

LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA BREVE O FOCALIZADA

María Esther García Arzeno, Argentina

En una comunicación personal, el Dr. Eduardo Braier afirmó que "cuanto más breve la psicoterapia, más profundo y exhaustivo debe ser el estudio diagnóstico de la personalidad" para decidir si un caso es susceptible de ser tratado con PPB o si estaría contraindicada.

Las **ventajas** de la PPB son, por una parte, que brinda ayuda a mayor cantidad de pacientes en menos tiempo que un psicoanálisis tradicional y esto es importante especialmente cuando la situación vital y laboral del individuo no permite recurrir a técnicas de tres o cuatro sesiones semanales por tiempo indeterminado.

Además, algunas personas no aceptarían, por sus características, planteos a largo plazo, de modo que, sin caer en el extremo de la supresión del síntoma sin modificaciones más profundas, debemos disponer de estrategias terapéuticas diversas para seleccionar la más apropiada para el caso.

Esto es válido para el trabajo privado pero mucho más para el ámbito institucional.

Otras escuelas proponen modelos de trabajo no psicoanalítico como la escuela sistémica, la conductista, la gestáltica, la cognotivista, etc.

En este aporte quiero destacar que se puede trabajar psicoanalíticamente sin utilizar necesariamente el encuadre clásico.

Las otras escuelas antes mencionadas proveen de recursos técnicos no descartables a los que se puede echar mano como medios complementarios de la técnica psicoanalítica.

La PPB se basa en el esquema referencial psicoanalítico y esto implica una concepción determinada de la salud y la enfermedad como producto del entrecruce de dos ejes: uno vertical que recorre las etapas de evolución de la libido desde la etapa oral de succión, hasta culminar con la genital. El segundo eje es horizontal y tiene que ver con:

A - La evolución de las relaciones objetales: desde la posición narcisista (S. Freud, H. Kohut, H. Rosenfeld, A. Green) hacia la posición glisrocárica (J. Bleger), la esquizoparanoide (Fairman y M. Klein) culminando con la depresiva (M. Klein, D. Meltzer, W. Biom) o integradora. (Winnicott)

B - Del narcisismo primitivo omnipotente al secundario.

C - De la dependencia absoluta a la independencia, la personificación y la capacidad de iniciativa propia (Mahler, Winnicott, Kohut).

Cuanto más haya evolucionado el sujeto en su desarrollo, lo ubicaríamos en el extremo superior del eje vertical y en el extremo derecho del horizontal. Estos son los casos ideales para trabajar con la PPB, no así aquellos que se acercan peligrosamente al punto de intersección de ambos ejes: son sujetos muy regresivos, dependientes e inmaduros, con relaciones objetales precarias (si es que existen) y que no han superado el narcisismo omnipotente.

En estos últimos casos la PPB estaría contraindicada como también lo está en personalidades rígidas y caracteropatías crónicas.

Cabe hacer una distinción entre:

1. Conductas típicas para la edad cronológica del sujeto calificadas como patologías por otros (padres, maestros, etc) que no tienen suficientes conocimientos al respecto.
2. Conductas típicas de crisis vitales que necesariamente alteran el desarrollo normal en forma inevitable pero pasajera, sin entrañar patología.
3. Conductas atípicas resultantes de respuestas reactivas del sujeto a un medio opresivo que él rechaza justamente por ser normal.
4. Conductas sintomáticas, es decir, que evidencian la presencia de un conflicto intrapsíquico (entre el Yo y el Superyo, entre el Yo y el Ello y entre el Yo y el mundo externo). El conflicto puede ir desde lo neurótico hasta el deterioro psicótico.
5. A todo esto debemos agregar el peso favorable o desfavorable de la dinámica familiar en la que el individuo está inserto porque de ella depende la mayor, menor o nula posibilidad de modificación del síntoma.

Por eso he comenzado afirmando que es imprescindible partir de un diagnóstico profundo y completo para lo cual es necesario contar con:

1. La historia clínica completa del paciente.
2. La historia de sus padres y abuelos.
3. El material de entrevistas libres y dirigidas.
4. Si se trata de un niño, una o varias horas de juego diagnósticas.
5. A toda edad es importante administrar tests proyectivos y objetivos (salvo cuando esto está contraindicado) ya que proveen de información profunda y confiable, más allá de la opinión del profesional, muchas veces teñida por subjetividad, especialmente si no ha pasado por un profundo y prolongado psicoanálisis personal.
6. Entrevistas diagnósticas familiares y vinculares, imprescindibles en caso de niños, adolescentes y hasta adultos severamente perturbados ya que la patología altera todo el núcleo familiar y la alianza terapéutica deberá hacerse con la familia y no exclusivamente con el individuo perturbado.

