

Formulación focal formalizada en la psicoterapia*

*Reiner W. Dahlbender, Horst Kächele
Gabriele Frevert y Sabine Schnekenburger*

Introducción

Puede afirmarse que la significación fundamental del concepto de foco para el profesional clínico radica en que el foco orienta las actividades clínicas de éste, desde el momento en que le proporciona puntos de partida para sus intervenciones terapéuticas. Los resultados de la investigación sobre psicoterapia subrayan que el foco de tratamiento puede ser vinculado de forma inmediata con el resultado de la terapia, dado que si se atiende al aspecto focal se obtienen evidentemente terapias más efectivas (Marziali, 1984; Crits-Cristoph y otros, 1988).

Es tarea del terapeuta el otorgar un sentido, hasta ese momento oculto, al conjunto, en un primer momento aparentemente inabarcable, de síntomas, modos de comportamiento, vivencias y conflictos de un paciente. En una primera aproximación al concepto de foco, el focalizar no es otra cosa que una "fuerza previsoras- conformadora y dadora de sentido, la cual, vinculando empatía y orden, reconoce una crisis entre la Escila de la perplejidad y la Caribdis de la rigidez, crisis a la cual cumple superar" (Lachauer 1992, p. 25).

Ya desde el primer contacto el terapeuta se halla enfrentado a la pregunta de cómo hacer pie y acomodarse entre la abundancia de materiales. ¿Cuáles son los principios de estructuración a los cuales él puede apelar a fin de identificar y formular un centro de gravedad temático-dinámico? Sucede de manera especialmente frecuente con los clínicos que se hallan al comienzo de su formación terapéutica, que éstos tienen más preguntas sin respuesta que indicaciones claras sobre cómo proceder.

* Departamento de Psicoterapia, Clínica de la Universidad de Ulm, Alemania. (Director médico: Prof. Dr. med. Horst Kächele).

En este trabajo se presenta una formulación formal del foco que a nuestro entender constituye una ayuda estructuradora esencial para el terapeuta, a fin de permitirle mantenerse orientado en la "selva" de materiales referidos por el paciente y en la relación real terapeuta-paciente.

El concepto de foco

Ya en 1937, en un estudio sobre el tema "La realidad y el Inconsciente", Thomas French basaba la concepción de la función sintética del Yo en la idea de foco, y a esa idea de foco habría de remitirse posteriormente una y otra vez en contextos diversos (véase French 1970). La más clara y acabada expresión de ello la constituye el modelo del conflicto nuclear (Alexander y French, 1946).

Otros conceptos ya establecidos en este contexto son los siguientes: **conflicto nuclear neurótico** (Wallerstein y Robbins, 1956), **disposición para la transferencia** (Racker, 1978), **problema capital** (Mann y Goldmann, 1982) o **tema de conflicto de relación** (Luborsky, 1977).

Fueron Michael Balint y sus colaboradores (v. Balint y otros, 1972) quienes introdujeron este término para designar un encuadre de psicoterapia limitada en el tiempo y en sus contenidos. También puede consultarse Wollberg (1983), quien brinda un panorama general de diversas concepciones de terapia breve.

El concepto psicoanalítico del foco apunta esencialmente a dos significaciones en el uso clínico. Por un lado, hablamos de "focalizar" y nos estamos refiriendo con esa palabra ya a un modelo de trabajo en el sentido que le diera Peterfreund (1983), ya a una estrategia heurística del terapeuta. Ambas resultan de las limitaciones en la asimilación y el procesamiento de la información, y suponen un "flechamiento" de la disposición receptiva, y también prescriben, ordenan al terapeuta: "En la cabeza del analista predominan alternadamente el estado funcional de la obtención máxima de información (la atención parejamente flotante) y la organización de la información obtenida según el punto de vista preponderante en cada caso (el focalizar)", escriben Thomä y Kächele (1985, p. 358).

Por otro lado, hablamos de foco como una cualidad hipotética propia del material que el paciente presenta, cualidad que se halla en relación sistemática con el concepto de transferencia. El establecimiento de esta relación se remonta a las investigaciones tempranas de French (1952), y la misma ha sido retomada por Seitz (1966) en ocasión de una investigación sobre la capacidad consensual de los psicoanalistas, investigación en la cual también French participaba. Allí se entendía el foco en el sentido del mayor posible denominador común, y se lo vinculaba clínicamente con el concepto de la "transferencia predominante": "El

conflicto focal reside en general en la transferencia al analista que se da en cada caso” (p. 212).

En el taller de Malan para terapia focal (Malan, 1965), el cual fue influido decisivamente por Balint, se desarrolló una forma de comprender el foco según una orientación interactiva-procesal. Un foco en sentido de técnica de tratamiento de paciente y terapeuta. El paciente ofrece material, de manera consciente e inconsciente, a través de cómo se comunica y cómo se comporta, y el terapeuta selecciona ese material mediante su actividad interpretativa. Balint y sus colaboradores (Balint y otros, 1972) hablan entonces de la “atención selectiva” y de la “no atención, o la inobservancia, selectiva”; Klüwer (1970) habla de la “función orientadora” del foco. Al igual que Lachauer (1992), Strupp y Binder (1984) subrayan también la función dadora de sentido del foco, foco que ellos pretenden concebido como una teoría individualizada, cincelada especialmente para un fin (ad hoc), y con ayuda de la cual se aclaran fenómenos de comportamiento y de experiencia que esta teoría coloca en relación recíproca. Se trata de fenómenos que de otro modo aparecerían como sin relación ni continuidad alguna entre sí. Los autores escriben (Strupp y Binder, 1984, p. 65): “En la terapia breve el foco dinámico representa una heurística. El foco ayuda al terapeuta a generar, reconocer y organizar las informaciones de relevancia psicoterapéutica. Este paso activo y explícito hacia el descubrimiento contrasta con el modelo más pasivo, claramente explorativo y abierto que se recomienda en las terapias sin limitación temporal”. También hacen hincapié los autores en algo que suele pasarse por alto, a saber: El foco constituye una especie de mapa, el cual no debe ser confundido con el paisaje mismo.

Los esquemas conceptuales del terapeuta inciden de modo selectivo y estructurador sobre el material del paciente. Este se da, a más tardar, en el momento en que el terapeuta intenta filtrar y obtener, a partir del estudio de la transferencia y la contratransferencia, la contrapartida respecto a la situación de conflicto real o actual y respecto a las conflictivas constelaciones de relación de tipo biográficas. Así es que, por ejemplo, Leuzinger-Bohleber (1985) comenta que el criterio indicativo más confiable de que ella y su equipo de trabajo se valían apuntando a una terapia focal supuestamente exitosa, era el que se daba cada vez que ellos lograban “definir una constelación de conflicto que se hallaba en todas las tres dimensiones” (p. 64).

Thomä y Kächele (1985) entienden el foco como un centro de gravedad temático y construido de modo interaccional, el cual resulta de las ofertas del paciente y de la capacidad y los logros del terapeuta para comprender y concebir. Un foco puede surgir de entre la multiplicidad de ofertas, recién gracias a la actividad selectiva del terapeuta. Estas ideas podrían profundizarse ahora en la

dirección del modelo de proceso de Ulm, el cual recién hace muy poco tiempo ha sido levemente criticado por Fürstenau (1992), modelo que extiende la formulación de la idea de foco, corrientemente asociada a terapias breves, al ámbito de las terapias analíticas de larga duración (Thomä y Kächele, 1985). Aparte de que evidentemente son posibles estereotipias de selección, fijaciones de contratransferencia y en consecuencia estereotipias, cuando se establecen indicaciones y se conduce técnicamente el tratamiento, lo cierto es que en vista de la actividad constructivista del terapeuta, deberá relativizarse mucho aquellas ideas de que el foco puede establecerse de manera objetiva, si bien por el momento son más bien raras las investigaciones sistemáticas de tipo clínico y empírico sobre este punto.

