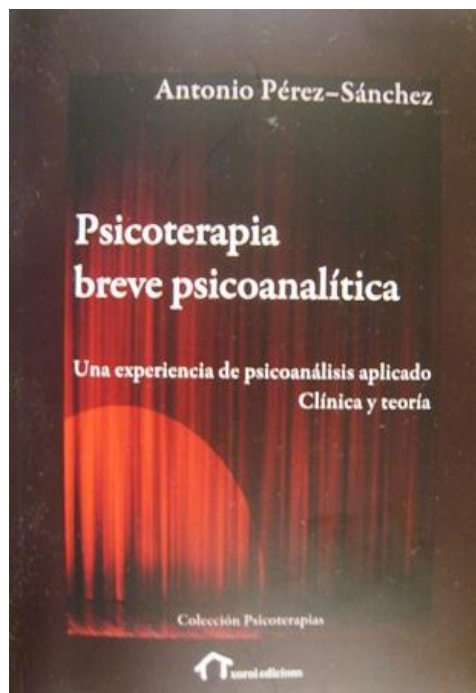


RESEÑA

Rosendo Camón



Psicoterapia breve psicoanalítica
Una experiencia de psicoanálisis aplicado. Clínica y teoría
De Antonio Pérez Sánchez
Xoroi edicions. Colección Psicoterapias, Barcelona, 2014

Antonio Pérez Sánchez es médico, psiquiatra, psicoanalista didáctico y supervisor de la Sociedad Española de Psicoanálisis (IPA). Fue presidente de la SEP desde 2008 a 2012. Durante años ha trabajado en la asistencia pública y en la actualidad trabaja en la práctica

privada en psicoanálisis y psicoterapia. Es profesor del Instituto de Psicoanálisis de Barcelona y del Núcleo Portugués de Psicoanálisis (Lisboa). Ha escrito artículos sobre diversos aspectos psicológicos desde la perspectiva psicoanalítica: envidia, verdad psíquica, perdón y temporalidad; así como sobre técnica en psicoterapia y psicoanálisis. Es autor de los siguientes libros: *Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica* (1992); *Prácticas Psicoterapéuticas. Psicoanálisis Aplicado a la Asistencia Pública* (1996); *Análisis Terminable. Estudio de la terminación del Proceso Psicoanalítico* (1997) y *Entrevista e Indicadores en Psicoterapia y Psicoanálisis* (2006). Ahora vuelve a escribir sobre Psicoterapia breve psicoanalítica en el libro que comentamos.

El interés por desarrollar técnicas que abreviaran en el tiempo las terapias psicoanalíticas siempre ha estado presente a lo largo de la historia del psicoanálisis. Muchos de los primeros tratamientos de S. Freud fueron de tiempo limitado, como es el caso de *El Hombre de las ratas* (1909), un análisis de un caso de neurosis obsesiva que duró 11 meses. El mismo Freud decidió fijar un tiempo de terminación en su análisis de *El Hombre de los lobos* (1914-1918) con la idea de abreviar el tratamiento, aunque posteriormente cuestionara esta decisión. S. Ferenczi y O. Rank (1920 y 1925) propusieron técnicas para abreviar los tratamientos psicoanalíticos. Finalmente, en *Análisis terminable e interminable* (1937) S. Freud volvió a ocuparse del interés para que en el futuro se consiguieran técnicas que redujeran los tratamientos psicoanalíticos.

Si nos centramos en aquella época podemos ver como el interés por abreviar las psicoterapias psicoanalíticas se asocia a polémicas respecto a la técnica más adecuada y a los riesgos de que dichas modificaciones técnicas limitaran los resultados terapéuticos. En las últimas décadas han proliferado estudios y publicaciones sobre el tema que han ido ampliando aspectos de la teoría y de la técnica en que se basa la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica.

