapeutas e instituciones, obedezca a que cada una de estas influencias terapéuticas termine produciendo, por vías de abordaje distintas (sobre eslabones diferen-

tes) efectos que una vez superado un umbral, converjan en un *ciclo o vía final común de la progresión y recuperación*.

Esta hipótesis podría llevar asimismo a indagar en los casos de recuperaciones espontáneas, sin intervención terapéutica, qué otro tipo de estímulos pudo actuar impulsando ese ciclo final común de progresión. Es necesario suponer la existencia de estos encadenamientos autónomos a partir de una variedad de estímulos parciales y alternativos, tanto para esas recuperaciones espontáneas como para las que responden a contactos terapéuticos mínimos. (Estos éxitos terapéuticos sorprenden siempre antes que nada al terapeuta, quien cree haber hecho demasiado poco para que tales cambios ocurran.)

Es interesante además detenerse en esta posibilidad de pensar los cambios que son efecto de las psicoterapias engarzados en un par de ciclos de signo opuesto (negativo o descompensante, y positivo o recuperante) porque desde la perspectiva estructuralista (3, 8) las oposiciones (una de las relaciones internas estructurales más extendidas y mejor estudiadas) asumen en diversas estructuras -lingüísticas, mitológicas, históricas- el carácter de una bipolaridad, configuran sistemas de oposición binaria que funcionan según un régimen de todo o nada; no existen puntos intermedios de significación y pequeñas variaciones ocasionan "saltos de significación". Hemos pensado antes en la situación como estructura móvil que engloba en cada fase una diversidad de elementos heterogéneos (intrapersonales, interaccionales, contextuales). Las oposiciones en el seno de esa estructura (merecer estima-merecer desprecio, llevarse bien-llevarse mal, éxito-fracaso en la tarea) permitirían comprender los fenómenos de inversión del signo global del ciclo, a partir de estímulos breves o de escasa intensidad, es decir un salto de significación en el interior de esos sistemas de oposición binaria permitiría explicar más profundamente la aparición de cambios que no guardan proporción con la magnitud o duración de los estímulos correctores aplicados a la situación.

Intentaré aclarar la idea con un ejemplo clínico.

He mencionado en la discusión de foco a Ernesto, un paciente de 30 años, en psicoterapia de un año de plazo (idea inicial sujeta eventualmente a reajustes). En el momento de la consulta se conjugar una serie de elementos susceptibles de organizarse en un ciclo descompensante, de signo negativo; entre otros: separación de su mujer con grandes obstáculos para un reencuentro y total dificultad para aceptar la pérdida; dificultad para ejercer la paternidad con su hijo, agravada por la falta de convivencia con él; deterioro de su rendimiento laboral; angustia y depresión intensa. Seis meses des-

pués su situación ha variado: hay un acercamiento logrado con la esposa; una mayor conexión con el hijo; ha mejorado en su rendimiento en el trabajo, y la angustia y depresión intensas han cedido. Estos nuevos elementos pueden interactuar, y es lo que se observaba en su evolución, encadenando un ciclo positivo de recuperación. Cada uno de esos aspectos de cambio puede comprenderse configurando un eje de oposiciones binarias:

- a) Relación de pareja: inclusión-exclusión, o aceptación-rechazo.
- b) Relación con el hijo: cumplimiento-incumplimiento de la paternidad.
- c) Rendimiento laboral: negativo-positivo.
- , d) Equilibrio emocional: conservado-perturbado.

Desde la situación de regresión o deterioro podrán ocurrir cambios según secuencias variables (a menudo en un orden imprevisible), pero bastará que en alguno de estos ejes de oposición se produzca una variación lo suficientemente intensa como para ocasionar un salto al polo positivo de ese eje, para que se produzcan inmediatamente dos efectos de irradiación de ese cambio sobre el conjunto: 1) En ese eslabón se interferirá el ciclo de interacciones negativas. 2) La instalación en ese eslabón de un nuevo signo comenzará a ejercer (por la interacción refuerzo de autoestima-reforzamiento yoico, que logre afirmarse en esa área) una presión de arrastre en la nueva dirección sobre otros eslabones de la estructura.

Hablamos aquí de fenómenos de encadenamiento y progresión autónomos. Tal vez autónomo sea un término general con el que intentemos abarcar sí procesos que no responden a relaciones causa-efecto de tipo lineal, pero cuyos dinamismos íntimos todavía estamos lejos de conocer con mayor precisión. Podría ocurrir que estas hipótesis sobre dinamismos, del tipo saltos de significación sobre ejes de oposición binaria, con irradiación al conjunto de las interacciones, nos permitan penetrar más profundamente en la naturaleza de estos movimientos de cambio.

Las consideraciones precedentes intentan abrir líneas teóricas para ahondar sobre los dinamismos del cambio en psicoterapias. Apoyan en una amplia variedad de observaciones clínicas y trabajos de investigación. Algunos de estos trabajos y los datos que arrojan son referidos, con sus fuentes bibliográficas, en el capítulo 2. Hemos discutido en trabajos previos los aspectos metodológicos de la evaluación de resultados en psicoterapia y los datos obtenidos en la aplicación de un diseño a una muestra de pacientes internados (11). Otros elementos de juicio en los que se sustenta la discusión sobre

cambios en psicoterapia se encuentran en la amplia reseña bibliográfica de Small (12), y en las casuísticas de Alexander y French y de Malan, entre otros. La coincidencia de efectos de psicoterapias de diferente duración se observa en la investigación de Errera y colaboradores (2). Varios de nuestros criterios apoyan en investigaciones dedicadas a estudiar aspectos del proceso (5) y a la predicción de resultados (10).

Referencias bibliográficas

1. Bellak, Leopold y Small, Leonard, *Psicoterapia breve y de emergencia*, México, Pax, 1969.
2. Errera, P. y otros, "Length of Psychotherapy", *Arch. Gen. Psychiatr.*, 17, 454, 1967.
3. Fages, Jean, *Para comprender el estructuralismo*, Buenos Aires, Galerna, 1969.
4. Fiorini, Héctor, "Objetivos y dinamismos de acción de las psicoterapias breves", Ateneo Psiquiátrico de Buenos Aires, Mesa redonda sobre psicoterapias breves, 1970.
5. Lesse, Stanley (comp.), *An Evaluation of the Results of the Psychotherapies*, Springfield, C. Thomas, 1968.
6. Liberman, David, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, tomo I, Buenos Aires, Galerna, 1970.
7. Maruyama, M., "The Second Cybernetics: Deviation Amplifying Mutual Causative Processes", *Amer. Scientist.*, 51, pp. 164-179, 1963.
8. Piaget, Jean, *El estructuralismo*, Buenos Aires, Proteo, 1968.
9. Rangell, Leo, "Psicoanálisis y psicoterapia dinámica. Similitudes y diferencias", *Rev. de Psicoanal.*, tomo XXVIII, 1, pp. 73-89, 1971.
10. Sargent, Helen y otros, *Prediction in Psychotherapy Research. A Method for the Transformation of Initial Judgements into Testable Hypotheses*, Nueva York, Int. Univ. Press, 1968.
11. Sluzki, Carlos E. y Fiorini, Héctor, "Evaluación de efectividad de tratamientos psiquiátricos con internación. Resultados de una investigación", *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 1973, 19, 87.
12. Small, Leonard, *Psicoterapias breves*, Buenos Aires, Granica, 1972.
13. Wender, Paul, "Vicious and Virtuous Circles: The Role of Deviation Amplifying Feed-back in the Origin and Perpetuation of Behavior", en Barten, H., *Brief Therapies*, Nueva York, Behavioral Publ. Inc., 1971.

TIPOS DE INTERVENCIÓN VERBAL DEL TERAPEUTA

Una teoría de las técnicas de psicoterapia requiere una conceptualización de sus instrumentos, la que va íntimamente unida a una concepción del proceso terapéutico. Las intervenciones del terapeuta son instrumentos esenciales de ese proceso. Es importante entonces detenerse en la discusión teórica de los fundamentos y alcances de cada uno de estos recursos técnicos. Básicamente, clarificar el sentido del empleo de cada una de estas intervenciones y su valor como agente de cambio. Para esta comprensión son afluentes importantes toda la vasta experiencia clínica acumulada en el campo de las psicoterapias, ciertos aportes teóricos y técnicos del psicoanálisis, la teoría y técnicas centradas en la comunicación, teorías del aprendizaje y conceptos provenientes del campo de la psiquiatría social y de la teoría de las ideologías.

Un inventario de intervenciones verbales del terapeuta que son herramientas en las psicoterapias incluye necesariamente las siguientes:

- 1) *Interrogar* al paciente, pedirle datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato. Explorar en detalle sus respuestas.
- 2) *Proporcionar información*.
- 3) *Confirmar o rectificar* los criterios del paciente sobre su situación.
- 4) *Clarificar*, reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve.
- 5) *Recapitular*, resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento.

En todas las consideraciones de este capítulo, el “paciente” puede ser una persona, una pareja, un grupo familiar u otro tipo de grupos de amplitud variable.

- 6) *Señalar* relaciones entre datos, secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes del paciente.
- 7) *Interpretar* el significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas.
- 8) *Sugerir* actitudes determinadas, cambios a título de ensayo.
- 9) *Indicar* específicamente la realización de ciertas conductas con carácter de prescripción (intervenciones directivas).
- 10) *Encuadrar* la tarea.
- 11) *Meta-intervenciones*: comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores.
- 12) *Otras intervenciones* (saludar, anunciar interrupciones, variaciones ocasionales de los horarios, etc.).²

Dado que muchas de estas intervenciones vienen históricamente ligadas al desarrollo de la técnica psicoanalítica y ésta aparece como la técnica psicoterapéutica con mayor respaldo teórico de base, resulta importante para una teoría general de las técnicas de psicoterapia deslindar las condiciones de un empleo técnico diferente de estas intervenciones, es decir, contrastarlas con el sentido de su empleo tradicional en psicoanálisis. Creo que esto puede contribuir a evitar extrapolaciones indebidas de una técnica a las otras, destinadas estas últimas a construir una legalidad propia.

1. Interrogar

Es uno de los recursos esenciales a lo largo de todo el proceso terapéutico, no sólo en sus comienzos. En psicoterapia, preguntar es continuamente consultar a la conciencia del paciente; es también sondear las limitaciones y distorsiones de esa conciencia; transmitir asimismo un “estilo interrogativo”, un modo de colocarse frente a los fenómenos humanos con actitud investigadora. Revela también a un terapeuta no omnipotente; esto es básico: en el preguntar al paciente y emplear los datos por él aportados, está contenido un vínculo con roles cuyo desnivel es atenuado, aunque se trata de diferentes roles.

En el pedir detalles precisos sobre cada situación puede transmitirse, además, un respeto del terapeuta por el carácter estrictamente singular de la experiencia del paciente, esto es, una actitud no esquemática, no tentada por las generalizaciones fáciles. Es también

² Este estudio se concentra en el *contenido verbal* de las intervenciones del terapeuta. Otros, complementarios de este enfoque, deben extenderse a sus intervenciones corporales (gestos, posturas, miradas) y paraverbales (la mímica verbal; variaciones en tono, intensidad, ritmo del habla, estilo comunicacional) (1).

una manera de indagar en la perspectiva que el paciente se hace de su situación: cada respuesta a las preguntas del terapeuta contiene elementos (de contenido y forma) reveladores de una cosmovisión personal, completamente singular, de la situación.

Estas influencias del preguntar en psicoterapias merecen ser subrayadas para una cultura profesional como la nuestra, influida marcadamente por la práctica técnica del psicoanálisis, ya que en esta última no siempre pedir detalles de las situaciones reales a las que se alude en sesión resulta tan decisivo, dado que a menudo se intenta construir un modelo de fantasía inconsciente vincular latente a partir de los contenidos manifiestos del relato. En este caso, para abstraer el vínculo objetal contenido en el relato, muchos detalles pueden ser tomados como agregados no relevantes de lo manifiesto. En psicoterapias, por el contrario, es necesario trabajar mucho más sobre las situaciones de realidad del paciente, indagar la complejidad psicológica de las mismas, engarzada precisamente en muchos detalles y matices reales de la situación. Un ejemplo: si en psicoanálisis un paciente comienza hablando en sesión de las peleas que tiene con el padre por el negocio que tienen en común, que el padre tiende a manejar autoritariamente, es probable que estos elementos alcancen para empezar a pensar en la problemática de la dependencia en la transferencia. En psicoterapia dinámica, por ejemplo, importará *averiguar muchos datos de realidad*. ¿Cómo fue que se asociaron, de quién fue la iniciativa, hubo acuerdos previos sobre la conducción de la empresa en común, qué perspectivas tiene el paciente de su futuro económico, la actividad encaja con sus intereses vocacionales, cómo ve su esposa esta sociedad, etc.? Cada uno de estos detalles aportará elementos para enriquecer hipótesis que aspiren a dar cuenta de una situación (mundo interno-mundo interpersonal en sus interjuegos) con sus complejos y variados matices.

FRAGMENTO DE UNA SESIÓN DE PSICOTERAPIA

T: "Qué valor había tenido para usted que ella lo llamara antes de viajar?"

P: "Dudoso, porque me llamaba cuando ya no nos podíamos encontrar; me gustó, ¿no?, de todas maneras."

T: "¿Cómo fue que le transmitió usted su interés por ella?"

P: "Yo le dije: 'Qué macana que ayer no me encontraste! Podíamos habernos visto'."

T: "Para usted eso de ella, dicho así brevemente al salir, ¿no expresaba un compromiso más profundo?"

P: "Claro, yo creo que para un compromiso mayor no se espera el momento de despedirse por dos meses. A mí esas cosas me revientan."

T: "Según usted había comentado, ella en general no es de expresar su

interés por los demás, más vale espera que se interesen por ella. En ese caso ¿el llamado de ella no tenía un valor especial?”

P: “Sí, si lo miro desde cómo es ella en general, era una bola bárbara, lo que pasa es que a mí me gustan las cosas jugadas de una manera muy distinta, nada de vueltas.”

T: “¿Qué le dijo usted al despedirse, cómo dejó planteada la cosa?”

P: “Yo le dije: ‘Mirá, me gustó que me hayas llamado, pero espero que a la vuelta no estés tan ocupada, ¿eh? Chau’.”

tt

Como puede verse, estas respuestas revelan un estilo, el funcionamiento yoico del paciente para evaluar la situación interpersonal, sus exigencias desde una óptica narcisista, la contribución del paciente con sus mensajes a una situación evitativa, aunque arriesgando algunas muestras de interés personal en la otra persona. Preguntar aquí, y en detalle, permite entonces obtener una gran cantidad de información de niveles más amplios que los de una mera ampliación “de detalle” de contenido manifiesto de un relato. Las experiencias sobre la utilidad de una indagación minuciosa son abundantes. Es, por ello, posible que “preguntar mucho” sea una de las primeras reglas de una técnica psicoterapéutica eficiente. .

Una variedad particular de exploración, sumamente rica, es la que apoya en intervenciones dramatizadoras del terapeuta:

- “Imagine por un momento este diálogo: contra lo que usted creía, él se decide a casarse, llega y le dice de golpe: ‘Me decidí, ¿nos casamos a fin de ¿Usted qué le contesta?’”

- “Vamos a ver: viene su padre y le dice: ‘No te voy a dar ahora el dinero que te corresponde, lo necesito para un negocio urgente’. ¿Usted cómo responderá para que él confirme una vez más que no tiene por qué pedirle permiso para usar su dinero?”

Simplemente con preguntar, dramatizando o no, el terapeuta pone en acción varios estímulos de cambio: uno primordial es que ejercita con el paciente una constante ampliación del campo perceptivo (reforzamiento de una de las funciones yoicas básicas): más aún, toda explicitación verbal rescata hechos, relaciones del mundo de lo implícito emocional. Liberman (1) ha destacado además el papel reforzador del yo de la experiencia de escucharse hablar. Todo estímulo para la explicitación apunta a romper las limitaciones y el encubrimiento contenido en el uso cotidiano del lenguaje convencional. Por ejemplo: ¿Qué quiere decir “me lo presentaron y fue frío en el trato”? ¿En qué consiste “la frialdad” de los otros para cada uno? Hay un supuesto de observación no participante en ese discurso, porque ¿cuál fue la “calidez” aportada en cambio por el sujeto? En

psicoterapia es esencial pasar de los datos iniciales de la experiencia subjetiva al *análisis minucioso de las situaciones*. Toda situación suscita numerosos interrogantes. Tal vez algo importante para el terapeuta sea comprender que no se trata de indagar para después recién operar terapéuticamente, sino que la indagación misma contiene ya estímulos terapéuticos de particular jerarquía.

2. Informar

El terapeuta es no sólo un investigador de la conducta, sino también el vehículo de una cultura humanista y psicológica. En este aspecto el terapeuta cumple un rol cultural: es docente desde una perspectiva más profunda y abarcativa de ciertos hechos humanos. Esta perspectiva se nutre también con información, ya que el déficit de información es un componente tan importante a veces para la oscuridad y la falsa conciencia de una situación como los escotomas creados por mecanismos represivos individuales.

En psicoterapias es altamente pertinente aclarar al paciente elementos de higiene sexual, perspectivas de la cultura adolescente actual o problemática social de la mujer. También explicarle (puede ser útil incluyendo esquemas) ciertos aspectos de dinámica de los conflictos. Esta información puede ampliarse recomendando lecturas. La experiencia muestra que el mensaje que el paciente haga de esas lecturas, su experiencia global frente a la “bibliografía”, es sumamente rica para esclarecer conflictos de toda índole (con el tema, con el saber, con el autor, con el terapeuta). Proporcionar o facilitar esta información general que enmarca la problemática del paciente cumple un rol terapéutico específico: crea una perspectiva desde la cual los problemas del paciente, con toda su singularidad, dejan de ser vistos como algo estrictamente individual que “sólo a él” le pasan. La falta de este marco de referencia cultural favorece a la inversa la sensación de ser el único con tales problemas, es decir, una perspectiva desde el superyó (acusador a veces también desde su complementario ideal del yo narcisista omnipotente). Entrevistando familias, por ejemplo, me ha resultado importante incluir referencias sobre las dificultades generales que enfrenta socialmente la familia como institución. En ese marco todas las dificultades particulares del grupo resultan abordables luego, sin el clima persecutorio que crea ocuparse meramente de ver “qué pasa en este grupo que anda mal” (con el tácito supuesto de que todas las demás familias funcionan bien, y los problemas de ésta derivarán entonces sólo de los defectos de estos individuos).

Desde luego, esta información resulta sumamente relevante si se

la entiende además como portadora de un cuestionamiento social de las dificultades creadas a individuos y grupos insertos en el conjunto del sistema. Es decir, no simplemente saber “que otros también tienen dificultades”, sino esbozar una interpretación de qué contradicciones entre exigencias y posibilidades de los grupos humanos son movilizadas por las contradicciones de la estructura social vigente. Tratar la problemática psicológica sin esta perspectiva crítica es crear la ilusión de que la enfermedad es asunto estrictamente personal del paciente, de sus dinamismos intrapsíquicos y en todo caso de los de sus padres. No informar entonces (omisión técnica) constituye de hecho un falseamiento de la óptica psicosocial necesaria para comprender los dinamismos psicológicos individuales y grupales (distorsión ideológica).

3. Confirmar o rectificar enunciados del paciente

Este tipo de intervenciones es inherente al ejercicio de un *rol activo* del terapeuta en las psicoterapias. La *rectificación* permite poner de relieve los escotomas del discurso, las limitaciones del campo de la conciencia y el papel de las defensas de ese estrechamiento. Contribuyen a enriquecer ese campo. Es sumamente rico observar en detalle cómo manipula el paciente el aporte rectificador del terapeuta (asunción y uso, aceptación formal o negación y vuelta a su perspectiva anterior). La *confirmación* por parte del terapeuta de una determinada manera de comprenderse el paciente no tiene, por cierto, menor importancia. Contribuye a consolidar en él una confianza en sus propios recursos yoiceos; esto significa que toda ocasión en la que el terapeuta pueda estar de acuerdo con la interpretación del paciente es oportuna para estimular su potencial de crecimiento. En pedagogía estas intervenciones se destacan como esenciales a un principio general del aprendizaje: el refuerzo de los logros positivos.

La capacidad del terapeuta de actuar flexiblemente con rectificaciones y confirmaciones de los enunciados del paciente es fundamental para crear un clima de ecuanimidad, propio de una relación “madura”.³ La falta de ese clima de ecuanimidad parece reflejada en

³ Un paciente de 33 años después de 4 años de tratamiento pasó a otro terapeuta. Al poco tiempo, en una sesión, el terapeuta le dijo: “Creo que su interpretación es más acertada que la mía. Yo no había tenido en cuenta esto que usted me recordó sobre el papel de su hermana en la relación entre usted y su padre. “Yo sentí entonces -cuenta- una emoción única, me sentí tratado como grande y respetado como persona.”

la queja de muchos pacientes acerca de que la sesión sólo sirve para mostrar sus defectos y errores. En estos casos, sumamente frecuentes, creo que se asiste a una ligazón transferencial-contratransferencial muy particular: el paciente acosado por sus autoagresiones superyoicas encuentra en el terapeuta intervenciones predominantemente rectificadoras, acentuadoras de “lo enfermo”, que encarnan al superyó proyectado, lo materializan. Con este rol contratransferencial asumido se cierra una estructura de vínculo infantil dependiente, tendiente a la inercia más que al crecimiento.

Rectificaciones

- “Usted destaca cómo estaba de hosco su marido que fue poco receptivo para lo que usted quería transmitirle; no incluye cómo estaba usted en esos momentos, es decir, cómo se le acercaba, transmitiendo qué, y además cómo había estado usted antes, en el momento de salir.”

- “Mire, no creo que solamente le diera miedo acercarse y de que la relación amorosa fuera a salir no tan perfecta como la vez anterior; porque había datos de que los dos seguían muy bien conectados. Creo que también le daba miedo ir tan rápido, en tres días, a tanta entrega del uno con el otro.”

- “Usted parte de la base de que un logro, como es este ascenso, tiene que ponerlo muy contento porque usted lo deseaba; esto es así, pero además ese logro significa cambios, dejar lo que ya tenía como propio; indica también que el tiempo pasa y que usted ya no es chico.”

Confirmaciones

- “Usted pensó después que algo de su conducta de ese día había influido para que él se cerrara; y es muy probable, porque casi siempre las situaciones de incomunicación en la pareja, sutilmente, se crean entre ambos. Me parece importante que usted haya podido detectar también el lado suyo del problema, porque alertada sobre esta posibilidad tal vez pueda usted ir observando más finamente cómo es que ambos se las ‘arreglan’ para crear estos pozos de incomunicación.”