Lo que puede afirmarse entre tanto como resultado provisional es lo siguiente: en la literatura psicoterapéutica predomina cierto acuerdo generalizado respecto a que en el foco se recuesta sobre un campo problemático central del paciente, campo sobre el que se trabajará en el sentido de la variación de un tema básico. El foco puede aportar líneas orientadoras específicas tanto para el diagnóstico, la indicación y la terapia, como para la supervisión y la evaluación de la terapia, y esto no solamente en el marco de las terapias breves, sino también en el de otras formas terapéuticas más dilatadas en el tiempo. Las diferencias saltan a la vista, sin embargo, cuando de lo que se trata es de concebir en detalle este centro de gravedad.

Desde un punto de vista fenomenológico-descriptivo se equipara el foco al cuadro sintomático real o actual, o al funcionamiento psíquico del paciente. En este caso la formulación está establecida más bien a un nivel de síntoma y de comportamiento, el cual de todos modos es preconsciente. En una concepción metapsicológica, la focalización se da según las premisas abstractas de la teoría de que se trata en cada caso, por cierto a gran distancia de la vivencia concreta del paciente.

Los resultados de la investigación en Psicoterapia, sobre todo los de aquellos trabajos que tratan la conformación de la relación terapéutica, abogan, por el contrario, porque el foco sea conceptualizado de manera tal, que también el paciente pueda vivenciarlo como una actividad común entre él y su terapeuta. Una propuesta extremadamente consecuente en esta dirección es la que describe McKenzie (1990). McKenzie establece junto con los pacientes de su terapia de grupo breve los objetivos de la terapia, hasta el nivel de las escalas relevantes para la transformación dentro de una batería de tests. En caso de que no se quiera ir tan lejos como para seguir este modelo, el cual resulta quizá demasiado pragmático para oídos europeos, es de esperarse que se arribe a la concepción del alcance medio, de hecho la concepción más extendida, la cual implica una comprensión de tipo psicodinámica lo más cercana posible a la vivencia del paciente. El foco

describe el problema actual del paciente y la actualizada dinámica inconsciente de éste. Nadie puede ignorar que aquí podría trazarse una línea de conexión transversal con la psicoterapia directiva ("Richtlinien-Psychotherapie"). La formulación de foco que hace Lachauer (1992) consta, por ejemplo, de dos partes: 1) la denominación y la descripción del problema principal del paciente; 2) una hipótesis psicodinámica sobre los motivos ocultos inconscientes de éste, los cuales él dispone dando "conformación" ("Gestalt") a una oración focal. A fin de sus oraciones focales en la primera persona verbal. Uno de sus ejemplos dice así: "Tengo miedo de comprometerme porque me temo que de todos modos, nuevamente, nada será suficiente, y que se impondrán mi furia destructiva y mi ofensa humillante, las que no creo poder contener". (Lachauer 1992, p. 83)

En la primera parte de la formulación del foco se elabora un problema central en tanto núcleo de las dificultades y síntomas actuales del paciente. Como problema central del paciente se formula el denominador común de su comportamiento, el cual puede ser entendido como un acceso al ser esencial del paciente. La segunda parte de la formulación de foco contiene la línea guía para el proceso interpretativo en la terapia. En esta parte se dialoga intensamente con los motivos ocultos inconscientes del "problema principal actual" formulado en la primera parte. El "porque" aporta una explicación y un sentido al problema principal actual de la primera parte de la oración focal. Es necesario abordar una hipótesis a partir de las informaciones de que se dispone sobre los conflictos inconscientes y la historia previa del paciente. En la segunda parte de la oración focal se procede también a analizar de modo más nítido los rechazados afectos y sentimientos del paciente.

Es absolutamente obvio que para un paciente de psicoterapia esta formulación es más comprensible que algunas fantasmagóricas construcciones verbales, abstracciones metapsicológicas del tipo de: "problemática edípica negativa", etc.

Strupp y Binder (1984) formularon el foco de modo dinámico interpersonal, guiados por la idea de que los esquemas de la interacción entre las personas constituyen el escenario psicológico generalizado sobre el cual se repiten, constantemente representados, los dramas de la vida. El que los problemas del paciente cumplan un determinado rol dentro del entramado de sus relaciones, vuelve esos problemas visibles y al mismo tiempo aptos para que el terapeuta incida sobre ellos. Y esto tanto en las relaciones interpersonales pasadas como en las presentes, y por supuesto también en la relación para con el terapeuta. Este planteo recuerda el triángulo de insight ("Einsicht") formulado por Menninger y Holzmann (1977), en el cual los puntos angulares representan la relación de transferencia así como las relaciones interpersonales del paciente, tanto pasadas como actuales.

Según Strupp y Binder (1984) la formulación de foco describe acciones humanas que están insertas en un contexto de interacción interpersonal, se ciñen

a un modelo cíclico adaptativo a ser descrito, y han conducido una y otra vez a problemas vitales, lo cual probablemente sigan haciendo en el futuro. Ese modelo cíclico adaptativo a ser descrito, el cual es repetitivo, constituye el fundamento de la formulación de foco de estos autores. Debido a que ellos son muy activos en la investigación sobre psicoterapia, y a que, por lo tanto, se hallan entre aquéllos que defienden las psicoterapias manualizadas, es que utilizan formulaciones de foco formales. Sus formulaciones constan de cuatro elementos: 1) la acción del sí mismo; 2) las expectativas del sí mismo en relación a las reacciones de otras personas; 3) las acciones de otros para con el sí mismo; y finalmente 4) las acciones propias del sí mismo para con el sí mismo, las cuales los autores conciben como formaciones de introyección.

Casística de una terapia psicodinámica breve

Luego de estas reflexiones previas de tipo teórico nos proponemos demostrar ahora, en base al material clínico, los pasos que conforman una formulación formal de foco formalizada, aplicando el método del Tema Central de Conflicto Relacional (TCCR) (Luborsky 1977). Para este fin hemos seleccionado, a modo de ejemplo, una terapia focal psicodinámica de 29 horas, llamada "El estudiante", la cual se llevó a cabo con una frecuencia de una hora semanal. Esa terapia fue una de dos terapias concebidas de modo diverso, tanto en lo teórico como en cuanto a la técnica de tratamiento. Dentro del marco del proyecto "Investigación psicoterapéutica de casos individuales", la misma fue estudiada en profundidad por diferentes científicos, quienes se valieron paralelamente de métodos diferentes (Grawe y Kächele, 1986).

En primer lugar se describe cómo transcurrió la primer entrevista, la que aporta el material para la formulación de foco. Luego de que ese estudiante de 22 años de edad hubo mantenido ya conversaciones previas con una analista en la ciudad en que había estudiado antes, así como con el consejero estudiantil de la ciudad en que actualmente estudia, esta nueva entrevista debía dejar en claro cuál de estas dos formas de tratamiento sería la más adecuada en vista de la situación vital del paciente: si un psicoanálisis o, por el contrario, una terapia focal.

El paciente, quien da la impresión de ser comodón y algo flemático, comienza la conversación describiendo el conjunto de sus síntomas, a los que él mismo designa como comportamiento compulsivo. Esa conducta compulsiva se pone de manifiesto sobre todo en el hecho de que cada vez que él cruza el umbral de una puerta, necesariamente debe volver su cabeza y mirar el piso, como controlando

algo. En estos momentos el paciente siente que le falta algo, alguna cosa que él hubiese perdido u olvidado, pero no sabe qué cosa pueda ser.