Actualmente es elevada la referencia a la psicoterapia breve en las revistas científicas de psiquiatría y psicología. Aunque los modelos más citados siguen siendo la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal, las llamadas psicoterapias dinámicas aparecen cada vez con más frecuencia.

El autor revisa diferentes modelos de psicoterapia breve psicoanalítica o psicodinámica, describiéndolos brevemente y cuestionando el carácter psicoanalítico de alguno de ellos, considerando que de un modo confuso incluyen diversas técnicas que no son psicoanalíticas, como es el caso del trabajo de Bellack y Small (*Psicoterapia breve y de emergencia*, 1965). También dedica unas páginas del libro a revisar el trabajo de M. Balint en su libro sobre *Psicoterapia focal* (1985). Aunque valora el carácter pionero del excelente trabajo de Balint, cuestiona que se pueda considerar como un modelo de psicoterapia breve psicoanalítica, basándose en las alteraciones de *setting* que este realizaba. En su opinión, el trabajo psicoterapéutico que realizó Balint con su paciente, alterando el *setting* y compatibilizando sesiones individuales con entrevistas de pareja, fue posiblemente el más adecuado en el caso de su paciente, con una celotipia paranoide; pero no lo consideraría una psicoterapia psicoanalítica en el sentido que preconiza en su libro, sino una intervención psicoterapéutica de otra índole. Lo que sí resalta es la aportación de Balint a la teoría y técnica de la focalización.

Antonio Pérez Sánchez fundamenta el libro actual en su experiencia como terapeuta y como supervisor a lo largo de décadas, refiriéndose a su trabajo en la asistencia pública en salud mental expuesto en la monografía *Elementos de psicoterapia breve psicoanalítica* (1990), en su posterior colaboración como supervisor en la investigación POP (Proyecto de investigación de psicoterapia de orientación psicoanalítica) desarrollada en la Fundació Vidal i Barraquer y en su experiencia en el ámbito privado.

Con claridad expositiva y rigor conceptual, desarrolla los conceptos teóricos y técnicos en los que se basa su modelo de psicoterapia breve psicoanalítica. Parte de un *modelo de la mente*, basado en conceptos psicoanalíticos kleinianos y bionianos, integrando la teoría pulsional con la relación como vínculo continente. Su *modelo psicoanalítico* se basa en la teoría del conflicto psíquico entre consciente-inconsciente, pulsión-ansiedad, defensa y en los elementos técnicos clásicos del psicoanálisis. El *objetivo psicoterapéutico* es el de promover cambios psicológicos y relacionales, más allá de la mejoría sintomática. Considera que dicha psicoterapia precisa de un *proceso psicoterapéutico* que define como una experiencia vincular de relación significativa entre paciente y terapeuta, y que debe darse en un tiempo suficientemente largo como para que

pueda desarrollarse una comprensión de algunos aspectos inconscientes de la vida mental del paciente y con un *adecuado encuadre* que lo posibilite.

Así pues, lo que él entiende como Psicoterapia Breve psicoanalítica (PBP), se basa en los siguientes postulados:

1. Un *encuadre* claro, acordado previamente con el paciente y mantenido con firmeza por el terapeuta.
2. La *focalización* –que incluye la comprensión de la relación de objeto predominante– la ansiedad asociada y las defensas prioritarias.
3. Descripciones de las intervenciones del terapeuta, tanto verbales como no verbales.
4. Se fomenta y acepta la asociación libre del paciente, aunque matizada por la focalización, así como la atención flotante del terapeuta pero con cierta disociación instrumental (*foco en standby*).
5. Se mantiene el objetivo de incremento de *insight* y de *elaboración*, aunque sea parcial.
6. La *actitud del terapeuta* debe ser activa, pero neutral.

