

De la psicoterapia de la histeria (Freud, 1895) a la psicoterapia focal psicoanalítica¹

Eduardo A. Braier

Resumen

El modelo terapéutico propuesto por S. Freud en Sobre la psicoterapia de la histeria (1895) constituye un precedente insoslayable en la actual terapia focal psicoanalítica, que describiera inicialmente D. H. Malan (1963).

En el presente trabajo se efectúa un estudio comparativo de ambos procedimientos, que considera los objetivos terapéuticos, la búsqueda de las causas de los síntomas y de la enfermedad, aspectos investigativos, organización y estructura focales, mecanismos terapéuticos y aspectos técnicos. Se deduce que las semejanzas son numerosas e indudables, a lo que se suma la coincidencia en la breve duración de los tratamientos.

Se trata de rescatar el modelo freudiano de 1895, revalorándolo y actualizándolo.

Es posible considerar que las psicoterapias que Freud practicaba en la primera mitad de la década de 1890 eran no sólo terapias breves y de objetivos limitados sino también focalizadas, en el sentido de la técnica misma.

En la traducción que realiza Etcheverry de la obra freudiana se encuentran términos vinculables a la noción actual de foco y a la labor de focalización.

ahora era preciso hallar *la causa de ese dolor*, y en estado influido, en nada pudo ella ayudarme. Concentrada y bajo la presión de mi mano, *cuando le pregunté si se le ocurría y veía algo*, se decidió por el ver y empezó a describirme sus imágenes visuales. S. Freud, *Sobre la psicoterapia de la histeria*.²

1. Introducción

La técnica *focal*, descrita inicialmente por D. H. Malan (1963), es una de las terapias de base psicoanalítica que mayor interés ha despertado, dadas sus posibilidades de aplicación, en especial ante perturbaciones que requieren una

circunscripción estratégica para su abordaje terapéutico. Si bien se registran importantes contribuciones, anteriores a la del citado autor, ellas se hallan relacionadas más que nada con el criterio de centralización de la labor terapéutica en determinados síntomas y problemas del paciente, pero no ahondan mayormente en los detalles de una técnica posible, cuestión de la que en cambio sí se ocupó Malan (1963, 1976, 1981, 1983), por lo que, como dice Knobel (1987), puede ser considerado el padre de la psicoterapia focal. Cabe entonces recurrir a lo expuesto por Malan en lo que concierne a los lineamientos esenciales de la técnica de enfoque (Malan, 1963 [en especial p. 258-262]).³

En esta ocasión quiero ocuparme de lo siguiente: en materia de precedentes de la terapia focal hay una obra que posee un carácter de excepción. El mismo Malan, que menciona experiencias previas de otros investigadores, no se ha detenido en su consideración (al igual que otros autores, hasta donde yo estoy enterado). Se trata precisamente del modelo terapéutico propuesto por Freud en *Sobre la psicoterapia de la histeria*, de 1895, cuyo desarrollo le pertenece de modo predominante sobre los aportes de Breuer (pese a que Freud le seguía llamando «el método de Breuer»); es por eso que este trabajo, el cuarto capítulo de *Estudios sobre la histeria*, está firmado exclusivamente por quien luego sería el creador del método psicoanalítico. Su revisión desde la perspectiva de una terapia focal me parece a esta altura insoslayable —como la de los demás capítulos que integran los *Estudios...*, pese a que de su primera publicación han transcurrido ya más de cien años— porque revela, a mi juicio, una serie casi abrumadora de puntos de contacto con la técnica de enfoque. Esto va mucho más allá de una similitud en cuanto a la duración de los tratamientos, lugar común por el que se suele repetir hasta el cansancio que Freud fue el primero en realizar terapias breves (denominación esta última, como se sabe, emparentada con la de terapias focales).

Aunque no haya, pues, una mención explícita de parte de Malan, sostengo que el modelo freudiano

de 1895 es la matriz de la actual técnica focal psicoanalítica. Puede decirse que esta última lo contiene y que ella sería en parte el resultado de reflotar y *actualizar* el método de Freud-1895. Ignoro si lo han entendido también así tanto Malan como M. Balint. (Recordemos que a este último le cupo una participación destacada en la experiencia descrita por el primero; además años después, habiendo ya fallecido Balint, se publicó un libro producto de sus experiencias terapéuticas en el empleo de esta técnica, llamado precisamente *Psicoterapia focal*, que describe de modo exhaustivo un tratamiento realizado por él mismo). También cabe pensar en la posibilidad de que a partir del conocimiento del modelo freudiano y con éste como telón de fondo Malan y Balint concibieran, bajo aquella tácita influencia, la moderna técnica focal. Ello, de todos modos, aunque demostraría una vez más que no hay nada nuevo bajo el sol, no le restaría tampoco mérito a las contribuciones tanto de uno como de otro.

Dado que, salvo una que otra excepción, no he encontrado bibliografía que indague acerca de una tal procedencia de la técnica focal, y tampoco, como es de suponer, de una relación detallada entre ambos métodos, cuestiones en las que estoy interesado desde hace ya muchos años (Braier, 1981, cap. 13: «Dos tratamientos breves», p. 224), he realizado mi propio estudio comparativo, que expondré a continuación, para poder precisar si mis afirmaciones se ven finalmente confirmadas y, de ser así, comprobar hasta dónde puede llegar la influencia del primitivo método de Freud en el desarrollo de la actual técnica focal.⁴

Suele señalarse a menudo cuánto le deben las psicoterapias al psicoanálisis y, con menor frecuencia, aunque sea cierto también, a la inversa: lo que previamente el método psicoanalítico le adeuda a las psicoterapias, en particular a la psicoterapia freudiana preanalítica, la de los historiales clínicos de los *Estudios...*; en esta última podemos encontrar, en germen, los fundamentos de dicho método, tal como lo expuso en el prólogo a la segunda edición de dicha obra el propio Freud, y también posteriormente, en 1924. Pero esta vez se trata de lo que una psicoterapia, la focal, le debería a otra, la freudiana de 1895.

2. Las dos psicoterapias

Abordaré los siguientes puntos: 1) los objetivos terapéuticos; 2) la búsqueda de las causas de los síntomas y de la enfermedad. Los aspectos

investigativos en ambos procedimientos; 3) del «cuerpo extraño» y el «infiltrado» al foco. Del «núcleo patógeno» al «conflicto nuclear» y el «conflicto primario»; 4) los mecanismos terapéuticos. Aspectos técnicos.