El síntoma está presente, con rasgos e intensidad variables, desde hace algunos años; el paciente considera que las variaciones obedecen a las de su estado psíquico. El paciente vincula la aparición del síntoma con una vivencia suya cuando tenía doce años: Se encontraba jugando en el bosque y de pronto desembocó entre dos grandes pilas de troncos, encima de las cuales se subieron y sentaron otros niños, varones mayores que él. Esos niños le amenazaron con que no lo dejarían salir más de allí. Sintió un miedo muy fuerte y violento. El terapeuta interpreta la escena referida como una situación caracterizada por la pérdida de seguridad y de control.

El terapeuta no toma en cuenta la indicación del paciente, según la cual se trata de una problemática que proviene de mucho tiempo atrás, sino que se mantiene trabajando sobre la situación vital actual, en la cual se trata también, y en los ámbitos más diversos (primer estudio para conocer el tipo del paciente), de la oposición entre estrechez, constreñimiento, por un lado, y amplitud, espacio de libertad, por el otro.

El paciente subraya que se siente menos constreñido desde que ha empezado a estudiar una nueva especialidad en la universidad: se trata de una asignatura con orientación social; mientras describe esto, el paciente se saca la chaqueta que tenía puesta. A pesar de que coinciden de manera patente la expresión verbalizada y la acción no verbal simultánea del paciente, el terapeuta intenta pero no logra hacerle ver y comprender ese paralelismo al paciente. Este concede que la habitación es pequeña, pero se debe "más bien al calor".

El paciente vive con una novia. La mujer es un poco mayor que él, y tiene consigo a su hijo de tres años. El paciente experimenta la presencia de ese niño como algo muy positivo, aunque no sea él el padre. Sin embargo, también aquí la ambivalencia se hace evidente: El paciente habla de sus obligaciones con el niño, y al mismo tiempo habla de cuánto le sigue tentando, hasta hoy, la posibilidad de dejarse mimar o consentir en la casa de sus padres.

El miedo a estar solo ligó al paciente por muchos años a la casa paterna. Mientras describe ese miedo, el paciente deriva a hablar de situaciones en que discute y pelea con su compañera. Aquí se trata también de sus síntomas compulsivos; por primera vez puede apreciarse el efecto interpersonal del comportamiento compulsivo, y el terapeuta solicita al paciente que le describa detalladamente una situación como ejemplo. Al disponerse a relatar en detalle, el paciente le pregunta al terapeuta si la entrevista está siendo registrada por el equipo de video. El terapeuta le pregunta a su vez si esto significaría también un tipo posible de constreñimiento. El paciente se apura a negarlo de inmediato. Ahora el terapeuta le señala la diferencia o la distancia que va desde la amabilidad que él mostrara en

la entrevista, y las tensiones que ésta podría estar ocultando. Luego de tematizar los diversos intentos que ha realizado por dominar sus tensiones internas, el paciente pasa a referir lo que él llama su problemática enfermiza ("Suchtproblematik"). Dice que cuando se siente presionado comienza a comer mucho, a fumar o a tomar alcohol con regularidad.

El siguiente tramo de la entrevista gira otra vez en torno al tema del constreñimiento, de la estrechez en la situación vital actual. El paciente oscila entre el sentimiento de estar satisfecho, y el de ser dependiente de su compañera, cuya actividad laboral aporta la parte mayor de los ingresos de los dos.

La cuestión sobre el tipo de tratamiento cobra prioridad hacia el final de la hora de sesión. El terapeuta remite otra vez a la importancia de observar muy bien la situación actual, y reformula la pregunta del paciente sobre qué había ocurrido en la infancia, planteándola como sigue: ¿Qué es lo que hoy contribuye a que el paciente se sienta tan desamparado como en aquella situación? El terapeuta ofrece, por lo demás, otra visión del pretendido "controlar", una visión de connotaciones positivas: Se trataría de la búsqueda de alguna cosa que el paciente ha perdido.

En base a las informaciones previas, el terapeuta ya tenía muy presente la posibilidad de una terapia breve de orientación focal. Quería probar si sería posible arribar a una comprensión circunscrita del conflicto a fin de entender el conjunto de los síntomas. El terapeuta adjudicaba aquí una gran significación subjetiva al hecho de que el paciente le causaba a él la impresión de ser un joven que ha fracasado en su proceso de desprenderse de los antiguos vínculos. En esta conversación primera todavía no se habló de los padres; fue recién en las sesiones siguientes que el paciente relató lo siguiente de su biografía: Sus padres habían tenido tres hijos, y luego vino él, el menor. Su madre estaba siempre agotada, y su padre se dedicaba más a su auto, y después a su aparato de música, que a su esposa. El padre prácticamente no hizo nunca nada en conjunto con el paciente. Este fue un niño que hubo de jugar mucho solo, siempre cerca de su madre, y ya en la pubertad emprendió muchos paseos y excursiones con ella, a fin de consolarla más allá de su soledad. Los intentos del paciente por integrarse con el grupo de sus pares fueron siempre problemáticos, y el paciente vincula -como se informó más arriba- el comienzo del síntoma compulsivo a la experiencia traumática que viviera con otros chicos.

¿Cuáles son los centros de gravedad temático-dinámicos que el terapeuta (H.K.) vio en este material, y por qué opción se ha decidido en la terapia? El bosquejó tres hilos temáticos conductores para la terapia con este paciente:

Tema 1: Se trata del hijo de una madre ya consumida por el trabajo, también fuera de casa. Los tres hermanos mayores tuvieron mejor suerte, al menos así lo ve subjetivamente el paciente, a él le tocó demasiado poco.

Tema 2: El es también el preferido, el Benjamín de la madre, con quien coincide en los reproches para con el padre, quien se ocupara demasiado poco de ella y de él. Su vínculo de ahora con una mujer que es también una madre abandonada, está marcado por su identificación con el hijo de tres años. El paciente cumple dos roles al mismo tiempo: el de “ser padre” y el de “dar consuelo a la madre”.

Tema 3: Envidia y rivalidad para con el hermano seis años mayor que él, quien lo trató siempre como a un niño. En el recuerdo de infancia antes citado se hace muy evidente este problema de agresión. El paciente toma venganza, por su parte, en el club de ajedrez, donde barre con todos sus contrincantes. De todos modos, una cicatriz que le atraviesa la frente le recuerda al paciente que en un accidente automovilístico hace dos años un amigo suyo perdió la vida. Desde entonces, el paciente se ha vuelto más cuidadoso, y bebe sólo con moderación.

Seguramente podrían detectarse aun otros temas, si se tiene en cuenta la autosatisfacción, ejercida por el paciente abundantemente, de la que más tarde diera cuenta, autosatisfacción que practicaba en la misma época en que su actitud para con las chicas era de mucha reserva y cautela. Esto podría ser un indicio de una conexión especial entre su sexualidad edípica y sus deseos pre-edípicos.

El entrevistador masculino opina que de modo dinámico el tema decisivo aquí es el conflicto edípico negativo. A diferencia de la entrevistadora de género femenino, él no establece indicación alguna para un psicoanálisis, sino, por el contrario, una terapia focal limitada en cuanto a duración y contenido. La entrevistadora había señalado especialmente la “necesidad precoz” del paciente. El entrevistador masculino fundamenta su posición como sigue: Parece sensata una indicación adaptiva, en la cual, en el marco de una terapia focal, la superación de la fijación anímica interior prematura podría constituir un objetivo exterior, dentro de una relación análoga al matrimonio con una compañera maternal y en la vecindad de los padres; por su parte, la elaboración a partir de sus ansias edípicas negativas y el acceder a la capacidad de encarnar una rivalidad edípica positiva, constituiría, en consecuencia, un objetivo interior.

