

APORTACIONES DE M. BALINT A LA PSICOTERAPIA BREVE: UNA REVISIÓN CRÍTICA

Antonio Pérez-Sánchez

Este artículo está basado en un capítulo de mi libro *Psicoterapia breve psicoanalítica*¹, en el que expongo la aportación clínica de M. Balint sobre un caso de psicoterapia focal (según su denominación). La examino y reviso para extraer el modelo que, según creo, subyace al mismo, al tiempo que lo contrasto con el que me es habitual.

Agradezco a los editores de Xoroi Edicions la autorización para la publicación en *Temas de Psicoanálisis* de buena parte del capítulo 1 del libro citado, ligeramente modificado.

Consideraciones generales

El psicoanalista británico M. Balint realizó una considerable labor al introducir las aplicaciones del psicoanálisis al campo sanitario general. Fuera del ámbito psicoanalítico es sobre todo conocido por sus ya clásicas contribuciones, al destacar los componentes psicológicos en la relación médico enfermo en medicina general, mediante su trabajo con médicos de cabecera (Balint, 1957; Balint y otros, 1966; Balint y otros, 1972). Pero también realizó alguna incursión en la psicoterapia breve, impulsando a un grupo de psicoanalistas, encabezados por D. Malan, a continuar la investigación en este terreno.

Previamente, y de manera sumaria, quisiera recordar los antecedentes más relevantes de las formas breves de tratamiento psicológico fundamentadas en la teoría psicoanalítica. Algunos (Orstein, en M. Balint, 1972) consideran el caso de Catalina, tratado por Freud en una sola entrevista, como la primera psicoterapia breve (Freud y

1 Pérez-Sánchez, A. (2014), *Psicoterapia breve psicoanalítica*, capítulo I, Xoroi Edicions, Barcelona.

Breuer, 1885). Teniendo en cuenta el concepto de psicoterapia de hoy día, como explicaré más adelante, parece abusiva tal consideración. S. Ferenczi (1919, 1920, 1925) primero, y F. Alexander y T. French más tarde (1946), propusieron intentos de abreviar el psicoanálisis pero a mi entender con unos resultados fallidos para ambos, el paciente y el psicoanálisis. Para el paciente, porque tanto la propuesta de la técnica activa (Ferenczi, 1919) como de las denominadas «actividades» por parte del terapeuta (Alexander, 1946) suponen una forma de manipulación de aquél, contrario al fundamento del psicoanálisis y toda psicoterapia psicoanalítica de contribuir al crecimiento del paciente dentro de los límites de la propia libertad que es capaz de tolerar. Y resultaron nocivos también para el propio psicoanálisis porque además de alejarse de sus presupuestos básicos, al proponer dichos tratamientos como alternativa de la práctica psicoanalítica, desposeía al psicoanálisis de su principal fuente de conocimiento que es el encuadre específico psicoanalítico.

M. Balint, por el contrario, y tal vez teniendo en cuenta estos antecedentes, no pretendió realizar un «psicoanálisis abreviado», sino que reconociendo la especificidad de los objetivos y encuadre propios del psicoanálisis, trató de encontrar otras formas de ayuda psicológica que incluyeran una comprensión psicoanalítica de ciertas posibilidades de cambio. De ahí, su psicoterapia focal que examinaremos continuación.

M. Balint: el caso del Sr. Baker

La obra de Balint sobre el tema, *La psicoterapia focal* (Balint, 1985), se ocupa de la descripción, sesión a sesión, de un tratamiento completo. Es de destacar el esfuerzo, valentía y honestidad del autor al realizar esta publicación. La exposición del material clínico en detalle es lo que nos permite en psicoanálisis y psicoterapia comprender la teoría y técnica implícitas en el autor. De ahí que Balint nos brinde una excelente oportunidad para extraer las teorías subyacentes a su manera de conducir el caso y nos permita contrastarla con otras formas de comprensión, desde otra perspectiva teórica.

Además de sumamente ilustrativo, el caso presentado pretende ser «modélico», es decir, que acuñe un tipo de psicoterapia focal, el de la prestigiosa Clínica Tavistock de

Londres, según reza en el subtítulo de la edición española, por lo que tiene una importancia mayor que el de la mera ilustración de un tratamiento individual. De ahí también la pertinencia de su revisión. Es de destacar el rigor y minuciosidad con que están expuestos, no solo el material del paciente, sino las intervenciones del terapeuta, incluidas aquellas que fueron pensadas pero no formuladas.

Ciertamente, todo análisis de un material clínico tomado de una publicación, y tan extenso como éste, inevitablemente no deja de estar sujeto a parcializaciones y omisiones, por lo que el resumen que haré del caso no excusa la lectura del libro a fin de que el lector pueda también, a su vez, realizar una revisión del análisis que aquí se hace y contrastarlo con sus propias concepciones teóricas.