- “Creo que usted captó también que le daba miedo seguir ‘metiéndose’ cuando le dijo que usted también tenía muchas ganas de verlo pronto, colgó y sintió algo en el estómago y reparó en que estaba tensa. Creo que se va conociendo más en un miedo que usted no creía tener para las relaciones de pareja.”

- “Sí, seguramente, además de ponerlo contento, este cambio influía en esa nostalgia que lo invadió ni bien le dieron la noticia. Estoy de acuerdo con usted, hasta ganar una fortuna puede obligar a perder ciertas cosas y traer con ello, paradójicamente, cierta tristeza.”

La respuesta del paciente a estas confirmaciones es también rica en sugerencias: es un índice del nivel desde el cual es registrado el acuerdo, más maduro (aceptación del propio potencial de evaluación realista de sus circunstancias) más infantil (confirmación de senti-

mientos de omnipotencia, o a la inversa negación de la evidencia de sus capacidades y refugio en las del terapeuta). El trabajo sobre tales respuestas es por ello ocasión de elaboraciones inmediatas sumamente productivas.

4. Clarificaciones

-is

Estas intervenciones apuntan a lograr un despeje en la maraña del relato del paciente a fin de recortar los elementos significativos del mismo. A menudo se clarifica mediante una reformulación sintética del relato. Después de escuchar varios minutos el terapeuta dice:

- “Entonces usted trabajaba confiado en que todo iba bien hasta que esta persona le hizo una crítica, y allí usted empezó a dudar de todo lo que hizo, y esta misma duda alteró su rendimiento de allí en adelante.

- “En todos esos días, durante el viaje, había un clima de paz; de pronto, no sabe usted cómo, todo ese clima se rompió y volvió a haber desconfianzas y reproches.”

- “Usted habla ahora no sólo de un problema con los afectos en la pareja, sino de una duda suya más general sobre lo que usted puede dar de sí también en otros planos, con sus amigos, en el trabajo.

Esas intervenciones en lo inmediato preparan el campo para penetrar en sus aspectos psicológicamente más ricos y comprensibles, lo cual se hará mediante señalamientos e interpretaciones. A la vez “enseñan” un modo de percibir la propia experiencia: el paciente aprende con ellas a mirar selectivamente, a recorrer la masa de los acontecimientos y de sus vivencias y captar jalones: incorpora así un método dirigido a discriminar para comprenderse. En pacientes con funciones yoicas debilitadas, concomitantemente afectadas por una delimitación precaria del ego (o sea tendencias al sincretismo y a la confusión), las clarificaciones juegan durante gran parte del proceso terapéutico el papel de instrumentos primordiales, en cuanto sientan las premisas para que en algún momento otras intervenciones, de tipo interpretativo, por ejemplo, puedan ser activamente elaboradas.

5. Recapitulaciones

A cierta altura de la sesión el terapeuta dice:

“Hoy entonces surge en primer lugar cómo usted sufrió pasivamente siempre la dominación de su madre, no se animó a explotar nunca, y eso ha

quedado como un resentimiento enorme también con usted mismo. Después aparece un modo suyo de estar alerta frente a cualquier intento de dominación de su esposa, algo que lo hace a usted muy susceptible. Y ahora esto de que usted no se dedica a sí mismo, no se cuida, no se interesa por su ropa, ni reclama el puesto que le corresponde, como si se tuviera rabia. Fíjese en estos tres elementos que aparecen hoy porque debe haber entre ellos muchas conexiones y abarcan su familia, su matrimonio, su arreglo y su trabajo.”

A cierta altura del tratamiento el terapeuta dice:

“En los últimos tres meses ustedes se había concentrado en el problema que tenía con el estudio. Mientras tanto la pareja quedaba en segundo plano, como para no remover tanto a la vez.”

“Ahora, aclarado el problema vocacional, ‘le toca el turno a la pareja’, y resulta que estos últimos días no hace más que pensar en esto, que ahora viene muy recargado por la espera.”

Y en otro tratamiento:

“A usted le llevó la mayor parte del esfuerzo en el tratamiento hecho hasta ahora, empezar a diferenciar quién era usted y quiénes eran su familia (mamá, papá, hermano) y darse cuenta que no eran una sola persona ni un cuerpo único. Recién ahora viene el trabajo de empezar a ver, a descubrir qué puede hacer usted consigo misma, qué puede salir de usted que no venga de ellos, y se encuentra perdida porque esta etapa recién empieza.”

Como las clarificaciones, estas intervenciones estimulan el desarrollo de una capacidad de síntesis. En nuestro medio una simple hipertrofia del trabajo “analítico” conduce a muchos terapeutas a descuidar el momento sintético, tan esencial como aquel y complementario del mismo. Siempre que no se distorsione, tomándola como inductora de cierres estáticos, esta actividad de síntesis es fundamental en el proceso terapéutico para producir recortes y “cierres” provisorios (peldaños de una escalera móvil). Sin asentar en continuas síntesis provisorias, el proceso de pensamiento no avanza. Queda estancado, sin trampolines, en una zona difusa e ilimitada de fragmentación “analítica”, en segmentos más y más pequeños. Sartre ha mostrado que la dialéctica del conocimiento opera por un movimiento continuo de totalización-destotalización-retotalizaciones, movimiento en el cual se apunta a una “autodefinición sintética progresiva”. *Las recapitulaciones, como las interpretaciones panorámicas* (diferenciadas de las microscópicas) son instrumentos esenciales de ese proceso.

En un paciente con difusión de la identidad (límites borrosos del

ego) y debilitamiento yoico en una etapa de crisis, el método de recapitulaciones continuas (al final de cada sesión y en periodos de tres o cuatro sesiones) fue estimado como altamente provechoso. Surgió a propuesta del paciente porque notó que sólo a partir de esas recapitulaciones podía pensar. Entiendo que estas intervenciones ofrecían un soporte provisional en el cual apoyaban, para ejercitarse, sus recursos yoicos (percepción, reflexión, descubrimiento de relaciones).

6. Señalamientos

Estas intervenciones, de uso constante en psicoterapias, actúan estimulando en el paciente el desarrollo de una nueva manera de percibir la propia experiencia. Recortan los eslabones de una secuencia (“primero usted recibió esa noticia, luego sin saber por qué empezó a sentirse deprimida”), llaman la atención sobre componentes significativos de esa experiencia habitualmente pasados por alto (“fíjese en qué momento se decidió a llamarla, justo cuando ya no tenían tiempo de encontrarse”) muestran relaciones peculiares (“ha ocurrido ya varias veces que surge acá el tema de sus relaciones sexuales y usted nota enseguida que se le pone la mente en blanco y ya no puede recordar”). Estos señalamientos invitan a un acuerdo básico sobre los datos a interpretar, dan la oportunidad de modificar esos datos, son el trabajo preliminar que sienta las bases para interpretar el sentido de esas conductas. En psicoterapias tal vez constituya una regla técnica general la conveniencia de *señalar siempre antes de interpretar*. El fundamento de esta regla está en que el señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recordados, es un llamado a su capacidad de autocomprensión. Es sumamente útil que esta capacidad se ensaye en toda ocasión (entrenamiento reforzador del yo) y particularmente con el terapeuta, que puede entonces ir guiando el desarrollo de estas capacidades sobre la marcha, en su mismo ejercicio. Dado el carácter docente de esta relación de aprendizaje que es la psicoterapia, es mejor que la tarea pueda desarrollarla “el alumno” solo, con pocas indicaciones; también porque muchas veces el docente aprende de su alumno:

- “Usted llega, la encuentra distante, de mal humor, usted se pone cariñoso y la busca. Al rato, a ella se le pasa, sé le acerca y usted la ataca. ¿Qué piensa de este vaivén, cómo lo entendería usted?”

- “Empezó hablando de su fracaso de ayer en la asamblea. De golpe cambia para acordarse de que sacó la nota más alta de su comisión. ¿Cómo ve este cambio de tema?”

En las respuestas del paciente a cada uno de estos señalamientos se revelan con gran nitidez su capacidad de *insight* (su cercanía o distancia para con sus dinanismos psicológicos), sus recursos intelectuales (aptitud para abstraer y establecer relaciones versus adhesión a un pensamiento concreto), el papel de los mecanismos defensivos (inhibiciones, negaciones, racionalizaciones) y la situación transferencial (cooperación, persecución, etc.). Cada señalamiento se transforma en un verdadero test global del momento que atraviesa el paciente en el proceso terapéutico.

7. Interpretaciones

Particularmente en las psicoterapias de esclarecimiento la interpretación es un instrumento primordial como agente de cambio: introduce una racionalidad posible allí donde hasta entonces había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios para la lógica habitual. Propone un modelo para comprender secuencias de hechos en la intervención humana. Con frecuencia induce también el pasaje del nivel de los hechos al de las significaciones y al manejo singular que hace el sujeto de esas significaciones. Intenta descubrir con el paciente el mundo de sus motivaciones y sus sistemas internos de transformación de las mismas (“mecanismos internos” del individuo) así como sus modalidades de expresión y los sistemas de interacción que se establecen dadas ciertas peculiaridades de sus mensajes (“mecanismos grupales”).

Es importante recordar que toda interpretación es, desde el punto de vista metodológico, una hipótesis. Su verificación en consecuencia se cumple, como un proceso siempre abierto y jamás terminable, en base al acopio de datos que resultan compatibles con el modelo teórico contenido en la hipótesis y, fundamentalmente, por la ausencia, con el correr del proceso investigador instalado en la terapia, de datos que pueden refutar aquella hipótesis. En principio ninguna hipótesis (hasta las interpretaciones más básicas sobre la problemática individual de un paciente) es cerrable, para darla ya por sentada como saber acabado. En cuanto empresa de conocimiento, ninguna psicoterapia tiene más garantías de “saber” que las que establecen las limitaciones inherentes al proceso general del conocimiento humano. Esta conciencia de las limitaciones cognitivas de la interpretación puede expresarse de muchas maneras en la actitud del terapeuta, en la construcción de la interpretación, en su modo de emitirla, maneras que tendrán en común el signo de cierta humildad. El tono de voz, el énfasis puesto, las actitudes gestuales y posturales, se prestan para

transmitir esa humildad dada por la conciencia de sus limitaciones, o bien lo opuesto: el juego en un rol de autoridad que emite “verdades” a secas. En este último caso se está proponiendo y empleando toda una concepción estática del conocimiento y estimulando una relación terapéutica de dependencia infantil (adulto que sabe-chico que ignora) con lo cual la distorsión del proceso terapéutico es total. En una psicoterapia es esencial que el conocimiento sea vivido como una praxis, es decir como la tarea a realizar entre dos o más personas concertadas en una relación de trabajo.

El carácter hipotético de la interpretación se pone de relieve y también en la construcción de su discurso. Formulaciones que destaquen su carácter condicional (“es probable que...”, “Habrá que ver, como una posibilidad, si...”, “Una idea, para buscar más datos y ver si es así, sería que...”, “Una mirada posible sobre el problema consiste en pensar que...”) subrayan netamente aquel carácter. Su ausencia tiende visiblemente a oscurecerlo.

Las interpretaciones en psicoterapia deben cubrir un amplio espectro:

A) Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, es decir sobre motivaciones y defensas.

“En este momento su parálisis frente al estudio expresa posiblemente un doble problema: no puede abandonarlo porque le resulta importante el título a usted y a su familia; a la vez evita dar cualquier nuevo paso porque esto significaría efectivamente graduarse y cambiar de vida, tener que seguir solo.”

B) Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas (por ejemplo, jalones en la evolución familiar).

“Parece haberse dado que en aquel momento, cuando su padre se encontró con la empresa arruinada y deprimido, usted sintió que debía postergar todo lo suyo, ayudarlo a él; pero no lo registró como decisión suya sino como imposición de él.”

C) Explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.

“Usted viene sufriendo por la pérdida de esta amistad, que tanto le ha afectado. Allí tuvo una experiencia dolorosa de lo que significa depender mucho de otra persona. Creo que esa experiencia pesa en usted para que esté reticente y prefiera no volcarse demasiado en mí. Se está cuidando para no sufrir también después nuestra separación dentro de 2 meses, cuando pase al grupo.”

D) Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.

“Usted se encontró de pronto ante la obligación de decidir qué hacer con ese empleo. No estaba su padre para consultarlo y entonces pudo, no sólo decidir, sino dar su opinión sobre en qué condiciones debía desenvolverse esa tarea. Fíjese todo lo que usted no sabía (no quería creer) que podía hacer solo.”

E) Hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente (ciclos de interacción comprensibles en términos comunicacionales).

“Esta vez su padre accedió. Pensemos si no fue a partir de que usted le planteó su problema de otra manera, con una actitud más firme, tal vez más adulta, que él le atendió con un respeto distinto. En su actitud le estaba diciendo *no voy a aceptar que me trates como un chico porque ya no me sienta chico’, y evidentemente él registró el cambio”.

F) Destacar las consecuencias que se derivarán de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.⁴

“¿Qué pasaría con su novio si usted le mostrara que es capaz de encarar algo personal suyo sin consultarlo? ¿Seguiría en la misma actitud dominante? Habría que ver...”

Por contraste con la técnica psicoanalítica, donde un tipo de interpretación (transferencial) resulta privilegiada como agente de cambio (2), en las psicoterapias, dado que se trabaja simultánea o alternativamente sobre varios niveles y mecanismos del cambio, no existen interpretaciones jerarquizables: todas son instrumentos igualmente esenciales dentro del proceso. Cada paciente y cada momento de su proceso requerirán en especial cierto tipo de interpretaciones; esas serán las más ajustadas técnicamente a ese momento del proceso, pero toda jerarquía asignable a algún tipo de interpretación será transitoria, coyuntural.

⁴ Según el tono usado por el terapeuta, el poder de sugerencia de una intervención de este tipo puede variar: una determinada acentuación de la frase subrayará la utilidad de la acción, otra en cambio hará resaltar el interés de *comprender* qué ocurriría y dejará el hecho en sí en un plano de menor importancia.

8. Sugerencias

- “Sería interesante ver qué ocurre, cómo reaccionaría su padre si usted le mostrara en su actitud que está realmente dispuesto a encarar a fondo con él todo lo que está pendiente entre ambos.”

- “Tal vez lo más necesario para usted aoría ordenarse mentalmente frente a tantas exigencias, trazar un cuadro con sus prioridades.”

- “En lugar de apresurar ya una decisión suya de hechq, tal vez le convenga tomarse un tiempo para revisar lo que ha pasado, ver cuál ha sido su papel en todo esto, e incluso para detectar mejor qué es lo que está sintiendo íntimamente.”

Con estas intervenciones, el terapeuta propone al paciente conductas alternativas, lo orienta hacia ensayos originales. Pero el sentido de las mismas no es meramente promover la acción en direcciones diferentes, sino proporcionar *insights* desde nuevos ángulos. Fundamentalmente contienen un pensamiento anticipatorio (aspecto relevante dentro del conjunto de funciones yoicas a ejercitar en todo tratamiento) que facilita una comprensión previa a la acción. La acción ulterior, de poder ser ensayada, podrá ser ocasión de confirmaciones, reajustes o ampliaciones del *insight* previo. Muy frecuentemente aportará nuevos datos y con ellos una nueva problemática a investigar. Desde la comprensión de estas fases del proceso que se inicia con una sugerencia, este tipo de intervención adquiere una eficacia particularmente interesante.

Una variedad de sugerencias (casi-sugerencias) estriba en el uso de dramatizaciones imaginarias de otras alternativas para la conducta interpersonal:

- “¿Qué hubiera pasado si usted allí lo paraba y le decía: ‘Mirá, dejate de indirectas, qué me querés decir con todo esto, vos qué sentís por mí?’”

O bien:

- “Y si usted lo llamara y le dijera: ‘Creo que todo lo que dijiste ayer fue algo estudiado y poco comprometido. Yo quiero definir más esto’, ¿cómo supone que reaccionaría él?’”

Este tipo de intervenciones constituye una vía diferente hacia el *insight* sobre las propias dificultades, las del otro, y la dinámica de la comunicación entre ambos. Opera haciendo resaltar contrastes entre lo vivido y lo posible, y estos contrastes no se *comentan* en un discurso de “ideas” sino se *muestran* gracias a un lenguaje de acción. Contienen una comprensión colocada en el borde mismo de lo vivido o por vivir. Un paciente experimentó así esa cercanía:

- “El otro día estábamos en una discusión con mi mujer y *allí* me acordé

de algo que usted me había dicho en una sesión pasada. ‘¿Y qué pasaría si cuando ella se pone violenta usted la frenara?’ Y la paré... ¡y no pasó nada!’”

Las sugerencias en psicoterapia por lo común (exceptuando situaciones agudas de crisis) vienen a insertarse sobre desarrollos del proceso terapéutico en base a los demás tipos de intervención. Son oportunas cuando las condiciones del paciente para asumirlas (reducción de ansiedad a niveles tolerables, fortalecimiento yoico) y las del vínculo interpersonal en juego, han llegado a un momento de su evolución que las hace “fértils”, receptivas para este tipo de estímulo. Hace también a su oportunidad que el terapeuta detecte un momento de esas condiciones y del desarrollo del vínculo donde “hace falta” una experiencia diferente, nueva, para que mucho de lo esclarecido cristalice en acto. La sugerencia apela indudablemente, como la dramatización, al papel revelador del acto, a la riqueza vivencial del hecho que muchas veces no tiene el discurso reflexivo.

9. Intervenciones directivas

- “Suspenda toda decisión inmediata sobre el problema de su matrimonio. Usted no está ahora en condiciones de afrontar otro cambio más.”

- “Si se da la oportunidad de hablar a solas con su padre, inténtelo; aunque no le salga todo lo que quiera plantearle, vea hasta dónde le sale, cómo le sale y cómo reacciona él.”

- “Esté atento hasta nuestra próxima entrevista a ver en la relación con su esposa cuántas veces y en qué momentos usted tiende a ponerse violento y exigente.”

- “Para que usted perciba mejor cuál es su dificultad en el diálogo conmigo traiga su grabador, de modo que después se escuche solo en su casa, y lo veamos en las sesiones siguientes.”

Las directivas que surgen en psicoterapia aluden, como se ve en estos ejemplos, tanto a necesidades propias del proceso terapéutico como a actitudes clave a evitar o ensayar fuera de la relación terapeuta-paciente.

Una cultura psicoterapéutica de fuerte influencia psicoanalítica (que jerarquiza la adquisición de actitudes nuevas *post-insight*) tiende con frecuencia a cuestionar la validez y utilidad de las intervenciones directivas. Quienes hemos sufrido las presiones de esa influencia (el superyó analítico) hemos debido realizar un largo proceso de lucha para descubrir en la práctica clínica que tales intervenciones, empleadas con oportunidad y tacto terapéutico, eran instrumentos valiosos y necesarios en todo proceso psicoterapéutico. (Ha sido la conciencia de su

necesidad y la experiencia de su utilidad la que nos llevó claramente a revertir la perspectiva: *es cuestionable el no uso* de este tipo de intervenciones en situaciones que claramente las requieren; enseguida discutiremos cómo caracterizar tales situaciones.)⁵.

Antes conviene revisar de qué manera pueden comprenderse las influencias que ejercen las intervenciones directivas. Hay un nivel de acción en el plano del acto en sí mismo referido en el contenido de la intervención. Si el acto puede tener las consecuencias de una decisión importante, la intervención puede jugar un rol preventivo, jerarquizable no en términos de dinamismos (pensando muy selectivamente en la transferencia se piensa fácilmente en “no hacer el juego a exigencias regresivas”, por ejemplo) sino en términos de existencia. Justamente el vicio de las suposiciones “psicoanalíticas” al uso en psicoterapias de intervenciones directivas consiste en jerarquizar ópticas parciales (dinamismos transferenciales, riesgos contratransferenciales) por encima de una óptica centrada en la existencia. Esta óptica en cambio tiene en cuenta y privilegia el plano de las experiencias concretas y de las consecuencias concretas que se derivan de estas experiencias: se valora, por ejemplo, que un divorcio precipitado, sin condiciones para su mejor tolerancia, pueda ser diferido.

Este plano de la existencia es importante pero no el único en juego cuando son emitidas directivas. Otro es el de los aprendizajes. Es posible pensar que lo que se produce o se evita en esa oportunidad deja “un saldo interno”, se incorpora como experiencia trasladable a otros contextos. La experiencia clínica ofrece a menudo muestras de ello.

Otro nivel de acción está en *elinsight* que puede lograrse después de la acción. Hacer o no hacer algo que resultaba “natural” se transforma en una experiencia original. Un análisis del sentido de una actitud previa o de la nueva (inducida), su comparación minuciosa, son ocasiones de una elaboración a menudo rica. La experiencia clínica muestra abundantemente que en psicoterapias directividad *einsight* no son en principio antagónicos. Con frecuencia, por el contrario, funcionan como complementarios. Las dificultades que tuvo el paciente para traer su grabador y luego escuchar su sesión fueron claramente ilustrativas. Tuvieron el valor de lo vivido, del acto, sometido además a las condiciones de una observación particularmente atenta.

⁵ La “cultura” asentada tradicionalmente en la técnica psicoanalítica ha privilegiado la secuencia: *insight que conduce a acciones nuevas*. La experiencia clínica en el empleo de otras psicoterapias permite detectar también la *posibilidad de un camino inverso*: la acción nueva (ensayada, imaginada, evitada) que conduce al *insight*. El proyecto de ciertas conductas a realizar (realización después lograda o frustrada, esto no es decisivo) instala un campo casi “experimental” para la observación, por el recortamiento que produce de ese proyecto y las respuestas frente al mismo.

Jay Haley (3) ha ilustrado sobre el uso de un tipo particular de intervenciones directivas dirigidas a producir “maniobras comunicacionales” (por ejemplo, prescripción del síntoma, destinada a crear situaciones paradójales en el uso interpersonal del síntoma y la lucha por el control de la relación paciente-terapeuta).