2. 1. Los objetivos terapéuticos

Los *fines* de la terapia *focal* consisten generalmente en lograr una mejoría en lo que atañe a determinados síntomas del paciente, sobre todo mediante el abordaje de conflictos subyacentes a los mismos. No se suele contemplar, como por el contrario sucede con el tratamiento psicoanalítico, la posibilidad de curación de la enfermedad «de base», en cambio sí, además de la mejoría sintomática, modificaciones conductuales y la recuperación en el paciente de su capacidad de desenvolvimiento. Es, por tanto, una psicoterapia de *objetivos limitados*.

Cuando Freud aplicaba el método catártico lo hacía con la finalidad de lograr una *curación sintomática*, vale decir la desaparición de los síntomas que motivaban el tratamiento. También entonces los objetivos estaban, desde ya, *limitados*. En la *Comunicación preliminar* (1893) escribió con Breuer: «Consideramos sustantiva la ganancia terapéutica que se logra aplicando este procedimiento. Desde luego, no curamos la histeria en tanto ella es predisposición» (1893, p. 42). Y por su cuenta, en *Sobre la psicoterapia de la histeria*, señalaba Freud:

Aquí el método catártico rinde todo lo que se le puede exigir, pues el médico no pretenderá alterar una constitución como la histérica; tiene que darse por contento si elimina el padecer al cual es proclive esa constitución y que puede surgir de ella con la cooperación de condiciones externas. *Se dará por contento si el enfermo ha recuperado su productividad.*
(1895b, p. 270. Las cursivas son mías)

Para Freud siempre fueron importantes los resultados «prácticos» de la terapia, esto es si los síntomas habían sido eliminados o no: «en la terapia están en juego metas *prácticas*, la eliminación del estado doliente en su totalidad» (1895b, p. 268. El destacado es mío).

Naturalmente, esta preocupación por el destino de los síntomas era central en aquel entonces, en que todavía Freud no pretendía curar la enfermedad causal. Al cierre del historial de Elisabeth von R

dirá, a propósito de ésta: «En la primavera de 1894 me enteré de que concurriría a un baile, para el cual pude procurarme acceso, y no dejé escapar la oportunidad de ver a mi antigua enferma en el alígero vuelo de una rápida danza. Más tarde, por su libre inclinación, se casó con un extraño». (1895b, p. 174). También el historial de Lucy R contiene comentarios de este tipo.

Algunos años después, con el caso Dora (Freud, 1905 [1901]), el creador del psicoanálisis nos mostrará nuevamente que no se apartaba de la relación entre el tratamiento y lo que acontecía con su paciente en la realidad externa, a través de una referencia al concluir el historial. Y así proseguirá hasta casi el final de su obra, como cuando en *Análisis terminable e interminable* (1937) expresa que el tratamiento analítico es «el intento de liberar a un ser humano de sus síntomas neuróticos, de sus inhibiciones y sus anomalías de carácter».

Había publicado antes, en 1926, *Inhibición, síntoma y angustia*, cuyo título habla por sí solo.

Este espíritu freudiano, en el que prima la preocupación por el sufrimiento del paciente, la relación de éste con la realidad externa y la disminución de su productividad, anima también al terapeuta que hoy emplea una técnica focal, sabedor, además, de que en tales circunstancias no puede perseguir la cura de la enfermedad «de base» ni generar cambios profundos en la personalidad, metas reservadas, en todo caso, al psicoanálisis (pero dicho terapeuta tampoco puede caer en la ingenuidad de desconocer que, como le sucedía a Freud con el método catártico, puedan sobrevenir recidivas). Asimismo, recordemos que en una terapia focal de raíz psicoanalítica se procura erradicar o atenuar el síntoma casi siempre a través del *insight*. Ya en 1895 indicaba Freud el camino de esta intención terapéutica, luego consolidada con el psicoanálisis (aun mediando una, con frecuencia, prolongada etapa del tratamiento en la que el analizando deberá «hacerse amigo» del síntoma, que es motivador de la tarea analítica, reconocerlo como algo propio de su ser, tolerarlo y aprender sobre sí mismo a partir de dicho síntoma; pero para librarse finalmente de él, no nos olvidemos).

En 1895, Freud llamaba «sintomático» a su procedimiento, en tanto estaba dirigido a eliminar los síntomas neuróticos y no a tratar las causas: «El método catártico no pierde valor por ser *sintomático* y no *causal*.» (1895b, p. 269. Cursivas del autor).

2. 2. La búsqueda de las causas de los síntomas y de la enfermedad. Los aspectos investigativos en ambos procedimientos

Pero de sintomático en el sentido de mera búsqueda de la supresión del síntoma histérico, en principio a través de la sugestión (como con el empleo de órdenes hipnóticas, por ejemplo), el método freudiano fue evolucionando hacia la investigación *causal* de dicho síntoma, y con ello de las neurosis, *aunque* Freud *no aspirara aún a curar la enfermedad neurótica*: «Si considero mi habitual diferencia de juicio acerca de un caso de neurosis *antes y después* de realizar ese análisis, a punto estoy de tenerlo por indispensable para tomar conocimiento de cualquier afección neurótica» (1895b, p. 273-74. Cursivas del autor).

En determinado momento Freud comenzó a interrogar al síntoma en cuanto a su origen (las escenas traumáticas reprimidas, según su teorización de entonces) y significados (como expresión del conflicto y la defensa), amén de su carácter simbólico (Freud, 1895a, p. 167). Su larga e incesante búsqueda lo llevaría desde la teoría del trauma y la de la seducción al descubrimiento, años más tarde, de la sexualidad infantil, con el complejo de Edipo y al desarrollo del método psicoanalítico. Con este último procedimiento alcanzaría Freud los más altos niveles de investigación del psiquismo, al tiempo que terapéuticos, intentando dar cuenta de la enfermedad que da origen a los síntomas.

Esta indagación en el síntoma está presente en todas las terapias de orientación psicoanalítica, entre las que se halla la terapia focal, como un aspecto investigativo de la experiencia freudiana que coincide con el terapéutico. Pero como hoy empleamos el método focal con una finalidad fundamentalmente terapéutica, la investigación tiene una importancia secundaria, estando esencialmente subordinada a dicha finalidad y, por ello, limitada, puesto que para una más apropiada investigación del inconsciente contamos con el método psicoanalítico. O sea: tanto en el método de Freud-1895 como en la terapia focal la investigación está circunscripta. En el primer caso simplemente porque Freud aún no había perfeccionado el método psicoanalítico; en el segundo porque se trata de un procedimiento cuya elección contempla un interés esencialmente terapéutico (que a su vez está restringido). Pero en tanto en ambas técnicas se tiende a comprender y resolver conflictos latentes, son, por ende, «algo más» que sintomáticas.

