



4. Terapias breves *versus* efectos terapéuticos rápidos

Lucía D'Angelo

1. Las terapias breves

Partamos para nuestro examen de algunas consideraciones generales sobre las que se apoya la práctica psicoterapéutica de las terapias breves. El esquema de referencias —la *teoría de la técnica*— que define este tipo de práctica terapéutica parece haberse sustentando en lo central sin demasiados cambios a lo largo de más de treinta años.¹ Si se han producido algunas modificaciones, los cambios se deben más a las *técnicas* de abordaje terapéutico que a la teoría, tanto menos a la clínica. En dichas prácticas el concepto de *foco* es un eje central. Con frecuencia este eje está determinado por el motivo de consulta: síntomas, situaciones de crisis, descompensaciones que alarman al paciente. Íntimamente ligado al motivo de consulta y subyacente al mismo, se localiza cierto *conflicto nuclear* exacerbado. Así, en cada uno de esos focos, el eje está determinado por el motivo de consulta y el conflicto nuclear subyacente que se inserta en una *situación* específica. El concepto de *situación*, en el que convergen las perspectivas existenciales del paciente, puede aportar, según los autores que siguen esta corriente terapéutica, un modelo adecuado capaz de producir una aproximación del abordaje terapéutico.

De esta forma, en la sesión, el terapeuta debe deducir el *foco* ante el despliegue inicial que aporta el paciente. A lo largo del proceso terapéutico el *foco* puede ir modificándose. Pero en la psicoterapia breve es probable que todo el proceso gire sobre

1. Fiorini, Héctor J.: *Teoría y técnica de psicoterapias*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1973.

una *situación focal* y el avance del proceso consista solamente en los aportes al modelo estructural que se vaya construyendo de la *situación*. El terapeuta debe ejercer un papel *activo*, es decir que tiene que hacer uso de todo recurso facilitador del proceso de investigación y *comprensión* de la problemática del paciente. Sus *recursos técnicos* son múltiples; mencionemos algunos de ellos. El terapeuta ofrece evidencias no ambiguas de que *comprende* al paciente; evidencia también su *calidez*, es decir, que en sus gestos y tonos de voz la persona que está tratando no le es indiferente; debe ser *espontáneo* para crear un clima de libertad, creatividad y permisividad; debe tomar *la iniciativa* para desempeñar un papel activo a fin de estimular la tarea terapéutica; debe asumir un *rol docente* que enmarca la tarea definida *pedagógicamente* de la relación de trabajo terapéutico; debe *motivar* y clarificar los objetivos terapéuticos, etcétera. En definitiva, para los autores, la estrategia terapéutica implícita de la demanda es la de *repetir-diferenciando para dejar de repetir*. El terapeuta debe responder a la necesidad de adecuarse a la dialéctica de esta estrategia que requiere del *vínculo terapéutico* y que consiste en la *flexibilidad técnica* del terapeuta. Más aún, se requiere la *inclusión selectiva de rasgos personales* del terapeuta porque es parte de la técnica.

En este contexto, y más allá de las diferentes corrientes de opinión que se suman en lo fundamental a esta concepción de las psicoterapias breves, cabe preguntarse cuáles son las diferencias con el psicoanálisis, definido de entrada en este amplio espectro como una *psicoterapia más* y no como una *terapia que no es como las otras*, según Lacan. La diferencia no es ni más ni menos que los conceptos de *transferencia* e *interpretación*. Obviamente, el *acto analítico* ni se menciona. Pero sigamos el desarrollo de estos autores porque fueron los que aportaron múltiples enseñanzas a Lacan para una renovación clínica y ética del psicoanálisis según la cual nos dejamos orientar en nuestra práctica.