En cuanto a las indicaciones para PBP, el autor las resume con el siguiente comentario: “Persona que consulta voluntariamente y trae, por sí sola, con sus aspectos adultos, al paciente que sufre y al niño que necesita crecer, con alguna capacidad para decir Hola y decir Adiós”. O sea, nos habla de un paciente con suficiente motivación y autonomía, en contacto con su ansiedad, motivado para el cambio psíquico, capaz de vincularse y de tolerar la separación. Estas características incluirían a pacientes con estructuras primordialmente neuróticas, algunos trastornos de personalidad agrupados en *cluster C* (DSM) y excluyendo a personalidades muy dependientes, pasivo agresivas y estructuras de personalidad con características predominantemente psicóticas y narcisistas (todas las psicosis y trastornos de personalidad del *clúster A y B*).

Basándose en resultados de la investigación POP, resalta la indicación de Psicoterapia breve psicoanalítica en pacientes con duelos antiguos no resueltos y en pacientes con conflictos adolescentes persistentes. En la indicación se centra en evaluar las ansiedades básicas de *integración, vinculación y separación*.

En cuanto a la cuestión de la Focalización, revisa diversos modelos y los agrupa en tres tipos:

- El *foco universal*, relacionado con las ansiedades de separación y el duelo por la terminación, representado por Mann.
- El foco que viene derivado del propio encuadre (*efectos del encuadre*), representado por Guillerón.
- El *foco clínico* establecido por el terapeuta en función de las entrevistas diagnósticas, representado por Malan (1963,1976).

El autor se adscribe a un modelo de foco en el que integra el foco clínico y el foco universal. El foco incluiría, como elemento central, la relación de objeto predominante en el conflicto, la ansiedad básica y la defensa predominante (modelo de conflicto). El autor piensa que dicho foco ha de ser claro pero holgado y laxo, compatible con la asociación libre y capaz de ser modificado a lo largo del tratamiento, aunque evitando una excesiva dispersión. En este sentido describe conceptos como *Contexto del foco* (realidad externa), *Deslizamiento del foco* y *Niveles del foco*.

Respecto a las intervenciones del terapeuta, distingue entre las intervenciones no verbales y las verbales.

Reconoce la importancia de las intervenciones no verbales ya que, como en toda relación, la actitud, la gestualización, la mirada, el tono de voz, el modo de saludarse y despedirse, etc., comunican emociones que influyen y determinan las características del vínculo con el otro. Sin embargo, el autor alerta sobre aquellas intervenciones no verbales de base inconsciente que pueden suponer un *acting-out* o *enactement*.

En mi opinión, aunque estoy de acuerdo con este comentario del autor, querría señalar la importancia de que la actitud del terapeuta sea espontánea. Sobre todo un terapeuta inexperto, ante el temor al *acting out* o *enactement*, puede responder con una conducta excesivamente ritualizada y controlada que le reste viveza y espontaneidad. Yo enfatizaría la idea de que la capacidad de “observarse observando” ha de ser compatible con la espontaneidad y naturalidad.

En cuanto a las intervenciones verbales, el autor descarta aquellas que tengan como objetivo la sugestión y prioriza las que promuevan la abreacción de emociones, la confrontación, el señalamiento, la clarificación y, por último, la interpretación. Sugiere evitar las interpretaciones sobre el pasado que puedan favorecer la intelectualización y en cambio, primar las interpretaciones que relacionen el conflicto interno con los conflictos en las relaciones actuales. Estas interpretaciones recogerán mejor el componente emocional del *aquí y ahora*. Por último, propone evitar las interpretaciones transferenciales, utilizándolas solo si se produce un *impasse* o en la etapa de terminación de la psicoterapia.

En referencia al tiempo de la psicoterapia y su terminación, propone un tiempo suficiente para que se desarrolle un proceso vincular que, en su experiencia, puede ser de no menos de 3 meses y un máximo de 12 meses, realizando una sesión semanal. La determinación del tiempo de duración de la psicoterapia se plantea y acuerda con el paciente al inicio de la terapia. El tiempo y la terminación se pueden plantear en número de sesiones o dando una fecha fija de terminación.

