



¿TERAPEUTAS “BREVES” O TERAPEUTAS “BUENOS”? UNA CRÍTICA AL CONCEPTO DE TERAPIA BREVE¹

Paolo Migone²

Psicoterapia e Scienze Umane, Parma, Italia

Se critica el concepto de “terapia breve” porque es substancialmente tautológico, y también porque está basado sobre varias auto-contradicciones. Todas las técnicas experimentadas por los así llamados terapeutas breves son las mismas discutidas desde siempre en el debate sobre la teoría de la técnica, tanto dentro como fuera del psicoanálisis (piénsese por ejemplo al factor experiencial, presente en la confrontación entre Freud y Ferenczi, y también en la tradición de la terapia de la Gestalt). Entonces no tiene sentido un debate separado sobre las terapias breves. La cuestión importante es entender si se decide impostar *a priori* una duración limitada de la terapia (es decir el *time-limit setting*) por motivos externos o internos a la teoría (el *time-limit setting*, además, es el único elemento que caracteriza el concepto de terapia breve, de otras maneras no se podría distinguir entre terapeutas “breves” y “buenos”). Como ejemplo se presentan dos casos clínicos iguales y contrarios.

Palabras clave: Terapia breve, Crítica, Factor experiencial, Psicoanálisis, Teoría de la técnica.

The concept of brief therapy is simply tautological, and also implies several self-contradictions. The techniques suggested by brief therapists are the same techniques that have been discussed in the history of the debate on theory of technique, both within and without psychoanalysis (see for example the experiential factor, which was at the center of the Freud-Ferenczi confrontation, and is also an important aspect of Gestalt therapy). The real question is why, with a given patient, a therapist should decide to use a time-limit setting (i.e., the *a priori* decision to terminate within a given time), which is the only operational criterion that allows to define the concept of brief therapy, otherwise it would be impossible to discriminate between “brief” and “good” therapists: it is important to be aware whether the time-limit setting is used for reasons that are “external” or “internal” to the theory. Finally, two clinical examples are presented.

Key Words: Brief therapy, Critique, Experiential factor, Psychoanalysis, Theory of technique
English Title: “BRIEF” THERAPISTS OR “GOOD” THERAPISTS? A CRITIQUE TO THE CONCEPT OF BRIEF THERAPY.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Migone, P. (2010). ¿Terapeutas “breves” o terapeutas “buenos”? Una crítica al concepto de terapia breve. *Clinica e Investigación Relacional*, 4 (1): 182-202.

[[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>] [ISSN 1988-2939] [ISSN 1988-2939]

Una primera, fundamental, crítica que podemos mover al movimiento de psicoterapia dinámica breve es que el concepto de “terapia breve” no existe, basándonos sobre malentendidos y contradicciones internas. Quiero decir que este concepto es a lo mejor una tautología, es decir que una terapia “breve” es simplemente una terapia “que es breve”. El problema interesante es otro, es entender por qué (y quién) decide hacer una terapia breve, de otro modo se confunde una “terapia breve” con una “breve terapia”, conceptos muy distintos: de hecho la *terapia breve* tiene una duración limitada decidida *a priori*, mientras que una *breve terapia* termina pronto porque el terapeuta (que puede ser un analista tradicional o que, de todas formas, no se define como terapeuta breve) es simplemente bueno y en algunos casos ha conseguido sanar el pacientes en poco tiempo (naturalmente, en este sentido también el paciente puede definirse “bueno”). Esta distinción entre terapeuta *breve* y *bueno* es importante, es una confusión que tiene grandes implicaciones para quien es seriamente interesado en la psicoterapia.

Estas afirmaciones mías pueden parecer provocadoras, pero en las siguientes páginas intentaré aclararlas en la manera más clara y concisa posible. He empezado a interesarme en el problema de las terapias dinámicas breve hace 25 años, cuando en 1981 me fui a Montreal para seguir un curso dado por Davanloo. En el programa había leído que era posible sanar problemas psicológicos graves en muy poco tiempo sin largos y caros análisis, razón por la cual no supe resistirme a la curiosidad de ver cómo eso fuera posible. Desde entonces hice una serie de reflexiones críticas, la primera publicada también en *Psicoterapia e Scienze Umane* (Migone, 1982, 1984, 1985a, 1985b, 1986, 1988a, 1988b, 1988c, 1989-99, 1990, 1994a, 1994b, 1995a, 1995b, 1995c, 1995d, 1996a, 1996b, 1997, 1999, 2000a, etc.).

Cuanto más pasaban los años y reflexionaba sobre este problema confrontándome también con muchos colegas y exponentes del movimiento de psicoterapia breve en congresos, discusiones informales y actividad de formación (en AUSL, escuelas de psicoterapia, universidades, etc.), más me convencía de mis tesis. He esperado, durante años, que alguien criticara mis posiciones porque eso me habría enriquecido, pero con disgusto eso nunca ha ocurrido: o mis colegas ignoraban mis preguntas, o, tarde o temprano, se veían obligados a darme la razón. No escondo la esperanza de que, por lo menos en esta ocasión, si se desarrollará un debate, algún colega sea tan generoso de hacerme algunas críticas, haciendo un regalo tanto a mí como a los lectores también en términos de pluralidad de posiciones. Pero volvamos a mis objeciones, que sirven también como discusión de la *review* de Palvarini (2005), muy clara y exhaustiva, publicada en las páginas precedentes en este mismo número de *Psicoterapia e Scienze Umane* (pp. 323-346). Agradezco a Paolo Palvarini por haberme estimulado a escribir este artículo.

Antes he dicho que hablar de terapia breve puede crear malentendidos. En primer lugar creo que es importante aclarar que cualquier argumento sobre las terapias breves – correcto o equivocado que sea – entra simplemente en el debate sobre la teoría de la técnica, debate que tiene una historia y dentro al cual se han tomando en cuenta (y a mi parecer también de manera más profunda y rigurosa) todos los aspectos teóricos y técnicos considerados por los terapeutas breves, sin excluir a nadie. Este debate es sobre todo él de la teoría de la técnica psicoanalítica (como es sabido, la cuestión de las terapias breves ha nacido dentro del psicoanálisis, dado que otras terapias ya eran “breves”, razón por la cual no había necesidad de acortarlas). Creo que el debate sobre las terapias breves no es autónomo

respeto del psicoanálisis. No es un caso que las dos primeras etapas de la historia del movimiento de terapia breve – la así llamada “técnica activa” experimentada por Ferenczi en los años 1920 y la “experiencia emocional correctiva” de Alexander de los años 1940, es decir la escuela de Budapest que está conectada con un hilo rojo a la escuela de Chicago (también Alexander era húngaro) – son dos encrucijadas del debate clásico sobre la teoría de la técnica, que no quiero discutir aquí porque todos deberían conocerlos ya (el clásico de Alexander del 1946 fue publicado en el n. 2/1993 de *Psicoterapia e Scienze Umane*, y la dura crítica de Eissler del 1950 en dos partes en los números 2 y 4 del 1984 – los dos están también en Internet).

No se entiende entonces por qué se habla de debate sobre las terapias breves y no de debate sobre la teoría de la técnica *tout-court*, también porque una cuestión importante es la siguiente: si es verdad que los terapeutas breves han encontrado una técnica más eficaz y capaz de acortar la duración de la terapia, ¿por qué no es usada por todos los terapeutas y para todos los pacientes? ¿Hay alguien que tiene interés en hacer terapias inútilmente largas?

Por ejemplo un analista podría tener los pacientes mucho tiempo para ganar más dinero, o puede tener dificultades en terminar la terapia por una resistencia a separarse del paciente: pero éstas son dinámicas contra-transferenciales en sentido estricto (o en sentido alargado, es decir contra-identificaciones proyectivas [véase Migone, 1988d, 1995a cap. 7, 1995f]) que son el pan cotidiano de cada terapeuta, por lo que no se entiende por qué hablar de ello sólo en el contexto de las terapias breves. De hecho es ciertamente posible hacer terapias inútilmente largas o interminables eventualmente chocando con las resistencias de un paciente que por ejemplo teme la dependencia (simbolizada por él en una terapia larga). Este tipo de razonamientos son la rutina del trabajo terapéutico, y pensar que exista un área clínica o teórica separada, la de las terapias breves, es un error lógico que tiene directas recaídas en términos de errores técnicos en las terapias tanto breves como largas (por ejemplo se corre el riesgo de olvidar que las dinámicas relacionadas con los diferentes significados de las *terminations* – es decir de la elaboración de los significados del fin de la terapia – son presentes, de manera igual y contraria, también en las terapias así llamadas largas). Si entonces existe una técnica realmente eficaz de “terapia breve”, esta técnica debería ser usada también a los así llamados pacientes “largos”, es más, sobre todo a ellos. Ahora no entro en la evaluación de esta técnica, asumo que exista y que los terapeutas breves también sean *buenos*, es decir que por alguna razón tengan una fórmula desconocida a los terapeutas que no se hacen llamar breves. Luego haré algunas consideraciones respecto de esta técnica, pero por ahora no son necesarias porque mi razonamiento vale igualmente, es más su alcance crítico es aún mayor si se asume que esta técnica exista: si los terapeutas breves poseen una técnica más eficaz, entonces deberían dejar de existir, porque se convertirían simplemente en terapeutas no *breves* sino *buenos* (serían como todos los demás terapeutas que hacen lo mejor que pueden para ayudar a los pacientes y a veces los consiguen). Como he dicho antes, sus terapias ya no serían terapias breves sino *breves terapias*, es decir terapias que acaban pronto porque el terapeuta (o el paciente, o los dos) son “buenos”, y no porque se establece *a priori*, antes del inicio de la terapia y como regla de base del encuadre, que la terapia acabará en una fecha establecida o dentro de un número determinado de sesiones.