El caso presentado por Balint trata de un hombre de mediana edad diagnosticado por el autor como «paranoia de celos, con carácter obsesivo y homosexualidad latente» (*op. cit.* p. 42). El paciente acude derivado por el médico de cabecera, con el apoyo de la esposa que le acompaña en la primera entrevista. Se plantea un doble foco. Primer foco: admitir y tolerar el triunfo sobre el padre y las figuras que lo representan (¿entre ellas el terapeuta?); segundo foco: «compartir a la mujer (del paciente) con una tercera persona, el terapeuta en la relación terapéutica» (*op. cit.* p. 40).

Tras las dos primeras entrevistas diagnósticas, el paciente propone hacer cuatro o cinco sesiones, a lo que el terapeuta responde ofreciendo entre diez y veinte, «a fin de ver qué le había ocurrido para que se desencadenaran las crisis de celos» (motivo por el que consulta) (*op. cit.* p. 39). El paciente no vuelve hasta al cabo de quince semanas, mediante solicitud de consulta urgente del médico de cabecera a instancias de la esposa, angustiada por los continuos interrogatorios a los que la sometía el marido, por sus ideas obsesivas de base celotípica. Con esta conducta, el paciente pretendía verificar, siempre infructuosamente, si el amor de su esposa por él era mayor que el que pudo sentir por un antiguo novio.

Esta vez el terapeuta le propone sesiones semanales sin precisar por cuánto tiempo, para ver si esta ayuda sería suficiente o si habría que plantear un análisis o psicoterapia psicoanalítica larga. Realizan cuatro sesiones más, tras las cuales hay un intervalo de dos semanas por vacaciones del terapeuta. En la última de esas sesiones, el paciente pregunta

si continuará viniendo una vez a la semana, a lo que el terapeuta responde que queda en sus manos la decisión, y dependerá de cómo se encuentre durante los próximos quince días. El paciente pregunta por la posibilidad de traer también a su esposa en la sesión posterior a las vacaciones para una entrevista conjunta, a lo que accede el terapeuta.

En esa sesión (la número 8), el paciente acude solo sin la esposa y le aclara al terapeuta, a petición de éste, que lo hizo así para no depender de ella. El terapeuta propone continuar el tratamiento «hasta consolidar los resultados alcanzados» (p. 64). En la sesión 9, el paciente habla del sentimiento de «soledad total» que asocia con experiencias de su infancia marcadas por la indiferencia del padre hacia él. El terapeuta le interpreta la dependencia respecto del padre y ahora respecto del propio terapeuta, dependencia que explica que haya aceptado el acercamiento homosexual durante su niñez y adolescencia (existieron algunas experiencias homosexuales con hombres mayores). El paciente asocia entonces un sueño: una serpiente se le sube por las piernas y reposa su cabeza amigablemente sobre ellas. El terapeuta anuncia el final del tratamiento para dentro de cuatro semanas, coincidiendo con una ausencia prolongada del mismo. A la sesión siguiente (la 10) el paciente se presenta con su mujer. La pareja muestra una idealización mutua. El autor observa que esta entrevista había estado programada para semanas atrás a fin de hablar de la terminación, pero se produce ahora sin que nadie (ni el propio terapeuta) hiciera comentario alguno sobre ello.

En la *sesión 11*, el autor expresa su confusión ante los nuevos descubrimientos de contenido celotípico del paciente a propósito de la posible atracción de su mujer por el antiguo novio. El autor comenta que duda si dar por terminada la psicoterapia cuando tan solo faltan dos sesiones, o si habrá de aceptar el fracaso y tendrá que derivarlo para un psicoanálisis. También se plantea si no han agotado el foco original (la rivalidad y triunfo sobre el padre) y el paciente está ofreciendo un nuevo foco: la relación con la madre y las figuras maternas. Asimismo, el autor piensa que tal vez hayan terminado el trabajo y que el paciente esté atando cabos (no queda claro en el texto a qué se refiere Balint) y que el terapeuta, según confiesa, por falta de receptividad no se haya percatado de esa situación. En la sesión 12, el paciente solicita la posibilidad de que se le realice otro test de Rorschach, como al principio del tratamiento, para valorar los cambios habidos. El

terapeuta accede y le propone además hacer algunas sesiones más a la vuelta de vacaciones, antes de pasarle el test.

La *sesión 13* es la última de este primer período de tratamiento. El paciente vuelve con pensamientos obsesivos celotípicos preguntando si desaparecerán. El terapeuta confiesa que se asustó porque lo entendió como una demanda de psicoanálisis o de psicoterapia más intensa, lo cual no le parecía una propuesta práctica en vista de su enfermedad y de la lejanía geográfica para acudir a sesiones frecuentes. Además, tampoco le parecía adecuada esta posibilidad porque, tratándose de un paciente paranoide importante que había conseguido una relación de confianza con él, dudaba que consiguiera establecer dicha confianza con otro terapeuta. El autor comenta que podría haber interpretado en la transferencia la tendencia del paciente a atormentar a la gente, como estaba haciendo ahora en el tratamiento. Pero se abstiene. Además considera que la interrupción puede servir de período de prueba para ver si se mantiene lo conseguido en la terapia.