Un tratamiento de alta frecuencia arrastraría el peligro para el paciente de no volver sobre su adolescencia vivida no plenamente, sino el verse llevado a una regresión y a necesidades tempranas, todo lo cual sería poco ventajoso para él, dada su dependencia externa de hecho con respecto a su compañera. Dejamos abierta la cuestión sobre si el paciente debería más adelante en su vida intentar una elaboración más intensiva de sus aspectos neuróticos de carácter, y también cuál sería el momento apropiado para ello. El síntoma compulsivo del comienzo de la pubertad está remitiendo a una limitación en el manejo de una agresividad que apunta a separarse y a desprenderse de vínculos, agresividad cuyos efectos constreñidores son evidentes desde el punto de vista psicológico evolutivo en las

tareñas que ahora cumple llevar a cabo. La significación regresiva y llena de añoranza propia del síntoma -éste se da con la mayor intensidad cada vez que el paciente penetra en su habitación en la casa paterna- le impide en primera instancia el cumplir con las exigencias evolutivas propias de la adolescencia.

El tema central de conflicto relacional

El procedimiento que Luborsky (1977) desarrollara para determinar el "tema central de conflicto relacional" (TCCR; en inglés: CCRT; en alemán: ZBKT, N.d.T.) cumple con buena parte de lo que se exige en el diagnóstico clínico de foco. El método del TCCR puede ser entendido como operacionalización de un concepto estructural de transferencia (Kächele y Kahlbender 1933, Luborsky y otros 1991), y se lo presenta detalladamente en "Understanding Transference" (Luborsky y Crits-Christoph, 1990). Señalamos que ya ha aparecido la versión en lengua alemana del manual (Luborsky y Kächele, 1988), la cual entre tanto ha sido también actualizada (Luborsky, Albani y Eckert, 1991). La teoría psicoanalítica de tratamiento dispone de pocos conceptos capaces de exhibir una tal contundencia sistemática de datos y de controles.

Me anticipo a una crítica que vendrá: La metodología del TCCR resulta, aparentemente, para aquellos clínicos acostumbrados a valerse de todos los sentidos de que disponen y de todas las posibilidades de conocer a qué tienen acceso, un procedimiento generalmente muy minimalista, por momentos realmente reduccionista. A esos clínicos esta metodología les da la impresión de que les hace perder todo aquello que ellos se han acostumbrado a valorar tanto en el trabajo con los pacientes. Si y no. En lo que respecta a ciertos juicios apresurados, los cuales desdeñan un acceso formalizado, queremos señalar expresamente que las ventajas de un método así radican en que reproduce características estructurales mediante la simplificación, y no imita el pensamiento clínico, el cual es complejo-configuracional.

El método TCCR es un procedimiento orientado a las categorías de análisis de contenido, muy cercano a los procesos clínicos de elaboración de conclusiones. Su objetivo es identificar las estructuras subjetivas de sentido y de vivencias en forma de esquemas (o muestras) relacionales prototípicas, esquemas que representan dimensiones con superficies comunes de intersección, por así decirlo, con respecto a relaciones significativas en el pasado y el presente biográficos, incluso la propia relación con el terapeuta. Luborsky partió originalmente de un único esquema relacional central; el desarrollo metódico posterior del mismo, realizado en Ulm, identifica por el contrario múltiples esquemas relacionales (Dahlbender y otros, en imprenta). Se evalúa aquello que los pacientes o las personas que se han prestado

para la investigación (sujeto) narran sobre interacciones que han efectivamente vivenciado con “otros significantes” (objetos) hace más o menos tiempo; esas narraciones se llaman episodios relacionales (ER). O sea que por episodios relacionales entendemos una narración más o menos acotada, que una persona hace sobre sus relaciones con otras personas. Fundamentamos la elección de este material en el hecho de que las experiencias relacionales típicas de una persona se ilustrarán en aquellos cuentos en los cuales sus experiencias se reproduzcan a manera de “clichés” -como lo llamara Freud 1912, p. 264 y ss.-, se repitan regularmente, “se reimpriman”.

Strupp y Binder (1984) consideran que narrar historias constituye un modelo psicológico fundamental para accionar, estructurar y organizar, modelo que posibilita la transformación comprensiva dentro del discurso (relacional) terapéutico. En las narraciones, sobre todo en los episodios relacionales, la vivencia subjetiva y el mundo relacional del individuo se abren de modo más gráfico y eficiente (Boothe, 1994; Bruner, 1986; Flader y Giesecke, 1980; Luborsky, 1984). De ahí que pueda decirse en principio que toda narración que desdobra o entiende de modo bien detallado y lo más operacionalmente posible un suceso interactivo, es apropiada para reproducir relaciones interiores sujeto-objeto.

La tarea de identificar episodios relacionales se ve facilitada por el hecho de que toda narración suele ostentar una determinada estructura teórico-narrativa (tramos de orientación, de acción, de evaluación y remate, según Labov y Waletzky, 1967), así como un contexto más o menos claramente enmarcado de objeto-espacio-tiempo. Distinguimos dos tipos de episodios relacionales o ER: 1) Episodios relacionales de objeto, los cuales tratan de interacciones con objetos; y 2) Episodios relacionales de (uno) mismo, en los cuales el sujeto se relaciona o trata consigo mismo como si lo hiciese con un objeto. Opinamos que, debido a razones del método de investigación, no deben aplicarse las puestas en escena reales entre el paciente y el terapeuta, por más valiosas que éstas puedan resultar para la comprensión clínica de la situación actual de la relación terapéutica (Dahlbender y otros, en imprenta).

En su forma original, el método TCCR se basa en narraciones tomadas de las sesiones de terapia; desde entonces y entre tanto, Luborsky (1990) ha concebido una forma de entrevista de diagnóstico prácticamente estandarizada, la cual fue pensada especialmente para obtener ER independientemente de la sesión de terapia. En la entrevista, llamada “paradigma de anécdotas relacionales” (en inglés: Relationship Anecdotes Paradigm, RAP; en alemán: Beziehungsepisoden-Interview, véase Dahlbender y otros, 1993), la cual hemos descrito como una entrevista psicodiagnóstica formalizada (Buchheim, Dahlbender y Kächele, 1994), se estimula al narrador para que relate libremente sobre relaciones con otras

personas. La idea directriz es la de brindarle al narrador un marco claro en el cual él pueda desplegar narrativamente su mundo de relaciones a su manera específica, en lo posible rescatando los matices y tonalidades individuales y situacionales.

Para cada episodio se deja asentado el personaje principal con quien el paciente interacciona o interactúa, así como la fase de ciclo vital en la cual tiene lugar el episodio. Esto posibilita, por ejemplo, estudiar estructuras relacionales específicas según el objeto o la fase, sobre el trasfondo de las construcciones clínicas de concepto.

Se preparan entonces metódicamente las narraciones de manera tal que se puedan filtrar y extraer los esquemas relacionales predominantes internalizados. Estos se conciben como un suceso de interacción motivado subjetivamente con un objeto (por ej.: objeto primario, pareja, amigos, compañeros de trabajo, terapeuta, etc.), y en cuanto al contenido están determinados por tres componentes:

- 1) el deseo del sujeto por el objeto (componente D),
- 2) la reacción del objeto (componente RO), y
- 3) la reacción subsiguiente del sujeto (componente RS).