Como he argumentado en otro sitio (Migone, 1995a, p. 54), esta regla del *time-limit setting*³ es el único elemento que verdaderamente caracteriza las terapias breves, el único que garantiza una definición operativa de “terapia breve”. Uso el término *time-limit setting* porque lo he escuchado por Davanloo – el opuesto es una terapia *open-ended*, es decir sin

una duración prefijada, entendiéndola también muy larga o muy breve según los casos. Insisto sobre el problema de la definición de “terapia breve” porque no podemos enfrentarnos a este argumento si antes no hemos definido el concepto, de otra manera correremos el riesgo de caer en malentendidos que esbozaba anteriormente.

¿Hace falta impostar el *time-limit setting*, es decir especificar al comienzo de la terapia que haremos una terapia breve? ¿Puede que temamos que la técnica no funcione y que la terapia se alargue demasiado? Claramente no, porque sostenemos que funciona y tomamos por verdadera esta afirmación.

¿Para influir en el paciente, para motivarlo a “trabajar más de prisa”? Es posible, y existe quien ha argumentado de esa manera, pero ésta no es absolutamente una novedad: poner un límite anticipado a un análisis es una de las muchas técnicas psicoanalíticas posibles, un parámetro (Eissler, 1953) considerado por la técnica clásica, usado por ejemplo por el mismo Freud (1914) en el Hombre de los lobos a quien dijo que entro cierta fecha terminaría en análisis si no hubiera movilizado determinadas resistencias (reenvío a las argumentaciones de Eissler sobre el tema). Pero algunos terapeutas breves hoy en día sostienen que su técnica no prevé fijar al comienzo una fecha del fin de la terapia, dado que la verdadera novedad está en la técnica. Estos terapeutas breves se olvidan que entonces deberían cambiar nombre: la caracterización central de su técnica no consiste en la brevedad (por si acaso ésta es una consecuencia) sino en una técnica específica que debería ser individuada y enseñada para ser aplicada a todos los pacientes. Como veremos, muchos terapeutas breves por fin han decidido dar este paso y han eliminado la palabra “breve” en el nombre de su aproximación, pero no todos. Sobre eso volveré luego.

Radicales y conservadores

Como es sabido, tradicionalmente se pensaba que los aspectos que caracterizan las terapias breves fueran la focalización, la selección de los pacientes etc. (para una descripción de las técnicas clásicas de terapia breve reenvío a Migone, 1995b, pp. 41-48). Por lo que atañe la focalización (subrayada por Malan, por ejemplo), es evidente que si se tiene poco tiempo se puede trabajar sólo sobre un área delimitada, sobre un *focus* privilegiado, y eso tiene implicaciones para la elección de los pacientes adecuados (los que tienen preferiblemente un solo *focus* o conflicto delimitado, que saben trabajar sobre él, que tienen “fuerza del Yo”, motivación, etc. – pacientes, podríamos decir, que tienen sólo diagnosis en Eje I, sin trastornos de personalidad).

Pero ya no es verdad que la focalización caracteriza las terapias breves, porque por ejemplo Davanloo, a diferencia de otros exponentes históricos del movimiento (Malan, Sifneos, etc.) sostiene que su técnica es adecuada para un rango diagnóstico más vasto, con más de un *focus* y con problemas de personalidad.

Pero creo que la focalización – como he dicho antes – no sólo es obvia dado el encuadre a tiempo limitado, sino también es problemática desde un punto de vista psicoanalítico si no está insertada dentro de una teoría más comprensiva de la técnica: piénsese en la intención consciente de trabajar sobre un *focus* con la finalidad de evitar inconscientemente otro, en la dificultad de establecer con antelación el *focus* (puede ser muy difícil, y también “anti-psicoanalítico”, establecer un *focus* con antelación y una vez para todas), y a otros temas similares que bien conoce quien tiene un mínimo de experiencia. Quiero decir que la cuestión no es trabajar sólo sobre un *focus* (cosa además inevitable a nivel práctico en cada momento, de otra manera habría una parálisis dado que – a pesar de la regla de la atención

fluctuante – nuestra mente consciente funciona de manera serial y no en paralelo), sino lo que es importante es preguntarse cuándo y por qué se elige un *focus* y no otro. No es una casualidad que Thomä y Kächele (1985) justamente observan que el ideal psicoanalítico de no tener una meta o un dirección preconstituidas es más que nada un mito, siendo de hecho «la terapia psicoanalítica *una terapia focal continua, de duración indefinida y con focus variable*» (p. 446, cursiva en el texto – dicho sea de paso, hay que señalar que por “duración indefinida” aquí se entiende que la terapia puede ser también muy breve; también Gill [1984] está de acuerdo con la concepción de “terapia psicoanalítica” usado por Thomä y Kächele; véase Migone, 1991, 1995a cap. 4, 2004a).

Se pueden hacer consideraciones parecidas respecto de la selección de los pacientes: a parte del hecho de que la técnica multifocal y de largo alcance de Davanloo ya no prevé la selección de los pacientes sugerida por autores como Malan o Sifneos, para los cuales también aquí cae una de las diferencias tradicionales entre terapias breves y largas, es obvio que siempre hay que seleccionar a los pacientes, para cualquier técnica (las variables más importantes son la edad, la diagnosis, etc. – además éstas son las implicaciones de la Psicología del Yo hasta desde los años 1930, y no se entiende por qué tienen que recordárnoslas los terapeutas breves). Respecto de la selección de los pacientes, no es importante subrayar cuánto es obvia, sino el hecho que hay una contradicción: si estos pacientes tienen que ser seleccionados por no ser demasiados graves, por estar motivados, etc. ¿no son estos mismos pacientes los candidatos tradicionales para el análisis “clásico”? Ésta puede que sea una de las contradicciones más estridentes.

Pero como todas las paradojas son sólo aparentes y se pueden fácilmente explicar, eso vale también en este caso. De hecho, como dijo el mismo Malan (1976), en el movimiento de psicoterapia dinámica existen dos “partidos”: los conservadores y los radicales. Cito por brevedad un trozo de un precedente trabajo mío:

«Según los “conservadores” la psicoterapia breve sería una técnica de eficacia más limitada respecto de una psicoterapia *open-ended*, e indicada por ciertas situaciones clínicas o institucionales donde no es posible hacer un psicoanálisis de larga duración a causa de factores “externos” a la teoría, como situaciones de emergencia o cuando no hay tiempo suficiente a disposición, cuando el paciente tiene dificultades económicas tales que no permiten pagar un elevado número de sesiones, o cuando se trabaja en un encuadre de investigación que prevé un número fijado de sesiones, etc. Se puede establecer con antelación un límite a la duración de la terapia también para otro tipo de factores “externos”, por ejemplo cuando el terapeuta cree que le paciente no puede soportar un análisis largo porque podría no controlar su necesidad de dependencia del terapeuta o regresar excesivamente, o por otras razones que dependen del nivel de patología del paciente. En todos estos casos se modifica la técnica clásica recurriendo a un así llamado “parámetro”, término acuñado por Eissler en 1953 donde se justifica la introducción de modificaciones al modelo de la técnica psicoanalítica de base por motivos que dependen de la estructura deficitaria del Yo del paciente⁴. No hay nada que criticar respecto de la posición de los “conservadores”: simplemente estamos frente a una de las muchas aplicaciones de la teoría psicoanalítica, y no hay nada nuevo bajo el sol.

Las cosas son muy distintas si consideramos el punto de vista de los “radicales”, de los cuales Davanloo sería un típico exponente. Ellos consideran la psicoterapia dinámica breve como una nueva técnica que obtiene cambios estructurales en el paciente, y que es aplicable a una vasta gama diagnóstica, que se puede sobreponer a las psicoterapias que tradicionalmente son llamadas “no breves”. Esta tendencia radical es el aspecto más

interesante de la psicoterapia breve, porque lanza un desafío al psicoanálisis tradicional dudando de la necesidad de una terapia larga y haciendo algunas críticas a nivel de la teoría de la técnica. Pero esta problemática siempre ha sido presente en la historia del psicoanálisis, donde no casualmente Ferenczi y Alexander fueron considerados “radicales” o disidentes de la ortodoxia psicoanalítica» (Migone, 1995a, pp. 49-50).

En otras palabras, tenemos que aclarar por qué se decide impostar una terapia breve (es decir con *time-limit setting*): son estas motivaciones “externas” (enquadre de investigación, poco tiempo o dinero a disposición, paciente y/o analista que por algunas razones [contra]transferenciales no toleran la dependencia por ellos simbolizada por una terapia larga, etc.) o “internas” a la teoría? Si las motivaciones son externas, no hay ningún problema, admitiendo que el análisis hecho sobre las motivaciones subyacentes sea correcto: hablamos de aplicaciones clínicas normales de una determinada teoría, la psicoanalítica, en el sentido que cada terapeuta hace lo que puede, dadas las limitaciones objetivas o subjetivas donde se opera. Si las motivaciones son *internas a la teoría*, se abren interesantes problemas que tienen que ser discutidos atentamente: según estos terapeutas breves “radicales” sería oportuna una terapia breve, es decir establecido el *time-limit setting a priori*, también para pacientes que no tienen problemas económicos ni prácticos para hacer una terapia *open-ended*, que tienen temáticas neuróticas tradicionalmente analizadas por el psicoanálisis, etc. Además del hecho de que no se entiende por qué decir con antelación a un paciente que la terapia acabará dentro de un número prefijado de sesiones si estamos seguros de poseer una técnica eficaz (como si al contrario demostrara el temor que la técnica no es eficaz), no se entiende con qué criterio asignar un paciente a un terapeuta “breve” o “largo”, siendo idénticas las indicaciones. Es evidente que estamos en frente a una distinta “teoría” (o supuesta tal), y éste es el aspecto más interesante que querría discutir. Pero antes querría emplear algunas palabras sobre la intervención del *time-limit setting* como parámetro de técnica, utilizado por los conservadores de manera aparentemente racional y por los conservadores por motivaciones que hasta ahora no he conseguido entender.