2.3. Del «cuerpo extraño» y el «infiltrado» al foco. Del «núcleo patógeno» al «conflicto nuclear» y el «conflicto primario»

En la terapia *focal* se trata de centralizar la labor terapéutica en torno a una determinada sintomatología —y por ende una conflictiva— del paciente. El foco terapéutico es un artificio de valor operativo y es concebido por el terapeuta generalmente a partir de los síntomas que motivan la consulta (Fiorini, 1973; Braier, 1981, cap. 3: «Basamentos teóricos»), los que se presentan a manera de «punta de un ovillo». L. Wolberg (1965) habla de *síntomas-target* desde una metáfora balística, o *síntomas-«clave»*, para hacer referencia a los síntomas destacados dentro de un cuadro clínico y que nos permiten focalizar la acción terapéutica.

En el modelo de Freud-1895 nos encontramos igualmente con una focalización del trabajo terapéutico, el cual también entonces se dirigía a combatir ciertos síntomas, de los que asimismo partía Freud en su exploración. Además nos presenta una figuración del «material psíquico patógeno» de la histeria, describe una organización que, leyendo esto hoy, *nos sugiere* una concepción del foco terapéutico de la terapia de *énfoque* o *focal* y que aún conduce a crear condiciones de representabilidad del foco, esto es una imagen posible del mismo para el terapeuta:

He designado como formación de un *tema* ese agrupamiento de recuerdos de la misma variedad en una multiplicidad estratificada en sentido lineal, al modo de un fajo de actas, de un paquete, etc. Ahora bien, esos temas muestran una segunda manera de ordenamiento: están —no puedo expresarlo de otro modo— *estratificados de manera concéntrica en torno del núcleo patógeno*.
(1895b, p. 294. Cursivas del autor)

La descripción de la organización del «material patógeno» no concluye en este punto sino que Freud se interna audazmente en ella y provee de más elementos y analogías que en su totalidad no será posible transcribir aquí. Pero es preciso recordar algunas cosas.

Al principio Freud habla del «cuerpo extraño», figura médica que procedía de la creencia de que se trataba de un material psíquico aislado del resto, pero que además tal vez conlleve en Freud una intención de aislar *él*, es decir recortar, destacar

—*focalizar*, en definitiva— *terapéuticamente* el «material patógeno», como parece desprenderse del siguiente párrafo: «Anudaré todavía algunas puntualizaciones a la *imagen* así obtenida de la organización del material patógeno. Acerca de este material hemos enunciado que se comporta como un *cuerpo extraño*; y la *terapia opera también como la remoción de un cuerpo extraño del tejido vivo*.» (1895b, p. 295. Las cursivas son mías).

Existiría entonces en Freud, de acuerdo con la idea inicial de «cuerpo extraño», un criterio de *focalización* de la labor terapéutica que, a mi entender, no habría de ser aún abandonado ni de desvirtuarse cuando más adelante haya de reemplazar dicha idea por la metáfora del «infiltrado», más ajustada a la realidad de la organización psíquica:

Ahora estamos en condiciones de inteligir en qué falla esta comparación. Un cuerpo extraño no entra en ninguna clase de conexión con los estratos tisulares que lo rodean, si bien los altera, los constriñe a la inflamación reactiva. Nuestro grupo psíquico patógeno, en cambio, no se puede extirpar limpiamente del yo, pues sus estratos más externos traspasan omnilateralmente hacia sectores del yo normal, y en verdad pertenecen a este último no menos que a la organización patógena.
(1895b, p. 295)

Los estratos internos se enajenan del yo más y más, sin que la frontera visible de lo patógeno comience en parte alguna. La organización patógena no se comporta genuinamente como un cuerpo extraño, sino mucho más, como una *infiltración*.
(1895b, p. 296. Las cursivas son mías)

Aquellas aclaraciones que hice en otro lugar acerca de la organización focal, en cuanto a que el foco terapéutico carece, *en rigor*, de límites netos (Braier, 1981, p. 50 y 93), coinciden con la analogía del «infiltrado», por lo cual la delimitación del material, la focalización concebida por el terapeuta, es convencional y debe ser entendida como un artificio para operar terapéuticamente, *como si* en verdad se tratase de un cuerpo extraño. El material «extrafocal» puede llegar a ser sólo relativamente independiente del focal, ya que en parte al menos suele hallarse enlazado con las representaciones de este último. Respecto de sectores del «yo normal» y la «organización patógena», Freud había dicho: «La frontera entre ambos es *trazada por el análisis ora aquí, ora allá de una manera puramente convencional, y en ciertos puntos ni siquiera se la puede indicar*.» (1895b, p. 295-96. El destacado es mío).

Por lo que, siguiendo con el símil del «infiltrado», y con relación a la acción terapéutica, el creador del psicoanálisis señaló: «En este símil, debe suponerse que la resistencia es lo que infiltra. La terapia no consiste entonces en extirpar algo —hoy la psicoterapia es incapaz de tal cosa—, sino en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado.» (1895b, p. 296).

Al igual que el «material psíquico patógeno» al que aludía Freud, en sus niveles profundos, la organización a la que se refiere todo foco terapéutico debe ser entendida como *fundamentalmente inconsciente*. Al ahondar en ella, venciendo resistencias, descubrimos representaciones reprimidas, conexiones de éstas con otras representaciones y con afectos desplazados, convertidos, etcétera.