La *sesión siguiente (la 14)* tiene lugar una semana más tarde de lo previsto, debido a que el paciente se había tomado una semana de vacaciones justo cuando debía regresar, con lo que la interrupción acaba siendo de seis semanas. Vuelve diciendo encontrarse bien, que disfruta de la vida, y que se ha comprado un coche descapotable y rápido. Que ahora no siente ningún temor por el padre, sino pena o simplemente indiferencia. El terapeuta se muestra satisfecho y no hace ninguna interpretación.

En la *próxima sesión (la 15)*, el paciente se presenta con la esposa, a petición de esta, preocupada por el retroceso clínico del marido. El terapeuta entiende esta actitud como un intento del paciente de llamar la atención y le interpreta la transferencia: la agravación de los síntomas debe ser, le dice, a causa de la terminación del tratamiento. En la *sesión 16*, inesperadamente de nuevo el paciente acude acompañado de la esposa, aunque el terapeuta propone acabar la sesión con él solo. El terapeuta interpreta también la transferencia en cuanto que la recaída parece ser una protesta por tener que abandonar una relación que significa tanto para él. El paciente responde asociando que la madre se está volviendo vieja y tiene miedo de que vaya a enloquecer. Luego se refirió al padre, con el que dice mantener una relación de bastante indiferencia. Ante la propuesta del terapeuta

de la posibilidad de continuar el tratamiento, el paciente responde que no necesita más apoyo de momento y muestra su agradecimiento.

M. Balint considera que se han cumplido los objetivos propuestos. El primer foco: aceptar que es el ganador, que ha vencido a otros hombres, incluyendo al padre, y al mismo tiempo puede llevarse una buena imagen del terapeuta. En cuanto al segundo foco: compartir a su mujer con un tercero, se consiguió simbólicamente en las dos últimas entrevistas, al acudir ella a las mismas.

Transcurridas siete semanas, el médico de cabecera de nuevo solicita visita para el paciente. Este acude con la esposa, exigiendo del terapeuta que antes se entrevistase con ella a solas, a lo que éste accede. Se ha reagudizado el estado paranoide con ideas celotípicas que le llevan a continuos interrogatorios torturantes para la mujer. Se le propone iniciar una nueva etapa de tratamiento, intensificando la frecuencia de las sesiones a dos por semana.

Dos sesiones después –la 19– el paciente se presenta con un amigo íntimo conocedor de la situación, quien deseoso de colaborar viene a comentarle de nuevo algunas sugerencias sobre el paciente. En la *sesión 20* acude con la esposa, para sorpresa del terapeuta, con la idea de aclarar entre los tres sus insistentes dudas sobre la autenticidad del amor de ella para con él. El terapeuta responde con firmeza para poner límite a esa tendencia torturante del paciente. En la siguiente, el paciente acude solo, pero es una sesión apática y distante, precisa M. Balint. El terapeuta le señala sus sentimientos de inferioridad respecto de varias figuras masculinas, incluida la del terapeuta. El paciente responde que es así y le resulta extraño haber superado al padre así como al antiguo novio de su mujer. Muy perspicazmente, Balint comenta: «a mí no me incluyó». Al final de esta sesión conciertan que después de la próxima pasarán a una sesión semanal de nuevo, para terminar el tratamiento antes de la próxima marcha del terapeuta.

En las *cinco sesiones siguientes* no se habla de la «interrupción» inminente del tratamiento durante dos meses, a causa del terapeuta. En la *sesión 26*, anterior a dicha interrupción, únicamente se menciona el hecho para concertar una visita a la vuelta del terapeuta. Durante estas últimas sesiones el paciente muestra un bienestar, dice, como nunca había experimentado. *La sesión 27*, de vuelta de la interrupción, será la última de la

psicoterapia. El paciente se presenta de nuevo con la esposa, como cada vez que ha habido una interrupción previa. Dicen ambos que persiste el estado de mejoría del paciente, y éste considera que es debido a que, ante otro de sus interrogatorios, ella le había respondido que si bien estuvo enamorada del antiguo novio durante su ausencia, cuando él volvió, ella recuperó su amor por él, y esto fue lo que le dio la tranquilidad. El médico de cabecera le había recetado un hipnótico y le aconsejó que quizá no fuera conveniente profundizar más en sus problemas, y lo adecuado sería terminar la psicoterapia. Le trasmite esta propuesta al terapeuta quien la acepta, dejando abierta la posibilidad de volver si lo necesitara.

Al comentar esta *última sesión*, Balint dice que la decisión del paciente de interrumpir el tratamiento pudo estar influida por: a) la ausencia inminente del terapeuta; b) la influencia del médico de cabecera, así como por c) los logros terapéuticos conseguidos. En cuando al segundo factor, dice que parece que el médico de cabecera había perdido la confianza en el tratamiento durante el último período.