¿La terapia breve es un parámetro?

Tomamos, como ejemplo de un factor de factor externo, el caso de un paciente tan grave que no puede permitirse entrar en una terapia *open-ended*: éste – supongamos – caería en un estado de regresión caracterizada por una fuerte dependencia e incapacidad total a separarse luego, fantasías narcisistas de fusión con el terapeuta, o enamoramiento no gestionable etc., o sea una descompensación irreversible que según el terapeuta tiene que ser absolutamente evitada (dicho sea de paso, desafío a quienquiera a hacer una diagnosis así en una o dos sesiones iniciales – las cuales además podrían ser suficientes para desencadenar estas reacciones – a mi parecer es imposible y ésta es otra contradicción, pero admitimos que algunos terapeutas breves sean muy refinados leyendo la mente de sus pacientes).

Entonces se imposta el *time-limit setting* que tendría un potente efecto tranquilizador, así que el paciente adapta su transferencia y sus fantasías a esta relación “a tiempo limitado”, justo como podríamos no enamorarnos de una persona con la cual sabemos desde el principio que “no hay esperanza”, o que vemos sólo algunos días de vacaciones en un país lejano etc. Al mismo tiempo este paciente consigue trabajar sobre ciertas dinámicas distintas o autónomas de este conflicto (véase el concepto de focalización), por eso obtiene de todas formas algún provecho de la terapia. Nada que decir en este caso, supuesto que nuestra

diagnosis sea correcta, pero aquí el *time-limit setting* no es un parámetro de técnica en el sentido entendido por Eissler, es una modificación estable de la técnica dado que por definición no es eliminable (de hecho, si el contrato de duración limitada puede ser modificado, eliminamos el parámetro y verificamos los criterios de Eissler y así operamos un cambio estructural y podemos hablar de “psicoanálisis” y no de terapia breve).

El lector puede preguntarse para qué sirven los razonamientos que estoy haciendo: pueden parecer complicados, puede preguntarse qué necesidad hay de recurrir al concepto de parámetro de Eissler, y sobre todo por qué nos interesa establecer si una terapia pueda definirse psicoanalítica o no. Este lector tiene razón: yo soy el primero en no dar importancia a las palabras, me interesan los conceptos, y uso ciertos términos convencionales asumiendo que se refieran a conceptos precisos o que, de todas formas, se puedan explicar (recuerdo una animada discusión con algunos colegas hace años [Migone, 1997b] donde mi uso de una determinada palabra no gustaba, o creaba confusión porque estaba relacionada con una determinada teoría no compartida por todos: llegamos al acuerdo de definir esa operación clínica con otra palabra, “Giuseppe”, y, de manera muy divertida para mí, la discusión pudo seguir con menor animosidad). Lo que quiero decir es muy simple: las problemáticas relacionadas con las razones por las cuales ha sido introducido este parámetro por principio (o por elección) no pueden ser elaboradas terapéuticamente, y así eluden el trabajo analítico (porque no se pueden afrontar y tratar). Tiene lugar ese “secuestro de material analítico” del que hablaba Eissler (1953) como consecuencia de la introducción del mismo parámetro: «en cada introducción de un parámetro se corre el riesgo que una resistencia sea eliminada sin haber sido analizada» (p. 65). En otras palabras, es como si, para esa determinada problemática que hemos supuesto (el miedo a la implicación), el paciente acudiera a la terapia *para no ser sanado*, y como si lo aceptáramos en terapia *para no sanarlo*, para asegurarle que el problema no será investigado (mientras que se pueden investigar otras problemáticas focales hipotéticamente independientes de él). Eso está bien si somos conscientes de ello, de otra manera incurrimos en un grosero error técnico. Piénsese por ejemplo en esos terapeutas ingenuos o al principio de su formación que se jactan de la mejoría inicial de un paciente – debida muchas veces a lo que los investigadores llaman “luna de miel” (*honeymoon*) terapéutica – o que, todos satisfechos, terminan una terapia, bajo petición del paciente, después de los primeros signos de mejoría sin darse cuenta que es sólo una huida en la curación causada por el miedo de enfrentarse a otros temas, es decir que no se dan cuenta que la terapia que ellos creen acabada al contrario aún tiene que empezar. El concepto de parámetro de Eissler es muy importante no porque define lo que se puede llamar psicoanálisis y lo que hay que llamar psicoterapia (tienen razón los que no entienden el problema si está puesto sólo en estos términos, pero depende del simple hecho que no tienen claras las operaciones psicológicas que estos términos representan): detrás del concepto de parámetro no hay otra cosa que la problemática – extremadamente importante para quien está interesado en hacer terapia, o sea para operar cambios psicológicos “estructurales” en los pacientes – de la relación entre acción y palabra, entre comportamiento y mentalización, o, si queremos, entre cuerpo y mente, o sea la posibilidad de transformar un síntoma, un comportamiento, y llevarlo bajo el control del sujeto dándole un significado (no voy a explicar estos pasos porque deberían ser claros para todos, siendo simplemente el objeto de la empresa psicoanalítica iniciada hace un siglo). Si queremos abolir el término parámetro y llamarlo de ahora en adelante “Giuseppe” o “Marcantonio” me parece muy bien, lo importante es entendernos sobre los conceptos subyacentes.

La elección de la terapia breve como defensa transferencial o contra-transferencial

A propósito de esta hipotética función de la terapia breve como “gran parámetro” nunca entendido por terapeutas y pacientes, me acuerdo de una experiencia que hice más o menos hace veinte años, y que quiero contar porque creo que tiene muchas implicaciones teóricas y ejemplifica lo que estoy intentado decir. Después de que en 1982 salió, justo en las páginas de *Psicoterapia e Scienze Umane*, mi primer artículo crítico sobre las terapias breves, muchos colegas se hicieron a la idea que yo fuera un experto de la terapia breve. Estos colegas probablemente no habían leído mi artículo, pero se quedaron impactados por el título (que era genérico: “Sobre la psicoterapia dinámica breve”), o puede que lo hubiesen leído sin haberlo entendido. Fue muy divertido ver que empecé a recibir llamadas de pacientes que pedían expresamente una “terapia breve”, por ejemplo con frases de este tipo: «Me han dicho que Usted hace terapias breves, y querría acudir a Usted para resolver un problema. No querría hacer un análisis freudiano, es demasiado largo, no me interesa, querría algo rápido, eficaz». Yo obviamente nunca contesté a estos pacientes sobre el contenido manifiesto, pero insistí en el contenido latente, es decir pensé que ellos querían simplemente ser ayudados, querían confiar en alguien y que con la cuestión de la terapia breve racionalizaban una preocupación, una ansiedad o un prejuicio cultural más o menos justificado. Habría sido un error grosero contestar “diciendo la verdad”, es decir que habría un malentendido porque yo no sólo no soy un terapeuta breve, sino que estoy convencido de que la terapia breve prácticamente no existe. Si hubiera contestado quedándome en el nivel del contenido manifiesto, habría cometido un error parecido al que habían cometido esos colegas que me los habían enviado, los cuales puede que dijeron a estos pacientes: «¿Usted quiere una terapia breve? Lo siento, yo hago sólo psicoanálisis, pero si quiere le doy el nombre de un colega que hace terapias breves». Creo que este tipo de respuesta es anti-psicoanalítica no sólo porque no distingue el nivel manifiesto del nivel latente, sino que, admitiendo que el colega hubiera comprendido el aspecto hipotéticamente defensivo presente en la petición de terapia breve, demostraría no conocer el concepto de parámetro: cualquier psicoanalista “freudiano” sabe hacer una terapia breve si este parámetro es indicado, y verá si luego será posible eliminarlo o no (si no es capaz de hacer una terapia “breve”, seguramente no sabe hacer tampoco una terapia “larga”).

Mi respuesta entonces fue aceptar tranquilamente las peticiones de terapia sin hacer comentarios y fijar una cita. En ciertos casos tranquilicé ciertos pacientes diciendo que una terapia puede ser también muy breve, al límite de una sola sesión, que el paciente puede interrumpirla cuando quiera, que de todas formas se intenta hacerla lo más breve posible, etc. Los pacientes ya tranquilizados se presentaban a la primera sesión y empezaban a hablar de sí mismos.

Al mismo tiempo recibía llamadas también de otros pacientes, que se presentaban de manera diferente. Decían frases de este tipo: «Querría hacer un análisis, conocerme mejor, hacer una experiencia de exploración interior para ver si consigo resolver ciertos problemas». Recibía estas peticiones como las demás, es decir concertando una cita, los pacientes venían y empezaban a hablar de sí mismos, más o menos como los demás.