El autor comenta que en su experiencia es mejor plantear el tiempo en periodos naturales (final del año, primavera, etc.). Opina que la limitación temporal no se deriva solo de la presión asistencial y que dicha limitación temporal puede ser adecuada en función de determinadas características del paciente y del contexto en el que se hace la demanda de terapia. Cree que si la indicación es adecuada, la limitación temporal no suele suponer un obstáculo y que, por el contrario, a menudo es un acicate en la evolución del proceso terapéutico.

El tiempo objetivo lineal contrasta con la noción del tiempo en el inconsciente, que es circular. La planificación estratégica que supone la alusión al tiempo objetivo, fijando una fecha de terminación, parecería entrar en contradicción con la propuesta de asociación libre y la actitud de atención flotante del terapeuta. En relación con esta cuestión, el autor describe un fenómeno observado en su experiencia en psicoterapia breve. En determinados periodos del proceso terapéutico, paciente y terapeuta parecen olvidar la cuestión del tiempo. Este *olvido temporal del tiempo* representa para el autor un

fenómeno positivo, *una disociación instrumental* necesaria para que pueda crearse un clima vincular y continente que facilite la evolución de la psicoterapia.

El autor describe los fenómenos clínicos que aparecen asociados con la terminación y los relaciona con las ansiedades de separación, el duelo por la terminación de la relación terapéutica y por la renuncia a determinadas expectativas, así como con las resistencias a la introyección y la posterior elaboración.

- Los objetivos de la etapa de terminación serían:
- La elaboración del duelo por el final.
- La evaluación de resultados y la elaboración de las limitaciones de lo conseguido.
- La comprensión del retorno de los síntomas como resistencia a la terminación y el reconocimiento de objetivos no cumplidos. Cabe señalar que esta tarea implica un duelo del paciente y también del terapeuta.

Antonio Pérez Sánchez subtitula este libro con el epígrafe *Una experiencia de psicoanálisis aplicado. Clínica y teoría*. Entiendo que es el modo de indicar que no pretende que el libro sea una guía manualizada de cómo debe practicarse la psicoterapia breve psicoanalítica. Con claridad y rigor nos expone su modelo teórico y técnico, incluyendo viñetas de material clínico y estudios longitudinales de casos. En las numerosas tablas que incluye, intenta mostrarnos también la aproximación y elaboración de datos empíricos resultantes de la investigación POP.

De la lectura del libro se deduce que la práctica de la psicoterapia breve psicoanalítica precisa de una formación prolongada, extensa y rigurosa, diferenciándose de la idea de una formación de manual sencilla y rápida, para ser aplicada tras un breve curso de formación. Este enfoque del aprendizaje de la práctica psicoterapéutica, que comparto plenamente, se diferencia de la idea que en la actualidad parece querer imponerse en algunos programas de gestión sanitaria en el campo de la salud mental, en los que la estrategia y la aparente simplicidad que puede seducir a los gestores sanitarios prima sobre la teoría y la técnica basada en la experiencia clínica, obviando la complejidad de los fenómenos mentales y de su atención terapéutica.

De la lectura de este libro, cabe destacar el rigor conceptual, la claridad expositiva y la honestidad con que el autor acompaña la exposición de sus conceptos teóricos y técnicos de extenso material clínico. De este modo, el lector puede hacerse una idea clara de cuál es su modelo de Psicoterapia breve psicoanalítica. Así mismo, transmite claramente lo que entiende como *actitud psicoterapéutica* en el diagnóstico y tratamiento de pacientes: el modo de acercarse a la complejidad de la salud y enfermedad mental desde un vertex psicoanalítico y ponerlo al servicio de la relación terapéutica y del trabajo multidisciplinar.

Rosendo Camón Solsona

Médico. Especialista en Psiquiatría y Neurología.

Psicoanalista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (S.E.P) y de la Asociación Psicoanalítica Internacional (A.P.I)

8674rcs@comb.cat