Comentarios al caso del Sr. Baker y al modelo de la mente implícito

Al revisar este caso, lo que me interesa mostrar es que una determinada concepción del funcionamiento mental y de las relaciones humanas da lugar a una práctica psicoterapéutica diferente de la que es posible con otros modelos teóricos, aún dentro del ámbito psicoanalítico. Por lo tanto, es desde otro punto de vista del sustentado por M. Balint que trataré de comprender el material clínico. Y es por ello que, al resumir el caso, he escogido aquel material que permita una determinada línea de reflexión desde la perspectiva que sostengo.

Las cuestiones que me interesan destacar son las relativas al encuadre, a la transferencia y a la focalización. Toda la experiencia terapéutica dura un año y tres meses, con un total de 27 sesiones, incluidas las dos entrevistas diagnósticas. El ritmo de las sesiones ha variado: un primer período de una vez a la semana, un segundo de dos, para pasar al tercer período de una sesión semanal de nuevo, con una última sesión realizada tras dos meses de interrupción y en la que se decide dar por terminado el tratamiento, a propuesta del paciente. Durante este tiempo se han producido tres interrupciones, además

de la previa a la última sesión. Las interrupciones han sido: entre la 8ª y 9ª sesión (quince días); entre la 13ª y 14ª (seis semanas); entre las 16ª y 17ª (siete semanas); y entre la 26ª y la 27ª (dos meses). Me interesa examinar lo que sucede en las sesiones realizadas en torno a dichas interrupciones. En primer lugar, es de señalar que el planteamiento del terapeuta respecto del encuadre terapéutico en lo que se refiere al tiempo de duración del tratamiento siempre estuvo abierto y supeditado a la decisión del paciente. La única propuesta firme del terapeuta es la que ofrece al comienzo de realizar entre 10 y 20 sesiones, como alternativa a la del paciente de tan solo 4 o 5. Parece que esta es la única vez que el terapeuta no acepta la propuesta de encuadre del paciente, mientras que sí admite todas las demás relativas al *setting* y sin ser interpretadas. A mi modo de ver, cabe entender tales propuestas del paciente como maniobras defensivas, mediante ataques al *setting* y por tanto, a la relación transferencial; su aceptación por parte del terapeuta sin interpretación la vería como una «alianza» —inconsciente— del terapeuta con el paciente, es decir, una colusión de ambos contra el tratamiento.

Así, cuando en la sesión séptima, previa a la primera interrupción, el paciente pregunta al terapeuta si luego continuará viniendo semanalmente, este deja en manos de aquel la decisión a la vuelta de los quince días, en función de cómo se encuentre. Además, también accede a la petición del paciente de venir con la esposa. Al parecer, el Sr. Baker no se siente capaz de hacer frente a esta separación, por lo que implica de enfrentar solo la relación con la esposa con quien, recordemos, vivía un serio conflicto de celotipia. En mi opinión, como las ansiedades de separación no fueron tratadas en las sesiones previas a la interrupción, y además tan próximas al comienzo del tratamiento, generó la necesidad del paciente, al retomarlas, de acudir con la esposa como una garantía de cierto freno ante su propia reacción agresiva frente al terapeuta. Otra cuestión que no se ha tenido en cuenta, porque no queda incluida desde la perspectiva teórica del autor, es lo que la esposa puede representar de aspectos disociados y proyectados del paciente. De ahí, también, creo la necesidad de traerla a la vuelta.

En la octava sesión, en contra de lo acordado, el paciente viene solo, aduciendo que así trataba de ser más independiente de la esposa. Sin embargo, cuando en la novena sesión se le anuncia el final del tratamiento para cuatro sesiones después, coincidiendo con

que el terapeuta tomará unas vacaciones, el paciente necesitará venir acompañado de la mujer de nuevo, sin avisar previamente, lo que el terapeuta acepta, al menos durante la primera parte de la sesión. Además, dicha aceptación es intencional, pues es acorde con uno de los focos escogidos por el terapeuta: que el paciente comparta simbólicamente a su mujer con una tercera persona. Desde mi perspectiva, cabe entender la situación como una actuación del paciente (el venir con la esposa, sin avisar) en la medida que no pudo tolerar la ansiedad que le despertó el anuncio de la terminación del tratamiento. Ansiedad que no fue recogida, es decir, interpretada; de ahí la inevitable actuación que tampoco fue interpretada, pues, al contrario, fue considerada expresión positiva del logro de una de las áreas focalizadas. Más adelante volveré sobre la focalización.

Desde la perspectiva de la ansiedad ante la separación, estas sesiones previas a la interrupción, además consideradas por el terapeuta como un posible final, pueden comprenderse de otra manera. Así, se entiende el retroceso clínico del paciente que, según advierte el propio terapeuta pero no interpreta, parece que tenía la finalidad de torturarlo a él mismo, como reacción vengativa, al sentirse abandonado cuando el paciente sigue necesitando de ayuda. La demanda de un test que hace el paciente podría entenderse como una petición más genérica de ayuda, lo que parece que es intuido por el terapeuta al ofrecerle unas sesiones más a la vuelta. Pero como el propio Balint reconoce, tal demanda le asusta, porque no se encontraba con las condiciones de encuadre adecuado para responder a la misma en un paciente tan grave.