Me sorprendí mucho cuando, después de un tiempo, me di cuenta que había una curiosa diferencia en la duración de la terapia entre los que no habían venido para una terapia breve y los que la habían expresamente pedida: los que querían un “análisis” acababan en

tiempos razonables y sin grandes problemas después de cierto recorrido, mientras que los que habían pedido una terapia breve tendían a involucrarse en terapias interminables, con muchos problemas para separarse de mí. En seguida formulé una hipótesis sobre las motivaciones por las cuales estos pacientes sentían la necesidad de una terapia breve: la petición de terapia breve para ellos representaba una defensa al miedo de atarse demasiado en una relación que temían no saber gestionar, que de manera inconsciente percibían como peligrosa. La petición de terapia breve podía ser considerada como un síntoma. Entonces fue fácil hacer la misma hipótesis sobre la misma elección teórica por parte de los terapeutas breves, y llegué a suponer que el pertenecer a una escuela de terapia breve, una elección teórica, era una forma de contratransferencia, una manera de racionalizar y gestionar determinadas ansiedades relacionadas con la fantasía de una relación con los pacientes de larga duración percibida como involucrante.

Espero no ser malentendido: no quiero decir que los colegas que se apasionan por las terapias breves tienen estos problemas, sólo hago hipótesis que tienen valor heurístico, y es evidente que la misma cosa puede valer, de manera igual y contraria, para quien prefiera las terapias “largas” (véase con este propósito también el conocido artículo de Arlow de 1981 sobre las “teorías de la patogénesis” traducido en el n. 1/1987 de *Psicoterapia e Scienze Umane*, donde se hace la hipótesis que la elección teórica del terapeuta depende de sus fantasías inconscientes).

Otra posibilidad, que he constatado a menudo también en ciertos “maestros”, es que los terapeutas breves sean óptimos clínicos pero no saben teorizar bien lo que hacen.

Mientras reflexionaba en modo crítico sobre las terapias breves (que en mi opinión no tenían dignidad de teoría autónoma y original), empecé a pensar que el movimiento de terapia breve no tenía que ser entendido como yo estaba intentando entenderlo, sino que había que usar otra perspectiva, había que “interpretarlo” en clave psicológica, por un lado, y sociológica, por otro, casi como una ideología. Por un lado las terapias breves sirven a una serie de exigencias psicológicas tanto de los pacientes como de los terapeutas, que de esa manera pueden ser tranquilizados e ilusionados sobre el hecho que es posible curar y sanar de prisa (las terapias breves son un síntoma, una formación de compromiso), por otro lado sirven a importantes exigencias económicas y sociales, a la necesidad de ilusión por parte de los centros sanitarios públicos y privados (Migone, 1994b). Piénsese sólo en los seguros, y puede que no sea una casualidad que Davanloo trabaje en Canadá donde existe un sistema sanitario nacional que paga las prestaciones psicoterapéuticas pero en número limitado.

¿Cuál es la técnica de las terapias breves?

Hasta ahora he intentado demostrar que las terapias breves deberían eliminar el adjetivo “breves”, y considerarse sólo como terapias, volviendo al debate general sobre la teoría de la técnica donde hacer propuestas de revisión. Dirán que las cosas están así, y que siempre los terapeutas breves han intentado hacer eso: proponer técnicas terapéuticas nuevas (o así consideradas) que acorten la terapia. Como he dicho antes, esta impostación está equivocada porque asume que todas las demás técnicas tienen como finalidad alargar la terapia (la misma cosa se puede decir del término “intensivo”, ahora utilizado por muchos terapeutas breves en su búsqueda de identidad, como si las demás terapias quisiesen ser “no-intensivas” - pero intensivas ¿con respecto a qué? Además aquí se realiza un deslizamiento semántico porque tradicionalmente el adjetivo inglés *intensive* siempre ha sido utilizado para indicar una mayor frecuencia semanal, característica extrínseca, correcta o

equivocada que sea, del psicoanálisis y entonces no de las terapias breves).

Querría entrar en los detalles de la técnica específica de estas terapias, pero antes querría contar otro episodio. Hace unos años, en noviembre-diciembre de 2000, hubo un debate sobre las terapias breves dentro de una *discussion list* internacional, la de la *Society of the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI). El aspecto positivo de la SEPI, a la que pertenezco desde hace muchos años y por la cual he contribuido a fundar la sección italiana (véase Alberti & Carere-Comes, 2002), es que quiere ser un lugar de confrontación de terapeutas con orientaciones muy distintas, por lo que tenemos la oportunidad de enriquecernos mutuamente. La finalidad de la SEPI no es proceder a una integración entre las psicoterapias para llegar a un eclecticismo clínico – cosa claramente sin sentido (Migone, 1998) – sino formular hipótesis teóricas de alto nivel, posiblemente más simples y coherentes, que eventualmente puedan explicar el eclecticismo *de hecho ya presente* casi siempre en la práctica de cada uno (como ejemplo de este trabajo, véase el intento de Wachtel [1980] – que es un importante exponente de la SEPI – de explicar la transferencia en términos de esquemas corregibles de asimilación y acomodación de Piaget, publicado en el n. 3/2004 de *Psicoterapia e Scienze Umane*).

En ese debate me confronté con algunos terapeutas breves intentando demostrar cómo el concepto de brevedad es engañoso y auto-contradictorio también dentro de su mismo discurso.

El aspecto más interesante de las *discussion lists* es que con los correos electrónicos se puede reflexionar y argumentar con tranquilidad nuestras posiciones esperando la respuesta de los colegas, y puede ocurrir que finalmente gane el razonamiento y no la retórica o el tono de voz, como muchas veces ocurre en los debates en vivo. Sigo poniendo en evidencia las contradicciones de mis colegas (*relentlessly*, como diría Davanloo, o de manera “intensiva”), hasta que algunos colegas reconocieron que de hecho tenía razón: el concepto de brevedad no tenía nada que ver, es más, era un elemento de debilidad en su discurso, si es verdad que poseen una técnica eficaz (ese debate está en Internet, e invito a leerlo porque se discuten de manera bastante detallada varias cuestiones teóricas y clínicas: Migone, 2000a).

Mi intención era que descubriesen sus cartas, que describiesen su técnica específica: decía por ejemplo que no dudaba que tuviesen una técnica eficaz, y era por esa razón que no tenía nada que ver con la brevedad, etc. En la discusión sugerí yo mismo lo que en mi opinión podía ser el aspecto esencial de esta técnica, y lo definí factor “experiencial” (veo que también Palvarini [2005] identifica en este factor una característica central de la técnica de terapia breve). Con este término entiendo el favorecer la activación de las emociones del paciente en el *hic et nunc* de la sesión, a través de toda una serie de recursos relacionales. La mayoría de mis colegas estuvo de acuerdo con mi intento de identificar el núcleo esencial de la técnica de la terapia breve, pero no se dieron cuenta que les estaba tendiendo una trampa: el factor experiencial no ha sido inventado por los terapeutas breves, porque ha atravesado toda la historia del debate psicoanalítico comenzando por Ferenczi. Es más, desde hace mucho tiempo es la *marca* de la terapia Gestalt. Mi esperanza era que un gestaltista estuviera siguiendo el debate y se uniera a la discusión afirmándolo con autoridad, y de hecho un experto gestaltista de Los Angeles (Bob Resnick) intervino y dijo tranquilamente que los gestaltistas hacían estas cosas desde siempre e incluso mejor (la terapia Gestalt, además, usa muy a menudo conocimientos psicoanalíticos). Desde hace decenios trabajan seriamente sobre el factor experiencial muchos colegas de la “tercera fuerza” del movimiento psicoanalítico (no es una casualidad que también es llamado

humanístico-experiencial), por lo que no se entiende bien donde está la novedad técnica de las terapias breves.

Una vez cumplida esta primera operación no me paré aquí, y critiqué también el factor experiencial mismo. De hecho podría ser definido como una activación rápida durante la sesión de emociones fuertes y descargas efectivas, con la finalidad de acelerar el proceso ayudando al paciente a superar ciertas defensas. Pero el problema es que esta activación emotiva “funciona” con cientos de pacientes y no con otros. La motivación es que este factor es definido sólo a nivel descriptivo y entonces es insignificante a nivel psicológico (o terapéutico en sentido lato): por ejemplo, a veces la mejor intervención experiencial, “activa”, y finalizada a provocar fuertes reacciones emotivas en un determinado paciente, puede ser el silencio total del analista durante la entera sesión (como una vez vi que hizo el mismo Malan en una terapia breve) o una actitud meramente empática u “ortodoxa” (es obvio que en este contexto tampoco el término ortodoxo tiene sentido, lo uso sólo con una finalidad evocativa). Quiero decir que si se descompone el concepto de técnica experiencial y vamos a ver qué significa, se derrite como la nieve bajo el sol, en el sentido que cada paciente necesitada una específica “experiencia” para ser tocado o activado, entonces es la dinámica transferencial la variable independiente, no la técnica, la cual tiene significado según cómo el paciente la vive (por ejemplo, podría que la supuesta “actividad” o “pasividad” del terapeuta sea vivida por el paciente como tal a la luz de la actitud “pasiva” o “activa” que habían tenido sus padres, es decir a la cual está acostumbrado – en otras palabras, que sea vivida a la luz de la transferencia).

