

EL CONCEPTO DE FOCO

Por Héctor J. Fiorini

El concepto de foco, empleado con frecuencia en trabajos técnicos mantiene hasta ahora un *status* teórico impreciso, ya que en las referencias al mismo coexisten criterios sintomáticos (“los síntomas salientes que motivan la consulta” o “los puntos de urgencia”), interaccionales (“el conflicto interpersonal que desencadena la crisis”, caracterológicos (“una zona de la problemática del paciente que admita su delimitación de otras zonas de la personalidad”), propios de la díada paciente-terapeuta (“los puntos de interés aceptables para ambos”) o técnicos (“la interpretación central en la que asienta todo el tratamiento”) (1, 2, 3). En el campo de las psicoterapias estos criterios se yuxtaponen sin establecer ligazones entre sí. Lo que esta pluralidad de conceptos deja entrever es que foco puede aludir a una organización compleja de la cual aquellos criterios recortarían fragmentos. Discutiremos aquí la posibilidad de trabajar sobre cierto modelo teórico de foco que encuentre para aquellos referentes un orden unificador, proponer una estructura que organice un campo común de diagnóstico y terapéutico.

En primer lugar cabe subrayar el origen eminentemente empírico del concepto foco. El trabajo psicoterapéutico se orienta siempre (y a menudo de modo intuitivo) hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente. Los primeros registros sistemáticos de una experiencia clínica con psicoterapias breves, por ejemplo muestran que la modalidad asumida por la tarea en sesión es la de una focalización”, un diafragmado en la óptica del terapeuta que induce la concentración selectiva del paciente en ciertos puntos de su problemática (4). Más aún, los pacientes tienden naturalmente, de entrada, a mantener una focalización. La posibilidad de organizar el relato, seguir una línea directriz, seleccionar recuerdos e imágenes, depende de cierta fortaleza en las funciones yoicas adaptativas¹. Sólo en pacientes con marcada debilidad yoica puede encontrarse espontáneamente un relato disperso, ramificado. Empíricamente la focalización parece expresar necesidades de delimitar la búsqueda de modo de concentrar en ella atención, percepción, memoria, todo un conjunto de funciones yoicas; tal concentración puede ser condición de eficacia para el ejercicio de estas funciones.

Dinámicamente la focalización está guiada por la dominancia de una motivación que jerarquiza tareas en función de resolver ciertos problemas vividos como prioritarios. En situaciones de crisis por ejemplo, el motivo de consulta con-

densa síntomas, cierta conflictiva central ligada a los síntomas, obstáculos creados para la resolución de la situación. Por esta capacidad de condensación el motivo de consulta se transforma a menudo en el eje motivacional organizador de la tarea, y en consecuencia facilitador de la misma. A la vez el trabajo sobre el motivo de consulta es reforzador de la alianza terapéutica. Alexander destacaba particularmente su importancia: “... es importante que el terapeuta descubra primero qué es exactamente lo que desea el paciente. Es éste quien debe suministrar el incentivo para lo que haya de lograrse en el tratamiento, y por más celo reformador que haya por parte del terapeuta, todo será inútil a menos que pueda aprovechar para su uso terapéutico algún fuerte motivo del paciente. Se deduce que aquél debe hacer frente al paciente primero en su propio terreno, aceptando provisoriamente sus puntos de vista sobre el problema y sólo con ulterioridad –después de orientarse sobre los motivos reales del paciente- tratar de utilizar estos motivos para fomentar los objetivos terapéuticos que puedan parecer de posible realización” (4)

Operativamente la focalización conduce a trabajar sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres. Si en la técnica psicoanalítica la dificultad del paciente para asociar libremente puede ser tomada como índice de resistencias, en psicoterapias, a la inversa, la evitación de una actitud exploratoria intencionalmente guiada puede ser considerada resistencial. (Se trata de énfasis diferentes en función de tareas distintas, ya que en otro nivel lo resistencial estará expresado, para ambas técnicas, en una rigidez del pensamiento que impida combinar flexiblemente los dos estilos de asociación, libre y guiada.)

1. La estructura del foco

En la práctica psicoterapéutica el foco tiene un eje central. Con la mayor frecuencia este eje está dado por el *motivo de consulta* (síntomas más perturbadores, situación de crisis, amenazas de descompensación que alarman al paciente o al grupo familiar, fracasos adaptativos). Íntimamente ligado al motivo de consulta, subyacente al mismo, se localiza cierto *conflicto nuclear* exacerbado. Para Ernesto, un paciente de 30 años, con un hijo de 3, que acaba de separarse de su mujer, el motivo de consulta es un estado de angustia y depresión que afecta su vida cotidiana y su rendimiento profesional. Las desavenencias crónicas hacían necesaria para

¹ He revisado sesiones de diferentes tratamientos observando en ellas las vicisitudes de la focalización. Una paciente con fuerte debilidad yoica presenta más de 30% de intervenciones dispersas, ajenas a toda focalización, contrastando con un promedio inferior al 10% para tales intervenciones en un paciente cuyas funciones yoicas revelaban, a través de indicadores diversos un mejor rendimiento.