Nuestras actuales dificultades para definir teóricamente de un modo más preciso el foco terapéutico —concepto, desde luego y paradójicamente, clave en la técnica por ello llamada *focal* o *de enfoque*— y sobre todo para transmitir una imagen de éste, recuerdan las que tenía Freud en sus intentos de dar una idea de la organización del «material patógeno». Comentaba al respecto:

Me sirvo aquí de una serie de símiles, todos los cuales poseen sólo una semejanza muy limitada con mi tema y ni siquiera se concilian entre sí. Lo sé, y no corro el riesgo de sobrestimar su valor. Pero me guía el propósito de volver intuible desde diversos ángulos un objeto de pensamiento en extremo complejo y que nunca había sido expuesto. Por eso solicito la licencia de seguir esparciendo aquí y allí, en las páginas que siguen, unas comparaciones de esa índole, en verdad no inobjetables. (1895b, p. 296)

Freud todavía nos proporcionará más comparaciones útiles para que podamos hoy «dar forma» al concepto de *foco*, contribuyendo a su figurabilidad:

Entre mí he comparado a menudo la terapia catártica con una intervención quirúrgica, designado a mis curas como unas *operaciones psicoterapéuticas*, y seguido las analogías con la apertura de una cavidad llena de pus, la extirpación de una región cariada, etc. Esa analogía encuentra su legitimación no tanto en la remoción de lo patológico cuanto en el establecimiento de mejores condiciones para que el decurso del proceso lleve a recobrar la salud. (1895b, p. 308-309. Cursivas del autor)⁵

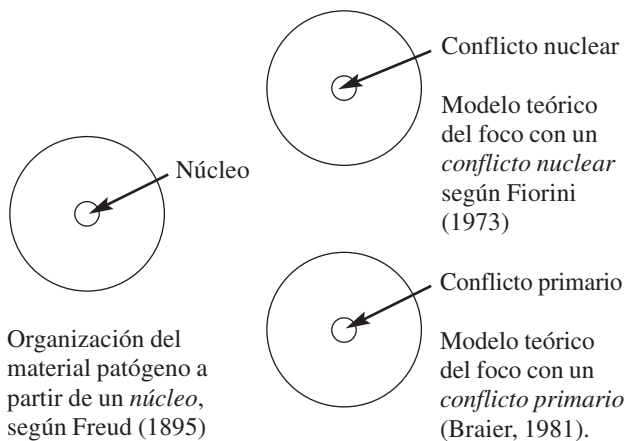
Pero hay aún más relaciones posibles en estos puntos entre las dos psicoterapias que nos ocupan: Freud distinguía, dentro de la estructura del material psíquico, un *núcleo patógeno* (1895b, p. 293-94), consistente sobre todo en recuerdos traumáticos traducidos en representaciones patógenas: «[...] un *núcleo* de recuerdos (recuerdos de vivencias o de ilaciones de pensamiento) en los cuales ha culminado el momento traumático o halló su plasmación más pura la idea patógena.» (1895b, p. 293. Cursivas del autor).

En la Epicrisis del historial de Miss Lucy R había ya explicado:

Según lo dicho, el momento genuinamente traumático es aquel en el cual la contradicción se impone al yo y este resuelve expulsar la representación contradictoria. Tal expulsión no la aniquila, sino que meramente la esfuerza a lo inconsciente [...] y si este proceso sobreviene por primera vez, establece un *centro nuclear* y de cristalización para que se forme un grupo psíquico divorciado del yo, en torno del cual en lo sucesivo se reunirá todo lo que tenga por premisa aceptar la representación impugnada. (1895a, p. 139. Las cursivas son mías)

A todo esto, el modelo de *foco* aportado por Fiorini (1973) distingue, subyacente al motivo de consulta, un conflicto que el autor denominó, significativamente, *conflicto nuclear*. El calificativo evoca inmediata e inevitablemente el *núcleo* al que aludía Freud, quien también, como acabamos de recordar, llamó a este núcleo, en un pasaje, *centro nuclear*.⁶

Por mi parte, siempre desde una óptica psicoanalítica de la organización del foco terapéutico, he descrito la existencia de una *conflictiva focal* —esencialmente inconsciente—, que remite a un *conflicto primario o básico*, de naturaleza edípica o preedípica (Braier, 1981, cap. 3). Este último resulta de una actualización del llamado *núcleo patógeno*, *centro nuclear* o simplemente *núcleo* por Freud en 1895 (época en la que éste aún no había descubierto la sexualidad infantil con el complejo de Edipo, ni mucho menos destacado la importancia de los estadios preedípicos en la etiología de las enfermedades mentales).⁷ Freud hablaba, como vimos, del material que se reunía en torno de ese centro nuclear; con esta concepción coincidiría la conformación de la estructura focal, integrada asimismo por una *conflictiva focal*, expresión a su vez de *conflictos derivados* del *conflicto primario*, y siendo este último el *núcleo* del foco terapéutico.



Hay, sin duda, cierta correlación entre el *núcleo* de Freud, el *conflicto nuclear* de Fiorini y el *conflicto primario* al que hago referencia, aunque no se trate de conceptos totalmente superponibles.⁸

2. 4. Los mecanismos terapéuticos. Aspectos técnicos

En la terapia *focal* se procura alcanzar las metas a través del *insight* del paciente, conseguido sobre todo por medio de las interpretaciones del terapeuta. Malan (1963) llega a hablar de una *elaboración breve* en el paciente de un aspecto dado de su psicopatología.

Con el empleo del método catártico Freud se dedicó fundamentalmente a lograr el *devenir-consciente* (recuerdo) de situaciones traumáticas reprimidas que consideraba entonces el origen del síntoma histérico. Ello implicaba la «reproducción de vivencias traumáticas» (1895b, p. 274). La *abreacción* del paciente conducía a la mejoría sintomática o incluso a la eliminación del síntoma. Pero para este último cometido, Freud recurría inicialmente también a la *sugestión directa* (mediante órdenes al paciente en el sentido de que no experimentaría más el síntoma en cuestión, por ejemplo. Al respecto véase sobre todo el historial de Emmy von N. [Freud, 1895a]). A fin de instrumentar estos métodos apeló al comienzo a la hipnosis, pero por distintos motivos la fue abandonando y reemplazando por otros recursos, desistiendo además de la cancelación del síntoma por sugestión directa. Procuró luego conducir a sus pacientes a un estado de «concentración» sobre una determinada representación mental, para lo cual les ordenaba se acostasen y cerrasen los ojos. Conviene recordar, aunque se trate de un pasaje algo extenso, cómo relata Freud esta innovación:

Cuando en la primera entrevista *preguntaba a mis pacientes si recordaban la ocasión primera de su síntoma*, unos decían no saberla, y otros aportaban alguna cosa que designaban como un recuerdo oscuro, y no podían seguirlo. Y si yo entonces, siguiendo el ejemplo de Bernheim cuando despertaba impresiones del sonambulismo presuntamente olvidadas, insistía, les aseguraba a los enfermos de las dos clases mencionadas que no obstante lo sabían, que ya se acordarían, etc., a los primeros se les ocurría algo y en los otros el recuerdo conquistaba otra pieza. Entonces yo me volvía más insistente aún, ordenaba a los enfermos acostarse y cerrar los ojos deliberadamente para «concentrarse», lo cual ofrecía al menos cierta semejanza con la hipnosis; de este modo hice la experiencia de que sin mediar hipnosis alguna *afloraban nuevos y más remotos recuerdos que con probabilidad eran pertinentes para nuestro tema* (1895b, p. 275. Las cursivas son mías)