Volvamos a la técnica de la así llamada terapia breve, o a las técnicas así como las describió Palvarini (2005). Como si aún necesitáramos convencernos que las terapias breves no tienen una identidad original, Palvarini nos muestra sin piedad, en mi opinión, en qué consisten estas técnicas: Davanloo, que con respeto a los demás llegó antes, parece inspirarse del psicoanálisis tradicional, no de la Psicología del Yo (que trata las defensas de otra manera), sino de la que puede llamarse Psicología del Es, donde la finalidad parece ser destruir las defensas a toda costa. Fosha al contrario parece seguir la Psicología del Self, donde hay el máximo respeto de las defensas, y recomienda la empatía, es decir una aproximación que parece completamente opuesta a la de Davanloo.

Como último, Osimo descubre que lo más indicado es una síntesis entre las dos aproximaciones, y propone una integración. Mostrar la falta de originalidad de estas propuestas sería como disparar sobre la Cruz Roja, por eso dejo al lector juzgar la originalidad de estas “nuevas” técnicas. Los acrónimos seguramente son nuevos (ISTDP, AEDP, PBDE), y no hay duda que puedan provocar cierto efecto sobre algún colega en busca de identidad.

Ahora quiero hacer algunos comentarios a la técnica de Davanloo, así como la he conocido.

La técnica de Davanloo

Los terapeutas breves usan a menudo la videograbación para la formación, y éste es un mérito que tenemos que reconocerles (¡Ojalá exponentes de otras aproximaciones hiciesen lo mismo!). Eso me ha permitido ver muchos videos de sesiones hechas por Davanloo, y la primera cosa que me ha impresionado es una gran uniformidad entre las sesiones. También he preguntado a varios colegas, y todos me han dicho que de hecho en la técnica de Davanloo hay una especie de procedimiento, una rutina que se repite de manera muy similar en todas las sesiones. En breve, el terapeuta investiga muy activamente cuáles son las

emociones experimentadas por el paciente en el *hic et nunc*, sobre todo si parece que el paciente reprima la agresividad, hasta que la experimente y admita que la experimenta. Me parece que la hipótesis teóricas subyacente sea que detrás de ciertas sintomatologías, por ejemplo rasgos obsesivos o depresivos, exista una fuerte rabia que no puede ser expresada y que la finalidad del terapeuta es sacarla a la luz. Cuanto más es experimentada esta rabia, gracias a esta técnica experiencial (es decir que apunta a hacer emerger las emociones), más el paciente aprende a gestionarla y entonces a renunciar a las defensas patológicas. Parece que el terapeuta provoque al paciente, que al comienzo es evasivo y dice que no siente nada o poco, hasta que no admita que experimenta lo que el terapeuta dice que él experimente (para mí no es fácil entender si la rabia que emerge es una respuesta a las provocaciones del terapeuta o es la que es reprimida por el paciente, puede ser que sea una mezcla, o que lo importante sea que se exprese de todas formas). Hay un crescendo de emoción, una *escalation* donde el terapeuta llega a sugerir imágenes agresivas preguntando si el paciente las experimenta o no, hasta que el paciente dice que sí, que experimenta justo estas cosas (casi como en esos interrogatorios que vemos en ciertas películas donde el desafortunado que ha sido arrestado es llevado a la jefatura de policía y, durante un interrogatorio largo e “intensivo”, es incitado con todos los medios a confesar el delito). En casi todos los *videos* que he visto, las imágenes propuestas por Davanloo (que además lleva una bata blanca) son siempre las mismas: el terapeuta dice al paciente que él lo odia, querría golpearlo, apuñalarlo, matarlo, tirarlo al suelo y darle patadas, despedazar su cuerpo, ver la sangre salir de los trozos de cuerpo desparramados sobre el suelo, etc. Es la rabia homicida contemplada por la “metapsicología” de Davanloo. Es más, hacia el final de la sesión el paciente, después de haber vomitado sobre el analista toda su rabia, sin falta rompe a llorar de manera liberatoria.

Lo que acabo de describir no es una caricatura, sino una sesión típica, como he podido constatar más de una vez y como me han confirmado varios colegas. Indudablemente es una técnica muy experiencial, si con ese término entendemos que un paciente inhibido, deprimido, obsesivo y tímido consigue experimentar todas estas emociones, un paciente a quien nadie ha enseñado a litigar, o que ha tenido una familia donde nadie litigaba nunca. Parece que los pacientes aprovechen estas sesiones catárticas, salgan transformados, liberados de una opresión. Cuando esta técnica es eficaz, tengo la impresión que el factor curativo es conseguir que los pacientes experimenten emociones que no habían experimentado antes, aún formando parte de ellos, y que entonces las integren en la personalidad global gracias a un terapeuta experto que los acompaña en esta gimnasia mental, que no tiene miedo de la agresividad que emerge, es más, que demuestra *en vivo*, aquí y ahora, que se puede dominar: Davanloo de hecho, después de esta ola arrebatadora de rabia homicida y de llanto, permanece calmo, escucha empáticamente, obviamente no opera retorsiones agresivas, y demuestra cómo se pueda experimentar toda esta agresividad, y “permanecer vivos”, y también entender las razones de ello. En resumidas cuentas, una gran experiencia emocional correctiva (Alexander *et al.*, 1946)

El problema es que esta técnica parece adecuada para esos pacientes que tienen problemas con la expresión de la agresividad, y no entiendo cómo pueda funcionar con los pacientes que tienen el problema opuesto, o sea que la expresan demasiado o que tienen problemas en experimentar afecto, intimidad, dulzura, etc. Puede que Davanloo haya desarrollado técnicas específicas, pero los *videotapes* que he visto enseñan sólo este tipo de sesiones, como si – contrariamente a lo que ha sido declarado – fuera una técnica adecuada para un específico problema focal y no para un vasto rango diagnóstico.

Además de eso, lo que me sorprende es la no originalidad de esta técnica catártica,

conocida desde hace siglos, con todos sus aspectos sugestivos que sin duda pueden tener efectos benéficos (¿Quién nunca vio las grandes tempestades emotivas o también las trances evocadas por buenos hipnotizadores o también por políticos o predicadores en las plazas frente a una multitud de gente, quién no vio nunca fenómenos que por brevedad podemos llamar “históricos”? ¿Cómo puede no venir a la mente, como ejemplo extremo, la *primal scream therapy* de Janov?).

Los efectos pueden ser benéficos, pero el problema es su duración, cómo son elaborados luego e integrados en la personalidad global, y éste, como sabemos, es el problema de todas las técnicas experienciales. En resumidas cuentas, me parece que las coordenadas teóricas y clínicas de estos fenómenos ya han sido examinadas en detalle por la historia de la psicoterapia más o menos hace un siglo, o no entiendo qué han añadido los terapeutas breves.

Las coordenadas conceptuales son las mismas utilizadas por Freud cuando abandonó la hipnosis, y que usan desde siempre todos los terapeuta expertos y cultos (psicoanalistas, gestaltistas, rogersianos, hipnotistas pre y neo ericksonianos, etc.) cuando hacen todo lo que pueden para dar estabilidad al cambio.

Dos ejemplos clínicos iguales y contrarios

Muy a menudo he sido malentendido en mi crítica a las terapias breves, en el sentido que algunos colegas creen que “estoy en contra de las terapias breves y prefiero las largas”. Algunos colegas no entienden las argumentaciones teóricas, y razonan por aserciones (eso es justo, eso es equivocado; se hace así y no de otra manera; etc.) sin mirar a las implicaciones subyacentes. No entienden el hecho que no me interesan las terapias breves así como no me interesan las terapias largas, sólo me interesa tomar ciertas cosas para examinar lo que está detrás (en este sentido, tampoco el psicoanálisis me interesa, me interesa lo que esconde, cómo se diferencia de otras cosas, y es así como a veces se entiende lo que el psicoanálisis “pueda ser”). Esta vez no quiero ser malentendido y para ayudar los que entienden mejor los ejemplos clínicos que la teoría refiero dos breves casos clínicos que ilustran el uso de la *termination* como intervención que puede ser terapéutica o contra-terapéutica, y que entonces convierte las terapias sin duración prefijada (*open-ended*) superiores a las breves que a causa del *time-limit setting* no puede utilizar esta intervención muchas veces preciosa. Quiero dar una idea más clara de las ventajas de una aproximación que no prevé el *time-limit setting* como regla de base de la técnica (a menos que no dependa de motivaciones “externas”). En el primer caso clínico un contrato de terapia breve permitió un importante cambio terapéutico, en el segundo fue la firme oposición del terapeuta a la intención del paciente de terminar la terapia el cambio sustancial en el sentido de la mejoría.

Invito el lector a prestar atención no tanto a los detalles clínicos o a su plausibilidad (se podría imaginar que sean ejemplo inventados, lo importante es su valor heurístico), sino a las implicaciones teóricas subyacentes que son las mismas en los dos casos: los significados específicos, concientes e inconcientes, atribuidos por el paciente a la experiencia terapéutica en el conjunto, y la importancia para el analista de saberlos comprender.