¿Qué situaciones hacen necesaria una intervención directiva del terapeuta? En especial todas aquellas en las que el paciente (y/o el grupo) se encuentren sin los necesarios recursos yoicos (es decir, sin los mecanismos adaptativos de fuerza y diversidad suficientes) para manejar una situación traumática, siendo por lo común víctimas de una ansiedad excesiva que tiende a ser en sí misma invalidante o agravante de las dificultades propias de la situación (situaciones de crisis súbitas en personas o grupos de moderado ajuste previo; cambios evolutivos “normales” en personalidades o grupos de equilibrio lábil, con carencia o tendencia a la pérdida de autonomía; psicosis agudas; deterioros de origen diverso). En todos estos casos (ubicados en momentos de desorganización o fases regresivas de una evolución), por cierto muy frecuentes en la práctica terapéutica, determinadas intervenciones directivas están estrictamente indicadas, constituyen la intervención técnica de elección. ¿Hasta cuándo? Hasta el preciso instante en que el paciente recupera o adquiere los recursos yoicos necesarios para lograr autonomía y capacidad de elaboración (momento de progresión) en cuyo caso las intervenciones directivas pasan a ser contraproducentes (en cuanto estimulantes del vínculo regresivo con el terapeuta) y requieren comúnmente ser sustituidas por otras dirigidas a esclarecer, que en ese momento pasan a ser las de elección. Importa tener en cuenta que este movimiento en los recursos yoicos del paciente (muchas veces inversamente proporcionales al monto de ansiedad) tiene ritmos variados, como para ocurrir de una semana a la siguiente, de un mes al siguiente, o de un instante a otro de la misma sesión. Frente a esta movilidad, que requiere del terapeuta una combinación ágil de intervenciones, atenta a las fluctuaciones de aquellas capacidades, ¿cuál podría ser el sentido de ciertos “estilos” psicoterapéuticos estereotipados, que dirigen siempre, o no dirigen nunca al paciente? ¿Qué fundamentos teóricos y técnicos podrán encontrar tales posturas de “escuela” en psicoterapia? No estoy pensando con esto que carezca de justificaciones la opción técnica, en el psicoanálisis, de evitar el analista emitir directivas “directas” (las únicas que pueden evitar por otra parte, porque indirectamente toda intervención dirige al paciente).⁶ Lo que

⁶ Y esto trabajando con pacientes de suficiente fortaleza yoica, uno de los criterios esenciales de analizabilidad.

carece de justificación es llevar al campo más amplio de las psicoterapias el principio de evitar-dar-directivas-en general y pretender apoyar tal postura en los fundamentos teórico-técnicos que respaldan tal criterio en el contexto del proceso psicoanalítico.

10. Operaciones de encuadre

Estas intervenciones comprenden todas las especificaciones relativas a la modalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar, ubicación en él de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones.

Una distinción importante es la que reside entre aquellas intervenciones que *establecen* un encuadre, y otras en las que se *propone un encuadre a reajustar y elaborar juntamente con el paciente*. Por esta diferencia[^]asa una línea divisoria ideológica, relativa a concebir una relación terapéutica autoritaria o igualitaria. El autoritarismo del encuadre impuesto suele apoyarse en supuestos de tipo técnico por los cuales se pretende que para determinada situación de consulta hay una sola manera eficaz de tratamiento. En primer lugar la pluralidad de direcciones abiertas actualmente en el campo de las psicoterapias hace cada vez más dudosa la validez de semejante exclusivismo. Además, la presión ejercida para imponer una determinada técnica parte de una distorsión en la concepción del sujeto de la psicoterapia, ya que se dirige a un paciente-objeto, mero portador de una enfermedad o de una estructura de personalidad, que serían lo importante (según el modelo médico para el cual la hepatitis es mucho más realzada que la persona que padece la afección hepática). En ningún caso, por esta vía, se dan muestras de reconocer en el paciente a una persona. Finalmente, y también en términos técnicos, el trabajo de elaboración conjunto del encuadre a adoptar constituye en la experiencia clínica una instancia mucho más rica desde el punto de vista de los datos que arroja sobre la problemática del paciente. Muchos de estos datos quedan oscurecidos en el caso de someterlo a un encuadre impuesto. Si lo que se pretende es cultivar las tendencias pasivas y regresivas del paciente y la correlativa omnipotencia del terapeuta, no hay duda que la imposición del encuadre será el método de elección. De lo contrario se impone la necesidad de efectuar sugerencias de encuadre, explicitar los fundamentos de la propuesta para esa terapia en particular, y someterlos a reajustes.

11. Meta-intervenciones

Designamos con este término todas aquellas intervenciones del terapeuta cuyo objeto son sus propias intervenciones. Pueden dirigirse a aclarar el significado de haber realizado en ese momento de la sesión o de esa etapa del tratamiento determinada intervención.

Ejemplos:

a)

Terapeuta: “¿De qué manera le hizo notar que quería verla?”

Paciente: ... (Gesto de desconcierto, queda en silencio)...

Terapeuta: (Metaintervención.) “¿Sabe por qué le pregunto esto?”

Paciente: “No”... (Silencio.)

Terapeuta: “Porque tiempo atrás habíamos visto que había en usted dos maneras de expresar interés, a veces con gestos de desear el encuentro, otras con cierto rechazo encubierto, medio distante.”

b)

Terapeuta: “Me inclino a pensar que lo que ahí jugaba era su miedo a aclarar más la situación.”

Paciente: (Silencio.)...

Terapeuta: “¿Sabe por qué lo pienso? Creo que está el dato de que él parecía dispuesto a querer hablar, no había venido ‘cerrado’, pero usted igual se dijo: seguro que no me va a querer escuchar.”

En estos casos la segunda intervención sirve para precisar los fundamentos de la primera de un modo tal que le sea posible al paciente seguir de cerca el método de comprensión que emplea el terapeuta en la primera. Esta aclaración sobre la propia intervención es fundamental, ya que el aprendizaje esencial está en los métodos y no meramente en los productos. Una variante de meta-intervención radica en el cuestionamiento por el terapeuta de su propia intervención, señalando el carácter parcial de sus fundamentos, o el carácter aun hipotético de alguna de sus premisas. Y una tercera variante consiste en la explicitación por el terapeuta de la ideología subyacente a algunos supuestos de su propia intervención.

- “Mire, hasta ahora hemos tomado como problema su dificultad para el orgasmo en la relación sexual. Esto hay que mirarlo a su vez con precauciones, porque hay toda una serie de replanteos sexológicos e ideológicos sobre el orgasmo femenino que podrían mostrar que alguna de nuestras premisas puede ser en sí misma cuestionable.”

- “Recién yo le señalaba que usted se había largado a actuar en esa situación sin tener claro hacia dónde iba a encaminarla. A su vez, no está libre de objeciones el supuesto -que podría verse detrás de este modo de

mirar su reacción— de que siempre antes de largarse hay que tener *in m* un plan, ¿verdad? (porque hay situaciones en las que sólo viviendo una experiencia se arma después un plan).”

— “Recién hablaba de qué problemas suyos y de su pareja pueden ser las dificultades para la convivencia. Ahora evitemos suponer que estas dificultades contrastan con la pareja ideal posible. Tengamos claro que actualmente, además de estos problemas de cada uno, hay que mirar qué problema crea a cualquier pareja el tipo de relación que se toma como id^{pl} de par ‘normal’ en nuestra cultura, y qué problemas se le agregan por dificultades que cada uno vive fuera de la pareja, y que van a descargarse adentro.

- “Cuando yo le señalo que puede haber una actitud suya de autocastigo en perder el capital que había logrado juntar con esfuerzo, mi planteo contiene un supuesto que también tenemos que cuestionar: que perder el capital acumulado no es beneficioso, cuando, desde otro ángulo, considerando lo que el dinero representa y ata, tal vez se pueda ver como perjudicial no positivo mantenerlo.”

Estas especificaciones se hacen imprescindibles en cuanto abren la búsqueda también a otro plano de determinaciones inconscientes colocando en cuestión la ideología de ambos, también la del terapeuta. El terapeuta se pone en evidencia en su realidad cuestionable, susceptible de examen crítico en sus premisas, con un oficio también sometido a revisión. Es otro modo de colocar el vínculo terapéutico en relaciones de reciprocidad, evitando el efecto de adoctrinamiento subrepticio propio de las relaciones autoritarias en las que el terapeuta presenta sus opiniones como “saber”, soslayando la presencia de la ideología en la base de sus elaboraciones.

Una mirada de conjunto a este amplio espectro de intervenciones

Si reflexionamos sobre esta serie de intervenciones técnicas (que ■constituyen buena parte del “cajón de herramientas” del terapeuta) un primer aspecto que resalta es la amplitud de su espectro. Esta amplitud da cuenta de la variada gama de posibilidades abiertas, frente a cada sesión, para encontrar, a menudo, por el método de ensayo-error, aquellas más necesarias, las que abren el camino de una preparación mayor. Sus combinaciones son, como en el ajedrez, infinitas, y cada sesión, como cada partida, desarrolla el perfil singular de una constelación de intervenciones propias.

El segundo aspecto a destacar es que, dada esta variedad de intervenciones, no hay una jerarquía dentro del conjunto que permita distinguir algunas más importantes que otras para el proceso

terapéutico. Esto marca una diferencia básica con la teoría de la técnica psicoanalítica, que jerarquiza a la interpretación como la intervención decisiva para producir el cambio específico del proceso analítico. Esta diferencia entre psicoanálisis y psicoterapias ha sido claramente formulada por Bibring (2):

el psicoanálisis está construido en tomo de la interpretación como agente supremo en la jerarquía de principios terapéuticos característicos del proceso, en el sentido de que todos los otros principios están subordinados a él, estos, se los utiliza con el propósito constante de que la interpretación sea posible y eficaz. Mientras que la psicoterapia dinámica está construida en torno de distintas selecciones y combinaciones de cinco principios terapéuticos: sugestión, abreacción, manipulación, clarificación e interpretación.⁷

Agregaría que los principios enunciados por Bibring en 1954 pueden hoy ampliarse, incluyendo otros principios terapéuticos: objetivación y autoafirmación por el acto de verbalización no meramente catártico, información, experiencia emocional correctiva no simplemente sugestiva, entre otros. No obstante, aquella enumeración define una peculiaridad teórico-técnica de las psicoterapias: el nivelamiento jerárquico de sus distintos recursos terapéuticos.

Por último, la posibilidad de distinguir con precisión los distintos tipos de intervención terapéutica abre un camino para la investigación microscópica de las técnicas. Si es posible clasificar y cuantificar las conductas del terapeuta, el mito de las terapias como “arte” intuitivo, enteramente personal y difícilmente transmisible, puede empezar a desvanecerse. La descripción macroscópica, global, de las experiencias terapéuticas, forma tradicional de la transmisión en este campo, no ha contribuido demasiado a despejar el mito. Los trabajos de Strupp (4,5), en cambio, destinados al análisis microscópico de las técnicas de psicoterapia iniciaron hace ya quince años, con seriedad metodológica, una tarea promisoría en la dirección de aclarar “el misterio” de las técnicas.

Con un sistema de varias categorías, que permite realizar un análisis multidimensional de las operaciones del terapeuta (tipo de intervención, iniciativa del terapeuta, nivel inferencial, foco dinámico y clima afectivo) aplicado al estudio de una psicoterapia breve (realizada en ocho sesiones por L. Wolberg) ha podido Strupp (5)

⁷ Por no tener clara esta distinción, hay a veces psicoterapeutas de formación psicoanalítica insatisfechos de aquellas sesiones en las que no logran “interpretar”, frustración que a menudo contrasta con la experiencia vivida por sus pacientes, quienes, no afectados por prejuicios técnicos, sienten que han realizado en esas sesiones una tarea efectivamente productiva.

ofrecer un panorama bastante ilustrativo de la técnica empleada: el terapeuta dedicó gran parte de sus intervenciones a explorar, preguntando, pidiendo ampliaciones y ejemplos: fue bastante directivo en todas las sesiones; fueron empleadas más intervenciones clarificadoras que interpretaciones (éstas aumentaron en proporción sólo en las sesiones cuarta y séptima, hecho que Strupp interpretó como producto de las clarificaciones preparatorias de las sesiones previas); fue empático, benevolente, „cálido; las intervenciones se mantuvieron con una frecuencia en un nivel inferencial bajo (“cerca de la superficie”) y en segundo orden, moderado; hubo abundantes comentarios sobre el vínculo terapéutico establecido, pero escasas interpretaciones transferenciales; predominó una aceptación de las formulaciones del paciente en cuanto al plano en que localizaba su problemática; el terapeuta actuó siempre con iniciativa (no pasividad): realizó intervenciones mínimas frecuentes destinadas a mantener abierto el canal de comunicación y dar muestras al paciente de que lo escuchaba atentamente, es decir, todo lo contrario de un terapeuta distante.

Este trabajo es, a mi juicio, un buen ejemplo del camino abierto por el esfuerzo de definir operacionalmente el repertorio de conductas del terapeuta.

Referencias bibliográficas

1. Liberman, David, *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico*, tomo 1, Buenos Aires, Galerna, 1970.
2. Wallerstein, Robert, “La relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia. Problemas actuales”, *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XXV111,1, pp. 25-41, 1971.
3. Haley, Jay, *Estrategias en psicoterapia*, Barcelona, Toray.
4. Strupp, Hans, “A Multidimensional System for analyzing Psychotherapeutic Techniques”, *Psychiatry*, XX, 4, pp. 293-306, 1957.
5. Strupp, Hans, “A Multidimensional Analysis of Technique in Brief Psychotherapy”, *Psychiatry*, XX, pp. 387-397, 1957.

Capítulo 11

CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y TÉCNICAS SOBRE MATERIAL DE SESIONES

El propósito de este artículo es discutir sobre material transcrito de sesiones (grabadas con autorización del paciente), la aplicabilidad de alguno de los conceptos teóricos y técnicos que han sido expuestos en capítulos previos; rasgos peculiares de la técnica de esclarecimiento, de la relación de trabajo, el manejo del foco, el interjuego de funciones yoicas, tipos de intervención verbal del terapeuta, cambios que se pueden atribuir al proceso terapéutico. Nuestra indagación en psicoterapia ha recorrido a menudo el camino inverso: ha sido a partir del estudio de materiales clínicos como fue esbozándose la posibilidad de elaborar aquellos conceptos teóricos.

El tratamiento a considerar es el de Ernesto, un paciente de 30 años, cuya problemática inicial se consigna en el capítulo destinado al concepto de foco. Comentaré aspectos salientes del proceso en una sesión del quinto mes de tratamiento y en otra del décimo mes. Antes de transcribir el material del quinto mes caben algunos comentarios sobre el proceso en esos primeros meses. El momento inicial se definía por la reciente separación de su mujer, que le ocasionaba intensa angustia y depresión, con disminución de su rendimiento en el trabajo y agudización de su vínculo conflictivo con la madre por haber tenido que volver a convivir con ella. Durante los primeros tres meses, con la caída de la autoestima y la crisis inherente a los cambios producidos en su vida, de difícil elaboración, se evidenciaba un fuerte debilitamiento de las funciones yoicas. En toda esta época mi rol consistió en asumir por Ernesto parte de esas funciones debilitadas, guiando activamente el desarrollo de las sesiones mediante frecuentes preguntas, señalamientos y reformulaciones, aportando interpretaciones panorámicas que estimulaban tareas de síntesis, haciendo al final de cada sesión y al comienzo de las siguientes recapitula-

ciones, dado que por su estado de angustia le era difícil memorizar, abstraer, reñonar. Cada una de mis intervenciones era precedida por una invitación a trabajar él sobre el material; en caso de dificultad o fracaso en la tarea, se hacía lugar a mi intervención. Esta fase del proceso mostraba claramente las necesidades de una complementariedad yóica entre paciente y terapeuta. La relación de trabajo presentaba correlativamente matices de personificación del vínculo: el refuerzo de mi rol parental parecía venir a cubrir un déficit importante én su desarrollo por el carácter ausente y débil del padre. En esa etapa, Ernesto era ün chico necesitado de guía y sostén; yo era tin padre dispuesto a guiarlo, aunque no en estilo sobreprotector sino estimulando suavemente en todo instante la activación de funciones I que tendrían que llevarlo a un nivel más adulto de rendimientos. La ! personificación del rol terapeuta era asimismo necesitada y satisfecha: en varias ocasiones Ernesto expresó curiosidad por conocer aspectos de «ni trabajo profesional (temas de investigación, publicaciones) interés que fue naturalmente satisfecho. Una actitud contraria de mi parte (ejemplo: interpretando el significado de su curiosidad, los elementos de dependencia que vendrían allí expresados en lugar de informarle) hubiera sido una repetición contratransferencial del rol del padre ausente. De la misma manera, si frente a su debilidad yóica el terapeuta hubiera adoptado a su vez una actitud pasiva, con la intención de obligar al paciente a llevar adelante la sesión, no hubiese hecho más que repetir para Ernesto la experiencia de carencia de líder familiar, experiencia frustrante que paralizó su desarrollo y lo arrojó fuertemente a fijar su dependencia materna. (Sobre estos puntos es ilustrativo consignar que Ernesto había intentado dos veces, en los últimos años, tratamientos psicoanalíticos que abandonó a pocos meses de iniciados. Frente al silencio del analista qued aba en silencio, se sentía perdido y no entendía “adonde se iba con eso”.) Hacia fines del tercer mes se notó un cambio importante: la emergencia de funciones yóicas fortalecidas, con 'esbozos de autonomía, paralela con el alivio de la angustia y de la depresión. La situación de separación se mantenía, con una distancia fluctuante entre él y su mujer; había podido ocuparse algo más que al principio del hijo, los choques con la madre eran atenuados y el rendimiento en su trabajo mostraba una discreta mejoría. La situación era básicamente la misma. El eje del foco se fue ampliando desde el motivo de consulta inicial y su ambivalencia frente a la separación, hacia el problema de su dependencia con la mujer y las consecuencias de esa dependencia. En ese período era también oscilante la posibilidad de que su mujer hiciera pareja con otro hombre.

Primera sesión

Físicamente, Ernesto está más armado, su postura inicial de flojedad y abandono fue modificada.

P1: “Me noto muy violento. El otro día mi chico se peleaba con un amiguito por un juguete. Traté de que dejaran de pelear, que cada uno se arreglara con un chiche.

No hubo caso, seguían haciendo escándalo. Entonces exploté, me levanté, fui y rompí el juguete. Después pensé que era una barbaridad, que podía haberlos parado de otro modo y me acordé que yo de chico siempre reaccionaba así con lo que no me salía: un día rompí un auto que tenía porque no lo podía arreglar”.

T 1: “Creo que convendría pensar, para entender algo de esta violencia suya, cuál podría ser el arreglo que no le sale”.

En la discusión sobre foco se toma este primer momento de sesión y se discute la apertura de varias líneas en el material inicial, de las cuales la que se toma, arreglo-actual-que-no-sale es privilegiada en función de conducir inmediatamente al eje del foco actual: las vicisitudes de la relación con su mujer. A partir de allí reverberan, en espera, las conexiones más visibles del material (situación triangular, dos chicos con un solo juguete, el escándalo, la destrucción del juguete que enfrenta a los chicos). Otro aspecto de la intervención del terapeuta es su precocidad; en la medida en que el material es comprensible ya, el terapeuta juega un rol activo conduciendo ese material al seno de la situación focal, y lo hace sin demoras. La sesión ya es encauzada en una dirección de trabajo que viene marcando toda una etapa, no hay un clima de vaguedad o de libre asociación flotante. Podrá sí haberlo en un segundo momento, una vez focalizada la tarea, a partir de esa focalización. Un último aspecto de la intervención T1: “pensar” estimula a que la tarea la inicie el paciente, él es quien más debe entrenar esta función yoica en sesión, contando para ello con cierta supervisión del terapeuta (rol docente). La invitación del terapeuta a que el paciente piense se basa en los datos de su verbalización inicial (y su coherente manifestación de armado corporal) que muestra un yo con un potencial de rendimiento disponible, indicado en la comunicación de apertura por sus contenidos de percepción ajustada en una secuencia de conducta, reflexión crítica sobre la misma, asociación con otras similares de su infancia (abstracción y generalización eficientes).

P 2: “También estuve violento con una amiga que me llamó por el tratamiento de su sobrino y me empezó a contar que su marido estaba muy

nervioso, a quejarse conmigo. Salté y le dije: ‘¿Qué me importa a mí tu marido, no estamos para hablar de eso!’”

T 2: “Usted agrega ahora otro episodio, pero deja en pie la pregunta: ¿cuál será el arreglo que no le sale?”

El terapeuta podría haber incorporado esta nueva situación triangular, con rechazo del marido de la amiga, al material simbólico inicial. Tal vez el intento de volver al primer material y a la tarea, tenga que ver con un esfuerzo por evitar la dispersión a la que cierta debilidad yoica del paciente es proclive (cabalgada por defensas de tipo evitativo). Parece un lugar componente resistencial, pero es preferible reformular la tarea: si entonces no se la asume tendrá un índice más claro de la intensidad de esa resistencia, y se habrá dado una posibilidad de lucha previa entre yo defensivo y yo adaptativo.

P 3: “No sé... no me doy cuenta... (*medio minuto de silencio, con gestos de explorar atentamente*). Ah sí, ahora empiezo a caer, supongo que es toda la situación con mi mujer que no le encuentro manera de arreglarla. Parece que todo fuera a mejorar y de pronto todo se viene abajo y vuelvo a insistir en la separación. Ya no sé cómo encararla.

Y hoy me di cuenta que me había olvidado de conseguir la plata para el departamento. Debe ser que no me dan ganas de irme a vivir solo, que en casa de mi madre me atienden, estoy acompañado, aunque no me lleve bien.”

Esta última referencia va a ser tomada en cuanto ahonda un aspecto del eje de la situación focal: su dependencia con la madre y todas las transferencias de ese vínculo a su pareja, que sobrecargan esta última relación con conflictos arcaicos.

T 3: “Esto último viene muy ligado a lo anterior, verdad, hay un calco de estas dos relaciones donde no es posible llevarse bien ni separarse.”

El paciente asiente con un gesto de preocupación e impotencia.

P 4: ‘Y tuve un sueño anoche que me dejó pensando. Estaba en un río del Tigre, nos quedábamos a dormir y había chicas. Yo iba al muelle a pescar y no pescaba nada.

Venía alguien y me decía: ‘No, para pescar tiene que ir más arriba, acá con el mal tiempo no hay pique’. Me resultó raro... no se me ocurre nada con esto.”

T 4: “Fijese, tomado en lo más gráfico, esto de no pescar se podría relacionar con algo suyo, que fue bastante tema en las últimas sesiones...”

P 5: (*Tomando la palabra que la pausa del terapeuta le ofrecía.*): “Con las chicas que yo no puedo pescar. Debe ser porque es algo que me preocupa

bastante, yo no puedo seguir ahí pendiente de lo que mi mujer decida, que me tiene de un lado para el otro.”

T 5: “Creo que sí; ahora en el sueño usted invierte el problema porque tira la caña y no hay pescados, y en la realidad pescados, por lo que vimos, sobran; lo que pasa es que usted no tira la caña.”

P 6: (*Sonríe.*): “Es evidente... (*pausa*)... el sábado quería que nadie me molestara para dedicarme a leer tranquilo. Viene una amiga a la que le debo muchos favores y me pide si la puedo llevar con su nena a Castelar, que la nena tenía un cumpleaños. Mi primera reacción fue negarme, pero le dije que sí. Y me noté agresivo. Traté de contenerme porque me di cuenta que el problema era mío, no de ella, pero estaba mal con la situación.”

T 6: “Creo que se vuelve al problema de que frente a una mujer usted se siente atado, no puede darse bien su lugar, que en todo caso esa tarde era descansar. Ahora, también hay algo dicho, me parece, en este último episodio que podría aclarar el sueño en lo que de pescar más arriba. Que esa tarde usted se iba a mimar, se iba a dar un bienestar, y tuvo que hacer de papá, cuidar a su amiga y a la nena. Tal vez pescar más arriba de ese lugar donde “había chicas” quería decir buscar mujeres más grandes.”