Dentro de los efectos sugestivos agregó luego la presión de su mano sobre la frente del paciente; la sugestión simple sustituía también de este modo a la hipnosis.⁹

En estas circunstancias, mientras buscaba los recuerdos patógenos, fue surgiendo lo que luego sería *el método de la asociación libre*. Dejemos que el mismo Freud nos cuente lo que hacía a fines de vencer la «resistencia a la asociación»:

Con este propósito yo me sirvo en primer término de un pequeño artificio técnico. Anticipo al enfermo que le aplicaré en seguida una presión sobre su frente; le aseguro que, mientras dure esa presión y al cabo de ella, verá ante sí un recuerdo en forma de imagen, o lo tendrá en el pensamiento como ocurrencia, cualquiera que ella fuere. Le digo que no tiene permitido reservárselo por opinar, acaso, que no es lo buscado, lo pertinente, o porque le resulta desagradable decirlo. Nada de crítica ni de reserva, ya provengan del afecto o del menosprecio. Le afirmo que sólo así podremos hallar lo buscado, que así lo hallaremos infaliblemente (1895b, p. 277)

Y poco más adelante, en la misma página, dice: «Además de enseñarme mucho, este procedimiento me llevó siempre a la meta; hoy ya no puedo prescindir de él».

A todo esto, tengamos presente que las asociaciones solicitadas al paciente partían de una representación dada, relacionada con el síntoma, y que la misma surgía de las preguntas que Freud le formulaba, o correspondía a alguna representación emergente (un «recuerdo oscuro», por ejemplo) que, siguiendo a Freud, «[...] dentro de la cadena

asociativa es un eslabón entre la representación de partida y la buscada, patógena, o una representación que constituye el punto de partida de una nueva serie de pensamientos y recuerdos, a cuyo término se sitúa la representación patógena» (1895b, p. 278).

Luego, como es sabido, Freud dejaría de lado también el «método de la presión», confiando exclusivamente en las asociaciones libres del paciente. Señalan Laplanche y Pontalis (1968, «asociación libre»): «La búsqueda insistente del elemento patógeno cede su puesto a la expresión espontánea del paciente».

Ahora bien: el «*devenir-consciente*» (1895b, p. 275) de las representaciones patógenas bajo hipnosis o sin ella, con la abreacción del afecto concomitante, equivale primitivamente a la *comprensión psicológica* o *insight* al que hoy aspiramos llegue el paciente tanto en un tratamiento psicoanalítico como en una psicoterapia psicoanalíticamente orientada, tal como la focal, por ejemplo. Nos encontramos ante un núcleo teórico fundamental del proceso psicoanalítico: se hace consciente una representación reprimida, que se asocia al afecto correspondiente.

Pero Freud fue más allá en estos primeros pasos hacia la configuración de lo que luego sería el *método psicoanalítico*, ya que incluía *conjeturas* —que tenían como fin revelar y hacer conscientes al paciente representaciones reprimidas y nexos entre representaciones— y que se basaban esencialmente en las comunicaciones libres del paciente. Así dirá en el historial clínico de Elisabeth von R: «Cuando le resumí el estado de la causa con escuetas palabras —desde hacía mucho tiempo estaba enamorada de su cuñado—, se puso a proferir ayes. En ese instante se quejó de dolores crudelísimos, hizo todavía un desesperado intento por rechazar ese esclarecimiento.» (1895a, p. 171). Y agregará casi en seguida: «Resultó fácil demostrarle que sus propias comunicaciones no admitían otra *interpretación*». (1895a, p. 171. Las cursivas son mías)¹⁰

Considero que se trata de las primeras *interpretaciones* que Freud formulara, para, mediante éstas, «hacer consciente lo inconsciente». (Sobre el particular Etcheverry (1978) diferencia entre la denominación «hacer consciente», que implicaría la intervención del terapeuta y la de «devenir consciente», que correspondería solamente este hecho en sí).

Como se sabe, en la técnica *focal la comunicación entre paciente y terapeuta* se orienta, desde una *atención y descarte selectivos* del material por parte de este último, hacia todo lo concerniente a las perturbaciones que corresponden

al foco terapéutico.¹¹ Si bien Freud en 1895 no hablaba todavía de la forma de atención del terapeuta (enunciará el concepto de *atención flotante* recién en 1912 y, aunque sin llamarle así, recomendará antes una tal actitud —ya en 1900— para el autoanálisis de los sueños), resulta razonable pensar que su atención estaba preferentemente dirigida a todo aquello cuya vinculación con la trama patógena era probada o —al menos— supuesta (es decir, su atención estaría bastante *focalizada*). Asimismo comprobamos que Freud operaba —focalizadamente, diría yo— tratando de «...orientar la atención de los enfermos hacia las huellas de representación buscadas». (1895b, p. 276). En el modelo más evolucionado que figura en *Sobre la psicoterapia de la histeria* se ha incorporado ya la libre asociación del paciente *a partir de una representación dada*, por lo general relacionada con los síntomas.

Mis propios desarrollos acerca del empleo *selectivo* de la asociación libre del paciente en la técnica focal (Braier, 1981, cap. 6: «el tratamiento») reconocen un origen en este uso que inicialmente le diera Freud a aquélla. Así solicito al paciente que asocie libremente partiendo de representaciones del síntoma mismo o de algún otro material focal emergente.

En la terapia *focal* las *intervenciones verbales del terapeuta* (interpretaciones, preguntas, señalamientos, etc.) son *focalizadas* (Malan, 1963). Como apreciamos, en 1895 las *intervenciones verbales* de Freud (preguntas, interpretaciones, etc.) estaban «focalizadas» hacia el síntoma y el «material patógeno».

La *evolución* favorable de una terapia *focal* supone la de un foco en cuya exploración se va avanzando progresivamente, habiendo partido del síntoma y de una *situación-problema* (Braier, 1981, cap. 3) —en tanto estos son expresiones manifiestas de conflictos inconscientes—, en función de una labor del terapeuta basada en un *papel activo* (Braier, 1981, cap. 6) y en sus intervenciones de *efectos focalizadores*, las que suscitan «asociaciones intencionalmente guiadas» en el paciente (Fiorini, 1973). Se procura hacer conscientes los conflictos *focales* y por ende, como lo señala Dewald (1964), lograr un *insight dirigido*. Estos intentos de profundización en la conflictiva focal implican combatir las diversas *resistencias* que se oponen a ello, sobre todo a través de la labor interpretativa (Braier, 1981, cap. 3).