Primer caso clínico: la interrupción de la terapia como forma de cura

Este caso me fue contado por George Silberschatz, un miembro del *San Francisco Psychotherapy Research Group* fundado por Weiss e Sampson, cuando en 1991 lo invité a dar un seminario al grupo de estudio que entonces yo coordinaba en Bolonia y que publiqué en otro lugar (Migone, 1993a pp. 123-124, 1993b pp. 55-56, 1995b pp. 58-59):

Un profesional de 35 años solicitó terapia con la motivación consciente de encontrar en sí mismo el coraje para casarse con su novia, implicándose en este proyecto de vida con ella. Empezó una terapia breve (16 sesiones) con un terapeuta que seguía la técnica de Davanloo. Desde la anamnesis el terapeuta supo que el paciente era hijo único de padres infelizmente casados; el padre era obrero y la madre una mujer crónicamente deprimida que siempre se quejaba del marido. Ella había usado el hijo como amigo y confidente, y se había apoyado sobre él, lo que llegó hasta el punto de descuidar sus amistades para estar cerca de la madre. Cuando el paciente se mudó a otra ciudad para asistir a la universidad, las relaciones que empezó a tener con las chicas imitaban las que había tenido con la madre: eran mujeres que lo necesitaban, que él ayudaba y para las cuales se sacrificaba. El analista había formulado la hipótesis de una “inhibición edípica de la boda”, y estaba convencido que la finalidad de la terapia fuera liberarlo de sus sentidos de culpa de “traicionar” la madre y lograr casarse con la novia.

Observemos cómo se desarrolló en tratamiento. En las 9 primeras sesiones la terapia procedió con dificultad, más o menos estancada: el terapeuta continuamente enseñaba al paciente sus miedos a casarse interpretando las dinámicas edípicas y el enlace con la madre que no quería traicionar. En la 10ª sesión el paciente dijo que no había mejorado, y que temía que no mejoraría tampoco en las 6 sesiones restantes; este material fue elaborado y considerado como forma de resistencia. En la 12ª sesión el paciente estaba cada vez más nervioso, y preguntó si podía seguir la terapia más allá de las 16 sesiones. El terapeuta dijo que no, y se atuvo al contrato inicial. El paciente estaba cada vez peor mostrando más ansiedad y nerviosismo, hasta que de repente, en a 14ª sesión, anunció que había dejado la novia. El terapeuta se quedó sorprendido, siguió en su línea interpretativa de la resistencia hacia la boda, pero no cedió sobre el contrato, y en la 16ª sesión acabaron como se había establecido, sin una clara comprensión de lo que había ocurrido y por qué el paciente dejó la novia. El terapeuta pensó que esta terapia había salido mal.

Este caso clínico, una vez completado y enteramente grabado sobre cinta, fue estudiado meses después por un equipo de investigadores del *San Francisco Psychotherapy Research Group* guiado por Weiss y Sampson. Los investigadores hicieron la hipótesis que en realidad el paciente, contrariamente a sus intenciones conscientes, tuviera el “plan inconsciente” de que la terapia lo ayudara a desenredarse de esta relación, y empiezan a buscar elementos para confirmar esta hipótesis. Observan por ejemplo que la novia actual tenía 12 años más que él, alcohólica, con dos hijos de un matrimonio precedente. Hagamos la hipótesis que el paciente inconscientemente hubiera querido “testar” el terapeuta sobre la capacidad de interrumpir una relación con una persona dependiente y necesitada de ayuda como la madre. Con el mecanismo de la “transformación del pasivo en activo” (*passive into active*) invertiría los papeles en la transferencia y vería si el terapeuta sería capaz de separarse de él. De hecho, en una *escalation* de peticiones, lo había suplicado de no dejarlo, pero el terapeuta superaría el test terminando de todas formas la terapia, contestando inconscientemente no la petición consciente sino a la inconsciente.

El terapeuta entrevistado por los investigadores, dice que interrumpió en la fecha prefijada para cumplir el compromiso de terapia breve del programa de investigación del cual formaba

parte. Le preguntaron si podía haber otros motivos por los cuales fue capaz de resistir a las presiones del paciente, superando también eventuales cuestiones éticas, pero contestó que de todas formas no habría podido continuar porque tenía que irse por obligaciones tomadas antes (irónicamente, estas obligaciones eran su propia boda y su viaje de novios). A pesar de que las motivaciones para la interrupción hubiesen sido muy diversas, el terapeuta sin saberlo habría superado el test del paciente y habría sido capaz de ayudarlo. En el *follow up* el paciente seguía sin estar casado, había dejado esa mujer y no mantenía relaciones masoquistas, y no estaba demasiado insatisfecho con su condición de *soltero*.

Comentando brevemente este caso, y admitiendo que las hipótesis hechas por los investigadores sean correctas, parece que sea un típico ejemplo de mejoría sin insight. El insight habría podido tener lugar si el terapeuta hubiera tenido otra teoría, o si la terapia hubiera seguido y el terapeuta hubiera podido elaborar mejor los problemas del paciente, y es probable que el insight habría podido contribuir a dar mayor estabilidad al cambio (Weiss y Sampson de todas formas no consideran necesario el insight, sino la experiencia correctiva como tal, aunque no sea nunca comentada e interpretada – en su lenguaje, es importante la superación de los test transferenciales por parte del terapeuta). En otras palabras, no sabemos si la interpretación por sí sola habría sido suficiente, es decir si la continuación del tratamiento, aunque acompañado por ricas y detalladas interpretaciones sobre el miedo a separarse, habría podido privar al paciente de la importante “experiencia emocional correctiva” (Alexander *et al.*, 1946) de esta separación *real*. Como sabemos, los respectivos papeles de los dos tradicionales factores curativos del psicoanálisis (en los términos de Friedman [1978], el apego y la comprensión, es decir la experiencia emocional y la interpretación) son entrelazados de manera compleja (Migone, 1989, 1995a cap. 6). De todas formas fue Alexander el primero en reflexionar sobre las razones por las cuales muchos pacientes que no habían mejorado en largos análisis mejoraban inesperadamente cuando por fin el analista decía rendirse y acabarlas. Mientras que también otros han observado estos fenómenos (por ejemplo Milner, 1950), Alexander fue capaz de entenderlos como una forma de “experiencia emocional correctiva”, y estudiar sus implicaciones teóricas.

Segundo ejemplo clínico: la continuación de la terapia como forma de curación

Este segundo ejemplo, igual y contrario al primero, es de una paciente mía, pero es muy similar a muchos casos descritos en los trabajos de Weiss y Sampson (véase por ejemplo el caso de la “Señorita P” [Weiss, 1986, pp. 55-59]); es la situación prototípica de la superación de un test, y ha sido uno de los ejemplos clínicos originariamente utilizados por Weiss para formular su *control-master theory*. También este ejemplo clínico está publicado en otro lugar (Migone, 1995a pp. 60-61, 1995c pp. 41-42; desgraciadamente aquí por falta de espacio no puedo discutir algunas hipótesis de Weiss a mi parecer muy interesantes, explicadas en su intervención en el n. 3/1993 de *Psicoterapia e Scienze Umane*, a propósito de una particular modalidad de testar al terapeuta, hipótesis que tienen relación con este ejemplo clínico, y que discuto con más detalle en otro lugar: véase Migone, 1995a, nota 3, pp. 61-62). Por casualidad he vuelto a hablar con esta paciente con la cual he discutido de ese episodio que tuvo lugar quince años antes, y le he pedido que volviera a leer este trozo y eventualmente corregirlo. Esta versión ha sido ligeramente modificada por ella, aun manteniendo las precauciones para guardar la privacidad:

La paciente era una mujer de 27 años en terapia semanal desde hace 4 años, sin una real mejoría en su vida. No iba a la universidad, con una inhibición al estudio aun siendo una persona muy inteligente, y vivía trabajando como camarera en un restaurante, un trabajo

part-time que no le gustaba y que estaba muy por debajo de sus potencialidades. Sin entrar en los detalles de este caso, basta decir que tenía miedo de que si hubiera tenido éxito en la vida uno de sus padres habría muerto de cáncer, infarto u otra enfermedad. A menudo me hablaba de sus amigos que habían muerto de cáncer o accidentes, como si fuera un signo del destino. Era la menos guapa de sus hermanas, y siempre había sido considerada el “patito feo” de la familia.

Desde hace algunos meses pensaba terminar la terapia, porque la consideraba inútil. Yo nunca había pensado que fuera una buena idea, y me había opuesto con varias argumentaciones: por ejemplo le había dicho que si la terapia podía ser inútil para ella, no por eso era dañina a menos que ella no me lo demostrara, etc. Sus intentos de convencerme que era correcto terminar esta “inútil” terapia crecieron cada vez más, hasta el punto que para mí era cada vez más difícil convencerla a quedarse. Llego a decirme que simplemente estaba cansada de mí y de la terapia, y que esta podía ser una razón suficiente para acabar. Pero también en esta ocasión dije firmemente que no estaba de acuerdo, y que era mejor continuar. Obviamente tenía en la *menta la control-master theory* de Weiss y Sampson y muchos escritos descritos por ellos, y pensé que éste podía ser un gran test respecto a alguien que por fin no la rechazara.

De todas formas esperé la siguiente sesión bastante preocupado, temiendo que no volvería, y esperando que las intuiciones de Weiss y Sampson fueran correctas (en realidad estaba animado por un intercambio epistolar que en ese periodo tenía con Joe Weiss, a quien había pedido consejos sobre este caso y que había confirmado la exactitud de mi hipótesis).

En la sesión siguiente a la que me había puesto tan duramente a prueba, y donde había dicho que no estaba de acuerdo con ella, la paciente volvió de buen humor y habló positivamente de su vida, de sus amigos y de sí misma. Era un raro momento en la terapia. En la segunda parte de la sesión lloró mucho, y me dijo cosas que nunca me había dicho antes en todos estos 3 años: me confesó que tenía pensamientos depresivos, que temía tener un cáncer al hígado, que la muerte fuera inminente, etc. Recordó nuevos episodios donde su madre se había comportado de manera egocéntrica y la había rechazado sintiéndose sin valor. Mostró una confianza en mí que nunca había mostrado antes. El sentido de seguridad que había percibido conmigo había aflojado la represión de los recuerdos dolorosos, revelando una mayor fuerza y confianza. Terminó la sesión con la conciencia que no era la última, sino que, al contrario, el análisis probablemente empezaba justo en ese momento.