Da la impresión que el terapeuta se tranquiliza a sí mismo al calmar al paciente mediante el aplazamiento de la decisión de terminar después de la vuelta, a la espera de los resultados de cómo el paciente tolerará la separación, como una prueba que le permitirá valorar la consistencia de lo conseguido en el tratamiento. Pero Balint no parece muy convencido de ello cuando contempla la posibilidad de derivarlo a un tratamiento más intenso que es lo que necesitaría. Aunque enseguida piensa que no lo ve viable por varias razones. Una, porque no parece que el paciente pudiera cumplir con las exigencias del encuadre necesario para ello, como una mayor frecuencia de sesiones, dadas las dificultades de desplazamiento; pero otra razón que aduce el terapeuta, y que me parece significativa, es la de que difícilmente el paciente aceptaría la derivación a otro profesional

dada la confianza conseguida con él. De manera que el terapeuta se encuentra en un dilema contratransferencial. De una parte, quiere dar por terminado el tratamiento ahora con su marcha, aunque tiene dudas de que el paciente esté en condiciones, pues necesitaría un tratamiento más largo si fuera viable, lo que debe generar algún sentimiento de culpa por dicho «abandono»; por otro lado, al haber trabajado en base a la transferencia positiva exclusivamente, cabe la posibilidad de que la transferencia negativa disociada sea dirigida al próximo terapeuta al que se derive el paciente, según teme el propio Balint.

La reacción del paciente a la vuelta de las vacaciones puede entenderse de carácter más bien maníaco: retrasa la vuelta a las sesiones, tomándose él una semana más, como si con ello indicara que puede prescindir del terapeuta cuando quiera; o que el paciente no es menos que el terapeuta, en el sentido que si este se toma cinco semanas de vacaciones, él se toma seis. Esta actitud de autosuficiencia y triunfo parece confirmada por el material clínico (sesión 14) en el que dice sentirse bien y es capaz de disfrutar de la vida. ¿Cómo es posible semejante mejoría en un paciente tan grave, precisamente después de seis semanas de ausencia de tratamiento? Esta reacción maníaca, ¿no se tratará más bien de una huida hacia la «salud»? Pero queda más evidente aún en el hecho de que se ha comprado un coche veloz, y al decir que ya ha superado su temor al padre, sintiendo ahora más bien pena o indiferencia por él. Obviamente, cabe preguntarse si también respecto del terapeuta.

Desde la perspectiva de las ansiedades de separación, sorprende que el terapeuta no haga ninguna interpretación y que incluso llegue a sentirse satisfecho por la reacción del paciente. Quizá porque se había temido lo peor, tal y como quedaron las cosas antes de la interrupción.

Pero dicho bienestar dura muy poco, lo que se entiende desde la línea de reflexión que estoy desarrollando. En efecto, al cabo de dos sesiones, el paciente vuelve acompañado de la esposa. ¿Responde ello a la necesidad de que sea la mujer quien comunique todo el malestar y sufrimiento del paciente, que el terapeuta no captó tras la defensa maníaca, para encubrir su desesperación ante la inminencia de la terminación? Es entonces cuando Balint interpreta la transferencia al relacionar la reagudización de los síntomas con la terminación del tratamiento. Pero parece que eso no es suficiente porque el paciente

responde que las figuras paternas (incluidas en ellas las del terapeuta) son inservibles: la madre vieja de la que teme que se vuelva loca (¿es por temor a que también el terapeuta enloquezca por lo que ha de terminar este tratamiento? podría ser la fantasía del paciente), y por otro lado, la figura del padre con quien mantiene una actitud de indiferencia (el terapeuta, ha sido vencido y, por lo tanto, ya no le sirve). De acuerdo con esta reflexión, no sorprende que el paciente no acepte la propuesta del terapeuta de continuar el tratamiento, argumentando que ya no necesita más ayuda, y mostrando incluso su agradecimiento por él, en la medida que ha quedado disociada y no interpretada la transferencia negativa.

De todo ello el autor extrae la conclusión de que se han cumplido los objetivos terapéuticos propuestos, consistentes en que el paciente acepte ser el ganador frente a otros hombres, incluido el padre (y el terapeuta, podemos añadir) que era el primer foco. Conclusión sorprendente desde la perspectiva que lo estoy considerando, de las ansiedades de separación, pues como hemos visto, más bien cabría entenderlo como una reacción de triunfo maníaco. En cuanto al hecho de que el paciente se presente con la mujer es considerado por el terapeuta como el logro del segundo foco propuesto, el de compartir a la mujer con un tercero, en este caso, el terapeuta. Sin embargo, como yo lo entiendo, lo vería más bien como un *acting-out* del paciente ante la intolerancia por la terminación del tratamiento, como he dicho, como una maniobra defensiva de que sea la esposa quien asuma las quejas del malestar que él no se atreve a mostrar al terapeuta. Esto último hace pensar que bajo la imagen de cordialidad que es percibido el terapeuta, debe existir otra imagen temida ligada a la transferencia negativa disociada, y por lo tanto no resuelta.