En el modelo de Freud-1895 ya encontramos: un terapeuta sumamente activo, esto es, que interviene verbalmente con mucha frecuencia, que pregunta

mucho (véase, por ejemplo, el historial de Miss Lucy R., [1895a, p. 124 y siguientes]), facilitando y agilizando con ello y con el carácter *focalizador* de sus intervenciones la profundización en el «material psíquico patógeno» (del que lo que hoy llamaríamos *material* o *conflictiva focal* sería su equivalente). En la evolución de la terapia hay un encauzamiento desde la superficie —partiendo siempre del síntoma— a la profundidad, e instando al paciente a recordar. El «devenir-consciente» de los recuerdos patógenos está considerablemente dirigido. (Nótese el paralelismo con el recién mencionado *insight dirigido*, que Dewald describe para las psicoterapias dinámicas). Pero, como vimos, ya Freud empieza además a colegir la existencia de determinados recuerdos, de representaciones incompatibles y, en consecuencia, a formular *interpretaciones* con las que intenta el «hacer consciente» cuando el «devenir consciente» no se produce. Va en busca de los recuerdos patógenos que conforman el *núcleo*, avanzando «[...] desde la periferia hasta el núcleo central» (1895b, p. 295), pasando de un estrato a otro. Para ello debe ir venciendo gradualmente las *resistencias* del paciente, que en la práctica son resistencias para recordar, para asociar libremente y para transmitir las ocurrencias. Freud se refiere extensamente a las resistencias¹² en el trabajo que nos ocupa:

No es difícil señalar qué constituye esa estratificación, ni la magnitud creciente o decreciente siguiendo la cual se produce ese ordenamiento.¹³ Son *estratos de resistencia*, creciente esta última hacia el núcleo [...]. Los estratos más periféricos contienen, de diversos temas, aquellos recuerdos (o fascículos) que se rememoran con facilidad y fueron siempre claramente conscientes; cuanto más hondo se cala, con mayor dificultad se disciernen los recuerdos aflorantes, hasta que, en la proximidad del núcleo, se tropieza con aquellos que el paciente desmiente aún en la reproducción. (1895b, p. 294. Cursivas del autor)

Hay en el método técnico de 1895 hasta conceptos esenciales sobre el *timing*: «*Es totalmente infructuoso avanzar en forma directa hasta el núcleo de la organización patógena*» (1895b, p. 297. Cursivas del autor).

El término *transferencia* aparece aquí por primera vez en la obra de Freud. Es interesante tomar en cuenta que la transferencia en esa época es descrita en especial cuando se presenta como un *obstáculo resistencial* que se debe remover —interpretando lo que Freud llamaba el *falso enlace*—, criterio al que ya me he referido en

cuanto a su incidencia en la terapia focal (Braier, 1981, cap. 6).¹⁴

La evolución de la técnica, evidenciada a lo largo de este notable trabajo de Freud que es *Sobre la psicoterapia de la histeria*, muestra que en esos momentos ya la cura no se reduce al efecto catártico y éste deja de ser el principal mecanismo terapéutico: surgen —nada menos— el concepto de *resistencia*, el de *transferencia* y el de *trabajo elaborativo* de las experiencias. (Para esto último ver 1895b, p. 288).

Agreguemos que el análisis que Freud efectuaba en esos primeros años abarcaba, al no haber descubierto el complejo de Edipo, sólo conflictos derivados de éste, como puede observarse en los historiales clínicos incluidos en los *Estudios...* (Baste recordar el análisis del conflicto de Elisabeth con relación a su hermana y su cuñado o el de Miss Lucy respecto de su patrón). Similarmente en la terapia focal, por lo general, aún con los conocimientos que hoy poseemos (que el complejo de Edipo es el *complejo nuclear* de las neurosis, por ejemplo), la labor terapéutica debe limitarse también, con mucha frecuencia, a derivados del conflicto primario.

A esta altura las semejanzas en la técnica entre ambas psicoterapias son, a mi manera de ver, numerosas e indudables. Pero todavía cabe recordar la similitud más obvia, que está dada por la *duración de los tratamientos*. La terapia focal suele ser de las llamadas *breves*, con una duración de semanas o meses, los necesarios para el logro de las metas terapéuticas, mientras que también aquellos tratamientos que realizaba Freud tenían una duración similar; una especie de terapias breves, desde una visión actual.

Apuntamos una diferencia: la posición del paciente que, de acostado en el método catártico, pasó a estar sentado frente al terapeuta en la terapia focal.

3. Algunas conclusiones

Se sostiene que el modelo terapéutico proporcionado en 1895 por Freud en *Sobre la psicoterapia de la histeria* constituye la base teórica de la terapia focal de Malan y Balint y de otros aportes (French, Fiorini, Braier, etc.) a este método.

Se enfatiza la vigencia de algunos conceptos que son puntales en este trabajo de Freud (bajo el riesgo de parecer adherido a ideas freudianas anticuadas).

Que el modelo de 1895 pertenezca a la era preanalítica de la producción de Freud y que éste

luego (1905 [1901], p. 11) lo considerara superado, habiendo adoptado la nueva técnica, la cual opera tomando toda la superficie psíquica del paciente, no implica que acudir de nuevo a dicho modelo signifique forzosamente un retroceso, ni invalida el hecho de que del mismo haya podido surgir en nuestro tiempo una técnica destinada a tratar determinados síntomas y conflictos, justificada por necesidades esencialmente terapéuticas. Más bien creo que con esto se logra rescatar operativamente el modelo, *revalorándolo y actualizándolo* a partir de los hallazgos posteriores a 1895, provenientes del propio Freud y de sus continuadores.¹⁵ Ello redundaría en beneficio de los resultados terapéuticos que hoy pueden obtenerse empleando la técnica focal, más allá del hecho de contar con el método psicoanalítico como el de mayor alcance terapéutico e investigativo.

Se efectúa un estudio comparativo entre el procedimiento freudiano de 1895 y la actual psicoterapia focal.