En lo que hace a las reacciones, puede ser que se trate por ejemplo de emociones, formas de comportamiento o también de síntomas (componentes RS). Las reacciones negativas ya representan para el paciente una reducción de la satisfacción de sus deseos, ya anuncian como posible tal reducción. En su aspecto positivo se vincula con la satisfacción sin impedimentos de un deseo, ya sea ésta efectiva o sólo de esperarse, y/o se vincula con una sensación de que el trato con los deseos es satisfactorio. Aquellas reacciones que no se hallan claramente vinculadas al deseo no pueden ser codificadas como positivas ni negativas de modo terminante. Se establecerá además si las reacciones del objeto realmente ocurrieron, o si el paciente meramente esperaba las acciones por parte del otro. Esta diferenciación es significativa, por ejemplo, para estudiar las modificaciones que se dan en la terapia. Dado que este método se apoya en un concepto de frecuencia o asiduidad, serán necesarios por lo menos diez a doce episodios relacionales, a fin de formular finalmente, a partir de los componentes D, RO y RS nombrados más frecuentemente en cada caso, cuál sea el tema central de conflicto relacional definitivo.

Un planteo evaluativo permanece en el mundo subjetivo del narrador, y utiliza para cada componente las formulaciones conocidas como "cortadas a medida", las cuales se ciñen lo más posible al material narrativo. Estas formulaciones individuales pueden ser transformadas además en categorías de estandarización o bien en grupos o "clusters" de categorías de estandarización, lo cual es especialmente significativo para medir en forma confiable y hacer subjetivamente comparables los esquemas relacionales.

Un principio fundamental del trabajo cualitativo consiste en posibilitar que cada paso de la labor quede registrado de manera tal que se lo pueda seguir exactamente. Generalmente los episodios relacionales se evalúan en base a transcripciones, pero esto también se puede hacer con medios audiovisuales. También puede realizarse la evaluación en base al material oral, por ejemplo en la supervisión, si se relatan determinados episodios del tratamiento.

Volvemos ahora a nuestro paciente y pasamos a demostrar los pasos de la evaluación a partir del texto y hasta la formulación definitiva del TCCR, tomando como ejemplo un episodio relacional. El paciente (P) refiere al terapeuta algo que le sucedió con su padre siendo él niño. En la columna de la izquierda se registra el texto del episodio relacional. Se subrayan aquellos pasajes del texto que sirven como referencia para las apreciaciones correspondientes del TCCR. En la columna de la derecha se reproducen en forma de paráfrasis los componentes del TCCR (en cursiva: deseo, reacción del objeto, reacción del sujeto).

P: En aquella época yo empuñaría muchas cosas... él se pasaba dándole vueltas al coche, arreglando y remachando... recién sacó la libreta de conducir y se compró el auto cuando yo tenía ya unos tres o cuatro años, y a partir de ahí estuvo siempre arreglando cosas del auto, sólo por curiosidad, así como sigue haciendo ahora como un enloquecido con el equipo de música, y entonces yo quedaba ahí simplemente, él me dejaba que le guardara las herramientas, o que se las trajera, eso era todo. Y esta era la única forma que pudimos lograr de hacer algo en común. O sea, yo me esforzaba. Y siempre me dolía mucho cuando yo hacía algo mal, y él entonces suspiraba y decía "dejá, mejor que lo haga yo mismo", eso me dolía, sin embargo yo intentaba lograr una sensación de que hacíamos algo en común, al menos, yo entonces me quedaba dando vueltas alrededor del auto, afilándome por si las dudas...

reacción positiva del sujeto (v. abajo)
reacción negativa del sujeto
Papá prefiere estar arreglando cosas en el auto, y ni se preocupa por mí.

reacción positiva del sujeto
Yo me esfuerzo por lograr estar cerca de papá

(deseo) (ver abajo)

reacción negativa del sujeto
Papá me decepciona, a mí me duele
reacción negativa del objeto
Papá me rechaza
(deseo)

Quiero algo común con papá
reacción positiva del sujeto (ver arriba)

Las evaluaciones de todos los episodios relacionales de una unidad de investigación se resumen luego como base para la formulación del TCCR. A continuación se demostrará esto en lo referente a una hora de la terapia descrita. Se ha puesto entre paréntesis la cantidad de episodios relacionales en los que se halló cada categoría.

Deseo

Añoro proximidad y tener algo en común (relación) con otros. (6 ER)

Deseo contar con la ayuda y la comprensión de otros. (2 ER)

Quisiera vivir solo y ser independiente. (2 ER)

Reacciones negativas de los objetos

Los otros me tienen abandonado y descuidado, no se preocupan por mí, no se ocupan de mí ni conmigo y no se interesan por mí. (4 ER)

Los otros están insatisfechos, disconformes conmigo, son malhumorados e inseguros. (3 ER)

Los otros me hacen reproches. (1 ER)

Reacciones negativas del sujeto

Me siento decepcionado de los otros, descuidado e insatisfecho. (3 ER)

Aún no puedo hablar abiertamente de mis problemas con otros. (1 ER)

Dependo de otros, no he podido emanciparme. (1 ER)

Tengo miedo de los reproches de los demás. (1 ER)

Me preocupa desconcertar a otros. (1 ER)

Reacciones positivas de los objetos

Otros emprenden actividades en conjunto conmigo. (2 ER)

Otros me comprenden. (2 ER)

Reacciones positivas del sujeto

Soy servicial, me esfuerzo por estar cerca de los otros. (3 ER)

Siento que los demás me aceptan y me comprenden. (2 ER)

La ayuda de los otros me alegra. (1 ER)

En la confrontación que busco evito a los demás. (1 ER)

El TCCR de una hora, formulado a partir de los componentes TCCR nombrados más frecuentemente, se lee de la siguiente manera, en la forma confeccionada a la medida individual del paciente:

Deseo: Añoro la proximidad con otros, la comunidad con otros y la comprensión de otros.

Reacción negativa del objeto: Los otros me excluyen, no me comprenden, no se interesan por mí.

Reacción negativa del sujeto: Estoy decepcionado de los otros, soy inseguro, me retrotraigo, me siento descuidado.

Al hacer esta formulación se tuvo en cuenta solamente los componentes de reacción negativos mencionados con mayor frecuencia. Básicamente pueden integrarse en la formulación igualmente los componentes positivos de reacción, incluso aunque los mismos numéricamente no se den con tanta frecuencia. Esto es relevante sobre todo en la medida en que se sabe que a lo largo de una terapia los deseos de un paciente (componente D) varían o se modifican mucho menos que la manera en que él vivencia los objetos en la interacción (componente RO), y que el modo en que se comporta frente a los mismos (componentes RS).

Reacción positiva del objeto: Los otros emprenden actividades en conjunto conmigo y me comprenden.

Reacción positiva del sujeto: Me siento comprendido y aceptado.

El esquema relacional del paciente se expresa de la siguiente manera en el lenguaje altamente simplificador, comparable inter-individualmente, propio de las categorías cluster estándar:

Deseo: Quisiera estar cerca de otros y aceptarlos.

Reacción negativa del objeto: Los otros me rechazan y están en contra de mí.

Reacción negativa del sujeto: Me siento decepcionado por los otros y deprimido.

La utilidad de una formulación formal del foco

Deberá ahora aportarse la prueba de la utilidad clínica del método TCCR, si afirmamos que éste debería aplicarse para formular formalmente el foco. Esto

puede decidirse en la pregunta que sigue: ¿Cuáles han sido los focos que se realizaron en el correr de la terapia, y con qué resultado?