Todo este material permitirá llegar a un diagnóstico lo más claro y certero posible y de esto dependerá el pronóstico y la estrategia terapéutica elegida: individual, familiar, de pareja, vincular, grupal, etc. prolongada o breve.

Una vez seleccionada la estrategia más adecuada al caso se establecerá un contrato de trabajo con el individuo y/o la familia para aclarar:

1. Cuál es el foco o conflicto más urgente y central en tanto es lo que causa más sufrimiento al paciente (y/o a su familia) y más restricciones provoca en su desempeño cotidiano.
2. Saber si se puede y si es conveniente o no acceder al conflicto original que provocó la neurosis (o psicosis) clínica.
3. De esta manera se sabe cuál es el motivo de la iniciación del tratamiento y cuáles son los objetivos que el profesional, con el aval de la familia y del

paciente, se compromete a cumplir para solucionar el conflicto y hasta dónde.

4. De acuerdo a ello se estipulará el período de duración del tratamiento en forma aproximada ya que es imposible calcularlo con absoluta precisión.

Los **objetivos** establecidos por los especialistas en este tema son la modificación del síntoma, la desaparición del sufrimiento y/o inhibiciones coartativas para una vida normal, modificaciones favorables de los modos neuróticos (o psicóticos, psicopáticos, etc) de adaptación previos y fortalecimiento y activación de las funciones yoicas.

Requisitos en el paciente para realizar una PPB exitosa:

1. Buena capacidad yoica para ser un observador que colabora con buen criterio de realidad con el terapeuta en una alianza productiva.
2. Tener o poder llegar a tener conciencia de enfermedad y de su responsabilidad o compromiso en ella.
3. Un cierto grado de motivación para tratarse y cierta confianza en la validez de la técnica.
4. Aptitudes para el "insight" aunque sea en un grado aceptable.
5. Nivel de fijación de la libido y de desarrollo de las relaciones objetales, etc., lo suficientemente evolucionado.
6. Control sobre los impulsos, ni excesivo ni escaso.
7. Tolerancia a la frustración y a la ansiedad dentro de niveles que no desborden al sujeto. De otro modo es más indicada una terapia de "holding" (Winnicott) mucho más prolongada.
8. Presencia de defensas variadas (no estereotipadas).

9. Nivel de autoestima ni muy disminuido ni excesivo ya que en estos casos debe recurrirse a un psicoanálisis prolongado y así y todo, debería analizarse la posibilidad o no de acceder al mismo.

10. Nivel intelectual y de simbolización adecuados para captar lo más rápidamente posible las interpretaciones directas o metafóricas.

Requisitos en el terapeuta para trabajar con PPB:

1. Haber pasado por un psicoanálisis personal prolongado y profundo para poder discriminar lo manifiesto de lo latente y lo esencial de lo accesorio, sin mezclar la problemática del paciente con la propia. Esto significa un buen manejo de la contratransferencia.
2. Mucha experiencia clínica en tratamientos prolongados como base previa para poder ponderar los avatares de distintos "procesos analíticos".
3. Trabajo supervisado por un especialista.
4. Capacidad de observación detallista a la vez que capacidad organizativa para planificar la terapia centrando correctamente el foco.
5. Un Yo plástico capaz de introducir modificaciones en la estrategia conforme sean necesarias para el caso.
6. Tolerancia a la frustración ya que no todo se solucionará.
7. Por la misma razón, un narcisismo, sano, es decir, no ávido de triunfos omnipotentes y maníacos.
8. Sentido común, siempre imprescindible pero más aún cuando el factor tiempo pesa tanto.

Para finalizar quiero destacar que el un **psicoanálisis propiamente dicho**:

1. El objetivo incluye modificaciones profundas.

2. Para ello debe ser regresivante y por ello se estipulan tres o cuatro veces por semana, uso el diván, tiempo ilimitado, etc.
 3. Se trabaja con la transferencia positiva y negativa.
 4. Todo ello colabora para lograr el acceso a la neurosis transferencial, paso imprescindible para la curación.
 5. El método por excelencia es la asociación libre.
 6. Se trabaja con atención flotante, sin memoria y sin deseo.
 7. Se mantiene una distancia prudencial respecto del núcleo familiar.
7. El terapeuta trabaja con memoria y con deseo, trazados no por sus demandas personales sino por el contrato de trabajo previamente establecido con el paciente.
 8. La atención flotante es imprescindible pero alterna con intervenciones más directivas.
 9. Se mantiene con la familia todo el contacto que sea necesario.
 10. Se facilita y se admite la regresión tan solo hasta un punto en que favorezca el logro del "insight".