La *situación terapéutica analítica* específica tiene como componente esencial, para los autores, la *ambigüedad temporal y espacial* a diferencia de la psicoterapia breve. Es decir, el largo plazo de la *duración* del tratamiento —y no la brevedad del mismo—; el empleo del diván —no el *frente a frente*—; el manejo de los *silencios* —y no la

implicación dialogante del terapeuta-. Por otra parte, el analista tiende a moverse con cierto margen de indefinición personal -y no con la implicación personal del terapeuta-. Todos éstos son aspectos contemplados en el marco preliminar de la cura, es decir, en el llamado *encuadre*. Porque el instrumento terapéutico específico y esencial en el marco del psicoanálisis, y no compartido con la terapia breve, es la particularidad estratégica de *la interpretación de la transferencia*. Interpretación de la transferencia que es atribuida a *la técnica* que tiende a crear una relación terapéutica complementaria compleja, capaz de movilizar una intensa ambivalencia en el paciente. Para los autores, *la comprensión* de la transferencia, en el *aquí y ahora*, cumple una función diagnóstica y pronóstica insustituible y es el indicador para entender la historia personal del paciente. Esta distinción *alerta* a los practicantes contra la extrapolación de modelos etiopatogénicos *explicativos* -las terapias breves- a modelos terapéuticos *operativos* -el psicoanálisis-. Esta extrapolación es señalada como factor frecuente en el campo de las psicoterapias y de la utilización incoherente de los diversos *recursos técnicos*. Así, en el psicoanálisis el análisis de la transferencia constituye el eje de la estrategia terapéutica, mientras que en las terapias breves es solamente un recurso táctico dentro de otra estrategia que justamente no consiste en producir cambios mediante la *regresión* y la elaboración del *vínculo transferencial*. De esta forma, el recurso de la transferencia en las terapias breves debe conservar su carácter de instrumento técnico-táctico destinado a ser progresivamente restringido en la medida en que la evolución del paciente, es decir, de la atenuación de los síntomas, permita la puesta en juego de las otras intervenciones terapéuticas. Entonces, ¿cuál es la diferencia entre las psicoterapias breves y las múltiples intervenciones terapéuticas y los efectos terapéuticos rápidos que en nuestra orientación de la práctica intentamos formalizar?

2. Los efectos terapéuticos rápidos

Dados los límites que este trabajo nos impone, lejos de pretender explicitar y dar respuestas a las concepciones de la cura de

los autores antes mencionados, quienes, según Lacan, han contribuido al *estrago* producido por estas desviaciones de la práctica freudiana en el movimiento analítico, quiero aportar un ejemplo clínico que se basa en el marco estricto del psicoanálisis laciano aplicado a la terapéutica para subrayar en qué reside la *diferencia* entre una terapia breve, que promueve la modificación o eventualmente la desaparición del síntoma, de lo que es un *efecto terapéutico rápido*, que reduce el goce implicado en el síntoma del sujeto y que relanza un nuevo ciclo en la dirección de la cura.

Partamos de una declaración de principios del psicoanálisis, es decir, que no existe para Lacan una teoría de la técnica. *La transferencia no es un recurso técnico sino lo que funda propiamente no sólo la dirección de la cura sino el psicoanálisis mismo*. No cedemos ante la tentación de aplicar la concepción sobre las terapias breves a pesar de las resonancias que, como veremos, podemos encontrar en el caso que vamos a examinar, sino que procederemos a aislar dos momentos clínicos -entre los que media una interrupción de un año- y en los que se producen dos efectos terapéuticos rápidos, es decir, en un breve período, y que, sin embargo, no responden a la misma estructura.