A instancias del médico de cabecera, el paciente vuelve en un estado de empeoramiento. Balint lo entiende como expresión de no haber tolerado vencer al oponente. ¿No será que el propio Sr. Baker no ha podido hacer la demanda, ya que no ha quedado un predominio de transferencia positiva de la relación terapéutica, sino de la negativa? ¿No podría también comprenderse esta transferencia negativa como que al fracasar la defensa maníaca, frente al sentimiento de culpa por la desvalorización del terapeuta, al convertirlo, como a los padres, en un figura vieja, incapacitada, que le inspira más bien pena e indiferencia, es sentido como persecutorio? Sin embargo, la respuesta del terapeuta al intensificar el tratamiento, incluso, aumentando las sesiones a dos por

semana, muestra que es suficientemente fuerte y no débil, como el paciente pudiera desear y temer al mismo tiempo.

Creo que el hecho de venir acompañado por alguien en algunas sesiones muestra la necesidad del paciente en depositar en la mujer, primero, y en el amigo, después, la responsabilidad de enfrentarse a un terapeuta con el que hay tantos problemas. Así, el amigo viene a «aconsejar» al terapeuta sobre ciertas medidas que debería tener en cuenta con el paciente, poniendo implícitamente en entredicho su capacidad terapéutica, queja que el paciente no puede asumir y expresar directamente. No extraña, pues, que durante todo el tratamiento predomine un clima de cordialidad, es decir, de transferencia positiva, aún tratándose de un paciente paranoide, precisamente en la medida que toda la negativa queda disociada.

Tampoco se aclara si la inmediata interrupción de dos meses será un paréntesis o la terminación definitiva del tratamiento, ni siquiera en la última sesión (la 26) antes de la interrupción. A la vuelta, la sesión 27, el paciente viene de nuevo acompañado de la esposa, como cada vez que se ha producido un corte en el tratamiento. Pero de manera sorprendente manifiesta una mejoría clínica que justificaría, de acuerdo con el médico de cabecera, la terminación del tratamiento, pues «no habría necesidad de seguir profundizando en sus problemas». El propio Balint comenta que entre las razones de dicha decisión parecía estar la pérdida de confianza del médico de cabecera en la psicoterapia. Es decir, una vez más, el paciente no puede asumir la responsabilidad de la queja por la pérdida de confianza en el terapeuta debiendo delegarla, ahora en el médico de cabecera.

Es indudable la habilidad técnica y capacidad terapéutica del autor para manejarse con un paciente sumamente difícil. Por ello, lo que se pretende con esta revisión, no es poner en tela de juicio dicha capacidad en Balint, sino la posible generalización de la técnica para una psicoterapia focal, que pueda considerarse modélica, como explícitamente se dice en el subtítulo de la edición española.

Balint guarda fidelidad a su conocida actitud técnica de ser receptivo a las «ofertas» del paciente, como recomienda a los médicos de cabecera. Pero, como he tratado de mostrar, tal actitud en el marco de una psicoterapia puede constituir más bien la

aceptación de *acting-outs* del paciente para evitar el *insight* de algo que resulta doloroso, lo que comporta una colusión del terapeuta.

La flexibilidad en la técnica es algo necesario para atender la demanda específica de un paciente, sobre todo cuando se trata de patologías graves, y puede ser la única manera de preservar un vínculo asistencial con el paciente. Creo que eso es lo que sucede con una serie de cambios que introduce el autor: variación en la frecuencia de sesiones, aceptar la presencia de la mujer en algunas, dejar abierta la duración del tratamiento, e incluso la fecha de finalización cuando estaba a punto de terminar, etc. Todo ello me hace pensar que nos encontramos frente a lo que yo denominaría una «situación terapéutico–asistencial» más que una psicoterapia propiamente, en la que se trata de mantener una continuidad de la relación terapéutica, para lo cual se irán introduciendo modificaciones en el encuadre en función de las necesidades. Pero creo que es diferente del encuadre específico de una psicoterapia focal, como yo lo entiendo y veremos más adelante. Así que mi sugerencia es que lo que se describe en el caso del Sr. Baker estaría más cerca de lo que podemos denominar un *proceso terapéutico–asistencial*, que un auténtico *proceso psicoterapéutico*.

En mi opinión, incluso en una psicoterapia breve, para que se desarrolle un proceso psicoterapéutico, me parece necesario establecer claramente unas condiciones de encuadre. Y toda modificación que nos viene dada por el paciente debería acompañarse de una imprescindible clarificación e interpretación, para luego aceptarla o no, según que vaya a favor o en contra del proceso. Ello es bien diferente del proceso «asistencial», donde las «ofertas» del paciente, generalmente grave, y del entorno inmediato, han de ser más ampliamente aceptadas.