El sueño en este último episodio abre muchas líneas. El terapeuta toma la que le resulte más viable en función del foco: conflictos de dependencia en la pareja.

P 7: “Sí, me parece que ahí tengo el problema porque lo que usted dijo me hizo acordar de otra cosa que me pasó en el fin de semana. Volví a casa de dejar a mi amiga, nervioso y con hambre; comí y me tranquilicé. Pensaba acostarme, en eso llama Graciela, una amiga, que estaba con otra amiga, que me fuera a tomar algo con ellas. Dudé un poco, pero fui. Y apareció en el boliche una tercera amiga de Graciela, Marta, médica, separada, de unos 38 años, que me cayó muy simpática. Y con ella sentí atracción, creo que ahí está lo que usted decía recién del sueño. Ahora la que andaba detrás de mí era la segunda amiga de Graciela, Mónica, que tiene 30 años. Y yo con ella tengo dudas, no sé si llamarla porque no me quiero atar a una pareja formal, y ella busca eso”.

T 7: “Creo que esto redondea el panorama que se veía con el sueño. Porque aparece toda la contradicción que a usted se le presenta para hacer una pareja. Si es con una chica, usted haría de papá y eso no le gusta, lo hace sentir a usted desprotegido. Pero con una mujer grande se puede sentir atado, y usted tiene una experiencia muy dolorosa de lo que es estar atado a una mujer dependiendo de ella”.

El conflicto nuclear del foco (situación problemática con la pareja) puede ser entonces ahondado. Hasta el momento el paciente estaba aferrado a una imagen de mala suerte, de esposa que no lo acepta y de otras mujeres que no aparecen. Ahora su conflicto y las maniobras

activas que él hará también para desprenderse de cualquier atadura de pareja quedan a la vista.

P 8: “Sí, creo que ando en ese vaivén, sin saber dónde pararme.”

T 8: “Sí, y su nerviosismo y su violencia no vendrán sólo del arreglo que no le sale con su mujer, sino además de no vislumbrar salida en general para este conflicto con hacer o no pareja, y si la mujer tiene que ser grande o chica.”

La sesión está colocada en la conflictiva nuclear eje de la situación focalizada. Han pasado quince minutos de sesión. A partir de allí se continúa trabajando sobre esta problemática.

Segunda sesión

A los cinco meses de la primera transcripta, o sea diez meses de iniciado el tratamiento. Se resume la primera parte y se transcriben quince minutos de la parte media. La sesión se inicia con el relato de Ernesto de episodios últimos con su mujer que le preocupan particularmente. Hace dos meses que han vuelto a vivir juntos. No entiende qué es lo que origina en ella reacciones agresivas. Había resuelto llevar el hijo a pasear a un parque en las afueras. Hubo tensiones por diferencias de opinión sobre si el tiempo era propicio y sobre el horario más conveniente. Luego ella le reprochó porque lo notaba frío, distante.

Ernesto sintió que esos reproches eran injustificados.

P 6: “Como insistió, yo la paré y le anuncié que si no cambiaba de actitud no podríamos seguir juntos”.

Si se coteja con la problemática de la sesión anterior hay una variación en los roles; antes Ernesto no podía tolerar la separación y defendía a toda costa el reencuentro; ahora puede plantear más seguido la posibilidad de la separación. Desde luego, hay muchos aspectos que aún no tiene claros, como su contribución a la distancia que le era reprochada. En general se ha acentuado un incremento en su autoestima y en su seguridad frente al trabajo. El clima de angustia y depresión de los primeros meses se ha aliviado.

T 6: “Ahora el relato suyo contrasta con lo que venía ocurriendo hace ya dos semanas. ¿Cómo entiende usted este cambio?”

Nuevamente en la apertura de una problemática el terapeuta

invita a que sea el paciente quien elabore, ensaye interpretarse, busque nuevos datos. La relación de trabajo está centrada en estimular ese esfuerzo del paciente. Toda propuesta de tarea es inmediatamente reveladora de otras facetas del paciente en función de cómo la asume.

P 7: “No sé, no lo entiendo. Incluso me trajo a colación episodio viejos, con una ex novia mía, que ella le tenía celos, no sé...”

T 7: “Creo que está metido en el impacto de este último ‘empeoramiento’ de la pareja que le cuesta detenerse a pensar mejor sobre las razones del giro. Y en especial le cuesta mirar cuál puede ser su parte, la presenta a ella agresiva sin motivos, pero no incluye una revisión de algún cambio que pueda haber habido en este último tiempo en usted para con ella.”

P 8: “Creo que yo estuve últimamente más apagado, preocupado por problemas de trabajo, esto de que puede haber despidos.”

T 8: “Tal vez esto era importante también para ella y usted no lo consideraba. ¿Usted puede haber restado aportes a la pareja últimamente?”

El modo interrogativo del terapeuta funciona como nuevo estímulo para que el paciente trabaje más con este nuevo elemento. Tiene relación con la tendencia a la pasividad de Ernesto, propia de su dependencia y a su correlativa dificultad para caminar solo. En el proceso él tiende a dar un paso y quedarse. El terapeuta no sólo señala e interpreta esta modalidad dependiente en sesión, sino que lo induce además activamente a trabajar más, a que ensaye más pasos solo.

P 8: “Sí; ella dice que no vamos al cine, que salimos poco. Yo noto que estuve aplastado.”

T 9: “Usted dice que ella dice, con respecto a las salidas, pero usted, ¿qué dice?”

P10: “Sí, yo también creo que últimamente salimos poco y por mi desgano, que ella tiene razón.”

T 10: “Ahora, además habíamos visto hace pocas sesiones que para su esposa verlo aplastado era verlo débil, impotente, y eso hacía que tolerara mal cualquier aflojamiento suyo, ¿recuerda?”

Se toma acá un aspecto importante de la psicoterapia, *no sólo entenderse el paciente, sino aprender a pensar en la situación desde la perspectiva y los problemas de los otros cercanos*. Hacer hipótesis sobre qué le pasará a la mujer cuando él se afloja, induce otra dirección de aprendizajes.

Podría suponerse que esto favorece tendencias proyectivas del paciente. No ocurre así si además se vuelve constantemente sobre la

contribución del paciente a la interacción. La formulación del terapeuta vuelve a ser abierta, deja planteada una tarea a partir de la conexión entre dos momentos, y queda latente la pregunta sobre el sentido de que algo, que probablemente le ocurriría a la mujer con su debilitamiento, haya sido olvidado.

T 11: “Sí, esto que usted me hizo acordar es clave: cualquier enfermedad mía, aunque sea una gripe con un día de cama, la pone mal. Y he notado que cuando yo estoy enérgico, aunque sea para frenarle un desplante, se pone bien conmigo.”

Este aspecto del efecto paradójico de la “energía”, había sido sugerido en sesión anterior, pero esta vez parece más percibido por el paciente, vivenciado.

T 1: “Este aspecto es clave en la relación entre ambos. Ahora creo que puede ser útil pensar no sólo en los choques, sino en el momento silencioso previo. Cuando usted se distancia, ¿se da cuenta de que se está distanciando que introduce un cambio?”

La intervención apunta a frenar en el paciente sus tendencias proyectivas, llevándole a una autoobservación sobre su capacidad de autoobservación. Nuevamente el “pensar” en la formulación parece funcionar como estimulación de una de las funciones yoicas que menos intenta el paciente de modo espontáneo. La intervención apunta en conjunto a estimular una especial actitud perceptiva.

P 12: “Sí.” (*Respuesta lacónica que al terapeuta le inspira dudas, y le muestra que en sesión hay una pasividad a atacar.*)

T12: “¿Usted se va haciendo cargo de que este cambio suyo la va a afectar?”

El terapeuta no cree que sea así, quiere llevar la indagación a un punto donde la pasividad del paciente se haga evidente.

P 13: “Sí.”

T 13: “¿Usted le hace saber a ella que sabe de su retraimiento...?”

La indagación toma el manejo comunicacional del vínculo, donde se hará más evidente.

P 14: “No, no se lo digo, por ahí le digo algo de pasada, sin aclarar... (*Silencio, pensativo.*) Ahora, resumiendo, hasta acá aparece mi distanciamiento, que yo no lo veía, todo aquello de que si yo me aplasto lo vive como impotencia mía, que también lo tenía borrado y esto de que yo no le hago

saber que yo me pongo en su lugar, que directamente me olvido de la pareja y chau.”

La evolución de las funciones yoicas se hace evidente. Al principio del tratamiento, Ernesto no podía pensar, fundamentalmente no podía resumir ni organizar su pensamiento. Me había pedido que al final de las sesiones le ayudara a resumir puntos clave de la sesión porque se le diluían. Este aspecto podía verse como manifestación de una depositación en el terapeuta con evitación de la reintroyección. Lo cual era probable; pero como fenómeno sobredeterminado y también había que verlo en función de una falla en el aprendizaje de ciertas funciones yoicas. La ejercitación de este último aspecto podría en todo caso despejar mejor la vertiente proyectiva del fenómeno. A esta altura el paciente ensaya espontáneamente la recapitulación, un modo de lucha incipiente contra su automatismo de depositación.

T14: “Creo que sí, que éste es hoy el panorama. Tomando el último punto: hay que volver sobre algo visto hace un tiempo, y es que la parquedad en la pareja de ustedes es fuente de persecución para cualquiera de los dos. Hace un tiempo usted se persiguió porque ella, sin aclaraciones, le dijo que no era imprescindible verse ese día: ¿se acuerda?”

La intervención empieza con una confirmación, un acuerdo con la recapitulación del paciente. *En psicoterapia el refuerzo de los aciertos es tan importante como el señalamiento de las distorsiones*. Luego se ahonda en la perspectiva comunicacional (en la sesión anterior se empleaba el enfoque psicoanalítico para pensar en un sueño. Esta integración de varios enfoques psicopatológicos es característica de la psicoterapia de esclarecimiento). Termina con una pregunta, nuevo estímulo para que el paciente trabaje sobre esa problemática comunicacional y las ansiedades paranoides mutuas que despierta.

P15: “Sí, esto ahora lo veo más claro, quería comentarle sobre eso de que yo no le hago ver a ella qué me está pasando, que yo con muchas cosas, sin darme cuenta, me desentiendo; me pasa también con el trabajo.”

Aquí se produce una apertura, aparece una nueva faceta de la problemática de Ernesto: sus desconexiones alternantes con los momentos de fusión con el otro, la contracara autista de su dependencia simbiótica. La sesión sigue hasta el final sobre estos aspectos.

Capítulo 12

EL PAPEL DE LA ACCIÓN EN LAS PSICOTERAPIAS

Algunas ideas referentes al lugar y sentido de la acción en el proceso de una psicoterapia verbal se harán comprensibles si comenzamos por una experiencia terapéutica. Alguna información sobre la paciente y el proceso hasta esta experiencia son necesarias. Estela, bioquímica, recién graduada, tiene 26 años y hace 4 que está en psicoterapia. Se casó hace 7 meses. El elemento más significativo de su historia personal es que perdió a sus padres en su infancia, con pocos años de diferencia. Ella y un hermano menor fueron criados por una tía, hermana de su madre, a quien, a su vez, perdieron hace 5 años. Estela consultó al año siguiente por un estado depresivo prolongado y dificultades con su estudio universitario y en las relaciones de pareja, que eran insatisfactorias e inestables. Inició una psicoterapia de esclarecimiento de dos sesiones semanales. El ritmo era adecuado a sus temores de una intensa dependencia (criterio técnico adelantado por Alexander, estratégicamente divergente de la idea de que cuanto más intensiva una terapia, mejor se elaborará la dependencia). A lo largo del proceso terapéutico no surgieron necesidades de modificar ese ritmo. El proceso avanzó lenta y sólidamente. El trabajo fue centrado sobre los duelos de tan difícil elaboración, las dependencias creadas alrededor de figuras diversas, sobre las cuales la transferencia de roles parentales era automática e intensa.

También sobre las inseguridades propias de la situación de temprano desamparo y las fantasías maníacas compensatorias, que creaban autoexigencias desmedidas, ocasionándole mayor inseguridad en sus estudios y relaciones de pareja. Progresivamente, Estela salió de su depresión, adquirió mayor seguridad en general, redujo su autoexigencia, pudo iniciar una pareja más satisfactoria y estabilizada, se graduó. Tuvo dificultades para iniciar su trabajo profesional

(.que en su momento fueron vistas como sobredeterminadas por las trabas inherentes al comienzo en plena crisis social, con alto índice de desocupación, y sus tendencias regresivas no resueltas, exacerbadas en el momento de tener que abandonar un rol infantil, más dependiente). Finalmente empezó a trabajar con buen desarrollo profesional y 8 meses después se casó. En la semana de la sesión que luego relataré, Estela tuvo que dedicar días y noches en horas extra a elaborar el informe de un equipo de investigación. Un tema, frecuente en los últimos dos meses, era que ahora tenía todo para disfrutar y sin embargo estaba deprimida, no podía llegar a saborear realmente lo que había logrado con bastante esfuerzo. Habíamos trabajado sobre las culpas por estar viva y ocupar roles que eran de sus padres, así como dejar a su hermano soltero y sin tanta protección directa suya. También sobre su temor a una mejoría que significara perderme a mí por alta. El malestar continuaba y no era muy claro qué más pesaba sobre ella. En cuanto al vínculo terapéutico, ambos lo teníamos entendida como un vínculo que además de permitirle elaborar sus problemas (y como condición para que esta elaboración fuera posible) debería ser necesariamente un sustituto de las relaciones parentales. Era una relación de afecto natural, espontáneo, de confianza y plena comunicación, mi presencia como persona no era escatimada (esa misma necesidad había hecho descartar el uso del diván). A lo largo del proceso el cariño era mutuo y había crecido.

Estela llegó ese día a la sesión con aspecto de gran agotamiento, no había casi dormido, pero no quería perder la sesión. Se sentó y se reclinó en el sillón mientras expresaba su cansancio. En ese momento se me presentó como oportuno y necesario ofrecerle algo especial, ligado a su cansancio y al esfuerzo de adaptación adulta de los últimos meses, que podía hacerle imprescindible cierta gratificación de necesidades infantiles. Fue también ligado automáticamente (síntesis condensarlas en todo raptó intuitivo del terapeuta) a un comentario de dos sesiones atrás sobre el no disfrute del día en que se programaba el placer de hacerse atender en la peluquería.

Le propuse que se acostara en el diván, para descansar: yo estaría al lado en su sillón habitual; ella podría mirarme sin esfuerzo. Dudó un momento y aceptó. Al relajarse hizo exclamaciones de alivio, comentó su cansancio, lo pesado del trabajo, empezó a hablar apurada de dos personas colaboradoras que no servían demasiado, que todo el trabajo recaía sobre ella. Noté que no estaba disfrutando del diván, que estaba ansiosa, como si algo la urgiera a no aflojarse. Hablamos de lo novedoso, y de los temores sexuales que la nueva situación podría crearle. No parecían en ese momento centrales. Le propuse: Trate de aflojarse y de gozar de este descanso, tal vez ahora no sea

importante que me hable tanto”. Comprendió, lo intentó, y era visible el esfuerzo, el conflicto que le creaba aflojarse. De golpe dijo: Que sentido tendría, si yo me voy a ir de alta”, y se quedó sorprendida ella misma del planteo, porque estaba claro que no había programada un alta, para este año al menos. A partir de allí la sesión fue una de las más productivas y de clima más hondo que yo recuerde. Las asociaciones fueron numerosas: gozar es peligroso porque después viene la muerte y toma desprevenido (así había sido la experiencia con su madre, una muy buena relación cortada sorpresivamente); el miedo mágico a sentirse dichosa, ligado a que cada vez que su vida marcha bien ella repasa inmediatamente alguna buena razón para no estar del todo contenta. Lo vimos además como una depresión preventiva: no habría desgracia que pudiera tomarla por asalto en pleno goce. El resultado era claro: nunca se deprimía del todo. El precio era que nunca gozaba del todo. Asoció allí también con el miedo, cada vez que dejaba a su pareja, de que pudiese morir; cada vez que estaba muy bien con él, la tristeza de que podía perderlo la invadía. El clima de la sesión era de mucha fecundidad, de sucesión de *insights* de ella y míos. La tremenda presencia de la muerte en su vida había surgido con un dramatismo mayor, se lo vivía más que nunca. En ese momento rompió en un llanto muy fuerte, como hacía años que no tenía, y volcó por primera vez todas sus angustias frente a la muerte de su padre, que siempre había parecido menos impactante que la de su madre; recuerdos vividos de las circunstancias de esa muerte afloraron con intensidad. Luego se sedó, pensó que le gustaría dormir en lo que faltaba de sesión. No podía, porque se imaginaba que ya era la hora y que la cortaría.

La alenté a que intentara dormir, si ese era su deseo, en los 10 minutos que quedaban, que podría hacerle bien y que podría haber así otras sesiones, si era necesario. Lo pudo hacer, con una calma y una placidez que me pareció sugerir que algo de su miedo inicial a entregarse al reposo y al placer de dejarse cuidar ya había sido elaborado. Al terminar se levantó con un gesto hondo y agradecido; el comentario fue: “¡Qué sesión, siento que me hace tan bien, es increíble!”

Hasta aquí el material. Se trata de una psicoterapia verbal, donde la totalidad de las sesiones había sido hecha con una relativa inmovilidad corporal, cada uno en su sillón. En ese momento de su proceso incluir el cuerpo de ambos en una nueva disposición espacial, al servicio de una acción dramática, creo que fue condición de una apertura importante.

La calidad del material que emergió una vez dado el cambio en el vínculo mediante la acción, me pareció rebasar en mucho el logro

en sesiones anteriores “convencionales”. El clima logrado fue de una intensidad emotiva muy superior al de aquellas sesiones. Mi oferta inicial y mi insistencia posterior en que tratara de gozar de ese particular descanso sirvieron para *colocar en estado experimental (allí, a la vista) su dificultad frente al placer*. La situación de intercambio verbal habitual en sesión difícilmente se presta para crear una “oferta” de placer similar, del nivel regresivo <jue entraña el ser cuidada “en la cuna”. Si mi oferta hubiera quedado allí, las resistencias de Estela en función de su conflicto profundo con el placer y con la muerte hubieran dado lugar a una detención, cuyas razones se hubieran barajado de nuevo a nivel verbal. Creo que la iniciativa del terapeuta allí consistió también en incrementar al máximo el conflicto. Alentar más su deseo de gozar el vínculo, para que entonces, recién entonces, surgiera en toda su intensidad el mismo y las fantasías a él ligadas. Creo que aquí el rol activo del terapeuta comenzó por captar la posibilidad de que una acción dramática, que encarnara plenamente su conflicto, fuera ocasión de una experiencia particularmente rica para el proceso. Segundo, en tomar la iniciativa para que tal acción fuera vivida. Tercero, en mantener la iniciativa dramática frente a las primeras resistencias de la paciente. Cuarto, en contar con que las dificultades para gratificarse con el descanso ofrecido serían reveladoras del conflicto profundo, y que, de lograrse finalmente esa gratificación, la experiencia tendría un valor simbólico, rectificador de la ligazón que en su mundo interno adquirieron placer y muerte.

Este tipo de acciones de valor simbólico, expresivo y exploratorio, están en la línea de las dramatizaciones, sin llegar a ser acción psicodramática con las características de disposición de una escena cuyo acontecer es en una fase centro de atención y luego, en otra fase, ocasión de elaboración a nivel verbal e interpretación. Diría que aquí hay un entretejido constante entre acción, interpretación y elaboración que orienta el curso inmediato de la acción, y de lo que va siendo. Vivido en la acción. Lo que sí ocurre, como en el psicodrama, es la introducción de algo más a vivir, con sentido dramático, aportando otra manera de “estar”, de compartir, de dirigirse a los otros, de pensarse uno mismo. Esto podría ampliarse diciendo que la participación del cuerpo en la comunicación cambia el tipo de mensaje, o al mismo tiempo que el otro cobra más realidad, entran más elementos en juego (3).

La acción en el curso del proceso podrá darse en un amplio rango de expresiones corporales, verbales y gestuales del afecto e interés personal por el paciente, que irán expresando vicisitudes del proceso, revelando aspectos del mismo y contribuyendo a su avance.

También en el uso libre del espacio, del ambiente de trabajo, que puede ser flexiblemente utilizado según necesidades de distintos momentos del tratamiento. En regalos o préstamos mutuos. En diálogos sobre temas diversos (culturales, políticos, artísticos). En encuentros fuera del ámbito terapéutico, y/o en otros roles.¹ *Cada una de estas experiencias puede ser ocasión de una apertura nueva en el proceso terapéutico, dadas las defensas que habitualmente se inmovilizan en el discurso verbal y en la fijeza de contexto y roles.* Cada una de estas experiencias, tradicionalmente supuestas como al margen del proceso, o como posibles interferencias del mismo, son a menudo ocasiones de su enriquecimiento si son comprendidas en toda su significación dinámica. *Su papel terapéutico lo juegan no solamente por lo que luego permiten incorporar a la elaboración verbal, sino además por el vínculo que simbólicamente realizan en lo efectivamente vivido, el “encuentro” más pleno que producen en la relación de trabajo.*

Otro ejemplo de acción al servicio del proceso (según pudimos luego evaluarlo juntos) fue la lectura que conmigo hizo Estela de este capítulo, y el trabajo que compartimos para dar a mis notas esta versión. Se sintió positivamente impresionada de ver abarcados varios años de su evolución en una página, se captó en una síntesis objetivante. Recordemos además que fue poco lo que Estela pudo compartir con su padre: el tiempo de esta tarea fue vivido con particular emoción, era algo original en su vida.

Un aspecto de la elaboración verbal de la experiencia merece subrayarse: la necesidad de dar tiempo para el despliegue de la acción, el no apurar la interpretación de lo que está ocurriendo o de lo que significaría una propuesta de acción diferente. Apurar la verbalización podría transmitir una serie de mensajes opuestos a los fines del proceso terapéutico: el temor del paciente o del terapeuta a la acción vivida, apelando al refugio en la palabra, dada desde cuerpos y espacios fijos; la desconfianza frente a los impulsos, simbolizados por el cuerpo y sus movimientos, sugiriendo que todo movimiento tiene que pasar por la autorización del superyó en base a dar garantías de racionalidad; o bien el temor del “manejo” mutuo, expresando una desconfianza básica sobre la calidad constructiva del vínculo que ambos vienen experimentando. Podrá objetarse que hay iniciativas de acción en el contexto terapéutico dominadas por los impulsos y puestas al servicio de la repetición, más que una elabora-

¹ Esta línea subraya asimismo en toda su importancia el papel terapéutico de la experiencia con los otros, fuera de sesión, que puede por esta causa ser sugerida o estimulada desde la relación terapéutica.

ción. Es cierto. Pero estas tendencias *alacting* psicopático no constituyen el grueso de las iniciativas de acción que pueden emerger en la experiencia terapéutica.