él la separación, pero siente que no puede tolerarla, que no podría reemplazar a su mujer ni admitir que ella formara otra pareja. En Andrea, paciente soltera de 26 años, profesional recién graduada, el motivo de consulta reside en el miedo paralizante que experimenta frente a un proyecto, ya iniciado en sus trámites, de trasladarse varios años al extranjero a los fines de especializarse. Su ambivalencia frente a ese proyecto es muy intensa.

En cada uno de estos focos, el eje dado por el motivo de consulta y el conflicto nuclear subyacente se inserta en una *específica situación grupal*. Para Ernesto la situación se agrava porque desde su separación ha ido a vivir con su madre, persona autoritaria con quien siempre mantuvo un vínculo conflictivo, de intensa ambivalencia mutua. Este hecho, en parte inevitable por sus dificultades materiales para vivir solo inmediatamente de producida la separación, significa a su vez dejar de convivir con su hijo, lo que añade obstáculos a dificultades previas del paciente con la paternidad. La situación se complica en el momento en que surge otro hombre con posibilidades (le hacer pareja con su mujer. El viaje de Andrea al extranjero significa dejar sola a su madre viuda en la misma época en que se casa su hermano menor, que vive hasta entonces con ambas. La madre ha tenido en el último año signos de leve insuficiencia coronaria.

Motivo de consulta, conflicto nuclear subyacente, situación grupal son aspectos fundamentales de una *situación* que condensa un conjunto de determinaciones. Un trabajo analítico nuestro sobre la situación intentará identificar zonas de ese conjunto de determinantes. Lo esencial a respetar es el carácter de estructura de la situación tal como existe, totalizada, en la experiencia humana, de modo que todo trabajo analítico se haga a partir de delimitar esa totalidad de la situación, en toda su amplitud. El estudio de diversos componentes de la situación deberá hacerse en el sentido de despliegue de "niveles de análisis", entendidos como estratos funcionales enraizados en la situación, actualizados y totalizados por ésta.

Con este enfoque es posible deslindar una zona de componentes de la situación que podemos caracterizar como *aspectos caracterológicos del paciente* (*dinamismos* intrapersonales activados en esta situación específica, modalidades defensivas personales selectivamente movilizadas por la situación -no es posible ensayar una u otra de varias defensas, hay que ver cuáles de ellas hace el grupo viables-, etapas no resueltas del desarrollo infantil, actualizadas por la estructura de la situación). En Ernesto su dependencia materna, no resuelta sino trasladada a su pareja, exacerbada con la pérdida y la vuelta a la convivencia con su madre; sus conflictos de intensa ambivalencia frente a la dependencia (complementarios con la ambivalencia de su mujer y su madre frente a esa dependencia); además, sus conflictos por el choque entre su dependencia (con sus consecuencias: agresión, separación, angustia, depresión) y sus necesidades adultas (de autonomía, maduración y eficacia en sus rendimientos). Se localizan en esta zona sus defensas movilizadas: disociaciones, proyecciones, ataques al objeto que abandona, idea-

lizaciones. En Andrea se registra en este aspecto también una fuerte dependencia materna, generadora de ambivalencia, tanto frente a su viaje como frente a la posibilidad de quedarse a estudiar en Buenos Aires. Experimenta culpa de dejar a su madre y gran miedo a quedar desprotegida. Se ponen en juego en ella defensas fóbicas (evitaciones principalmente, búsqueda de objetos acompañantes) y maníacas (reacciones contrafóbicas, negación de su dependencia e idealización de sus recursos fuera del país). También en esta zona de determinantes caracterológicos es posible incluir otras *funciones* yoicas adaptativas. En Andrea, más visibles que en Ernesto, la capacidad de planificación, el armado de cierto proyecto de salida de su dependencia, a través del desarrollo profesional. Andrea actúa mediante defensas más primitivas, pero las contrarresta con otras funciones adaptativas potencialmente eficientes. Ernesto presenta un debilitamiento marcado de sus funciones yoicas, apenas mantenidas en la esfera del trabajo.

Es posible asimismo reconocer en la situación *aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados*. La agresión de la madre de Ernesto ha estado siempre centrada en sus fracasos, la distancia prescindente de su padre hizo que esos juicios fueran los únicos que aspiraran a objetivar a Ernesto una imagen de sí mismo. La esposa encarnó luego y mantiene una actitud similar desvalorizante que tiñe el clima de la situación para el paciente. Lo que se juega no es sólo la separación sino el fracaso, una vez más. En Andrea sigue presente, en el centro de la situación, una antigua relación simbiótica con su madre, en la que ésta jugó el rol de objeto acompañante, y es ese rol el que ambas tienen que romper en esta situación. Juega también como figura de identificación precaria, la presencia del padre fallecido hace años, como exigencia de un rendimiento profesional brillante que justifique esa separación, agregado como elemento fóbigeno.