Como comentario de este caso clínico, aquí vemos que si hubiéramos ofrecido a esta paciente una terapia breve, o si no hubiera soportado sus presiones para terminar la terapia, muy probablemente esta dinámica no habría emergido, eludiendo el trabajo analítico, y la paciente habría tenido una confirmación ulterior que no hay personas, tampoco entre los terapeutas, dispuestas a “quererla verdaderamente”, a “no rechazarla”.

Conclusiones

En este trabajo he intentado demostrar que la única definición posible de “terapia breve” es una terapia que utiliza el *time-limit setting* como regla de base insertada en el contrato *a priori*. He argumentado que los que se definen terapeutas breves sin usar el *time-limit setting* cometen un error lógico, dado que no es posibles distinguirlos de otros terapeutas (no se entiende si son “breves” o “buenos”). De hecho cada supuesta especificidad de su técnica se revela no original, ya experimentada dentro de la historia del debate sobre la

teoría de la técnica, tanto dentro como fuera del psicoanálisis (para ciertas técnicas experienciales, piénsese por ejemplo en la Gestalt).

Respecto al uso del *time-limit setting*, creo que no está justificado si no es por motivos “externos” a la teoría, por eso para este propósito no hay alguna novedad y forma parte del discurso clásico del parámetro de Eissler (1953). Si la duración limitada es usada como regla de base, los terapeutas breves radicales se tiñen de “ortodoxia”, en el sentido que, si en ciertos casos pueden haber entendido el significado correcto de determinadas respuestas transferenciales al contrato de duración limitada, estos terapeutas breves las generalizan, como ciertos psicoanalistas ortodoxos han generalizado y banalizado los significados del encuadre clásico (un ejemplo prototípico aquí puede ser el uso del diván; para profundizar este tema, véase Migone, 1991, 1995a cap. 4, 2000b).

Los radicales entonces en este caso se transforman en “conversadores”, en el sentido que imitan, de manera igual y contraria, la técnica estereotipada practicada por ciertos psicoanalistas “ortodoxos” de quienes querrían diferenciarse. Me parece más apropiada una técnica *open-ended*, que permite hacer terapias tanto muy breves como muy largas, hechas a medida según las necesidades de cada paciente de los significados que puede tomar la *termination* (un encuadre a duración limitada, además, es obligatoriamente presente en cualquier terapia *open-ended*, y consiste en ese periodo final del análisis – en general de algunos meses – que inicia cuando hay un acuerdo sobre la fecha de fin de la terapia: en estos meses emergen todas las eventuales fantasías o tipos de transferencia que emergen en las terapias breves, por lo que se puede decir que una terapia larga “incluya” siempre también una terapia breve).

Concluyo repitiendo que me malentendería quien pensara que prefiero las terapias largas a las breves: para mí no existen las terapias breves así como no existen las largas, existe sólo la psicoterapia adecuada para un determinado paciente. Quiero además precisar que en este artículo he usado el concepto de terapia breve como ejercicio teórico para reflexionar sobre la psicoterapia en general, de la misma manera con la que, por ejemplo, en el artículo sobre la “psicoterapia con Internet” – publicado en el n. 3/2004 de *Psicoterapia e Scienze Umane*⁵ – había utilizado la psicoterapia *on-line* como ocasión para hablar de la psicoterapia en general, también *off-line*: en ese caso, como en éste, no me interesaba el argumento como tal. En otras palabras, en este artículo habría podido criticar de la misma manera las terapias “largas” y no habría habido diferencia.

REFERENCIAS

- Alberti G.G. & Carere-Comes T., a cura di (2002). *Il futuro della psicoterapia tra integrità e integrazione*. Milano: Franco Angeli, 2003. Vedi sito Internet [http:// www.psychomedia.it/pm-cong/2002/sepi02mi.htm](http://www.psychomedia.it/pm-cong/2002/sepi02mi.htm).
- Alexander F., French T.M. *et al.* (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm>).
- Arlow J.A. (1981). Theories of pathogenesis. *Psychoanal. Q.*, 50: 488-514 (trad. it.: Teorie della patogenesi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1987, XXI, 1: 3-23).
- Eissler K.R. (1950). The “Chicago Institute of Psychoanalysis” and the sixth period of the development of psychoanalytic technique. *Journal of General Psychology*, 42: 103-157 (trad. it.: Il *Chicago Institute of Psychoanalysis* e il sesto periodo dello sviluppo della tecnica psicoanalitica.

- Psicoterapia e Scienze Umane*, 1984, XVIII, 3: 5-33 [I parte], e 4: 5-35 [II parte]. Edizione su Internet: <http://www.psychomediamedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss50-1.htm>).
- Eissler K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 1: 104-143 (trad. it.: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1981, XV, 2: 50-79; anche in Genovese C., a cura di, *Setting e processo psicoanalitico*. Milano: Cortina, 1988, pp. 3-35. Edizione su Internet: <http://www.psychomediamedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm>).
- Freud S. (1914 [1918]). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'Uomo dei lupi). *Opere*, 7: 487-593. Torino: Boringhieri, 1975.
- Friedman L. (1978). Trends in psychoanalytic theory of treatment. *Psychoanalytic Quarterly*, 4: 524-567. Anche in: *The Anatomy of Psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1988 (trad. it. in: *Anatomia della psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993, cap. 4).
- Gill M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *Int. Rev. Psychoanal.*, 11: 161-179 (trad. it.: Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione. In: Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica. Vol. 4: Trattamenti in setting individuale*. Milano: Franco Angeli, 1989, pp. 128-157). Edizione su Internet: <http://www.publinet.it/pol/ital/10a-Gill.htm> (dibattito: <http://www.psychomediamedia.it/pm-lists/debates/gill-dib-1.htm>).
- Malan D.H. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum.
- Migone P. (1982). Sulla psicoterapia dinamica breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XVI, 4: 59-82.
- Migone P. (1984). “Le psicoterapie brevi”. Due seminari tenuti al Dipartimento di Psicologia della Università di Bologna il 20 e 27 febbraio 1984.
- Migone P. (1985a). Short-term dynamic psychotherapy from a psychoanalytic viewpoint. *The Psychoanalytic Review*, 72, 4: 615-634 (conferenza tenuta alla *Society of Medical Psychoanalysts* di New York il 10 novembre 1982).
- Migone P. (1985b). Psicoterapia dinamica breve e psicoanalisi. In: *Abstracts*, XXXVI Congresso Nazionale della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP), Milano, 21-26 ottobre 1985. Vol. II, p. 444.
- Migone P. (1986). Short-Term Dynamic Psychotherapy versus Psychoanalysis. In: *American Psychiatric Association, CME Syllabus, 139th Annual Meeting* (Washington, May 10-16, 1986). Washington, DC: APA, pp. 221-222.
- Migone P. (1988a). Le psicoterapie brevi ad orientamento psicoanalitico: origini storiche, principali tecniche attuali, discussione teorico-critica, ricerche sull'efficacia, formazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXII, 3: 41-67.
- Migone P. (1988b). “Lo stato attuale delle psicoterapie brevi”. Relazione tenuta ai “Seminari Internazionali” di *Psicoterapia e Scienze Umane*, Bologna, 11 gennaio 1988.
- Migone P. (1988c). “Le terapie brevi”. Seminario tenuto al Dipartimento di Psicologia della Università di Bologna il 21 marzo 1988.
- Migone P. (1988d). La identificazione proiettiva. *Il Ruolo Terapeutico*, 49: 13-21. Edizione su Internet: <http://www.psychomediamedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt49ip88.htm>.
- Migone P. (1989). La teoria psicoanalitica dei fattori curativi. *Il Ruolo Terapeutico*, 52: 40-45. Edizione su Internet: <http://www.psychomediamedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt52-89.htm>.
- Migone P. (1989-99). Le psicoterapie brevi ad orientamento psicoanalitico. In: Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia clinica. Vol. 4: Psicoterapie in setting individuale*. Milano: Franco Angeli, 1989 pp. 161-185 (1^a ed.), 1999 pp. 237-273 (2^a ed.).
- Migone P. (1990). “Le psicoterapie brevi”. Due seminari tenuti alla Scuola di Specialità in Psichiatria dell'Università di Parma il 14 e 18 maggio 1990.