En lo que atañe a los *objetivos terapéuticos*, los dos se proponen la mejoría sintomática abordando conflictos subyacentes, sin aspirar a la curación de la enfermedad causal. No obstante hay una investigación de la etiología del síntoma, de su «genealogía psíquica» (Freud, 1895b, p. 287), investigación de alcances limitados, tanto en la terapia de Freud-1895, por cuanto éste no había pergeñado aún el método psicoanalítico, como en la terapia focal, dado su carácter fundamentalmente terapéutico.

Respecto de las semejanzas en la *concepción de la organización psíquica a abordar* (el «material patógeno» y *el foco terapéutico*): en ambas técnicas se observa una focalización de la labor, centrada en los síntomas salientes, que además son el punto de partida de la exploración terapéutica.

Se plantea que el modelo freudiano de 1895 provee la descripción de una organización psíquica que anticipa la noción —psicoanalítica— de foco terapéutico.

Se establecen posibles relaciones de la estructura del foco terapéutico y el «material psíquico patógeno» tal como lo describía Freud, desde las analogías del «cuerpo extraño» y del «infiltrado». Los límites del foco no se recortan de modo nítido; son convencionales, al igual que los del «material psíquico patógeno».

Se establece también una relación del «núcleo patógeno» (Freud) con el «conflicto nuclear» (Fiorini) y el «conflicto primario» (Braier), éste último como resultado explícito de una

actualización del concepto de «núcleo» al que aludía Freud.

En cuanto a los *mecanismos terapéuticos*, se registran vinculaciones entre la búsqueda del *insight* del paciente por medio de las *interpretaciones* en la terapia focal y el método al que progresivamente va arribando Freud en su búsqueda del «devenir-consciente» (recuerdo), hasta incluir las *interpretaciones*.

Hay claras similitudes en la *comunicación terapéutica* entre ambas psicoterapias, en lo que respecta a: *atención del terapeuta* (en muchos momentos *focalizada*), *intervenciones verbales* de éste (también *focalizadas*), *asociaciones libres* del paciente a partir de una representación ligada al síntoma o emergente como eslabón, dentro de la trama patógena o de la organización focal, respectivamente.

Las semejanzas se presentan también en cuanto a la descripción de la labor de *profundización* (en el «material patógeno» y en el material focal), combatiendo las *resistencias* del paciente y en la *interpretación de la transferencia*, cuando ésta actúa como un obstáculo resistencial que se debe remover.

Finalmente, las dos terapias operan sobre *derivados del conflicto básico* y son además de *corta duración*.

En suma, es posible considerar que las psicoterapias que Freud practicaba en la primera mitad de la década de 1890 eran no sólo *terapias breves* y de *objetivos limitados* (curación sintomática) sino también *focalizadas*, en el sentido de sectoriales y de la técnica misma, en la que por ende y como vimos pueden hallarse los fundamentos de la actual terapia focal.

En este orden de cosas, me parece significativa, dentro de la traducción realizada por Etcheverry de la obra freudiana, la presencia de términos que pueden ser vinculables con el foco y la labor de focalización, lo que también iría en favor de que la concepción de una terapia *de enfoque* tendría en el Freud de la etapa preanalítica a su precursor. Así en *Recordar, repetir y reelaborar* (Freud, 1914, p. 149), cuando comienza dicho artículo, y al reseñar la historia de la técnica psicoanalítica, dice Freud: «Al principio, en la fase de la catarsis breueriana, se *enfocó* directamente el momento de la formación de síntoma [...]»¹⁶ (En la traducción de López Ballesteros (Freud, (1914*)) figura: «[...] *atendíamos* directamente a la génesis de los síntomas», lo que nos remite asimismo a pensar en una *atención focalizada*).

Poco más adelante, encontramos:

[...] se mantenía el *enfoque* sobre la situación de la formación de síntoma y sobre aquellas otras que se averiguaban presentes detrás del momento en que se contrajo la enfermedad [...]

(Freud, 1914, p. 149)

Conservamos, pues, la *orientación* primitiva de nuestra labor hacia las situaciones en las que surgieron los síntomas por vez primera [...].

(Freud, (1914*))

Y en seguida, nuevamente:

Por último, se plasmó la consecuente técnica que hoy empleamos: el médico renuncia a *enfocar* un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez [...].

(Freud, 1914, p. 149)

...prescindimos de una *orientación fija* hacia un factor o un problema determinado [...].

(Freud, 1914*)

(Como puede apreciarse, los términos de la traducción de López Ballesteros son también sumamente elocuentes, pues en ella, de igual modo, *orientación* sugiere análogamente *enfoque*).

Al menos a mí no me caben ya dudas: las primeras psicoterapias «focales» fueron realizadas por Sigmund Freud.

Eduardo A. Braier.

Rambla de Catalunya, 60, ático 2ª B

08007 Barcelona

Tel. 93 487 77 68 y 93 221 30 94

Notas

1. Este trabajo fue presentado en la Sociedad Española de Psicoanálisis (Barcelona), el 1 de octubre de 1998. Una versión sintetizada había sido leída por su autor en: a) el *Primer Simposio Chileno de Psicoterapias Breves*, organizado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía y la Sociedad Chilena de Salud Mental (Santiago de Chile, 4 al 7 de enero de 1989. Mesa redonda junto a los doctores J. Mann y Peter Sifneos) y en b) la *Jornada Científica* a su cargo, sobre *Psicoterapia Focal Psicoanalítica*, organizada por Ágora (Montevideo, 10 de agosto de 1996).

2. El subrayado es mío.

3. Desde Argentina se han agregado aportes para la concepción del foco terapéutico (Fiorini, 1973; Braier, 1981) y para establecer las modalidades de la comunicación paciente-

terapeuta en la técnica focal (Braier, 1981, cap. 6). Existen otras contribuciones valiosas a esta técnica, que el lector interesado puede consultar en los diversos textos especializados en el tema.

4. Sólo he hallado en Fenichel (1954) una referencia —escueta y vaga— sobre este tema, cuando sugiere a los interesados en terapias breves que releen los *Estudios sobre la histeria*, porque allí se encuentran, dice, al menos planteados, muchos de los problemas propios de estos tratamientos y, más recientemente, algunos cortos comentarios sobre la relación de las psicoterapias breves con los *Estudios...* a cargo de P. H. Ornstein, (M. Balint, P. H. Ornstein y E. Balint, 1975, cap. 2), en los que se cita especialmente el caso de Catalina, al que este autor considera «...la primera psicoterapia breve de orientación psicoanalítica que se haya publicado», pero sin establecer tampoco comparaciones técnicas con el procedimiento focal.