Crear un contexto inmovilizador blindado para protegerse de esa mínima proporción de actuaciones psicopáticas sería montar una defensa excesiva para situaciones que, cuando emergen, son diagnósticas y controlables. Correlativamente, sería impedir, el juego móvil de un espectro más amplio de posibilidades para la otra enorme proporción de relaciones terapéuticas, en las que la inmovilización interfiere ciertos momentos necesarios del proceso, en alguna medida lo frustra.

Hay, además, elementos concretos para *saber en cada situación cuál es el riesgo y cuál la fecundidad probable de la acción propuesta*: el conocimiento asentado del paciente, la calidad del vínculo terapéutico, los contenidos del proceso que se ha ido desarrollando, y el momento de ese desarrollo que hace la acción necesaria y productiva (lo que en psicodrama se ha denominado fase de caldeamiento aquí sería el emergente espontáneo de un proceso extendido en el tiempo).

Experiencias de este tipo señalan a mi juicio que en determinadas circunstancias, con condiciones dadas como las que acabo de enumerar, evitar la acción terapéutica (mediante propuestas de verbalización exhaustiva como alternativa a la acción, o como dilación resistente a la acción) es *actuación* sin duda, y *actuación represiva* al servicio del no proceso, del alargamiento y desvitalización del proceso.

En la discusión sobre personificación del vínculo en la relación de trabajo se perfila la necesidad de una doble tarea: una en la elaboración a nivel verbal, otra en el juego del vínculo terapéutico, donde un acontecer real entre ambos participantes (con sus correlatos simbólicos) tiene que ir produciendo *diferenciaciones* rectificadoras o compensadoras, esenciales para el avance del proceso. La creación de un contexto de inmovilización, desde esta perspectiva, si es estático (en lugar de flexible a iniciativas de ambos miembros) frustra una de las vertientes del proceso, al imponer restricciones en el acontecer real del vínculo. No sólo puede interferirlo; más aún: introduce mensajes dados por conductas reales (significantes de distanciamiento, desigualdad, prohibición, control) que -particularmente en ciertos momentos o fases del proceso- apuntan a una repetición, a un reforzamiento de ansiedades y contenidos transferenciales. Por esta vía, tal contexto inmovilizador puede inducir regresión, estancamiento o alargamiento de la tarea, ya que sus estímulos pueden resultar opuestos a los necesarios en esa fase para el proceso de elaboración. Un trabajo de elaboración verbal orientado hacia la apertura, el

desarrollo, la ruptura de estereotipos en los roles, el cuestionamiento de los vínculos, por una parte, y por otra un contexto de interacciones concretas restringidas, inmovilizadas en roles fijos, pueden configurar, creo, en tales situaciones, sistemas de mensajes contradictorios.

En la dirección que aquí se propone cabe una profunda revaloración de la intuición, de lo que emerge espontáneamente entre paciente y terapeuta en su contacto vivo en sesión. No desde luego para contentarse en el empirismo, sino para ascender a una creatividad original, liberando los resortes de un movimiento cuya inteligencia pueda luego recuperarse también conceptualmente. Cada sesión debe tener algo de aventura: la posibilidad de que algo acontezca -y no sólo a nivel verbal- entre ambos, algo no previsible al empezarla, que obligue a descubrir sintiendo.

La acción terapéutica constituye la experiencia largamente amasada por las técnicas psicodramáticas (3), y uno de los afluentes importantes de las técnicas de laboratorio (2). Se trata, entiendo, de rescatar toda la enseñanza de estas técnicas, y de incorporar el clima de libertad que transmiten -por el uso productivo del cuerpo y del espacio- a toda otra serie de técnicas psicoterapéuticas en las que una exhaustiva experiencia de trabajo con la palabra viene siendo frenada en sus más amplias posibilidades por la rigidificación de contextos de no acción. Aquellas líneas de trabajo aportan la evidencia plena de que una experiencia dramáticamente vivida entre paciente y terapeuta, instala un lenguaje nuevo que habla no sólo desde el cerebro sino, como quería Unamuno, “con el corazón, con los pulmones, con el vientre, con la vida”.

Hay que distinguir, entonces, cuándo la inmovilidad corporal y la abstención de la acción sirven funcionalmente para pensar y dialogar mejor, y cuándo en cambio impiden a terapeuta y paciente vivir algo más, juntos, para comprender más profundamente.

Creo, además, que el clima del intercambio verbal cuando la acción de vida entre los participantes es posible y aceptable para ambos, es un clima que cuenta en todo momento con la presencia virtual de una libertad y de una creatividad más profunda. Ese clima engendra otras palabras.

Creo que fundamentalmente se trata de terminar con todas las disociaciones rígidas entre el consultorio y la vida, la vida de la calle. Que hay un enfermar en la vida y también un recuperarse en y con la vida. Que todos los recursos creadores de la vida tienen que encontrar su lugar en una psicoterapia genuinamente humana. En este ancho camino abierto mucho tenemos por delante.

Referencias bibliográficas

1. Bustos, D., *Nuevos rumbos en psicoterapia psicodramática*, Momento, L Plata, 1985.
2. Glocer, Florinda, "Laboratorios de interacción humana. Ideologías en la búsqueda de nuevas técnicas psicoterapéuticas", *Rev. Argent. de Psicología*, 14-15, 1973.
3. Martínez Bouquet, Carlos, Moccio, Fidel y Pavlovsky, Eduardo, *Psicodrama. Cuándo y por qué dramatizar*, Buenos Aires, Proteo, 1971.
4. Moccio, F., *Hacia la creatividad*, Lugar, Buenos Aires, 1991.
5. Pavlovsky, E., Kesselman, H., *Espacios y creatividad*, Buenos Aires, Búsqueda, 1980.
6. Pavlovsky, E., Kesselman, H!, *La multiplicación dramática*, Buenos Aires, Gedisa, 2002.

•••■ 1

Capítulo 13

ESTRATEGIAS Y ARTICULACIÓN DE RECURSOS TERAPÉUTICOS

En varios capítulos se discuten aspectos del proceso de una psicoterapia individual, esto es, el vínculo bipersonal del paciente con una técnica manipulada por *un* terapeuta. En los últimos años el trabajo asistencial en instituciones ha ido abriendo cauces de una experiencia más compleja: la relación de un paciente (o un grupo) con un conjunto de técnicas terapéuticas suministradas por un equipo de profesionales, de modo simultáneo o sucesivo. Esta multiplicidad de recursos terapéuticos aportó nuevas posibilidades en cuanto se encontró con ellos el camino de una original potenciación de efectos cuyos resultados hemos investigado (7); a la vez suscitó los riesgos de una acción dispersa, deshilvanada o internamente contradictoria. Para salvar estos riesgos y aprovechar aquella potenciación surgen últimamente los conceptos de estrategia terapéutica y de articulación de las técnicas y recursos.

El diseño de una *estrategia terapéutica* parte de un diagnóstico exhaustivo de la situación. Es necesario construir un modelo de la situación por la que se consulta, y a esa construcción aportan datos significativos cada uno de los profesionales que, desde su abordaje específico, se pone en contacto operante con la situación. Sobre la base de una masa de datos, al principio inconexos, fragmentarios, se va lentamente armando el modelo teórico de la situación que permite comprender sus articulaciones internas, los dinamismos individuales, grupales y sociales que la rigen. El proceso consiste en una minuciosa indagación grupal, la del equipo asistencial, que debe realizar un arduo trabajo de confrontación interna, ya que lo que detectan el terapeuta individual, el entrevistador familiar y la asistente social, por ejemplo, son recortes de hechos conceptualizados con categorías diferentes, específicas para cada uno de esos

enfoques (1). Es necesario encontrar un panorama común pensando con un lenguaje compartido. La tarea se complica porque además la aplicación de encuadres distintos, propios de cada técnica, pone de manifiesto facetas efectivamente diferentes de la situación en estudio, lo que ocasiona divergencias y contradicciones ya no debidas a las categorías sino a los métodos empleados. Al avanzar este proceso de elaboración grupal se va obteniendo un cuadro provisional global de la situación. En él se hace necesario resaltar las vías de acceso a la situación, sus resistencias y pasos “naturales” hacia el interior de sus dinamismos. De este reconocimiento del campo pueden entonces extraerse *líneas estratégicas*, es decir, un programa de operaciones simultáneas o sucesivas sobre el mismo. Se perfilan entonces grandes etapas en el abordaje de la situación y se fundamenta su secuencia.

Un ejemplo somero: Inés, una paciente de 68 años, es internada con un episodio psicótico agudo, clínicamente diagnosticable como delirio sensitivo de autorreferencia, con ansiedades persecutorias y depresivas muy intensas. El origen es oscuro al principio, en los últimos tres meses los hechos más significativos son un disgusto con un sacerdote debido a tensiones grupales creadas alrededor del manejo de asuntos parroquiales, en los que la paciente intervenía con particular dedicación, y dificultades legales con los inquilinos de dos propiedades cuya renta permite vivir a la paciente y a su hermana de 70 años (ambas viven solas desde años atrás) habiendo fallecido el resto de la familia. Su estado es de muy intensa ansiedad, con ideas delirantes referidas al infierno y al fin del mundo. Estudiando con mayor detalle la situación surge que había con ese sacerdote un vínculo de afecto muy idealizado de muchos años, cargado inconscientemente de fantasías de pareja (la paciente era soltera) y que las diferencias con él habían creado un fuerte resentimiento contra el mismo y contra las personas que lo apoyaban. A la luz de estos episodios, el significado de condena al infierno y del fin del mundo se hacían comprensibles. Pero las etapas de un abordaje estratégico debieron enhebrarse según esta secuencia: 1) Alivio de la ansiedad que hacía imposible todo esfuerzo de elaboración o indagación con la paciente. 2) Clarificación de la situación legal que amenazaba la subsistencia de la paciente y que aparecía como una primera situación ansiógena. 3) Comienzo de un trabajo de esclarecimiento sobre los conflictos que ocasionaron aquella ruptura, la repercusión en su mundo interno de ese desenlace, las culpas por su agresión exacerbada y sus fantasías eróticas encubiertas, y la depresión por las pérdidas (se sumaban esa ruptura y la edad a la que ocurría). 4) Reelaboración de un estilo de vida que proporcionara intereses sustitutivos. Los recursos para el logro de la primera etapa

consistían en un uso adecuado de ansiolíticos, la creación de un vínculo terapéutico reasegurador, y el trabajo de integración grupal de la paciente en el clima de la sala. La segunda etapa contaría con la ayuda de la asistente social para constatar el estado de la situación económica y legal. La tercera etapa se centraría en la psicoterapia individual y en entrevistas conjuntas con la hermana, que permitirían contar con más elementos biográficos y actuales. En la fase final el terapeuta y la asistente social trabajarían conjuntamente para trazar un panorama de posibilidades nuevas de actividades e intereses para su reinserción en la vida cotidiana.

El tratamiento fue cumpliendo esta secuencia; sus resultados fueron favorables. (A siete años de este episodio, Inés continúa sin recaídas, su vida transcurre de modo aceptable para ella, enriquecida desde su internación con algunos discretos intereses nuevos.) El ejemplo es sencillo, las etapas del tratamiento bastante delimitadas (resolución de la descompensación clínica, elaboración de determinantes psicodinámicos involucrados en sus crisis, reinserción adaptativa).

Hasta aquí hablamos de planificación estratégica del *tratamiento psiquiátrico*. En la estrategia del *proceso en la psicoterapia* había también ciertas grandes fases previsibles (creación del vínculo terapéutico, indagación de datos y tarea de discriminación sobre esos datos hasta lograr alivio suficiente en la ansiedad y un paralelo aumento del potencial yoico disponible, para internarse luego en una fase interpretativa-elaborativa que pudiera ser rectificadora; finalmente, elaborar ansiedades propias de su etapa evolutiva y cierto plan de vida). En cambio, las secuencias en la emergencia del material y las áreas e intensidad de los cambios que podrían surgir no eran tal vez igualmente previsibles.¹ Esto debe verse relacionado con que hay modificaciones en la situación focalizada que se mueven a lo largo de líneas de fuerza internas, propias de la estructura de la situación. También debe vincularse la dificultad de una más precisa previsión estratégica con lo que hemos caracterizado como encadenamiento de influencias y efectos terapéuticos dotado de cierto margen de desarrollo autónomo. Es factible delimitar el *foco* terapéutico, siendo menos previsible el modo en que ese trabajo sobre el foco se va a ir desarrollando (5).

Ahora bien, en la medida en que se opera con un espectro más amplio de técnicas, la programación de estas fases de la intervención

¹ En este sentido, la idea de psicoterapias programadas (6) alude más al delineamiento de *objetivos* a los cuales se orienta en función del *foco* que se ha delimitado, que a la anticipación del *proceso*, previsible sólo en ciertas fases globales.

terapéutica adquiere una complejidad mucho mayor, y la evaluación de los efectos parciales que se van obteniendo para adecuar a ellos los reajustes en la programación, se transforma en una labor más ardua. Se abre entonces en el trazado inicial de una estrategia terapéutica y en los pasos de su aplicación progresiva una tarea de elaboración, evaluación y ajuste en la programación que denominamos *articulación de recursos terapéuticos*. Incluiré a continuación el informe de una experiencia² que hemos realizado en el Departamento de Internación indagando los problemas y posibilidades de esta articulación de recursos técnicos en el tratamiento de otra paciente internada.

La tarea se inicia sobre la base de ciertos interrogantes fundamentales:

1) *¿Cómo pueden efectivamente entrelazarse los recursos que ofrece cada técnica en el proceso evolutivo de una internación, en cada uno de sus momentos?*

2) Si hay situaciones que puedan obligar a modificar ese plan general, es a partir de qué datos, ofrecidos por cuál o cuáles de las técnicas, que se puede detectar tal necesidad de reajustes?, y en tal caso,

3) *¿Cómo se efectúan esos reajustes de manera coherente, dado que cada técnica, una vez puesta en marcha, instala procesos parciales específicos, con una dinámica propia? Dicho de otro modo, ¿cómo se articula la dinámica propia de cada técnica con la necesidad de impulsar una dinámica general del proceso terapéutico hecho del conjunto de estímulos parciales? Nuestro equipo ha intentado explorar problemas y métodos vinculados con estos interrogantes.*

La paciente en tratamiento es Adriana, soltera, de 21 años, internada con un episodio psicótico agudo de carácter confusional y paranoide, con fuerte excitación psicomotriz. Es muy difícil recoger datos para la historia clínica, es oscura la situación desencadenante. •Xa familia (madre, padrastro, hermana) tampoco aporta datos claros. Se hace evidente la existencia de una conflictiva sexual intensa y una relación con la madre de enorme dependencia.

Su padre abandonó el hogar cuando tenía 11 años, la madre le prohibió ver a sus hijas. La paciente desde entonces vio al padre a escondidas dos veces. Cuando tenía 17 años, la madre formó pareja

2 Esta tarea fue realizada por un equipo a mi cargo, integrado por los siguientes profesionales: psicoterapeuta individual (Dra. Elsa Wolfberg y luego Lic. María Esther Tcherkaski), psicóloga (Lic. Tcherkaski) terapeuta del grupo familiar (Dra. Felisa Fich), kinesiterapeuta (Kines. Leonor Corsunsky), terapeuta ocupacional (Srta. Beatriz González Ortiz) y asistente social (Sra. Julia M^jlin).

con quien es ahora su “padrastra”. Al poco tiempo Adriana tuvo un primer episodio psicótico. Este segundo episodio se inició 3 años después, concomitante con el casamiento de su hermana. Fue visible que el juego de roles en su familia era confuso, y que había un clima de promiscuidad al cual Adriana respondía con confusión y conflictos sexuales severos.

Líneas iniciales de trabajo. Psicoterapia individual: explorar situación desencadenante y conflictos básicos, ordenar datos de su historia, que en sí misma es actividad terapéutica, dados los trastornos de pensamiento de Adriana. Entrevistas familiares: clarificar la historia grupal, manejar ansiedades ligadas a internación, tratamiento y pronóstico. Iniciar psicodiagnóstico. Trabajo corporal (3,4): explorar aspectos sexuales (aún oscuramente ligados al desencadenamiento del cuadro psicótico) y su dependencia a través de una actividad que en principio ataque la confusión, es decir, ejercicios que favorezcan una recuperación de su identidad (trabajo con los límites del cuerpo, por ejemplo). Terapia ocupacional: evitar tareas que puedan movilizar su conflictiva sexual (la experiencia con otros pacientes mostró que en momentos agudos confusionales estas tareas desorganizan más al paciente); en cambio, sí tomar el problema de su dependencia, ofreciéndole tareas que impliquen elección personal, diferenciación con respecto al resto del grupo.

En el momento de trazar estas líneas iniciales el equipo siente entusiasmo y expectativa por los efectos: se ve a la paciente colocada en el centro de un conjunto de líneas de fuerza que habrán de entrecruzarse y potenciarse.

Hay un primer mes de internación donde el trabajo sigue estas líneas y es fundamentalmente exploratorio. La *integración de datos y recursos* puede verse en este momento: clínicamente la confusión domina el cuadro, realidad y fantasía del vínculo con su padre se superponen continuamente. En las terapias individual y familiar se trabaja intentando discriminarlas, recortar los hechos, reconstruir prolijamente la historia de la relación con el padre. En el trabajo corporal se le hace realizar movimientos reales (por ejemplo, ondular los brazos), luego se le propone dar a esos movimientos el carácter de “agitar las alas de un pájaro”; finalmente se trabaja mostrando el contraste entre el movimiento real del brazo y el simbolismo agregado. En recreación se le estimula la participación en deportes como situaciones donde su participación exige concentración en la acción real inmediata. La terapeuta ocupacional detecta que en los gestos, en toda su comunicación no verbal, Adriana parece mejor conectada con la realidad de la situación que cuando habla. Esta observación es

TOMADA COMO ASPECTO A EXPLORAR POR los otros miembros del equipo, en cuanto pueda estar ofreciendo vías de abordaje inicial más eficaces que la palabra.

La psicóloga informa que en el psicodiagnóstico aparece, con una ansiedad persecutoria muy intensa, la imagen de una cabeza a la que le estallan los nervios y todo su contenido se desparrama. Este dato es tomado por el equipo como indicador de que es necesario ayudarlo a reforzar controles, discriminación, puesta de límites; en el trabajo corporal se decide concentrar la tarea en cabeza y cuello, marcarle su contorno y asegurarle la solidez de la caja ósea; en terapia ocupacional, ayudarlo a confeccionar un muñeco de paño atendiendo en especial al armado de la cabeza.

A los 45 días de internada, Adriana comunica a su terapeuta quejas por carecer en su casa de un lugar propio. Incorporamos allí al equipo a la asistente social con miras a que estudie el ámbito físico y las posibilidades que ofrezca la casa en ese aspecto, que tiene importancia 'estratégica' (intentos de individuación). En terapia ocupacional, Adriana se resistió a hacer un objeto que fuera para ella, en lugar de uno para su madre, lloró y se deprimió ante la sugerencia de la terapeuta de esa tarea; esto aparentemente se contradecía con el reclamo de lugar propio. Interpretamos, por las respuestas distintas que Adriana estaba dando frente a técnicas diferentes (buen contacto en psicoterapia y trabajo corporal, "pedido" de asistencia social, rechazo a separar objetos personales de los comunes con su madre), que lo que estaba sugiriendo era una necesidad de *quesu individuación se fuera esbozando por pasos, por planos, ya no masivamente*; en base a esta hipótesis el equipo planificó actuar según esta secuencia: primero, ayudarlo a tomar conciencia de sí misma (psicoterapia individual y grupal, trabajo corporal); luego, cuando fuera oportuno también para el grupo familiar, adquisición de un espacio propio (asistente social) y después recién elaboración de objetos que poblaran ese nuevo ámbito (terapia ocupacional).

La fase confuional cede lugar a una etapa de marcada depresión y retraimiento. Se elaboran líneas que pueden contribuir a reforzar su autoestima y el contacto con la paciente (medidas tácticas) mientras se mantiene la estrategia general de tratamiento (trabajo sobre su identidad-individuación-alivio de dependencia materna y de elaboración de su conflictiva sexual).

La necesidad de contacto, después de un período de retraimiento muy obstinado, se hizo evidente en la misma semana para la terapeuta individual (por contenidos y tono de sus verbalizaciones en sesión) y para la kinesióloga (por gestos corporales de búsqueda de mimos, que se expresaban sin comentario alguno). Esta coincidencia de datos

de observadores independientes adquiere un valor diagnóstico excepcional, revela al trabajo en equipo como el modo de objetivar más profundamente al paciente.

Las entrevistas familiares muestran una fuerte resistencia del grupo al más mínimo cambio. Se resuelve no obstante mantenerlas por los datos diagnósticos que puedan proveer, con miras a utilizarlos en la psicoterapia individual. Entendemos que es útil continuarlas, sin expectativas de cambios por *insight*, porque ofrecen de todos modos una continencia grupal y permiten ensayar otros tipos de acción (información, acuerdos sobre el reingreso de Adriana al hogar, manejo cotidiano). Ulteriormente comprobamos que tales entrevistas al poner de relieve conductas patológicas del grupo permitían hacer *insights* en Adriana sobre la interacción, de manera vivida, directa, luego reforzados en sesiones individuales.

En este momento Adriana continuaba retraída y hablaba de que había demasiada distancia entre ella y el equipo. Pensamos si la distancia no estaría dada por los encuadres (horarios, lugares, modos de trabajo) y la diferencia acentuada de roles paciente-terapeutas, que se superponía bastante con el desnivel de roles siempre acentuado por la madre: nena-madre omnipotente.

Ensayamos entonces una actitud de acercamiento del equipo que tendiera a igualar los roles (táctica y estrategia, en cuanto se trataba de mostrarle otras posibilidades en la relación madre-hija a través de hacérselas Vivir). En terapia ocupacional consistió en consultarla más sobre tareas que a ella interesasen. Adriana decidió hacer una cartera para ella. En el trabajo corporal fue hacer la kinesióloga ejercicios con la paciente, ambas en el suelo. En esa sesión Adriana le pidió a la kinesióloga que le enseñara a bailar *beat*, hecho original que expresaba preocupaciones mucho más adultas que todas las vividas hasta entonces. En psicoterapia fue invitar la terapeuta a Adriana a dar un paseo, a tomar un café juntas. Frente a esta experiencia Adriana comentó “así estoy muy bien, arriba en la sesión seguro que me vería débil y me pondría a llorar”. La terapeuta le hizo saber que a ella también le gustaba que pasaran juntas.