- Migone P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton Gill. *Psicoterapia e scienze umane*, XXV, 4: 35-65. Una versione del 1992 su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm>.
- Migone P. (1993a). Saggio-recensione: "Weiss, Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986; Weiss, 1990; Engel & Ferguson, 1990". *Psicoterapia e scienze umane*, XXVII, 2: 123-129.
- Migone P. (1993b). Riflessioni cliniche sul lavoro del *Psychotherapy Research Group* di San Francisco guidato da Weiss & Sampson. *Il Ruolo Terapeutico*, 62: 55-58. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt62-93.htm>.
- Migone P. (1994a). "Short-term vs. long-term psychoanalytic therapy: a theoretical analysis of the dose-effect problem". Relazione letta allo *Stuttgart Kolleg* "Dose-Effect Relations in Psychotherapy", organizzato dalla *Forshungsstelle für Psychithérapie Stuttgart* e dalla *Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm*, Stoccarda, 25-27 giugno 1994.
- Migone P. (1994b). La psicoterapia nei servizi pubblici: in che modo è diversa dalla psicoterapia nel privato? *Il Ruolo Terapeutico*, 65: 40-44. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt65-94.htm>.
- Migone P. (1995a). *Terapia psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli. Scheda su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm>.
- Migone P. (1995b). Le differenze tra psicoanalisi e psicoterapia breve ad orientamento psicoanalitico. In: Migone, 1995a, cap. 3.
- Migone P. (1995c). L'elaborazione della fine della terapia come intervento terapeutico. *Il Ruolo Terapeutico*, 68: 41-44. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt68-95.htm>.
- Migone P. (1995d). "Esiste una teoria specifica delle terapie brevi?". Seminario tenuto alla Scuola di Specialità in Psichiatria dell'Università di Bologna il 6 marzo 1995.
- Migone P. (1995e). "Teorie e tecniche delle psicoterapie brevi". Conferenza tenuta al Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna il 4 dicembre 1995.
- Migone P. (1995f). Expressed Emotion and Projective Identification: A bridge between psychiatric and psychoanalytic concepts? *Contemporary Psychoanalysis*, 31, 4: 617-640. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/rapaport-klein/migone93.htm>.
- Migone P. (1996a). Short-term versus long-term psychoanalytic therapy: a theoretical analysis of the dose/effect problem. In: Society for Psychotherapy Research (SPR), editor, *Fifth European Conference on Psychotherapy Research, September 4-7, 1996, Programme & Abstracts*, p. 128.
- Migone P. (1996b). Recensione: "Hans H. Strupp & Jeffrey L. Binder, *Psicoterapie dinamiche brevi*. Bologna: Il Mulino, 1994 (ed. or.: *Psychotherapy in a New Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Prefazione di Merton M. Gill. New York: Basic Books, 1984)". *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXX, 4: 137-139.
- Migone P. (1997a). Le terapie brevi non esistono. In: Giovannoli Vercellino C., a cura di, *Le psicoterapie "brevi" ad indirizzo psicodinamico: storia e attualità*. Padova: Imprimeria, pp. 19-45 (relazione letta alla Giornata di Studio *Le psicoterapie "brevi" ad indirizzo psicodinamico: storia e attualità*, organizzata il 10 maggio 1997 dall'Istituto Torinese di Analisi Transazionale e Gestalt [ITAT]).
- Migone P., a cura di (1997b). Dibattito sulla *Inter-Personal Therapy* (IPT). Internet: <http://www.psychiatryonline.it/ital/documi1a.htm> (seconda parte).
- Migone P. (1998). Il problema della integrazione dei diversi approcci psicoterapeutici. *Il Ruolo Terapeutico*, 79: 40-45. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/>

ruoloter/rt79-98.htm.

- Migone P., a cura di (1999). Dibattito sulle “Psicoterapie brevi” avvenuto nella Lista “Psicoterapia” di *Psychomedia* (PM-PT) dall’aprile all’ottobre 1999 (interventi di Andrea Angelozzi, Daniele Cacchioni, Tullio Carere-Comes, Gaetano Dell’Anna, Wilfredo Galliano, Gaetano Giordano, Paolo Migone, Emilio Mordini, Fausto Radaelli, Antonio A. Rizzoli, Sandro Rosseti, Gian Paolo Scano, Bruno Spinetoli), <http://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/ter-brev.htm>.
- Migone P., a cura di (2000a). On “Short-Term Dynamic Psychotherapy”. In: *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) Forum*, November-December 2000, <http://www.cyberpsych.org/sepi/sepistdp.htm> (interventi di Ang Wee Kiat Anthony, Tullio Carere-Comes, Niquie Dworkin, Diana Fosha, Allen Kalpin, Paolo Migone, Bob Resnick, Hilde Rapp).
- Migone P. (2000b). A psychoanalysis on the chair and a psychotherapy on the couch. Implications of Gill’s redefinition of the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Silverman D.K. & Wolitzky D.L., editors, *Changing Conceptions of Psychoanalysis: The Legacy of Merton M. Gill*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 219-235 (trad. spagnola: El psicoanálisis en el sillón y la psicoterapia en el diván. Implicaciones de la redefinición de Gill sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. *Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 2000, 2, 1: 23-40).
- Migone P. (2004a). “La psicoanalisi, la legge, il pubblico”. Intervento tenuto alla tavola rotonda “Psychoanalysis and the law. An Italian discussion”, organizzata il 14 marzo 2004 dal *Journal of European Psychoanalysis* alla Società Gruppo-Analitica Italiana (SGAI) di Milano. Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/indther/psan/migone.htm>.
- Migone P. (2004b). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2003, XXXVII, 4, 57-73. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm>.
- Milner M. (1950). A note on an ending of an analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 31: 191-193.
- Palvarini P. (2005). La psicoterapia dinamica breve di ultima generazione: la terapia dinamico-esperienziale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXIX, 3: 323-346.
- Thomä H. & Kächele H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. 1: Grundlagen*. Berlin-Heidelberg: Springer Verlag (trad. it.: *Trattato di terapia psicoanalitica. 1: Fondamenti teorici*. Torino: Bollati Boringhieri, 1990).
- Wachtel P.L. (1980). Transference, schema and assimilation: the relevance of Piaget to the psychoanalytic theory of transference. *Annual Psychoanal.*, 8: 59-76. Internet edition: <http://www.cyberpsych.org/sepi/wachtel.htm> (trad. it. aggiornata al 2004: Transfert, schema e assimilazione: la rilevanza di Piaget per la teoria psicoanalitica del transfert. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2004, XXXVIII, 3: 293-314).
- Weiss J. (1986). Introduzione al lavoro del “San Francisco Psychotherapy Research Group”. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1993, XXVII, 2: 47-65 (trad. it. del cap. 1 di: Weiss, Sampson & the Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986).
- Weiss J. (1990). Unconscious mental functioning. *Scientific American*, 262, 3 (March): 103-109 (trad. it.: I processi mentali dell’inconscio. *Le Scienze*, 1990, 261, maggio: 68-75).
- Weiss J. (1993a). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford (trad. it.: *Come funziona la psicoterapia*. Presentazione di Paolo Migone e Giovanni Liotti. Torino: Bollati Boringhieri, 1999).
- Weiss J. (1993b). A proposito del “San Francisco Psychotherapy Research Group”. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXVII, 3: 145-147.
- Weiss J. & Sampson H., a cura di (1999). *Convinzioni patologiche. La scuola psicoanalitica di San Francisco* (Contributi di Jessica Broitman, Wilma Bucci, Marco Casonato, John T. Curtis, Polly B.

Fretter, Harold Sampson, George Silberschatz, Joseph Weiss). Presentazione di Antonio Semerari. Introduzione di Marco Casonato. Urbino: Quattroventi.

Weiss J., Sampson H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York: Guilford (trad. it. del cap. 1: Weiss, 1986).

Riassunto.

Il concetto “terapia breve” viene criticato in quanto sostanzialmente tautologico, e anche basato su varie autocontraddizioni. Tutte le tecniche sperimentate dai cosiddetti terapeuti brevi sono le stesse discusse da sempre nel dibattito sulla teoria della tecnica, sia all’interno che all’esterno della psicoanalisi (si pensi ad esempio al fattore esperienziale, presente nel confronto tra Freud e Ferenczi, e anche nella tradizione della terapia della Gestalt). Non ha senso quindi un dibattito separato sulle terapie brevi. La questione importante è capire se si decide di impostare *a priori* una durata limitata della terapia (cioè il *time-limit setting*) per motivi esterni o interni alla teoria (il *time-limit setting*, tra l’altro, è l’unico elemento caratterizzante il concetto di terapia breve, altrimenti non si potrebbe distinguere tra terapeuti “brevi” e “bravi”). A scopo esemplificativo vengono presentate anche due vignette cliniche uguali e contrarie.

Original recibido con fecha: 29-8-2008 Revisado: 11-1-2010 Aceptado para publicación: 15-2-2010

NOTAS

¹ Artículo publicado originalmente en lengua italiana: Migone, P. ().Terapeuti “brevi” o Terapeuti “bravi”?. Una crítica al concepto di Terapia breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 3: 347-370. Disponible en: <http://www.psicoterapiaescienzeumane.it> Traducción de Danilo Magistrali. Traducido y publicado con autorización. En el título italiano original se hace un juego de palabras entre “Brevi” y “Bravi” que en lengua castellana se pierde.

² Psicoanalista. Codirector de la revista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it) Dirección: Via Palestro 14, 43100 Parma, Tel./Fax 0521-960595, E-Mail <migone@unipr.it>. Vease la web de Paolo Migone: PSYCHOMEDIA - PROBLEMS OF PSYCHOTHERAPY - Edited by Paolo Migone.htm (Reseñada y enlazada en CeIR Vol.2 Nº 1, 2008)

³ N.de.T.: Terapia de encuadre o duración limitada

⁴ Según Eissler (1953) una técnica todavía puede ser llamada psicoanalítica cuando la introducción del parámetro es justificada por los siguientes cuatro criterios: 1) tiene que ser introducido sólo cuando sea comprobado que la técnica de base no es suficiente; 2) nunca tiene que superar el mínimo inevitable; 3) tiene que conducir a su auto-eliminación; 4) sus repercusiones sobre la transferencia nunca tienen que ser tales que no pueda ser abolido por la interpretación (véase también Migone, 1995a, pp. 77-78).

⁵ N. de T.: También publicado en castellano en *Clínica e Investigación Relacional*, 2009, Vol.3 (1).