Desde esta perspectiva, de la consecución de un proceso psicoterapéutico, el establecimiento y mantenimiento del encuadre es una cuestión que compete de manera especial a la responsabilidad del psicoterapeuta. Es decir, que aunque contamos con la colaboración del paciente, también cabe que por su psicopatología habrá momentos en los que tratará de alterar o introducir modificaciones del encuadre, lo que requiere del terapeuta que comprenda de dónde procede dicho intento para interpretarlo. Por ello, me parece discutible la argumentación que da el autor de las actuaciones del paciente en el

sentido de alterar las condiciones de encuadre, como traer a la mujer sin previo aviso, aduciendo que ello «le permitiría hacer descubrimientos por sí mismo». Creo que en tales actuaciones en las que el paciente evita asumir la responsabilidad de la sesión, como en este caso al pretender que lo haga la mujer, corresponde al terapeuta la responsabilidad de clarificar el porqué de las mismas a fin de ayudar al paciente a comprender lo que está sucediendo. También incluyo en la responsabilidad del terapeuta la duración del tratamiento, no dejándolo exclusivamente en manos del paciente, como hemos visto aquí.

De todas formas, para comprender mejor la obra de M. Balint sobre la psicoterapia focal, habrá que considerarla en el contexto de otros trabajos suyos de aplicación de las ideas psicoanalíticas. Como es sabido y ya mencioné, Balint realizó una importante labor en el campo de los médicos de cabecera. Esta considerable experiencia quedó recogida en su ya clásico libro de 1957, *El médico, su paciente y la enfermedad*. Posteriormente, realizó (en colaboración con Enid Balint) una elaboración teórica de la técnica utilizada en psicoterapia médica: *Técnica Psicoterapéuticas en Medicina* (1961).

La conclusión que puede extraerse de la consideración conjunta de estas obras, junto a la de psicoterapia focal, es que M. Balint parece sentirse más cómodo en aquéllas que en esta última. Es decir, en la medida en que pretende «aplicar» el psicoanálisis a una modalidad de psicoterapia que no sea la de larga duración, sino más limitada en sus objetivos, parece entrar en una contradicción. Por una parte, resulta «demasiado» psicoanalítico en cuanto a la comprensión del contenido, tratándose de una psicoterapia limitada (en el tiempo y los objetivos). Así, al considerar la homosexualidad latente como una cuestión subyacente central, plantea como objetivo terapéutico el conseguir que el paciente acepte triunfar en la rivalidad derivada de ello ante la figura parental, así como el poder compartir la esposa simbólicamente con el terapeuta. Por otro lado, tal vez por un exceso de prudencia se ha evitado un encuadre sistemático para que no se aproximara demasiado al de una psicoterapia psicoanalítica de larga duración, y menos aún al de un psicoanálisis, y evitar confundir entonces la psicoterapia focal con éstas. Pero, como hemos visto, se hace de tal forma que se dejan de considerar cuestiones que me parecen básicas desde una perspectiva fundamentada en principios psicoanalíticos, como es la de establecer un encuadre específico, en este caso para la psicoterapia breve y focal.

Por el contrario, en mi opinión, M. Balint se muestra «más psicoanalítico» en la obra anterior, *Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina*, (M. y E. Balint, *op. cit.*). Aunque parezca paradójico, dicha obra está desprovista de «comprensiones psicoanalíticas» pretendidamente profundas, en la medida que no se utilizan descripciones con terminología psicoanalítica, como es el caso en *Psicoterapia focal*. En ésta última, tales comprensiones parecen más bien esquemáticas, y aunque se insiste en la necesidad de que toda interpretación ha de ir acompañada del componente emocional para ser efectiva, del material se desprende que en ocasiones resultan un tanto intelectualizadas. Pero precisamente por eso, por forzar demasiado la descripción en términos de lo que se supone es una «comprensión psicoanalítica». En las obras relativas a su trabajo con los médicos de cabecera, en cambio, su actitud es la de estar cerca de la clínica, de lo que el paciente «ofrece» y el terapeuta responde. Y es eso precisamente lo que, hoy día, entendemos como la mejor descripción de los dinamismos inconscientes, y no tan solo en los pacientes orgánicos de los médicos de cabecera, sino en los atendidos en psicoterapia.

Además, la obra *Psicoterapia focal* me parece que adolece de la falta de otros elementos psicoanalíticos posibles de aplicación en una psicoterapia aún con las limitaciones propias del *setting* que ofrece la focal. Y esto es así en el sentido de que, al enfatizar una postura receptiva en el terapeuta y de crear un clima facilitador para el paciente, estimulando la transferencia positiva, creo que se descuidan otros aspectos de la contención como son el detectar y mostrar las ansiedades de separación y las defensas correspondientes, así como el reconocimiento de la transferencia negativa, en particular la ligada a las mismas.

Da la impresión que la actitud técnica del autor de *Psicoterapia Focal* es una especie de compromiso derivado de dos factores. Por un lado, el Balint en su experiencia como psicoanalista; y, por otro, el Balint que realiza la experiencia con médicos de cabecera. Pero parece que no hubiera escogido lo mejor de cada una de tales experiencias. Tal vez, como decía, por esa prevención en evitar que se pueda malentender que con la psicoterapia breve se está pretendiendo una especie de psicoanálisis abreviado. Así, de la experiencia como psicoanalista toma el trabajo interpretativo «profundo» que, tal vez resulta demasiado esquemático e intelectual, no apreciándose las posibilidades de elaboración por el paciente.