Schnekenburger (1990) ha ido tras la respuesta a esta interrogante en su tesis de doctorado. La autora, que integraba un grupo de los llamados de consejeros, evaluó una de cada tres horas de la terapia focal según el método TCCR, y resumió luego los componentes en categorías *ad hoc* superiores desde el punto de vista temático, las cuales se excluyeron unas a otras. Determinó, además, cuál componente está contenido en cada caso dentro del llamado TCCR de horas. Si bien este proceder determina que se pierda algo de especificidad, lo cierto es que se gana en la claridad con que puede prepararse el transcurso. Respecto a los deseos (D) se hallaron los siguientes cuatro focos:

- Foco-D 1: Quiero lograr interesar a los otros en mí y obtener su atención dedicación.
- Foco-D 2: Quiero desarrollarme, ser independiente y valerme por mí mismo.
- Foco-D 3: Quiero la ayuda de los otros, a fin de poder dominar mis problemas.
- Foco-D 4: Quiero liberarme de los constreñimientos que otros me imponen.

El cuadro número 1 es una representación topográfica de los centros de gravedad temáticos del deseo a lo largo del tratamiento y de los dos informes catamnésicos o informes médicos finales; cuanto más a menudo haya sido mencionado un componente durante la hora de sesión, tanto más grande aparecerá la transformación gráfica correspondiente. Además aparece en negro aquel componente focal que apareciera con la mayor frecuencia en la hora de sesión, o sea que es porción integrante del TCCR de la hora. Se hace muy nítido que el trabajo terapéutico a lo largo del tratamiento estuvo centrado esencialmente en el foco D-1 "interés y dedicación" y en el foco D-2 "independencia y autonomía", los cuales preponderaron en las sesiones de la época próxima al fin del tratamiento. El foco D-4: "liberarse del constreñimiento", el cual tuviera un peso primordial durante la primera hora de sesión, fue perdiendo relevancia y quedó muy relegado en su importancia a lo largo del tratamiento. El foco D-3 "ayuda" jugó un rol muy secundario, especialmente al principio del tratamiento.

Lámina 1

Para las reacciones negativas de los objetos (RNO), así como para las positivas (RPO), se hallaron los focos siguientes:

- Foco RNO 1: Los otros me rechazan, y rehusan también mi necesidad de proximidad.

Foco RNO 2: Los otros no me ayudan lo suficiente.

Foco RNO 3: Los otros me exigen demasiado y me limitan.

Foco RNO 4: Otros sienten que yo los limito demasiado.

Foco RPO 1: Los otros me entienden correctamente, y me apoyan

Del lado negativo durante la terapia dominó el foco 1 “rechazo y no admisión (rehusamiento)”. Los focos RNO 3 “sobreexigencia y limitación” y 4 “limitación de los otros” estuvieron de alguna manera siempre más o menos presentes, a modo de temática subterránea. Del lado positivo puede decirse que prácticamente dominó exclusivamente el foco RPO 1 “comprender y apoyar”, por lo cual podemos prescindir de describir los núcleos temáticos no interpretativos.

Las reacciones negativas de los objetos fueron durante el tratamiento en conjunto más frecuentes, y también un poco más variadas, que las reacciones positivas. Sin embargo, se dio para ambos grupos de reacciones a lo largo de toda la terapia un repertorio bastante uniforme de vivencias y de comportamientos por el paciente, tal como se desprende de la lámina “.

Lámina 2

Se hallaron los siguientes focos para las reacciones negativas de los sujetos (RNS) y para las positivas (RPS):

Foco RNS 1: Estoy insatisfecho, decepcionado y enojado por los otros, y también por mí mismo.

Foco RNS 2: Tengo miedo cuando trato con otros.

Foco RNS 3: Me siento limitado por otros.

Foco RPS 1: Me siento seguro de mí mismo y trato de imponerme.

Foco RPS 2: Me acepto, y acepto mi situación.

Foco RPS 3: Puedo distenderme y vivir plenamente mis sentimientos.

Foco RPS 4: Me esfuerzo por entablar contacto con otros.

Las reacciones negativas del paciente pueden ser englobadas esencialmente en tres centros temáticos principales: El foco RNS “limitación, restricción”, y el foco RNS 2 “miedo en el trato con otros” constituyeron la fase de introducción del tratamiento y fueron luego relevados por el foco RNS 1 “insatisfacción, decepción y enojo”, el cual fue determinante en el tramo intermedio del tratamiento, para ser luego él también relevado. En el último tercio del tratamiento prácticamente todos los temas estuvieron contenidos en el diálogo terapéutico. Se pudieron agrupar las

reacciones positivas del paciente en cuatro grupos: foco RPS 1 "seguridad o confianza en sí mismo y capacidad para imponerse" se mantiene como el tema dominante más o menos todo a lo largo de la terapia. El foco RPS 4 "búsqueda de contactos" tiene cierta importancia sólo al principio y al final. En la fase del informe médico final (o catamnesis) domina el foco RPS 2 "aceptación de sí mismo" en conjunto con el foco RPS 1 "seguridad en sí mismo y capacidad para imponerse". Mientras la evolución temporal de los núcleos temáticos del tratamiento podría estar señalando que las formas de reacción del paciente variaron terapéuticamente de manera relativamente estable, parecería que las vivencias y el comportamiento del paciente para con los objetos han sido más bien menos influenciados terapéuticamente.

Así es que podría señalarse un esquema de vivencias y de comportamiento del paciente esencialmente más variable en lo que respecta a las reacciones del sujeto, como se desprende también de la lámina 3.

Lámina 3

Observando más atentamente el material narrativo, esto es, los episodios relacionales por separado, se hace evidente que en los focos de tratamiento que encontrara Schnekenburger (1990), los núcleos temáticos dinámicos que el terapeuta ya había focalizado luego de la primera entrevista, se reproducen en el lenguaje formalizado del TCCR. A la inversa, las formulaciones de foco formalizadas requieren diferenciación que las identifique, de tipo clínico-interpretativo, en el contexto del material terapéutico, dado que esas formulaciones de foco formalizadas agrupan en forma de clusters de categorías superiores diferentes puntos dinámicos de gravedad. Esto significa que las codificaciones del contenido, las cuales son bastante áridas, deberán ser traducidas nuevamente a nuestro lenguaje clínico cotidiano acostumbrado, y los focos relacionales formalizados deberán ser llenados con vida clínica. La problemática de la carencia está contenida dentro del deseo intenso del paciente por lograr el interés, la atención y la dedicación de los otros (foco D 1). En ésta su necesidad, el paciente tiende mucho más a verse frustrado por los objetos (focos RNO 1 y 2), que a vivenciarlos como si lo comprendiesen y lo apoyasen (foco RPO 1). El paciente reacciona ante la frustración de sus deseos regresivos con una amplia gama de sentimientos, tales como miedo, decepción y desamparo (focos RNS 1, 2 y 3). El paciente intenta en el transcurso de la terapia hacer frente a esta constelación con más iniciativa y más actividad propia (foco RPS 1).

La problemática edípica negativa se refleja en el deseo de mayor independencia (respecto a figuras maternas) y mayor autonomía (en el sentido de una identificación con el padre, como patentiza el ER antes mencionado (focos D 2 y 4). Por

otro lado, el paciente vivencia los objetos a menudo como recusantes (ejercen el rechazo) y restrictivos (lo limitan) (focos RNO 1 y 3), lo cual a su vez suscita en él sentimientos de miedo, decepción, enojo y limitación o restricción (focos RNS 1, 2 y 3). Sin embargo, cuando él vivencia que los objetos lo apoyan (foco RPO 1), entonces logra imponerse y deslindarse más precisamente en las situaciones (foco RPS 1). Está también muy presente aquí el tema de que el paciente no se deslindó lo suficiente en la adolescencia.