5. Una comparación particularmente feliz, a mi juicio, es la que para la psicoterapia focal aportara Kusnetzoff (1975, p. 143), al recurrir a una escena del recordado film *Blow up*, en la que el protagonista, fotógrafo profesional, va ampliando progresivamente una fotografía hasta encontrar «algo» que no era visible la primera vez.

6. En la traducción de López Ballesteros de *Psicoterapia de la histeria* (Freud 1895b*), se emplea *nódulo* («nódulo patógeno», etc.) en lugar de *núcleo*.

7. Recién años más tarde pude precisar esta equivalencia. No era plenamente consciente de ella cuando entonces describí mi concepción del foco, aunque sí de que el modelo terapéutico de Freud-1895, almacenado en mi preconsciente y de manera global, me orientaba en la investigación del tema.

8. Debo señalar que antes French (1958, 1970) empleó términos como «conflicto focal» y «conflicto nuclear», con cuyos conceptos coinciden mucho los míos de *conflictiva focal* y *conflicto primario* o *básico*, respectivamente. Cabe aclarar además que pergeñé mi noción del foco terapéutico en los años setenta, desconociendo entonces totalmente estos aportes de French.

9. La evolución del método terapéutico freudiano en lo concerniente a la sugestión fue objeto de una amplia revisión en un trabajo de R. Zukerfeld (1990) y también en otro del que soy autor (Braier, 1998).

10. Véase también en el historial de Miss Lucy R (Freud, 1895a, p. 133-34) la transcripción de Freud de la interpretación central del tratamiento.

11. Ante la propuesta de Malan (1963) de una atención *selectiva o focalizada* he insistido en la necesidad de rescatar en estas terapias la *atención flotante* del terapeuta, alternando con la atención focalizada. (Braier, 1981, cap. 6).

12. Sobre resistencias véanse además en especial p. 275 y ss. Puede consultarse también el historial de Elisabeth von R (1895b, [especialmente p. 168 y 171]), en el que las resistencias se muestran con relación al rechazo de la paciente a aceptar una representación incompatible, luego de la interpretación que le formulara Freud.

13. Alude a la estratificación del «material psíquico patógeno».

14. Cabe citar aquí al menos el hecho de que en la técnica de Malan (1963) el «tratamiento» del fenómeno transferencial sigue otros lineamientos.

15. Es, por ejemplo, el caso del «núcleo primario», al que me refiero en mi versión de la organización focal (Braier, 1981, cap. 3).

16. Todos los destacados de estas citas, hasta el final del capítulo, son míos.

Bibliografía

- BALINT, M.; ORNSTEIN, P. H.; BALINT, E. (1975) *Psicoterapia focal*. Buenos Aires: Gedisa. 1986.
- BRAIER, E. A. (1981) *Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1981.
- (1998) «La sugestión en el psicoanálisis». *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*. [Barcelona] nº 1, p. 18-27.
- BREUER, J.; FREUD, S. (1893). *Estudios sobre la histeria. El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar)*. En S. FREUD. *Obras Completas*. vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- DEWALD, P. A. (1964) «Psicoanálisis y psicoterapia por “insight” dirigido». En: P. A. DEWALD. *Psicoterapia: un enfoque dinámico*. Barcelona: Toray. 1972.
- ETCHEVERRY, J. L. (1978) «Sobre la versión castellana». En: S. FREUD. *Obras completas*. [Presentación]. Buenos Aires: Amorrortu. 1978.
- FENICHEL, O. (1954) «Brief psychotherapy». En: H. FENICHEL y D. RAPAPORT. [comp.] *The Collected Papers of Otto Fenichel*. Nueva York. Norton.
- FIORINI, H. J. (1973) «El concepto de foco». En: H. J. FIORINI. *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires. Nueva Visión. 1973. cap. 6.
- FRENCH, T. M. (1958) *The integration of Behavior*. vol. III. Chicago: University of Chicago Press. [Citado por P. H. Ornstein, en M. Balint, P. H. Ornstein, y E. Balint,; *ob. cit.*]
- (1970) «The Cognitive Structure of Behavior». En: *Psychoanalytic Interpretations: The Selected Papers of Thomas M. French*. Chicago. Quadrangle Books. [Citado por P. H. Ornstein, en M. Balint, P. H. Ornstein, y E. Balint; *ob. cit.*]
- FREUD, S. (1895a) *Estudios sobre la histeria. Historiales clínicos*. En: *Obras Completas*. (O.C.) Buenos Aires. Amorrortu Editores (AE). vol. II.
- (1895b) *Estudios sobre la histeria. Sobre la psicoterapia de la histeria*. En: O.C., AE., vol. II.
- (1895b*) *La histeria. Psicoterapia de la histeria*. En O.C. Madrid: Biblioteca Nueva. 1948. vol I.
- (1900) *La interpretación de los sueños*. En: O.C., AE., vol. IV y V.
- (1905 [1901]) *Fragmento de análisis de un caso de histeria*. En: O.C., AE., vol. VII.
- (1912) *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. En: O.C., AE., vol XII.
- (1914) *Recordar, repetir y reelaborar*. En: O.C., AE., vol XII.
- (1914*) *Recuerdo, repetición y elaboración*. En: O.C. Madrid: Biblioteca Nueva. 1948. vol. II.
- (1924) *Breve informe sobre el psicoanálisis*. En: O.C. Standard Editions. 19, p. 194.

- (1926 [1925]) *Inhibición, síntoma y angustia*. En: O.C., AE., vol. XX.
- (1937) *Análisis terminable e interminable*. En: O.C., AE., vol. XIII.
- KNOBEL, M. (1987) *Psicoterapia Breve*. Buenos Aires: Paidós. 1987.
- KUSNETZOFF, J. C. (1975) *Psicoanálisis y psicoterapia breve en la adolescencia*. Buenos Aires: Kargieman. 1975.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. (1968) *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor. 1971.
- MALAN, D. H. (1963) *La psicoterapia breve*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina. 1974.
- (1976) *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy-A Replication*. New York: Plenum. 1976.
- *As fronteiras da psicoterapia breve*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1981.
- *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós. 1983.
- WOLBERG, L. (1965) «la técnica de la psicoterapia breve». En: L. WOLBERG [et al.]. *Psicoterapia breve*. Madrid: Gredos. 1968. cap. VI.
- ZUKERFELD, R. (1990) «Transferencia y sugestión». En: E. Braier. *Psicoanálisis. Tabúes en teoría de la técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1990.