Se trata de un joven, de unos 30 años, que me consulta la primera vez porque está muy angustiado. Debe resolver en breve tiempo un problema muy difícil para él. Se trata de un verdadero problema, dado que no es alguien que acostumbra practicar un *deseo decidido* por ninguno de sus asuntos, salvo en lo que respecta a su trabajo, que tiene relación con una actividad artística elegida desde la infancia y en la que se ha formado para ser en la actualidad alguien muy exitoso. La problemática que presenta es más o menos clásica en el marco de una neurosis obsesiva. Es decir, tiene que elegir entre dos mujeres: la que supone que ama y no desea, y la que desea y no sabe si ama. La mujer que ama es la que pondría orden en su vida pero amenaza seriamente el *confort* solitario y desordenado que logra con el plus de goce que le otorga su actividad artística, y lo mortifica. La que desea, en cambio, lo *inspira* y lo vivifica pero lo desordena demasiado porque lo confronta a los avatares del deseo y lo desestabiliza igualmente en el goce de su síntoma.

En el curso de varias entrevistas que se extienden a lo largo de alrededor de cuatro meses se despliegan las coordenadas de su fantasma. Las intervenciones del analista apuntan a legitimar y recomponer la rasgada dimensión fantasmática de sus síntomas por el lado de la angustia. Si no hay clínica sin ética es porque se trata justamente de la transferencia, y la dimensión fantasmática del síntoma incluye la transferencia con el analista. Tanto el síntoma de su actividad artística como el síntoma de las mujeres —deseo decidido *versus* indecisión del deseo— se nutren de la misma estructura del fantasma y le confirman la duplicidad de su posición. El deseo decidido y un síntoma que quiere preservar y la indecisión del deseo ante la elección de una de las mujeres. Es así que, con una precisión casi *quirúrgica*, el sujeto separa los dos síntomas y consiente en tomar partido por el síntoma de las mujeres, consiente en verificar la posición que ocupa la mujer en el fantasma de la pareja y en correr el riesgo de su elección. La mujer que ama y no desea se erige en la figura que encarna el deseo mortificado del padre, verdadera figura del superyó que admite nombrarla como un verdadero Nombre del Padre, como nos indica Lacan. La recomposición de la puesta en escena del fantasma que había mostrado un destello de lo real hace ceder la angustia. Elige, así, a la mujer que vivifica el deseo e interrumpe el tratamiento por sus viajes de trabajo. Lo invito a que regrese al análisis cuando retorne de su viaje, que duraría algunos meses. Lo cierto es que no regresó hasta un año después. El alivio de su angustia y el embarcarse en la vida siguiendo el camino del deseo fue el primer efecto terapéutico que se logró en ese primer encuentro.

Es decir, la interdependencia de los síntomas con el fantasma nos revela que es suficiente tocar el hueso del fantasma para que el síntoma de la indecisión con las mujeres pierda el beneficio que le procuraba. Al mismo tiempo, el síntoma que decididamente intentaba preservar quedó intacto. O, mejor dicho, el tratamiento había tocado como convenía, es decir con un gran tacto, la modalidad particular de su goce, su síntoma fundamental, profesional.

Al cabo de un año me consulta nuevamente, esta vez más angustiado, si cabe, que la anterior. Ahora su queja desesperada y

temerosa era por un síntoma diagnosticado por la medicina que comprometía muy seriamente su cuerpo en una parte que era fundamental para desarrollar su actividad artística. El diagnóstico médico era que padecía una *distonía focal* y que el tratamiento que le estaba indicado era abandonar por un año al menos sus actividades. El médico no dejó de incluirlo con certeza en los múltiples dispositivos disponibles para la medicalización de los “usuarios” de un tal diagnóstico, cuyos portadores, los “distónicos focales”, son, como el sujeto, artistas y deportistas. Una verdadera máquina de muerte que encarna para el sujeto el Otro de la mortificación y de la destrucción de todas sus aspiraciones. El analista —advertido de que la clínica psicoanalítica que se apoya en el principio freudiano distingue la terapéutica médica de la terapéutica analítica— toma nota del significante *distonía focal* e interviene para preguntarle: “¿Y por qué ahora, en este momento de su vida, usted hace este síntoma?”.