Como ya se dijo, este tratamiento fue una terapia breve concebida como psicodinámica. A fin de corroborar la significación de la transferencia, sería deseable en la lógica operacional del método TCCR, si se pudiese mostrar que en aquellos episodios en los cuales el terapeuta es el objeto, y en aquellos con otros objetos, están representados los mismos temas, o temas similares. Schnekenburger (1990) emprendió la realización de este cotejo para el componente del deseo, el cual es central en la teoría de las neurosis. Ella pudo demostrar, valiéndose del modelo de foco, que la relación de transferencia se desarrolla de acuerdo al esquema general de relaciones del paciente. En casi el 70% de las horas de terapias que ella investigó, los deseos del paciente con respecto a otros objetos resultaron ser idénticos a sus deseos respecto al terapeuta. Esto significa que, por ejemplo, si el foco Deseo 2 "autonomía" dominaba temáticamente los episodios con otros objetos, también lo hacía en los episodios con el terapeuta.

A continuación habrá de examinarse en qué medida los ámbitos temáticos de la primera conversación, los cuales determinaron la selección del foco de tratamiento, siguieron siendo determinantes para los temas nucleares de las sesiones para el informe médico final; esto es: en qué medida los focos de tratamiento que se fueron armando de manera interactiva, constituyeron efectivamente centros de gravedad o núcleos temáticos estables, más allá de la culminación de la terapia. Entonces puede plantearse la pregunta: ¿Cuáles son los distintos cambios que por separado se pueden reconocer? Los resultados detallados de la evaluación del informe final de este tratamiento pueden ser leídos en Kächele y otros (1990). Un año y dos años luego de finalizada la terapia, tuvieron lugar sendas entrevistas para elaborar el informe final (entrevistas catamnésicas) con el terapeuta. Ambas entrevistas fueron evaluadas por dos colegas independientes en lo relativo a las modificaciones perceptibles clínicamente.

Poco tiempo después de terminada la terapia, el paciente se separó de su compañera y se mudó a casa de sus padres, donde ocupó un piso separado de la casa paterna.

El cuadro de sus síntomas ha seguido haciendo progresos, a tal punto que ya no se siente disminuido o invalidado por éstos. Cuatro años después de terminada la terapia, el terapeuta se entera, en una consulta telefónica, que el paciente se ha casado hace poco y que espera un hijo. Hasta aquí los hechos.

Tema 1: Respecto al tema de “haber recibido demasiado poco”, en la hora de sesión N° 29 se había dado a conocer que el paciente quería compensar sus sensaciones de carencia incrementando sus actividades. Parecería que el paciente entre tanto ha realizado algo de lo que había anunciado, sobre todo en lo que respecta a su formación profesional. En forma abierta el paciente verbaliza también que siente que ha recibido demasiado poco también de la terapia, y aprovecha la oportunidad para tomarse más para sí del diálogo, más directamente. Cabe preguntarse aquí qué yace, en este añorar del paciente, de deseos inconscientes y de deseos conscientes: ¿El pecho y/o el falo? En el sentido del foco principal de la terapia se trata de una añoranza fálica, a la cual, sin embargo, puede adjudicársele plenamente una excitación de deseo de tipo oral, todo lo cual podría obedecer a una fantasía inconsciente de un modo de contacto fálico-oral.

Cuando habla de sus debilidades personales, el paciente adopta una actitud autocrítica. Su reflexión orientada a la realidad desemboca en reconocer que no todas las carencias son pasibles de ser compensadas. En la segunda conversación para el informe médico final (en la segunda conversación catamnésica), esta temática se toca apenas rara vez, y de manera modificada, por ejemplo, estableciendo una comparación con un compañero de trabajo suyo que gana mejor que él. Vivir un déficit ya no lo paraliza más, sino que lo estimula para ponerse él mismo a hacer cosas, por ejemplo a seguir formándose en su profesión y a asegurarse una posición mejor. Es en tal sentido que puede afirmarse que ha habido una elaboración fructífera de este campo de problemas.

Tema 2: También puede apreciarse una evolución posterior en lo que respecta a la “temática edípica negativa”. El paciente se separó de su compañera una vez que tomó consciencia de su dependencia pasiva respecto a ella. Siente ahora más gusto en participar en discusiones e intercambios de opinión de tipo activo; se ha vuelto, como él mismo lo dice, más combativo, más beligerante. Interesa dentro de este contexto referir su relato sobre una excursión que realizara con otros hombres a las montañas, paseo que le demandó un gran esfuerzo, pero que le divirtió mucho. Dentro del tratamiento, la imagen del paseo a la montaña - incluyendo la cerveza compartida por todos al llegar a la cima- funcionó como una metáfora para significar el placentero trabajo conjunto, la placentera disputa y posterior acuerdo del medir fuerzas por parte de dos hombres, padre e hijo. La temática edípica negativa es el tema principal de la segunda conversación catamnésica. El propio paciente está en condiciones de verbalizar su desilusión respecto al escaso apoyo que recibiera del padre. Entra en una discusión directa con el terapeuta, y quiere despertar el interés de éste por él. Sus esfuerzos en pos de la autonomía muestran que ha abandonado aquella dependencia que resultaba

infantil, que intenta poner límites a la situación en que su madre y su compañera cuidaban de él. Quiere asumir una posición propia en los distintos ámbitos de su vida. Lo que no ha cambiado respecto al informe médico final 1 son sus apreciaciones sobre el atractivo que él ejerce sobre las mujeres. Por su parte, la actitud del paciente para con el terapeuta, por cuyo interés él se afana, pone de manifiesto que se ha solucionado su esquema relacional edípico negativo. El paciente busca la controversia de hombre a hombre.

Tema 3: Respecto al tercer ámbito temático principal, el del “deslinde adolescente”, puede afirmarse que ha aumentado su capacidad para meterse de manera constructiva en situaciones de rivalidad, tal como se pone en evidencia en las entrevistas para elaborar el informe médico final (catamnésicas) a través de ejemplos tomados de su vida profesional.

El paciente, el terapeuta y los dos colegas que elaboran la catamnesis o informe médico final evalúan positivamente la terapia. El paciente opina que el esfuerzo invertido y el resultado obtenido han estado en buena proporción. El terapeuta estima muy positivo el pasaje de la formación profesional a la actividad profesional, así como también su tendencia a poder imaginarse vivir de maneras más acordes a su edad. Puede responderse también positivamente a la controvertida pregunta de si la vuelta a la familia primaria constituyó una regresión o un inevitable desvío para poder progresar, dado que el paciente puede deslindarse muy bien dentro de su familia. Ambos catamnésicos (los colegas que elaboraron el informe final) tienen la impresión de que tras la terapia, el paciente puede conformar su vida de modo más libre y más satisfactorio, gracias a la mayor actividad propia. En suma, puede afirmarse que el paciente se ha seguido desarrollando, precisamente en los temas principales de la terapia. Se ha vuelto notoriamente más activo y más seguro de sí mismo. Más que nada ha aumentado su capacidad para posicionarse críticamente respecto a todo lo que le rodea. También parece haber evolucionado fructíferamente su postura para con una madre y un hijo.