A partir de este momento desapareció la desorganización psicótica del tratamiento. Todos los miembros del equipo constataban avances en sus tareas con Adriana. Se empezó a pensar en el alta. Se vio la conveniencia de que una asistente social trabajase sobre el terreno mismo donde debía darse la rehabilitación social y ocupacional. Sin embargo, el grupo familiar era resistente a cualquier “intromisión”, lo que hizo necesario trabajar un tiempo en entrevistas grupales la situación persecutoria vivida con el exogrupo, a los fines de llevar hasta allí nuestras influencias terapéuticas. Nótese que este *manejo*

progresivo o asentando en secuencias dinámicas individuales y grupales muy específicas, es bastante diferente a la administración de entrada y en paralelo de un conjunto de técnicas (modelo del "total pushli", de gran vigencia en numerosas instituciones, particularmente en los Estados Unidos (2), con el cual, a partir de nuestra experiencia, en especial de comprobar lo delicado del manejo múltiple y lo sutil de sus secuencias, podemos fundamentadamente abrigar serias reservas).

Dada la situación familiar la tarea que nos propusimos en psicoterapia grupal fue crear una alianza terapéutica más sólida como paso previo a cualquier otro tipo de intervenciones.

En psicoterapia individual Adriana apareció más ágil, sensible, expresiva y vital, condiciones que nos hicieron pensar en la posibilidad de introducir técnicas psicodramáticas, por ejemplo rol playing del vínculo madre-hija, como modo de entrenarla para su enfrentamiento real de ese vínculo, que a partir del alta habría de convertirse en problema central. Se comprobó una buena respuesta a la línea de alianza terapéutica con la familia, sugerida en la semana anterior. Una fórmula aplicada por el terapeuta familiar consistió en destacar que era injusto que la madre se ocupara de todos y que no hubiera reciprocidad (hacer que Adriana descubriera también la posibilidad de invertir los roles). La kinesióloga le pidió ayuda a Adriana esa semana para la tarea que tenían en común: ocuparse ella de reservar el consultorio donde haría los ejercicios. En una de esas sesiones le propuso un ejercicio de actitudes contrastantes; primero descansar totalmente aflojada, luego incorporarse y sostener ella a la silla, o sea pasar a manipularla activamente; lo realizó muy bien, imaginativamente y con placer. En terapia ocupacional la paciente decidió hacer una cartera para la madre.

Adriana consolidó su mejoría; aparecieron, como hechos nuevos en su vida, una sociabilidad espontánea y el placer de escuchar música. Participó muy bien en deportes. Realizó la cartera en terapia ocupacional sin esperar directivas, con propia iniciativa y sin la obsesividad que caracterizó sus primeros trabajos; no estaba ansiosa ni deprimida.

Las condiciones variaron lo suficiente como para entrenar a Adriana para el alta (fines de semana largos) y hacer participar a la asistente social en ese proceso. Una primera salida sin familiares consistió en el viaje de Adriana a su casa con la asistente social. A la semana siguiente, en base a evaluar esa experiencia, se programó que Adriana viajara sola y la asistente social lo hiciera en otro colectivo.

La asistente social comprobó que Adriana no tenía un espacio

propio en la casa, dormía con la madre, y el padrastro lo hacía en el comedor, donde originalmente debía hacerlo la paciente. Se tomó este problema, con sus implicaciones, en las terapias individual y familiar en cuanto su resolución aparecía como premisa para un alta más sólida.

Se hizo efectiva el alta al cumplirse 4 meses de internación. Como se desprende del relato no se la dio de alta cuando remitieron los síntomas (2º mes), sino cuando se hubo trabajado mínimamente sobre las condiciones internas y ambientales que rodeaban su emergencia.

El equipo asistencial continuó reuniéndose para asegurar la continuidad de su recuperación durante el seguimiento ambulatorio. Post-alta organizamos reuniones mensuales de Adriana y su madre con todo el equipo tratante para discutir toda su evolución. Seis meses después, Adriana era “otra persona”, lúcida, desenvuelta, expresiva, capaz de cuestionar opiniones de su madre (establecía con ella un vínculo mucho más igualitario). Recién entonces, a raíz de que había empezado a salir con un muchacho, se reveló todo el clima incestuoso existente en la casa hasta la época de su crisis psicótica (situaciones de requerimientos eróticos por parte del cuñado y del padrastro). La oposición de la madre a que Adriana tuviera relaciones fuera de la casa fue vista como una complicidad de la madre con ese clima promiscuo. Se trató a fondo el problema con intervención de todo el equipo. Adriana mostró haber hecho *insights* notables sobre la situación grupal y manejarse bastante adecuadamente en base a ellos. Fue visible que su tratamiento había consistido no simplemente en normalizarla clínicamente sino en estimular un proceso de crecimiento. Su arreglo personal, sus gestos, correspondían recién entonces a una joven de 22 años.

Algunas conclusiones de esta experiencia

El trabajo en equipo crea un instrumento diagnóstico particularmente valioso y original. Ninguna de las técnicas usadas, trabajando con sus propios instrumentos, pudo recoger la riqueza de datos que ofrecía el conjunto en cada reunión semanal. La cantidad y variedad de información que se lograba sobre esos 7 días de la internación de Adriana era impresionante. El acopio de un gran monto de información era aquí particularmente necesario por la oscuridad inicial del cuadro de la historia y de la vida familiar en general.

En el aspecto diagnóstico debemos reconocer que todas las técnicas empleadas merecen igual jerarquía en cuanto a su poder “revelador”;

no era posible saber de antemano cuál de las técnicas permitiría detectar, antes que las otras, los datos clave para comprender conflictos desencadenantes de cada etapa del tratamiento.

Desde el punto de vista de la acción terapéutica la presencia de un conjunto de técnicas ofrece la posibilidad de su *potenciación*. Sin embargo, la experiencia sugiere que esta potenciación no se da de manera automática, debiendo cumplirse para que ello ocurra, con requisitos esenciales de *secuenciación*. La necesidad de encadenar eslabones tácticos obliga a evaluar cuidadosamente cuál de las técnicas habrá de producir una apertura para la entrada en acción de las otras. De no producirse tal evaluación, registro de *feed-backs* y enhebrado consecuente de las técnicas, la existencia de ese conjunto puede producir efectos inversos; en lugar de potenciarse crear interferencias, distorsiones, antagonismos frente a un *timing* estrictamente individual y grupal. *Sólo por ese encadenamiento progresivo es posible colocar en primer plano la evolución del paciente antes que el mero ejercicio simultáneo de varias técnicas. Sólo de este modo las técnicas se colocan al servicio del paciente y no a la inversa.*

De no cumplir cuidadosamente con este continuo procesamiento de los datos ofrecidos por las diversas técnicas, como base para reajustar sus manejos concretos, creemos que el ambiente de “*total push*” creado por la coexistencia de un conjunto de estímulos terapéuticos constituye un sistema terapéutico oscuro, de efectos difícilmente “seguibles”, potencialmente contradictorios y hasta iatrógenos, proveedor de datos masivos cuya discriminación y evaluación resulta imposible, tanto para el equipo tratante como para el paciente. En el caso de Adriana, de habersele ofrecido esa suerte de *estimulación total* indiscriminada no se hubiera hecho más que reproducir el sistema familiar, donde los estímulos contradictorios y las superposiciones de roles eran la regla.

De nuestra experiencia terapéutica se desprende que *no hay técnicas* más valiosas o más eficaces que otras para producir cambios (lo que llevaría una vez más a reconsiderar la jerarquización que nuestra cultura psiquiátrica tiende a mantener por ejemplo para las psicoterapias verbales). La eficacia de cada técnica depende de la de las otras también y *cualquiera de ellas* puede iniciar un ciclo de influencias terapéuticas así como *cualquiera de ellas puede revelar* la necesidad de una rectificación en la línea iniciada.

El trabajo en equipo así realizado aparece como un sistema fecundo para la formación del personal. Limitado al campo de trabajadores en Salud Mental es el ámbito concreto de una verdadera experiencia interdisciplinaria, una experiencia más minuciosa, de más metódica confrontación entre distintas técnicas que la que puede

lograrse en reuniones más amplias de tipo general (ateneos, reuniones de estrategia).

Hemos discutido además el sentido de este tipo de tratamientos intensivos, en los que un equipo profesional concentra en un paciente una considerable cantidad de tiempo asistencial. Es probable que el sistema esté indicado especialmente en cuadros severos, principalmente para los momentos agudos de su evolución. Para otras situaciones y otros momentos clínicos seguramente el montaje de influencias terapéuticas grupales tiene, entre varias ventajas, las de tipo económico. Para este otro enfoque asistencial, nuestra tarea puede verse como una indagación de tipo clínico-experimental. Lo que resulta de esta experiencia es la existencia de necesidades individuales relacionadas con ritmos, secuencias y contenidos muy específicos que deberán ser considerados en los métodos de acción colectiva como problemática cuyas vicisitudes haya que indagar, evitando diluirlas en una óptica "grupal".

Referencias bibliográficas

1. Barenblit, Valentín, Fiorini, Héctor, Korman, Víctor y Ruten, José, "Estrategias psicoterapéuticas en el tratamiento de pacientes psicóticos internados", *Acta Psit. Psicol. Amér. Lctt.*, 18, pp. 244-255, 1972.
2. Bellak, Leopold, *Esquizofrenia. Revisión del síndrome*, Barcelona, Herder, 1962.
3. Corsunsky, Leonor, "La concienciación del cuerpo", *Rev. Argent. de Psicología*, II, 6, pp. 91-101, 1970.
4. Corsunsky, Leonor y Fiorini, Héctor, "Tratamiento de pacientes psicóticos internados mediante una técnica de sensibilización corporal", *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 18, pp. 95-104, 1972.
5. French, Thomas, "Planificación de la psicoterapia", en Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psiconalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1965.
6. Kesselman, Hernán, *Psicoterapia breve*, Buenos Aires, Kargieman, 1970.
7. Sluzki, Carlos y Fiorini, Héctor, "Evaluación de efectividad de tratamientos psiquiátricos con internación. Resultados de una investigación", *Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat.*, 19, pp. 87-99, 1973.

En el proceso de desarrollo, el individuo puede experimentar dificultades que le impiden alcanzar su máximo potencial. Estas dificultades pueden ser de diversa índole, pero todas ellas actúan como obstáculos que dificultan el avance personal y profesional.

El individuo que experimenta dificultades en su vida diaria, debe buscar formas de superarlas y aprovechar al máximo sus capacidades. Esto requiere un compromiso constante y una actitud positiva frente a los desafíos que se presentan.

La importancia de la educación y el aprendizaje continuo es fundamental en este proceso. Estas herramientas nos permiten adquirir nuevas habilidades y conocimientos que nos ayudan a enfrentar mejor las dificultades que nos encontramos en la vida.

Además, el apoyo social y emocional de familiares y amigos puede ser una gran fuente de fortaleza. Compartir nuestras experiencias y recibir consejos de quienes nos rodean puede ayudarnos a superar momentos difíciles y encontrar soluciones creativas a nuestros problemas.

En conclusión, superar las dificultades requiere esfuerzo, perseverancia y una actitud proactiva. No debemos rendirnos ante los obstáculos, sino que los debemos utilizar como oportunidades para crecer y mejorar. Con la ayuda adecuada y el apoyo necesario, podemos superar cualquier dificultad y alcanzar nuestros objetivos.

Las relaciones entre las psicoterapias y la teoría y la técnica psicoanalíticas son motivo de constante preocupación por las superposiciones, oposiciones y equívocos que las caracterizan (16,1,15). Desde el punto de vista técnico se discuten en el capítulo 3 (“Delimitación técnica”) ciertos aspectos fundamentales de esa relación hecha de semejanzas y diferencias. En primer término importa destacar los aportes de gran alcance que el psicoanálisis ha realizado al conjunto de las técnicas psicoterapéuticas.

En un segundo momento hay que señalar las limitaciones del psicoanálisis para suministrar teoría y criterios técnicos a otras psicoterapias. La falta de un adecuado reconocimiento de esas limitaciones conduce a un vasto repertorio de extrapolaciones del psicoanálisis a las demás técnicas, injertos indebidos y contraproducentes en general, que merecen ser destacados. Finalmente cabe abrir al menos otro aspecto, el de las contribuciones que las psicoterapias pueden hacer a la teoría y técnica psicoanalíticas, contando también, por supuesto, con sus limitaciones.

Aportes del psicoanálisis al campo de las psicoterapias

En primer lugar, los desarrollos teóricos de Freud y continuadores constituyen un insustituible cuerpo de conceptos e hipótesis esenciales para la comprensión del comportamiento humano. En cuanto psicología y psicopatología dinámica, el psicoanálisis es una escuela obligada para todo intento de aproximación psicoterapéutica, cualesquiera sean sus variantes técnicas.

Conceptos tales como conflicto, motivación, inconsciente, resistencias, homeostasis, transferencia, estructura significativa del relato, papel de los sueños y de asociación libre, son pilares para toda labor terapéutica, *decida el terapeuta trabajar con ellos o no*, porque en este último caso estarán en él presentes al servicio de una atención selectiva, que obrará por cuidadosos descartes. (Tan pilares son, que en ciertas escuelas reñidas con el psicoanálisis es fácil detectar la imposibilidad de eludir tales conceptos, debiendo concentrarse en verdaderos malabarismos semánticos para aludirlos con nombres diferentes.) Ha sido la certeza de su alcance universal la que ha llevado a Freud y continuadores a asegurar que toda psicoterapia tendrá que asentar su teoría en el psicoanálisis (16), aseveración ésta • repetida por décadas y que hoy ya tiene que ser puesta en cuestión, punto que retomaremos más adelante.

Desde el punto de vista técnico, también el psicoanálisis realiza aportes fundamentales al campo de las demás técnicas: el uso del relato como “material”, la búsqueda del *insight* a través de la interpretación, el papel del silencio y la discreción del analista como pantallas de proyección, el reconocimiento de la contratransferencia, la noción de proceso enhebrado en ese prolongado encuentro dialógico, el criterio de *timing* en función de la organización de las defensas, el reconocimiento de la “manutención” o continencia dada por la continuidad del vínculo terapéutico; el papel de un tiempo abierto no apremiado por separaciones fijas y no programado por directivas de aplicación inmediata y la noción de un proceso abierto de curso libre y en cierta medida interminable. Las técnicas de psicoterapia, en su amplio abanico, se nutren de estas adquisiciones técnicas del psicoanálisis de un modo peculiar: aplicando alguna de ellas con usos similares y oponiéndose a ellas mediante recursos técnicos diferenciados, que encuentran no obstante en aquellos instrumentos la ocasión de una confrontación que los delimita más claramente, y el desafío que obliga a una búsqueda exhaustiva de fundamentos para sus propias manipulaciones.

Para la formación de todo terapeuta, la experiencia del propio tratamiento psicoanalítico constituye un bagaje de conocimiento vivenciado, gozado y sufrido en carne propia, de enorme importancia.

No hay contexto terapéutico en el cual lo vivido en el propio análisis no juegue un papel dentro del terapeuta, evocador, sensibilizador, facilitador del registro para los aspectos contradictorios, ambiguos, conflictivos, de la experiencia humana.

Hay también un aporte crítico del psicoanálisis a las técnicas de psicoterapia basado en consideraciones dinámicas sobre el tipo de proceso que éstas desarrollan. En particular desde conceptos deriva-

dos de la teoría del proceso analítico, es posible puntualizar (1) ciertos aspectos riesgosos, limitados e inconclusos del proceso en psicoterapia, entre ellos

a) Las gratificaciones proporcionadas en la relación terapéutica a los impulsos, dificultarían su irrupción en la conciencia, no permitiendo al yo utilizarlos de alguna otra manera.

b) Ciertas manipulaciones técnicas, del tipo sugestión u orientación, pueden crear una relación de dependencia que no evolucione.

c) Las limitaciones de la agresión transferencial dificultan una experiencia reparadora del yo (la posibilidad de agresión primitiva contra el objeto sin destruirlo ni destruirse), experiencia que pueda luego dar lugar a introyecciones reales constructivas en relación con el Yo.

d) La disminución activa de la culpa implicaría el riesgo de debilitar al superyó sin ayudarlo a evolucionar.

e) La presencia del terapeuta como objeto estable y seguro debe verse como la introyección espontánea del objeto bueno de estabilidad y destino inciertos. Si se la compara con la introyección estable y duradera del objeto bueno que es resultado de una prolongada elaboración analítica (en especial por la interpretación sistemática del objeto perseguidor) aquella introyección del objeto bueno sin pasar por este proceso podría basarse en una disociación del objeto perseguidor, colocado fuera del vínculo terapéutico con los riesgos de un ulterior retorno.

f) La posibilidad de que se incorpore una imagen idealizada del terapeuta, con un potencial de protección fantaseado, resultaría limitadora. La identificación con el terapeuta como persona, por otra parte, podría realzar a un seZ/'debililitado, con lo cual algo se agregaría, pero sin estimular un desarrollo.

g) El *insight* que se logra mediante el esclarecimiento sería cualitativamente diferente del que se logra mediante la interpretación y elaboración analítica en el sentido de que tiende a producir una "disociación terapéutica" apartando al yo sano de sus actitudes neuróticas, mientras el *insight* analítico tiende a producir mayor participación del yo ante la reactivación de los conflictos más penosos.

Estos señalamientos críticos formulados desde la concepción psicodinámica del proceso terapéutico son de particular riqueza. Plantean limitaciones y problemas de importancia que pueden afectar al proceso en psicoterapias. A la vez es necesario precisar el *status* epistemológico de estos cuestionamientos. Se efectúan desde la experiencia de un proceso impulsado con la técnica psicoanalítica que

induce, dadas sus condiciones peculiares, una profundización de fenómenos regresivos (dependencia, idealización, persecución) que son luego especialmente señalados como problemas a técnicas psicoterapéuticas no inductoras de regresiones similares. Por otra parte, en el pánorama de riesgos trazados se ignora el efecto dinámico de toda otra serie de recursos técnicos propios de las psicoterapias que el psicoanálisis no instrumenta (estimulación especial de funciones yoicas, de control, objetivación, planificación; papel de la acción proveedora de otros estímulos de cambio; relativización de síntomas y modificaciones correlativas de los intercambios grupales, entre otros). También asientan en premisas kleinianas sobre distribuciones dinámicas de objetos perseguidores, idealizados y buenos, detectadas en las condiciones regresivas del proceso analítico y que en condiciones de vínculos más adultos deben ser revisadas. Finalmente cabe reparar en que no existen estudios de seguimientos cuyo diseño permita poner a prueba aquellas hipótesis sobre riesgos ulteriores de procesos de cambio parcial. Con estas salvedades, y mientras tanto, no hay duda de aquellos cuestionamientos constituyen un aporte crítico valioso que obliga a estudios más profundos del proceso en psicoterapias. Porque será necesario un esfuerzo de investigación sistemática para poder dar respuestas más claras a aquellos problemas.

Limitaciones del aporte psicoanalítico a las psicoterapias

Se han señalado anteriormente los problemas derivados de que la teoría psicoanalítica haya logrado ser más una concepción psicopatológica que una teoría de la salud. En términos muy generales, una teoría de la neurosis con dificultades para constituir una teoría de la personalidad. Dificultades que se expresan en obstáculos teóricos múltiples: desequilibrios dados por una facilitación para detectar aspectos negativos del desarrollo o situaciones psicodinámicas destructivas antes que las respuestas constructivas a esas situaciones y sus mecanismos (17); también para detectar antes lo repetitivo de la conducta que lo adaptativo capaz de producir novedad, cambio; desde otro ángulo, por el hecho de que en la teoría psicoanalítica está casi unilateralmente enfatizado el componente adaptativo defensivo de la conducta, mientras otros procesos adaptativos, relacionados con manejo de realidad y capacidades independientes de impulsos y defensas, no tienen más que un lugar virtual.

Por contraste, las técnicas de psicoterapia operan con modelos

implícitos de la personalidad en los que los componentes de salud y enfermedad, el balance entre interferencias, distorsiones y capacidades encuentran la ocasión de un mayor equilibrio en una perspectiva integradora. Tanto en sus formulaciones diagnósticas como en sus operaciones concretas, es evidente que el trabajo psicoterapéutico con el paciente, susceptible de inserción en contextos múltiples, incorporando el grupo familiar, su ocupación, recursos recreativos roles comunitarios, está utilizando modelos de enfermedad y de curación que desbordan (aunque no siempre necesariamente contradicen) los modelos psicoanalíticos correspondientes.

Tomando una de estas facetas: la incorporación progresiva del enfoque interaccional en las psicoterapias va paralelamente ampliando su horizonte teórico, psicopatológico y terapéutico; se produce todo un pasaje que entraña una mutación teórica, cuyo movimiento ha sido destacado por Sluzki (14):

Cuando para el estudio de las conductas humanas, se desplaza el énfasis de las intenciones a los efectos, se opera una modificación cualitativa que afecta totalmente la visión del mundo de quien la lleva a cabo. Se pasa de una perspectiva fundamentalmente retrospectiva, introspectiva, explicada con frecuencia mediante laberintos de construcciones hipotéticas y con todo empañada a veces por un causalismo lineal, a una predominantemente predictiva, centrada en observables consensuales, rigurosa, y más cercana a lo experimental. Y cuando se pone el acento en los fenómenos interaccionales en lugar de los intrapsíquicos, o más bien, cuando se conciben y complementan ambas aproximaciones, se expande drásticamente la comprensión de la conducta humana; la psicología y psicopatología tradicionales pasan a ser una suerte de anatomía descriptiva que puede dar cuenta de elementos y de sus relaciones pero que malamente sirve para describir y explicar el proceso de la conducta del hombre.”

En la discusión de un modelo teórico de foco psicoterapéutico (cf. capítulo 8) se ha subrayado la necesidad de asentar la comprensión diagnóstica *y* las operaciones terapéuticas en una delimitación de *situaciones*. Éstas se articulan según una pluralidad de determinaciones enmarcadas en una teoría antropológica totalizadora. En el seno de situaciones así estructuradas, los aportes psicoanalíticos, destacando dinamismos intrapersonales, y su juego en el nivel de vínculos interpersonales, iluminan sólo algunas de las vetas constitutivas. Entendiendo que ha sido desde esta perspectiva que ha podido plantearse desde el psicoanálisis mismo que las psicoterapias configuran “un campo teórico más inclusivo” [Spurgeon English citado por Wallerstein (16)]. Por estas razones la propuesta de convertir

a la teoría psicoanalítica en *la teoría* base de todas las demás formas de psicoterapia, ^{OH} actualmente cuestionable. Sigue en cambio vigente el hecho de constituir una de las teorías de importancia para el sustento de este amplio campo teórico y técnico.