El analizante se desconcierta por la pregunta que parecía no atender a la gravedad de su situación, pero se esfuerza para responder a la pregunta y consiente en relatar la multiplicidad de elementos que convergían en la contingencia y la oportunidad de ese brutal desarreglo del goce de su síntoma. Síntoma que en la primera consulta quería preservar y del cual no deseaba “curarse” en el inicio. Verifica, entonces, que se había separado de la mujer del deseo, que la relación duró lo que duró en los mejores términos hasta que se volvió *como las demás* y le planteó la peor de las elecciones: o su actividad artística o ella. Además, y de manera muy inoportuna, lo había confrontado a la posibilidad de la paternidad para la que no estaba aún preparado. Ante semejante alternativa, a la vista estaba cuál había sido su elección y podemos deducir cómo se dedicó desenfundada y exclusivamente a cultivar sus cosas y a no hacerse cargo de los reclamos de la mujer hasta llegar al momento actual, en el que por fin estaba a punto de alcanzar la meta que había esperado toda su vida, la consecución de su obra artística. En ese momento, precisamente en ese momento, aparecieron la *distonía focal* que le impedía ultimar los detalles de su obra y la intervención del médico que pretendía alejarlo por un año de todo. La pregunta dirigida al análisis

ta no se hizo esperar: "¿Usted cree que debo abandonar mi actividad y alejarme de todo en este momento?" "De ninguna manera —respondió el analista—. Usted tiene que ocuparse activamente de esto en el análisis". Al cabo de pocas sesiones el síntoma había cedido y podemos hablar, con razón, de que se trató de un efecto terapéutico rápido y que le permitió acceder al lugar que tanto deseaba.

Sin embargo, este efecto terapéutico, más rápido si cabe que el anterior, no participa de la misma estructura. En efecto, la apariencia del síntoma —su trabajo— que parecía aislado del otro síntoma y que el analizante había intentado separar *quirúrgicamente*, en realidad nos muestra que, en esta ocasión, está implicada, sin mediación de una mujer, una identificación fundamental del sujeto con su Padre. Este padre, él mismo mortificado y temeroso, era un padre imaginariamente muerto para el sujeto. El sujeto llevaba su marca desde su propio nacimiento. Este padre temió, en efecto, que su hijo no estuviera vivo cuando llegara al mundo. En este sentido, este nuevo efecto sobre el sujeto tiene otra estructura porque el efecto terapéutico es correlativo de la interpretación, pero toca la verdad del deseo. Lo que confirma, si lo comparamos con el efecto terapéutico del inicio, que no basta con la relación de transferencia y la interpretación que tocó el fantasma. Porque, velada la pantalla imaginaria que implicaba el fantasma y para constituir el síntoma analítico sobre el propio deseo, el *sujeto se asesina a sí mismo* sobre el fondo de destrucción del Otro que toma el lugar en el deseo del sujeto.² De esta forma, admitiendo la creencia del neurótico de que es el Otro quien quiere su castración, ahora sí, se produce la entrada efectiva en análisis que se orienta más allá de los efectos terapéuticos laterales alcanzados en los inicios de la cura. Una cura que se prolonga ya a los cinco años de duración y cuyo dispositivo —por las razones de los viajes del sujeto— se interrumpe cada tres o cuatro meses y se retoma a su regreso a la ciudad, y en el que

2. Cottet, Serge: "Lateralité de l'effet thérapeutique en psychanalyse", *Lettre Mensuelle*, ECF-ACF, París, pág. 33.

en cada encuentro el sujeto consiente a la construcción laboriosa de su fantasma. Tal modalidad particular de esta cura analítica permite con razón que podamos aplicarle el término de "cíclica", término acuñado ayer por Jacques-Alain Miller, y que reservamos aplicar al caso en próximas elucidaciones.

Terapia breve *versus* efectos terapéuticos rápidos, porque la transferencia y la interpretación no son recursos técnicos en ningún caso, sino la condición de posibilidad de la *puesta en forma del síntoma*, de la *focalización* del síntoma en la dirección lacaniana de la cura analítica.