Conclusión

Como resultado de nuestras reflexiones a propósito de la utilidad de las formulaciones formalizadas de foco mediante el método TCCR podemos afirmar lo que sigue: Se pudo demostrar a través del método TCCR, tomando como ejemplo una terapia focal psicodinámica, que esta terapia se desarrolló efectivamente a lo largo de determinados focos temáticos, y también que esto condujo a una exitosa

modificación del repertorio de relaciones internalizado del paciente. En esa medida se puede afirmar que el método TCCR constituye un planteo por cierto simple, pero no por ello menos útil, para formular un foco de tratamiento. El proceder formalizado, así como la posibilidad de estructurar el material clínico de manera operacional y muy próxima a la vivencia, deberían ser de gran utilidad, especialmente en la formación psicoterapéutica y en la supervisión. Y también el clínico experimentado, aquél a quien la disciplina de la evaluación sistemática no inhibe, podrá sacar siempre provecho de aquellas situaciones en que es útil alinear el instante clínico con la constancia inalterable de sus estructuras fundamentales.

Bibliografía:

- ALEXANDER y FRENCH, T. (1946): *Psychoanalytic therapy. Principles and applications*. Ronald Press, New York.
- BALINT, M.; ORNSTEIN, P.H.; BALINT, E. (1972): *Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis*. Tavistock, London.
- BUCHHEIM, P.; DAHLBENDER, R.W. y KÄCHELE, H. (1994): *Biographie und Beziehung in der psychotherapeutischen Diagnostik*. En Janssen PL & Schneider W, Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik, Fischer, Stuttgart, S. 105-134.
- BOOTHE, B. (1994): *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Vanderhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- BRUNER, J. (1986): *Actual minds, possible worlds*. Harvard Univ. Press. Cambridge.
- CRITS-CHRISTOPH, P.; COOPER, A. & LUBORSKY, L. (1988): *The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy. 56: 490-495.
- DAHLBENDER, R.W.; ALBANI, C.; POKORNY, D. & KÄCHELE, H. (im Druck): *The Connected Central Relationship Patterns (CCRP). A Structural Version of the CCRT*. Psychotherapy Research.
- DAHLBENDER, R.W.; TORRES, L.; REICHERT, S.; STÜBNER, S.; FREVERT, G. & KÄCHELE, H. (1993): *Die Praxis des Beziehungsepisoden-Interviews*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 39: 51-62.
- FLADER, D.; GIESECKE, M. (1980): *Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview*, in: Ehlich K (Hg) *Erzählen im Alltag*. Suhrkamp, Frankfurt, S 209-262.
- FRENCH, T. (1937): *Reality and the Unconscious*. Psychoanalyt. Quart 6:23-61.
- FRENCH, T.M. (1952): *The integration of behaviour*. Vol. 1: Basic postulates. Univ. Chicago Press, Chicago.
- FRENCH, T. (1970): *Psychoanalytic interpretations. The selected papers of Thomas M. French*, M.D. Quadrangle Books, Chicago.
- FREUD, S. (1912): *Zur Dynamik der Übertragung*. GW Bd 8, S. 363-374.
- FÜRSTENAU, P. (1992): *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. Pfeiffer, München.

- GRAWE, K.; KÄCHELE, H. (1986): *Psychotherapeutische Einzelfall-Prozessforschung (PEP)*. Psychologisches Institut der Universität Bern/Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm, 12/86.
- KÄCHELE, H.; HELDMAIER, H.; SCHEYTT, N. (1990): *Fokusformulierungen als katamanestische Leitlinien*. *Psychother Med Psychol.* 35: 205-216.
- KÄCHELE, H.; MERGENTHALER, E. (1989): *Der Student - Verbatimprotokolle einer Kurztherapie*. Universität Ulm.
- KÄCHELE, H. & DAHLBENDER, R.W. (1993): *Übertragung und zentrale Beziehungsmuster*. In Buchheim P., Cierpka, M. & Seifert Th, Lindauer Texte. Texte zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Teil 1: Beziehungen im Fokus, S. 84-103.
- KLÜWER, R. (1970): *Über die Orientierungsfunktion eines Focus bei der psychoanalytischen Kurztherapie*. *Psyche* 24: 739-755.
- LABOV, W. & WALETZKY, J. (1967): *Narrative analysis: oral versions of personal experience*. In J. Helm (Hg) *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle, London, S. 12-44.
- LACHAUER, R. (1992): *Der Fokus in der Psychotherapie. Fokalansätze und ihre Anwendungen in Kurztherapie und anderen Formen analytischer Psychotherapie*. München, Pfeiffer.
- LEUZINGER-BOHLEBER, M. (1985): *Psychoanalytische Fokaltherapie. Eine klassische psychoanalytische Kurztherapie in Institutionen*. In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) *Psychoanalytische Kurztherapien*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 54-93.
- LUBORSKY, L. (1977): *Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy. The core conflictual relationship theme*; in: Freedman N & Grand S (Hrsg) *Communicative structures and psychic structures*, Plenum Press, New York, S. 367-395.
- LUBORSKY, L. (1984): *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. Basic Books, New York.
- LUBORSKY, L. & KÄCHELE, H. (1988): *Der Zentrale Beziehungskonflikt*, PSZ Verlag Ulm.
- LUBORSKY, L. & CRITS-CHRISTOPH, P. (Hrsg.) (1990): *Understanding Transference. The CCRT method*, Basic Books, New York.
- LUBORSKY, L. MITARB, V.; ALBANI, C. & ECKERT, R. (1991): *Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen der Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe)* Universität Ulm, Abteilung Psychotherapie.
- LUBORSKY, L.; CRITS-CHRISTOPH, P. & FRIEDMAN, S.H. & MARK, D. & SCHAFFLER, P. (1991): *Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT): Illustrations by the two specimen cases*; in: Horowitz MJ (Hrsg.). *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. University of Chicago Press, Chicago, S. 167-195.
- MALAN, D.H. (1965): *Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung*. Huber/Klett, Bern/Stuttgart.
- MANN, J. & GOLDMANN, R. (1982): *A casebook in time-limited psychotherapy*. McGraw-Hill, New York.
- MARZIALI, E. (1984): *Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions*. *Archives of General Psychiatry* 41: 301-304.

- McKENZIE, K.R. (1990): *Introduction to time-limited group psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- MENNINGER, K.A. & HOLZMANN, P.S. (1958): *Theory of psychoanalytic technique*. Basic Books, New York dt.
- PETERFREUND, E. (1983): *The process of psychoanalytic therapy. Models and strategies*. Analytic Press, New Jersey.
- RACKER, H. (1978): *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik*. Reinhard, München.
- SCHAFFER, R. (1981): *Action language and the psychology of the self*. Annu Psychoanal. 8, 83-92.
- SCHNEKENBURGER, S. (1990): *Die kontinuierliche Erhebung des Zentralen Beziehungskonfliktthemas über den gesamten Verlauf einer Kurztherapie*. Med. Dissertation, Univesität Ulm.
- SEITZ, P. (1966): *The consensus problem in psychoanalysis*. In: Gottschalk, L.A.; Auerbach, A.H. (Eds.) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton Century Crofts, New York, S. 209-225.
- STRUPP, H.H.; BINDER, J. (1984): *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books, New York.
- THOMÄ, H.; KÄCHELE, H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo.
- WALLERSTEIN, R.S. & ROBBINS, L.L. (1956): *The psychoanalytic research project of the Menninger-Foundation. Rationale, methods and sample use IV. Concepts*. Bulletin of the Menninger Clinic 20-239-262.
- WOLBERG, L.R. (1983): *Kurzzeit-Psychotherapie*. Stuttgart, Thieme.