Desde el punto de vista técnico también las limitaciones del aporte psicoanalítico deben ser identificadas. En psicoterapias breves, por ejemplo, lo esencial del proceso no puede comprenderse en términos de desarrollo de la transferencia, ni de elaboración, ni de duelo por el alta precoz. La interpretación no es el instrumento privilegiado de cambio, sino uno de muchos. La relación terapéutica definida como relación de trabajo contiene una serie de ingredientes ajenos al vínculo específico de la "relación analítica" (realidad del terapeuta como persona, y "personificación" del vínculo, manejo flexible de la directividad, no exclusión de vínculos extraterapéuticos) e incluye otros recursos, distintos de la relación terapéutica (familiares, institucionales, comunitarios). La mejoría no se define por los parámetros que emplearía un analista para evaluar la marcha del proceso.

Es claro entonces que, si se trata de técnicas diferentes asentadas sobre pilares teóricos distintos acerca del proceso y de los mecanismos del cambio, no pueda darse fácilmente el "préstamo" de una a otra de recursos técnicos aislados. El *problema de las extrapolaciones* queda a la vista, y es en la práctica de las psicoterapias problema de cierta magnitud, en la medida en que pesa sobre gran parte de los terapeutas ese aprendizaje del oficio vinculado por muchas vías a la formación psicoanalítica. Bleger (3) destacaba el problema: "Gran proporción de los que hemos atravesado por una formación psicoanalítica nos encontramos al cabo de la misma con grandes resistencias y dificultades para encarar técnicas breves, que consideramos inclusive, con o sin razón, como actividad en cierta medida subalterna o colateral a lo que es 'lo principal'". Y Oremland (1) lo sintetiza así: "Siento, en efecto, que no hago una buena tarea cuando no hago psicoanálisis".

• De modo que las extrapolaciones contienen una mezcla de rechazo por la psicoterapia distinta del psicoanálisis, un desconocimiento -vinculado entre otras razones a ese rechazo- del nuevo campo técnico y un deseo persistente de introducir la técnica valorada dentro de la que se considera subalterna. No sorprende en consecuencia que las *extrapolaciones técnicas* del psicoanálisis en otras psicoterapias comprendan un vasto repertorio. Señalaré las que se destacan por su frecuencia:

1) "Conductas de anonimato", asentadas en actitudes de rigidez corporal, autocontrol, falta de espontaneidad, distancia afectiva; y

también contenidas en evasivas frente a la posibilidad de mostrar aspectos personales o profesionales que interesen al paciente, y en la respuesta a sus preguntas con preguntas o con interpretaciones, y no primordialmente con explicitaciones.

2) Interés centrado sobre los aspectos enfermos e infantiles del paciente, sonlayando el juego de sus contradicciones con otros más sanos y más adultos. Este desequilibrio de enfoque no es sólo en en

principio introgeno para el paciente, además conduce a conflictos del propio terapeuta porque con todo este subrayado de la enfermedad y la regresión es imposible aceptar altas en lapsos breves ni moderados : toda separación será vivida como deserción o fracaso terapéutico, y la recaída lo único esperable. Esta óptica hace además que si es el paciente quien deba darse el alta, en base a sentir cabalmente que ciertos logros para él significativos se han cumplido, lo haga con culpa persecutoria frente al terapeuta, cuya disconformidad percibe claramente.

3) Énfasis en el señalamiento de las transferencias en desmedro de otros aspectos de conducta relacional no transferencia!, particularmente de lo nuevo, de lo que se vive por vez primera en la relación terapéutica. El hincapié puesto en lo repetitivo puede desalentar todo el esfuerzo del paciente orientado hacia la construcción de relaciones diferentes, cuya originalidad intente afirmar a pesar de todo lo que en él tienda a producir repeticiones.

4) Excesiva jerarquización de las interpretaciones como si fueran *el* instrumento de cambio y no uno de los muchos que componen el arsenal del terapeuta. Esto conduce a que si el terapeuta no logra interpretar no quede tranquilo; a que si no puede modificar las interpretaciones del paciente también quede incómodo. A que si tiene que dar un consejo o emitir una directiva se sienta transgrediendo alguna supuesta prohibición de hacerlo. A que si se le ocurre sugerir un libro o una película se crea degradando “la técnica”.

5) Tendencia a la pasividad, que puede tomar las formas del silencio como estado natural (ajeno a las necesidades de una relación coloquial), el dejar siempre la iniciativa al paciente (jugando siempre el terapeuta “de rebote”), una general displicencia en cuanto al curso, intensidad, ritmo del proceso terapéutico, convirtiendo cada uno de estos aspectos no en problema-tarea del vínculo sino en cuestiones del paciente, una delegación oscuramente ligada a cierta idea de modalidades-de-despliegue-individual para las cuales el terapeuta enten-

dería que su rol es meramente ofrecer un marco.

Sobre toda esta problemática de las extrapolaciones de una a otra técnica, Zetzel (16) ha formulado esta advertencia:

Es importante que ningún terapeuta, sea analista o no, parta del supuesto de que cuanto más cerca esté la técnica usada por el terapeuta de la del psicoanálisis tradicional, mejor será la terapia. Este supuesto ha llevado a algunos de los más serios fracasos terapéuticos que he encontrado como supervisora. Quizá debamos aprender que la psicoterapia más científica para ciertos estados es la que difiere en forma muy radical de la técnica del psicoanálisis tradicional.

Ilustrando los vicios de una conducta extrapoladora, Jay Haley (9) há reunido un conjunto de *fórmulas infalibles para fracasar como terapeuta*. Entre otras:

Sea pasivo, silencioso, pensativo, desconfiado... insista en que el problema que trae el paciente no es lo importante, desprécielo como mero síntoma, y trate de hablar de otras cosas... sugiera que si el síntoma se alivia fácilmente otras cosas peores van a suceder... aférrese a un método *y* considere intratable a todo paciente que no responda a él... no se preocupe por tener teoría del proceso en psicoterapia, manténgala ambigua... insista en que sólo años de tratamiento pueden producir algún cambio y asuste al paciente que mejore espontáneamente hablando de patología subyacente... no tenga en cuenta su mundo real, actual, dedíquese a exaltar temprana infancia, fantasía y dinamismos internos... no se preocupe por formular objetivos del tratamiento y olvídense de evaluar resultados.”

En los capítulos precedentes se ha intentado precisar numerosas diferencias teóricas y técnicas entre ambos enfoques; aunque muchos aspectos del campo de las psicoterapias están en desarrollo, hay ya un buen número de cuestiones en las cuales el panorama se va haciendo claro. Los conceptos vinculados a relación de trabajo, foco, activación del yo en psicoterapia, relaciones entre cambios y condiciones de vida, necesidades de una planificación estratégica, cuentan con suficientes fundamentos como para que toda extrapolación resulte finalmente cuestión de ignorancia. Esto no niega la necesidad de emplear en las psicoterapias ciertos recursos técnicos propios del psicoanálisis (el silencio atento del terapeuta, el empleo de asociaciones libres, el señalamiento o la interpretación transferencial). Pero se trata entonces de un empleo discriminado, adecuado al contexto de esta otra técnica, susceptible de fundamentación, en lugar de constituirlos en constantes, en postura técnica de base.

Contribuciones de las psicoterapias al psicoanálisis

Por alguno de los puntos ya señalados puede vislumbrarse la dirección en la cual las psicoterapias pueden hacer aportes para el desarrollo de la teoría y técnica del psicoanálisis. Desde luego, parte de esta posibilidad varía en amplitud según se pretenda hacer del psicoanálisis una ciencia del inconsciente o se aspire a incorporarlo progresivamente a una ciencia de la conducta humana (que incluya obviamente sus determinaciones inconscientes). Haré breves comentarios sobre la segunda de estas opciones que considero de mucho mayor alcance. En este sentido, tal vez sea útil recordar aquella distinción por la cual el psicoanálisis entiende mejor los conflictos, es decir el área de los motivos, que los hechos. “En la situación bipersonal analítica no se analizan hechos, se habla acerca de los mismos.” “El único hecho del que somos testigos es el dado por la situación analítica en sí misma.” (13) Se ha destacado particularmente toda la limitación que entraña este enfoque metodológico para observar otros hechos y procesos relacionados con situaciones de realidad (17). Desde este ángulo las psicoterapias están en condiciones de ampliar el campo de observación, de indagar más detalladamente los hechos, de producir un espectro más amplio de hechos, de recurrir a contextos múltiples contrastados, a juegos más flexibles de roles en la relación terapéutica, en resumen: de convertir su flexibilidad técnica en ocasión de una multiplicación y entrecruzamiento de situaciones y ópticas. Es desde esta plataforma metodológica peculiar que las psicoterapias pueden hacer contribuciones significativas ya para detectar elementos que corroboren ciertas hipótesis psicoanalíticas, ya para proponer rectificaciones o ampliaciones de las mismas. En cuanto las psicoterapias operan con otro enfoque técnico, es también desde el ahondamiento de su práctica que pueden ofrecer al método psicoanalítico ocasiones de cotejo, de contraste, esenciales para el afinamiento de sus propias indicaciones y contraindicaciones. En un plano teórico-técnico, lo que aquí se ha propuesto para entender el proceso en psicoterapias, en cuanto juego de realizaciones simbólicas en el vínculo terapéutico (cf. capítulos 7 y 12) constituye una hipótesis también aplicable al método psicoanalítico, ya para investigar en este proceso el papel jugado por ese nivel del vínculo, ya para estudiar los efectos que tienen sobre el proceso analítico las situaciones en las que la satisfacción de necesidades de este nivel resulta interferida por limitaciones inherentes al *setting* analítico.

En el mismo sentido, aspectos dinámicos que la práctica psicoterápica pone de relieve, tales como la complementariedad de interacciones yóicas entre paciente y terapeuta (cf. capítulo 8) y la posibili-

dad de conectar la acción al servicio de la elaboración (cf capítulo 12) pueden suscitar reconsideraciones de la técnica psicoanalítica *standard* en base al desarrollo de una concepción psicodinámica más profunda del proceso terapéutico.

Desde luego, también la contribución de las psicoterapias al psicoanálisis encuentra sus *limitaciones*, porque es visible que cada contexto de trabajo ilumina cierta área de fenómenos y deja otras en mayor oscuridad. Para indagar el nivel del deseo, del conflicto, de las transferencias, de lo repetitivo, de lo sobredeterminado, estratificado y ambiguo de los vínculos, la situación psicoterapéutica queda a menudo lejos de las condiciones de observación que logra la relación intensiva y prolongada propia del contexto analítico.

Creo, no obstante, que la contribución más importante que están en condiciones de hacer las psicoterapias al psicoanálisis se da con la posibilidad abierta en las primeras, por el ensanchamiento de su marco teórico ^ técnico, de dirigirse a la persona, a una persona concreta tomada más integralmente, y entendida en la estructura dada por las condiciones singulares concretas que configuran su existencia, una totalidad viviente que no se limita a sus determinaciones infantiles, sus mecanismos de repetición, sus lados conflictivos y defensivos, aunque todos estos aspectos son también intervinientes en su conducta. Las psicoterapias tienen ya adelantada una vasta práctica en la que pueden respaldar esta contribución. Depende esencialmente de los psicoanalistas acusar recibo de esta oferta, que también viene siendo reclamada teóricamente desde adentro del psicoanálisis. (17, 6, 12).

Este pasaje somero sobre algunos aspectos de la relación entre psicoterapias y psicoanálisis sugiere, creo, que existen ciertos puntos actualmente más claros de esa relación. No obstante, ésta continúa siendo considerablemente compleja, y todo lo que aún resta profundizar en ambos campos agrega dificultades que nos solicitan una más precisa delimitación.

Referencias bibliográficas

1. Adler, Garma, Gumbel y otros, "Mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia", Congreso Psicoanalítico de Roma, 1969, *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XXVIII, 1, pp. 73-89, 1971.
2. Bernardi, R., "La focalización en psicoanálisis", en *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*, Montevideo, Roca Viva, 1995.
3. Bleger, José, prólogo a Kesselman, H., *Psicoterapia breve*, Buenos Aires, Kargieman, 1970.

4- Calvo.M. C,FkarirL H_ Nammae».

* erws#w^iifswitoró.

Basaros Aires, TekrK, 1991.

5. Calvo, M. C., “Sistemas complejos: potenciar aperturas en los procesos psicoterapéuticos”, Seminario de Cátedra de Clínica Psicológica y Psicoterapias, UBA, 2002.
6. Caruso, Igor, *Psicoanálisis dialéctico*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
7. Fiorini, H., *El psiquismo creador*, Buenos Aires, Paidós, 1995.
8. Fiorini, H., “Qué hace a una buena psicoterapia psicoanalítica”, en *Psicoanálisis. Focos y aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2001.
9. Haley, Jay, “The Art of Being a Failure as a Therapist”, en Barten, H., *Brief Therapies*, Nueva York, Behavior Publ. Inc., 1971.
10. Jiménez, J. P., “El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada”, en *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*, Montevideo, Roca Viva, 1995.
11. Kernberg, O., “Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo: controversias contemporáneas”, en *Psicoanálisis. Focos y aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2001.
12. Langer, Marie (comp.), *Cuestionamos*, Buenos Aires, Granica, 1971.
13. Rodrigué, Emilio, *Biografía de una comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Eudeba, 1965.
14. Sluzki, Carlos, prefacio a Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D., *Teoría de la comunicación humana*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971.
15. Rangell, Leo, “Psicoanálisis y psicoterapia dinámica. Similitudes y diferencias” (1953), *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XXVIII, 1, pp. 73-89, 1971.
16. Wallerstein, Robert, “La relación entre el psicoanálisis y la psicoterapia. Problemas actuales” (Introducción a la mesa redonda sobre psicoanálisis y psicoterapia), *Rev. de Psicoanálisis*, tomo XXVIII, 1, pp. 25-49, 1971.
17. White, Robert, “El yo y la realidad en la teoría psicoanalítica”, Buenos Aires, Paidós, 1973.

u

□ ■

Capítulo 15

LÍNEAS DE TRABAJO Y PROBLEMAS ABIERTOS

Observando ahora la dirección de conjunto que asumen los capítulos precedentes, me parece posible perfilar panorámicamente algunas líneas de trabajo abiertas en sus desarrollos y las problemáticas que enfrentan y a la vez suscitan.

Un primer aspecto a señalar: buena parte de estos desarrollos deberá ubicarse en el esfuerzo propio de un momento hipotético, de construcción teórica, en la roturación de un campo bastante carente de teoría. Varias de nuestras proposiciones realizan la etapa inicial de un proceso que habrá de extender y profundizar en lo inmediato su momento de verificación, con la apertura consecuente de la compleja problemática metodológica propia de la investigación en psicoterapias.

Los capítulos iniciales concentran la búsqueda en el ámbito de las psicoterapias breves. Estudios ulteriores nos fueron mostrando que otras psicoterapias de duración intermedia y prolongada compartían con las psicoterapias breves demasiados elementos esenciales (ejes del proceso, instrumentos técnicos, contexto de interacción terapéutica, influencias de cambio, delimitación de objetivos, orientación hacia una planificación estratégica) como para establecer diferencias cualitativas entre psicoterapias de distinta duración. A partir de esta comprobación, lo que inicialmente consistió en indagar teoría y técnica de psicoterapias focalizadas pasó a ser progresivamente una búsqueda en teoría y técnicas de psicoterapias. Este momento de unificación de un campo más amplio deja no obstante abierta la posibilidad de que nuevos estudios puedan proponer subdivisiones en base a otros parámetros significativos, por ejemplo, diferencias de proceso que puedan relacionarse con influencias dinámicas de una diferente temporalidad asignada al mismo. Este es uno de los aspectos a ahondar.

La preocupación en estos desarrollos por el nivel de la técnica es en primer término el intento de precisar los datos de una práctica compleja. No hay duda que el registro de esos datos es, en estos capítulos, parcial. Esto obedece por una parte a limitaciones en nuestra teoría que nos dificultan la percepción en esa práctica de otro conjunto de elementos que apenas intuimos vagamente. Además enfrentamos una constante expansión y diversificación de modalidades de esta práctica psicoterapéutica, con lo que el trabajo de descripción y conceptualización de sus operaciones está enteramente abierto. Lo que sí creemos es que la tarea de descripción de tipos de intervención terapéutica (capítulos 3, 7, 10), conceptualizados en términos no estrictamente ligados a una teoría de base, sino a varias y mantenidos en íntima relación con observables, avanzan también un método útil para el abordaje teórico de nuevas técnicas.

Pensamos además que la práctica psicoterapéutica llega a constituir una práctica técnico-científica si puede fundársela en teoría. En esta dirección varios de los capítulos precedentes intentan sustentar teoría de esta práctica. Esta teoría (referida a tipos de intervención terapéutica y sus dinamismos de influencia, al proceso de cambios que estimulan, al objeto al cual se aplican) no llega a constituir un sistema, pero el esfuerzo de su búsqueda es sistemático. Nuestras proposiciones se enmarcan en un conjunto de líneas, abiertas en varias direcciones, apoyadas en varias teorías psicológicas de base (psicodinámica, comunicacional, psicosocial, adaptativa) y en la crítica ideológica y epistemológica de esas teorías. El trabajo teórico en estas direcciones, particularmente en la articulación de las mismas, es apenas inicial. Por ejemplo, el concepto de situación (capítulo 6), fundamento de una delimitación de foco, que es aquí entendido como totalización en cuyo seno se articulan diferentes niveles de determinantes (o tal vez, con mayor precisión, diferentes series de significantes-significados) constituye una primera aproximación para una comprensión social estructural de la psicología y psicoterapias de individuos y grupos. El trabajo teórico en direcciones estructuralistas (Lacan) tendrá que producir remodelamientos y profundizaciones en la línea teórica aquí esbozada.

Los desarrollos de este volumen apuntan a sustentar una fundamentación general de orden teórico-técnico para un conjunto de prácticas y procesos terapéuticos. Sus proposiciones, de carácter general, requieren ajustes y especificaciones según condiciones particulares de aplicación. Tales situaciones diferenciales deberán caracterizarse según configuraciones de variables (psicodinámicas, sociales, evolutivas, prospectivas) a investigar. Este pasaje, de una

orientación general a la tipificación de sus variaciones, abre la necesidad de estudios ulteriores. Tales especificaciones deberán también definir progresivamente con mayor precisión áreas de indicación y de contraindicación, correlacionadas con las correspondientes a otras técnicas, así como sus oposiciones o complementaciones (con métodos socioterápicos, psicodramáticos, de laboratorios, sintomáticos, pedagógicos, ocupacionales o con el psicoanálisis grieto). También a estos fines queda enteramente abierta la necesidad de estudios que evalúen resultados diferenciales, con diseños que permitan cotejar muestras a las que se apliquen técnicas simples y combinadas en diferentes lapsos y que cuenten con una teoría de los procesos de cambio terapéutico lo suficientemente inclusiva como para hacer cotejables resultados de diferentes técnicas.

Por último, toda la referencia en estos desarrollos a la inserción social y a las significaciones ideológicas contenidas en la **Practica** psicoterapéutica, muestra que la elaboración teórica y las modalidades técnicas en este campo quedan enteramente abiertas a nuevos remodelamientos acordes con el proceso histórico en una época de transformaciones sociales de importancia. Como terapeutas, como trabajadores en ciencias humanas, tendremos que exigir al máximo nuestras investigaciones y someter nuestro desarrollo a la revisión crítica que entraña este movimiento, penetrante de todas nuestras prácticas.

Referencias bibliográficas

1. Fiorini, H., "Ampliando las fronteras de la interpretación con la indagación de dinamismos inconscientes, cognitivos y creativos", en *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1993.
2. Fiorini, H., *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas. Teoría, técnica y clínica*, Madrid, Psimática, 1999.

APÉNDICE

Psicoterapias psicoanalíticas: focalización en situaciones de crisis

Comentaré dos situaciones clínicas de crisis, que me permitirán destacar maneras de abordaje focalizadas en esas situaciones.

Me llama para realizar una consulta Ana, una mujer de 42 años, que perdió a su marido por muerte súbita (por infarto de miocardio) hace 4 meses. Dice que la consulta es por Cecilia, su hija mayor, de 18 años. “Está insoportable, no la aguanto más en casa”. Me propone concurrir con su hija.

Llegan juntas. Están tensas, en clima de pelea. “Mi hija está insoportable”, dice Ana. “Yo a mi madre tampoco la soporto”, agrega Cecilia. Comienzan una discusión, después de comentar brevemente las circunstancias de la muerte del padre de Cecilia. Se reprochan incomprensiones, conductas arbitrarias, faltas de cooperación. El clima de la pelea sube de tonos. Yo me encuentro triste (lo que después comprendí como un indicio contratransferencial) pensando en ese hombre, de 42 años también, que perdió su vida en instantes, con hijos jóvenes, un matrimonio y una empresa en marcha. Me invade la tristeza. Después de un tiempo de escucharlas desplegar sus rabias, les digo que pienso que el pelear entre ellas debe estar empleado para evitar la tristeza por el marido y padre muerto. Ana comienza a llorar. Cecilia se mantiene dura, muy armada. Ana me expone su inquietud: “Ella está con una rebeldía que no tolero más. A la desgracia que vivimos se suma ésta. Cecilia era una chica tranquila, nos llevábamos bien. Desde hace dos años se fue retrayen-

do, se hizo reservada, contestadora. Hace 7 meses se puso de novia, casi vive en casa del novio, se va y ni me llama. No quiere estar en casa. Mis otros hijos Clara, de 16 y Sebastián de 12, también la extrañan, la necesitan, me preguntan por qué desaparece, no se qué contestarles. No puede ser que nos abandone. La familia tiene que estar unida para enfrentar esto juntos. Además yo debo ocuparme de la empresa que era de mi marido, y necesito ayuda en casa, hay que cocinar, planchar, hacer camas. Ella no puede irse.” Cecilia c’óntesta: “El problema es que vos no parás de gritar y darme órdenes, el clima que creas es insoportable. Yo no quiero ser tu esclava. En casa de mi novio hay un buen clima, yo estoy bien. Bueno, vos querés que yo me trate, está bien, acepto, pero vos también tenés que ver cómo encarás nuestra vida, sos muy autoritaria.”

Acordamos en trabajar un tiempo con Cecilia pero intercalando entrevistas con las dos juntas para evaluar la marcha de la vida en común.

Cecilia había bloqueado sus emociones, daba la impresión de un estado de duelo defensivamente detenido, puesto en suspenso. Ella se sentía la preferida del padre, con quien se entendían siempre. “Mi madre en cambio tiene un carácter difícil, es cerrada, con mi padre chocaba, ella no lo entendía. Es muy cerrada, sólo da órdenes, no le importa qué le pase a una”. Tuve la impresión que la rivalidad edípica (recíproca) que según la madre era ya palpable dos años antes, había tomado ahora un peso enorme. Pensé que en un plano inconsciente Cecilia disputaba con la madre el lugar de la viuda legítima del padre. Cecilia se veía atropellada, sacada del lugar de ese duelo y colocada en el papel de mucama, algo del mito de Cenicienta estaba revivido con odio.