Del trabajo con médicos de cabecera escoge la actitud de flexibilidad de aceptar las ofertas del paciente, lo que, como he señalado, en el marco de una psicoterapia puede suponer un riesgo de entrar en colusión con aquel, al no clarificar lo que en dichas modificaciones del encuadre hay de *acting-out* del paciente.

Por ello, parecería más recomendable para el psicoterapeuta de orientación psicoanalítica el estudio de *Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina*, —aunque lo que sistematiza en esta obra es una «psicoterapia para el médico»—, que *Psicoterapia Focal*, a pesar del subtítulo de ésta última en la versión española, «una psicoterapia breve para psicoanalistas», como ya mencioné. Con respecto a «la psicoterapia para el médico» habría que decir unas palabras. Puede dar la engañosa impresión de que se trata de una actividad de fácil aprendizaje. El mismo Balint lo advierte (Balint, 1961) cuando dice que tantas instrucciones como aporta en su libro solo pueden seguirse *si ya se sabe cómo ejercitar esta destreza* (cursiva mía). Parece una contradicción: ¿cómo se puede aprender algo si para ello se necesita tener un aprendizaje previo? La explicación consiste en que se está refiriendo a un tipo de aprendizaje particular no exclusivamente intelectual, sino que comporta un componente emocional básico. Es lo que Bion ha denominado «aprendizaje a través de la experiencia» (Bion, 1963). De ahí el método que propuso para aprender esta técnica y que hoy conocemos con el nombre de «Grupos Balint». De manera que para alcanzar esa «sencilla profundidad» se requiere de una dilatada experiencia. Pero tanto o más aún si se pretende llevar a cabo una psicoterapia, y no tan solo tener en cuenta los aspectos psicológicos de la práctica médica. Pues en ese caso se trata de una actividad específica que requiere del especialista psicoterapeuta una formación determinada.

Por eso, en mi opinión, hablar de «la psicoterapia del médico de cabecera» puede dar lugar a confusión, tanto para los propios médicos, como los psicoterapeutas y los pacientes, en la medida que el concepto de psicoterapia queda demasiado difuminado. De ahí la necesidad de precisar qué se entiende por psicoterapia².

² Los objetivos de esta contribución no permiten extenderme en la precisión de lo que entiendo por psicoterapia. Puede consultarse mi obra ya mencionada (A. Pérez-Sánchez, 2014).

Referencias bibliográficas

Balint, M. (1957), *Le médecin, son malade et la maladie*, París, Payot, 1960.

Balint, M. y E. Balint (1961), *Técnicas psicoterapéuticas en Medicina*, México, Siglo XXI Editores, 1966.

Balint, M., E. Balint, R. Gosling y P. Hildebrand, (1966), *La capacitación psicológica del médico*, Barcelona, Gedisa, 1984.

Balint, M. y J.S. Norell (Compiladores). (1972), *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta del médico general*, Buenos Aires, Paidós, 1979.

Balint, M., P.H. Orstein y E. Balint (1972), *Psicoterapia focal*, Buenos Aires, Gedisa, 1986.

Bion, W.R. (1962), *Learning from Experience*, London, Karnac Books, 1991. Trad. Cast, *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires. Paidós, 1966.

Pérez-Sánchez, A. (2014), *Psicoterapia Breve Psicoanalítica. Una experiencia de psicoanálisis aplicado. Clínica y teoría*, Barcelona, Xoroi Edicions.

Resumen

Se hace una lectura crítica del libro de Michael Balint *Psicoterapia Focal*. Tras un amplio resumen del caso clínico en el que se centra la obra, el autor contrasta el modelo de la mente que, en su opinión, subyace a la obra de Balint junto a la técnica correspondiente, con su propio modelo y técnica. Se concluye que pueden resultar más útiles para el psicoterapeuta algunas de las obras del autor británico creadas para médicos de cabecera que el texto comentado.

Palabras clave: psicoterapia focal, psicoanálisis aplicado, M. Balint.

Summary

This is a critical review of Michael Balint's book *Focal Psychotherapy*. After an extensive synthesis of the clinical case on which the book is focused, the author draws a comparison between the model of mind which, in his opinion, lies beneath Balint's work, together with the corresponding technique, and his own model and technique. He comes to the conclusion that some of the British author's works aimed at general practitioners could be more useful for psychotherapists than the book under review.

Key words: focal psychotherapy, applied psychoanalysis.

Antonio Pérez Sánchez

Psiquiatra. Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (SEP-IPA). Miembro titular con funciones didácticas de la SEP.

Miembro del equipo europeo de redacción del Encyclopaedic Dictionary of Psychoanalysis de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Coordinador del Sponsoring Committee para el Grupo de Estudios de la IPA, Nucleo Português de Psicoanálisi, Lisboa.

aps.nijar@gmail.com