Por contraste con esto la **psicoterapia psicoanalítica breve**:

1. Se propone objetivos específicos (ver más arriba).
2. No es regresivante (una vez por semana, cara a cara, etc)
3. Las interpretaciones son de calidad psicoanalítica para llegar al "insight" hasta donde es factible.
4. El tiempo de duración de la terapia es limitado.
5. La terapia es planificada o focal.
6. Se trabaja con transferencia positiva y la negativa es interpretada tan sólo cuando interfiere notoriamente en el trabajo analítico. (Al más clásico estilo freudiano)
11. Se respetan ciertas defensas que sin ser el paradigma de la normalidad no entrañan para el sujeto ni para los demás serias consecuencias.
12. Es necesario conformarse con un grado de "insight" limitado, conforme al objetivo terapéutico estipulado.
13. Siempre queda abierta la posibilidad de retorno del paciente para continuar y profundizar este primer paso terapéutico pero teniendo en conciencia de que muchísimas veces será la única experiencia y por lo tanto es imprescindible mantener un buen "rapport".

La PPB no es un psicoanálisis menos complicado y más fácil. Todo lo contrario. Por eso quiero destacar que no es apropiado para ser realizada por profesionales inexpertos sino que requiere un alto grado de especialización o la precaución de realizarla bajo supervisión de un experto.

REFERENCIAS

- BION, W. (1972): *Volviendo a pensar*. Hormé-Paidós.
- _____ (1966): *"Aprendiendo de la experiencia"*. Paidós
- BLEGER, J. (1984): *"Simbiosis y ambigüedad"*. Paidós.
- BRAIER, E. (1981): *"Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica"*. Edic. Nueva Visión.
- FIORINI, H. *"Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas"*. Nueva Visión.

- _____ Teoría y técnica de psicoterapias". Nueva Visión.
- FREUD, S. (1948): "La iniciación del tratamiento" O.C.T.I.- Edit. Biblioteca. Nueva Madrid.
- _____ Introducción al narcisismo. Idem.
- _____ Análisis terminable e interminable. Idem.
- GREEN, A. (1986): Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Amorrortu.
- KLEIN, M. Obras completas. Paidós.
- KNOBEL, M. Psicoterapia breve. Paidós.
- KOHUT, H. (1980): "La restauración del sí mismo. Paidós.
- MAHLER, M. (1977): "El nacimiento psicológico del infante humano". Edic. Marymar.
- _____ (1984): Psicosis infantiles y otros trabajos. Paidós.
- MELTZER, D. "El proceso psicoanalítico. Paidós.
- WINNICOTT, W. (1979): "Realidad y juego. Barcelona-Gedisa.

DATOS CURRICULARES

- Argentina.-
Psicóloga-egresada de la Universidad Nacional de Rosario-1965.
- Profesora de Pedagogía y Filosofía-Instituto Nacional del Profesorado Secundario-Paraná-Entre Ríos. Argentina-1957.
- Egresada de la Escuela de Psicología Clínica de Niños de Bs As- Argentina-1974.
- Docente en la Cátedra de "Técnicas Proyectivas" de la Universidad Nacional de Buenos Aires-1964-1974-Argentina.
- Profesora Titular de la Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados desde 1985 a la fecha-Argentina.
- Docente contratada en ADEIP (Asociación para el Estudio y la Investigación de la Personalidad). -Argentina.

Docente contrata. por la Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach-Bs As -Argentina.

Docente contratada por "Dimensión Clínica" en Goinia, Estado de Goias-Brasil-1994.

Miembro fundador, ex-Presidente y actual Coordinadora General de Relaciones Públicas de FUNDAIH-Fundación Interdisciplinaria para la Docencia, Asistencia e Investigación Humanística de la niñez, adolescencia y familia-Argentina.

Autora de varios libros propios y en colaboración.

Domicilio: Agüero 1795-8va. B-(1425)-Capital Federal-Rep. Argentina.
Tel.:823-7883 y 806-4521.