Cecilia pudo tomar esta interpretación dos meses después, y pude tratarla con ambas. La gran presión de confrontación comenzó a ceder. Se abrió paso a negociaciones: Cecilia aceptó colaborar en tareas de la casa y estar allí más tiempo. Para ella estar en casa era “triste”. Se quedaba, no tanto tiempo como la madre pedía. Y pasaba en casa del novio buena parte del tiempo, no tanto como el que ella quería. Pudo ir verbalizando en sesiones parte de su vida emocional, que venía bloqueada y negada. Comenzó a ocuparse de su decisión vocacional, que estaba confusa desde un año atrás, estaba indecisa. Se inclinó a estudiar ciencias de la comunicación en Ciencias Sociales. Colaboraba con algunas tareas en la empresa familiar. A los seis meses madre e hija consideraron que había avances, que podían concluir el trabajo terapéutico, se agregaban algunas dificultades de tiempos y dinero. Cecilia comenzaba sus clases de ingreso a la Facultad.

La psicoterapia mantuvo un foco: las reacciones ante una crisis

accidental traumática en los miembros de una familia. Las reacciones de rechazo y negación de procesos de duelo, la movilización de conflictos regresivos con reacciones regresivas de odio frente al dolor psíquico intolerable. El trabajo focalizador se orientó a favorecer el contacto con esas defensas, con el dolor que ocultaban, establecer lazos de comunicación que estaban coartados, y a través de la interpretación, producir ligazones compartidas allí donde lo traumático produjo ruptura, desligazón. Restablecer trabajos de eros allí donde lo tanático había ocupado el mayor espacio en el vínculo entre ambas. Esta focalización nos llevaba a un encuadre flexible, individual con Cecilia y vincular con ambas. Esa alternancia se decidía según momentos y contenidos del proceso. Meses después tuvimos dos entrevistas de seguimiento: el proceso iniciado se afianzaba, una alianza entre ambas se había recuperado. Toleraban mejor sus diferencias, y no las ocultaban. Tenían que sostener entre ambas los trabajos de la adolescencia de Cecilia, y la readaptación de todo el grupo familiar.

El siguiente comentario clínico tomará en cambio aspectos de una crisis evolutiva y vocacional. Alberto tiene 16 años. Me consulta porque está en una “ gran crisis con la música, con el violín. Estudio violín desde los 8 años, con muchas horas de dedicación. Pero el violín me lo impuso y me lo impone mi padre. Él es médico y su segunda vocación, la que no pudo cumplir era ser músico, esa me la metió a mí. Mi madre no dice nada, acepta la presión de él. Tengo un hermano, dos años mayor, entró en Medicina, él no tiene problemas, le va perfecto. El violín es muy difícil. Yo estoy muy angustiado, quiero abandonar, si se lo planteo se vuelve loco, no me acepta. Y lo que me termina de complicar es que a mí el violín me gusta!”

La decisión a tomar, las vicisitudes del estudio y de la interpretación fueron el eje temático central de este análisis. Alrededor del mismo muchas cuestiones fueron trabajadas. El sometimiento y la rebeldía frente la imposición paterna de una vocación. Trabajamos en su momento sobre las ansiedades de sometimiento homosexual que movilizaba esa invasión por el deseo paterno. Las identificaciones en juego en el proyecto vocacional de ser músico. La relación con un yo ideal omnipotente que le exigía obtener resultados perfectos. Las cualidades especiales del ideal estético musical, que exige que se busque la perfección y que se tolere no alcanzarla en tanto absoluto.

Un constante trabajo de discriminación entre deseos paternos y gustos y deseos propios. Los conflictos ambivalentes con su profesor de violín que aparecía como figura rígida, implacable para evaluar sus logros.

Hubo un momento en que Alberto me pidió que yo escuchara grabaciones de un violinista que para él lograba el sonido exacto, el que él trataba de alcanzar. Me agregó información sobre el sonido del instrumento, las variantes de cualidades a lograr, los problemas de la ejecución. Me trajo esas grabaciones, las escuché, comprendí mejor su búsqueda.

Se preparó para un certamen que podía permitirle estudiar con otro profesor, de muy alto nivel musical y a su juicio de mejor trato con los alumnos. Tenía dificultades con la interpretación de una sonata. Me pidió ejecutarla en el consultorio, de modo de poder él allí hacerme saber, o llegar a saber conmigo, cuáles eran esas dificultades. Lo hicimos, él se detenía en pasajes que le traían mayor angustia, podía hablarme de esos momentos de la interpretación. Pudo rendir ese examen, logró el lugar buscado. Con el nuevo profesor tuvo efectivamente muy buen vínculo y grandes avances.

No tuve entrevistas con los padres. Consultado al respecto se opuso: “no quiero a mi familia acá, quiero pensar con usted sin la invasión de mi padre, este lugar es mío!” Avanzado el tercer año de este tratamiento llegó un día a sesión, estaba animado. Me dijo: “por primera vez siento que toco para mí, que el violín es mío!” Obtuvo una beca para estudiar música de cámara en Europa. Desarrolló allí una carrera musical. Aceptar ser parte en un conjunto había significado renunciar al ideal del violín solista, un fuerte trabajo de elaboración de esa castración. Habíamos cumplido ciertos jalones, etapas de un proceso, en el trabajo de ese foco, vocacional y evolutivo.

Referencias bibliográficas

1. Anzieu, D., “Crisis y creación”, en *El cuerpo de la obra*, México, Siglo 21, 1993.
2. Eiguer, A., “Crisis de la adolescencia, crisis familiar”, Buenos Aires, *Rev. Psicol. y Psicoter. de Grupo*, 1984
3. Fiorini, H., “Intervenciones en crisis en psicoterapias psicoanalíticas”, en *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas: teoría, técnica y clínica*, Madrid, Psimática, 1999.
4. Kaes, R., Anzieu, D. y otros, *Crisis, Ruptura y Superación*, Buenos Aires, Ed. Cinco, 1990.

El foco en el análisis del carácter

Los estudios sobre el carácter no han sido abundantes en las últimas décadas. En parte esto se ha debido a la prevalencia de corrientes psicopatológicas centradas en la consideración de mecanismos (defensas tales como represión, proyección, escisión) que soslayan otros fenómenos molares de la organización psíquica: rasgos, formaciones, reacciones frente a esas formaciones, estrategias de transacción y adaptación, reacciones del sujeto ante la existencia de esos rasgos en su conducta. Se trata de considerar no sólo fenómenos “latentes” sino de conductas observables ante “existentes”. Se ponen en juego en el carácter estrategias para el manejo de emociones en los vínculos que son movilizados por impulsos y conflictos. Estrategias también para mantener la cohesión del *self*, de la organización narcisista.

Freud (en “La disposición a la neurosis obsesiva”, 1913) ya había destacado que en la neurosis se observaba fracaso de la represión y retorno de lo reprimido, mientras que en el carácter no interviene la represión o se sustituye lo reprimido por formaciones reactivas y sublimaciones. “Esto hace a los procesos de formación del carácter mucho menos transparentes y accesibles al análisis que los procesos neuróticos”. Los rasgos de carácter instauran modos de ser, hechos, automatismos, hábitos de comportamiento.

Fenichel lo definió con claridad: “el carácter es la reacción del yo ante la neurosis”, “es la forma fundamental que toman las defensas frente a conflictos básicos”. El estudio del carácter analiza el yo por su expresión en las resistencias y las conductas habituales (ya no síntomas) donde participan formaciones de lo inconsciente como transacciones egosintónicas. En estos rasgos se pierde la línea de demarcación entre personalidad y síntoma, la forma adoptada no es extraña al yo (como lo es el síntoma) y se presenta menos el fracaso de las defensas que su elaboración secundaria. En su consideración de “modos de defensas contra los síntomas” Fenichel incluye: 1) la negación del carácter psicógeno de los síntomas, 2) las formaciones reactivas contra los síntomas, 3) represión de síntomas, 4) aislamiento de los síntomas, desconectándolos del resto de la personalidad, 5) control de los síntomas, haciéndolos pasar por conductas normales (ante sí y ante los otros). Como se puede observar, se trata de un amplio espectro de operaciones, funciones, reacciones y transacciones comprendidas en el yo de funciones formulado por Freud en su segunda teoría tópica del psiquismo “ (*El yo y el ello*, 1923). Fenichel subraya así que “una caracterología psicoanalítica estudia el método, la manera en que el yo admite, rechaza o modifica la

presencia de lo pulsional conflictivo, y realiza sus intentos por ili-MonvolvcMso dentro de una condición neurótica ya establecida. Estas reacciones instauradas traen restricciones a la libertad y flexibilidad del yo ante diversos planos de realidades a enfrentar, se manifiestan por patrones de conducta rígidos, estáticos y repetitivos. Se postula en tales casos la existencia de un gran gasto de energía en contracargas, lo cual limita el empleo de energía psíquica en el desarrollo de potenciales evolutivos y en proyectos. “En el carácter, en lugar del conflicto actual entre impulso y defensa, aparecen restos congelados de conflictos antiguos, que ya no son percibidos como extraños.” “En lugar de una guerra de movimientos (neurosis) se sostiene una guerra de posiciones en inmovilidad.” Una lucha entre pulsiones y defensas quedó estacionaria.

La formación del carácter requiere de funciones sintéticas del yo, mediadoras e integradoras, que deben resolver a la vez presiones de la realidad, del Yo y del Superyó. Patología del carácter es deformación en los modos de combinar esas respuestas a distintos frentes. Esa deformación se manifiesta en los modos constantes de reacción ante situaciones diferentes. Por ejemplo rasgos de tipo evitativo (fóbicos) o reactivo (obsesivos) constituyen “defensas de carácter” cuando tienen un modo inespecífico de reacción indiscriminada ante una diversidad de estímulos.

Una psicoterapia psicoanalítica del carácter tendrá que desplegar numerosas, arduas tareas. Se tratará de identificar ante la consulta qué situaciones, movimientos y procesos (individuales, vinculares, evolutivos) han creado egodistonia allí donde la organización de ese carácter había logrado anteriormente evitar conflicto entre el Yo y sus modos de ser. Ubicar en qué planos aparece como actual un derivado de conflictos antiguos.

Cuando hablamos de “foco” en este trabajo terapéutico destacamos que en un proceso la tarea se irá concentrando por etapas en lograr ciertos objetivos:

- 1) Se intentará un relevamiento de conjunto de un modo de ser, de estar en el mundo, consigo y con otros.
- 2) Se tratará de registrar los modos en que el yo defensivo ha reaccionado frente a angustias básicas y a posibles síntomas. Se ha destacado que en esta tarea primero se señalarán modalidades de las defensas, sólo ulteriormente se podrá acceder a lo que estaba defendido.
- 3) Se indagará qué tipo de situaciones son las que movilizan y actualizan conflictos básicos que el carácter enmascara.
- 4) Se intentará identificar los puntos de mayor rigidez y los de

menor rigidez, aquellos en que el sistema defensivo se presenta más frágil, más inestable (puntos de mayor movilización de emociones y conductas habitualmente rechazadas).

5) Se centrará la atención en detectar modalidades prevalentes de transferencia y de resistencia. Sobre el trabajo con estos materiales clínicos, los de resistencia y transferencias recomendamos el excelente volumen publicado por Ralph Greenson: *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*.

6) Se irá a la búsqueda de emociones bloqueadas, insistiendo en el registro de sus modos de expresión y de evitación de su expresión. Se trata de crear contactos entre un nuevo observador crítico y una experiencia emocional antigua y actual, y de intensificar la experiencia de ese contacto, de esa puesta en comunicación con la experiencia psíquica.

7) El proceso despliega un trabajo de interpretación, de significación y resignificación de todos estos planos de experiencia, angustia, defensa, emociones, bloqueos, búsquedas, aperturas y cierres.

8) El proceso pondrá de relieve la existencia de varios modos de ser, suborganizaciones del carácter, que establecen entre sí relaciones complejas. Un músico de jazz, Charles Mingus, decía: "Yo soy tres. El primero es una persona extremadamente amable, cariñosa, confiada, que soporta ataques, se deja engañar y quiere destruirse al encontrarse tan estúpida. El segundo es un animal asustado, que ataca con miedo a ser atacado. El tercero está en el medio, inmóvil, despreocupado, observando a los otros dos, esperando expresar lo que ve en ellos. ¿Cuál es el verdadero? Los tres". La aparición en este proceso de modos de ser que habían estado ocultos, hasta entonces, para la conciencia del sujeto, ha dado lugar a lo que Jung llamó el "encuentro con la sombra". Se trata de un impacto emocional y experiencial de primera magnitud, una conmoción para el "yo oficial" hasta allí empleado, que ignoraba toda una zona de su psiquismo. El trabajo con la sombra se transforma en un eje central del análisis del carácter

9) Se pone en juego la comprensión de la trama de vínculos (actuales y antiguos) en los que se desarrolló ese modo de ser y actuó sobre él el modo de ser de los otros. El análisis del carácter es necesariamente un análisis grupal, en la red de lo grupal, como parte de esa red se leen los fenómenos individuales. Es también un análisis de historias transgeneracionales: en su formación no intervienen sólo los padres y la relación del niño con padres y hermanos, sino muchas historias de varias generaciones.

10) Poner en proceso el tratamiento del carácter si unifica también darle a esta ImH queda una inteiiHidad, un ritmo, una entrada en

frecuencias y velocidades. El trabajo requiere una intensificación de energías capaces de penetrar, movilizar, alterar, desequilibrar una economía psíquica destinada a hacerse inalterable. La etimología de “carácter” viene del griego *charaxos* que designa “lo que está grabado”. Esa grabación se ha hecho marca corporal, esquema corporal, motor y postural. Wilhem Reich tuvo el registro de la “coraza caracterológica” como obstáculo, como bloqueo y cortes al flujo de la energía en todo el cuerpo y en sus distintas zonas. La orientación bioenergética iniciada por Reich, continuada por Lowen, Pierrakos y otros autores, ha mostrado la limitación del trabajo verbal para afrontar los problemas del carácter, y por ese camino también la exigencia al trabajo verbal para encontrar su tono, su fuerza, su energía de trabajo. Pero ha mostrado además la importancia de la movilización corporal y vincular de lo que el carácter ha tendido a mantener inmovilizado.

11) La insistencia en la búsqueda, en la evidencia, en la confrontación con los rasgos de carácter tendrá que llevar a producir fenómenos de saturación, de extrañeza, de egodistonía para el observador crítico desarrollado con el paciente.

12) Una creciente egodistonía apuntará a producir procesos de desidentificación: el sujeto crítico emocional integrado y alineado con el trabajo del piquismo sobre sí mismo tendrá la posibilidad de una decisión: distanciarse más y más de sus modos antiguos y habituales de reacción y ensayar conductas alternativas. El proceso se abre en esta etapa a un amplio campo de experimentación

Con fines expositivos hemos intentado delimitar etapas de un difícil proceso, de modo de definir como focos las tareas que enfrenta cada etapa y los objetivos procesales que intentan cumplir. En el trabajo clínico con cada estructura de carácter los planos de nuestro análisis se superponen, interpenetran, difuminan unos y otros objetivos. Se trata de un proceso para el cual Fenichel pudo esbozar estos trabajos:

se trata de derretir energías congeladas en la rigidez de las defensas, rectificar desplazamientos, anular aislamientos. Tomar vestigios de antiguos y actuales afectos y dirigirlos en otra dirección: registrar signos de conflictos latentes y otorgar a esos signos una objetividad (por concentrar en esos signos máximas capacidades de atención y percepción) de modo de reconocer en ellos derivaciones de conflictos cuya experimentación fue negada, rechazada, escindida. Encontrar los puntos de menor rigidez e ir al encuentro de aquellas situaciones que hagan más visibles los conflictos (allí donde aparezca más viva una lucha entre impulsos y defensas.

Siguiendo una orientación bioenergética y transpersonal, Susan Thesenga, con las enseñanzas de John y Eva Pierrakos, ha desarrollado una perspectiva de proceso en el trabajo con el carácter que también define tareas y etapas. En su obra *Vivir sin máscaras* distingue tres zonas: la de la máscara (modo de ser de la coraza del carácter); por debajo la del “ser inferior” que contiene lo traumático, lo conflictivo, las heridas de infancia y las defensas que las enmascaran; por encima el “ser superior”, la capacidad de reparar, transformar, evolucionar para sí y para los otros (dominios y fuerzas que en otros estudios denominamos “psiquismo creador”). En esta última zona se constituye el trabajo del observador que va haciendo foco en cada uno de los elementos que surgen en las tres zonas a medida que van emergiendo en el proceso.

Thesenga señala como etapas:

- Reconocer y aceptar las propias modalidades defensivas (cortes, bloqueos, escisiones).
- Decidir unificarse.
- Desarrollar el observador.
- Reconocer cómo construimos presentes según modelos y emociones pasadas.
- Reconocer en tales pautas el niño, el ego adulto y potenciales que van más allá del ego.
- Comprender el ser de la máscara (función de coraza y de fachada, comprender cómo se usa y para qué se usa).
- Enfrentar al ser inferior, oculto bajo la máscara y la coraza. Encontrar allí las heridas de infancia.
- Encontrarse con el ser superior: los propios potenciales de crecimiento transformador.
- Abandonar apegos al ser inferior: afrontar trabajos de desidentificación.
- Asentar progresivamente en modos del ser superior, construyendo apoyos saludables.

Se destaca en estos estudios que la desidentificación supone un largo y concentrado trabajo centrado en:

- Identificar un rasgo de carácter como problema, como fuente de sufrimientos.
- Experimentar el sufrimiento ligado a ese rasgo, hacerlo carne.
- Llegar al hartazgo, a la desesperación, llegar a odiarlo, siendo como es esencial al yo, a su ser defensivo.
- Experimentar el apego que se le tiene, el amor a ese rasgo, a ese

modo de ser, cómo se cuenta de modo automático con ese modo de actuar y reaccionar.

- Experimentar conductas libres de ese rasgo, aventurarse a ensayarlas y evaluar tales experiencias.
- Confrontar con tenacidad el contraste entre esos dos modos de ser, con y sin ese rasgo como organizador de la conducta.

Stephen Johnson, de California, en una orientación dinámica y bioenergética (*Character Styles*, 1994, New York, Norton & Co.) ha tomado dimensiones o problemas, en cada organización de carácter establecida, como capas de orden evolutivo diferente. En una "teoría caracterológica del desarrollo" distingue trastornos de contacto, apego y vínculo primario para caracteres esquizoides y orales; trastornos en la conformación del sí mismo para problemáticas simbióticas y narcisistas; conflictos en el sí mismo, ya organizado como sistema, parados caracteres de rasgos neuróticos histéricos, fóbicos y obsesivos. Aborda entonces esos caracteres según capas de conflictos y ansiedades de un orden evolutivo diferente. Una comprensión psicopatológica evolutiva es esencial para ampliar los marcos de interpretación de las dificultades y precisar el tipo de intervenciones necesarias para impulsar cada proceso.

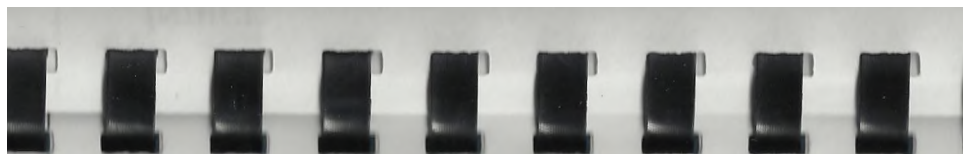
Referencias bibliográficas

1. Bergeret, J., *La Personalidad Normal y Patológica*, Barcelona, Gedisa, 1983.
2. Fenichel, O., "Trastornos del carácter", en *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
3. Jung, C., *El Hombre y sus Símbolos*, Barcelona, Fiaralt, 1976.
4. Jung, C., *Las relaciones entre el yo y el inconsciente*, Barcelona, Paidós, 1993.
5. Lowen, A., *Bioenergética*, México, Ed. Diana, 1979.
Lowen, A., *La Traición al Cuerpo. Análisis bioenergético*, Buenos Aires, Era Naciente, 1995.
7. Naranjo, C., *Carácter y Neurosis. Una visión integradora*, Vitoria, Imp. Iru., 1994.
8. Nunberg, H., *Carácter y Neurosis*, Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
9. Reich, W., *Análisis del Carácter*, Buenos Aires, Paidós, 1972.
10. Thesenga, S., *Vivir sin Máscaras*, México, Pax, 1997.

ÍNDICE

I. Introducción: el campo de las psicoterapias y algunas de sus direcciones de desarrollo.....	9
2. Psicoterapia dinámica breve. Aportes para una teoría de la técnica.....	21
3. Delimitación técnica de psicoterapias.....	47
4 La primera entrevista.....	63
5. Los ejes del proceso terapéutico.....	81
6. El concepto de foco.....	85
7. La relación de trabajo.....	101
8. Las funciones yóicas en el proceso terapéutico.....	113
9. Dinamismos y niveles del cambio en psicoterapia.....	131
10. Tipos de intervención verbal del terapeuta.....	141
II. Consideraciones teóricas y técnicas sobre material de sesiones.....	163
12. El papel de la acción en las psicoterapias.....	173
13. Estrategias y articulación de recursos terapéuticos.....	181

14. Psicoterapias y psicoanálisis.....	193
15. Líneas de trabajo y problemas abiertos.....	205
Apéndice	
Psicoterapias psicoanalíticas:	
fiscalización en situaciones de crisis.....	209
El foco en el análisis del carácter.....	213



Esta edición de 1.000 ejemplares
se terminó de imprimir en abril de 2004
en Impresiones Sud América.
Andrés Ferreyra 3767/69, Buenos Aires.

Asentado originalmente en la experiencia clínica de las psicoterapias breves, este libro extiende muchos de los principios gestados en el desarrollo de esa práctica al campo más amplio de las psicoterapias. El trabajo del autor se ubica en el lugar de encuentro de una triple perspectiva: el intento de objetivar un conjunto de procedimientos psicoterapéuticos e identificarlos en su especificidad técnica; la búsqueda correlativa de conceptos que aspiren a fundamentar teóricamente este campo asistencial; la mirada crítica, a la vez filosófica y epistemológica, dirigida al vasto mundo de los supuestos que impregnan las teorías

y técnicas habituales en salud mental. Estas facetas de la indagatoria van en cada capítulo a articularse, a comprometerse recíprocamente, para abrir un conjunto de líneas que tienden, antes que a cerrar un sistema, a arborizarse y surcar el campo en múltiples direcciones de investigación. El autor médico psiquiatra de formación psicoanalítica y extensa práctica hospitalaria —experiencias ambas plenamente reflejadas en la obra—, lleva años dedicado al estudio de la problemática aquí abordada. Ejerce una constante labor docente hospitalaria y universitaria. Sus publicaciones previas han obtenido un significativo reconocimiento.

I.S.B.N. 950-602-01 7-5



Psicología
Contemporánea