Otra zona integrante de la situación comprende el *momento evolutivo* individual y grupal, las tareas que se desprenden de necesidades propias de ese momento evolutivo y la prospectiva global que comporta esa etapa. Gran parte de la conflictiva agudizada en la situación deriva no solamente de la reactivación de conflictos infantiles, sino del choque entre las limitaciones dadas por la persistencia de esos conflictos y las necesidades propias de la etapa evolutiva abierta que urgen una satisfacción. Urgencias a la vez subjetivas (autoestima) y objetivas (presiones sociales para la maduración y la eficiencia). Ernesto tiene que enfrentar sus dificultades de pareja (con esta o con otra pareja), las exigencias de la paternidad, y de su trabajo profesional, necesidades de estudio y de sociabilidad que cuanto más precariamente se enfrentan más distante hacen la posibilidad de recuperación. De modo semejante, Andrea y su madre tienen que separarse, ella tiene que crecer, la situación de infancia y adolescencia no es prorrogable, y sin crecimiento y resolución de esa simbiosis se interfieren otros rendimientos, eróticos, sociales y vocacionales. Para la madre, el viaje de Andrea, el casamiento de su hijo menor y sus problemas de salud configuran una etapa crítica, que agrega obstáculos

para la resolución de la situación.

Esta serie de componentes de la situación tiene que ser puesta en relación, además, con un conjunto de determinaciones concurrentes, que originalmente podemos localizar en una zona de *determinantes del contexto social más amplio*. Un conjunto de condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas que intervienen de muchas maneras en la situación.

Para Ernesto no es lo mismo vivir este conflicto de pareja en condiciones de trabajo seguro y de alivio económico, que correr el riesgo por su depresión de perder sus ingresos. Una cultura tradicional para la cual ese divorcio es un fracaso y nunca un éxito, como es la que ha prevalecido en su familia y en él mismo desde siempre, es concurrente de peso, como lo es toda la ideología del orgullo masculino frente a la presencia del tercero. Estos componentes refuerzan la angustia y traban las posibilidades de elaborar esa separación. Para Andrea la situación de desocupación profesional y las condiciones difíciles de especialización en nuestro medio refuerzan su ambivalencia frente a la posibilidad de quedarse aquí y su miedo al fracaso afuera que la obligue a regresar. Su falta de contacto ideológico-político con esta situación hace que todas las posibilidades sean medidas desde una óptica estrictamente individual que agrega otra dimensión de aislamiento a sus ansiedades de destete. Toda la ideología de los cuidados que la hija debe retribuir a la madre y la oculta responsabilidad del sistema social por el desamparo de una persona sola se incrustan en el centro mismo de la situación de Andrea para movilizar culpas de difícil elaboración.

Si volvemos a considerar el conjunto de estas zonas de determinaciones que hemos desplegado en un somero examen analítico, lo que haremos es reconfigurar una estructura, construir un modelo de la situación que intente dar cuenta de los dinamismos, articulaciones, encajes, potenciaciones y oposiciones propios de una totalización. A mi juicio el concepto de *situación*, en el que convergen las perspectivas dialéctica, materialista y existencial puede aportar un modelo adecuado capaz de aproximarnos a una totalización concreta, singular y en movimiento, del individuo o grupo en estudio. Es en esta noción totalizadora de situación donde pueden encontrar su marco aportes parciales propios de una conceptualización psicodinámica (ansiedades, conflictos, fijaciones), comunicacional (modalidades en el manejo de los mensajes, alianzas, descalificaciones) o psicosocial (roles, mitos, tareas grupales).

Comprendido el foco como delimitación de una totalidad concreta sintética (14) entonces los esfuerzos analíticos conservan sentido por su inclusión en ese marco conservado a lo largo del movimiento de profundización sobre determinadas zonas de sus componentes. La óptica dirigida a la situación se refleja en esta formulación: "...el hecho de que el conflicto tenga lugar como tal intrapersonalmente no significa que la cuestión sea de orden primariamente personal, ni desde luego exclusivamente personal. El problema ha surgido de una situación y ésta es a su vez, como dijimos antes,

resultante del diálogo de la persona con su realidad". Importa detectar "las formas cómo el diálogo se realiza y la índole de la estructura dialéctica sujeto-realidad" (5).

El modelo de foco contiene esta serie de *componentes* condensados en la situación estructurada. La profundidad con que se indague el papel de cada uno de ellos en la estructura y las articulaciones del conjunto depende a su vez de otro conjunto de factores propios de la situación terapéutica que creo posible identificar como *reguladores del foco*; éstos serán mencionados en el punto siguiente.

2. Diafragmado operacional del foco sobre la base de ciertos reguladores y retorno a la totalización

En muchos momentos del proceso la tarea no abarca la totalidad de los componentes de la situación sino que se concentra, por una especie de diafragmado, en algunos de ellos, recortando alguna zona de la estructura. La profundidad con que se explore cada zona y la amplitud con que pueda comprenderse la estructura de totalidad depende de una serie de factores reguladores que comprenden:

- a) *Desde el paciente y su grupo familiar*, un conjunto de factores: condiciones de vida, culturales, ocupacionales, geográficos; motivación y aptitudes para el tratamiento.
- b) *Desde el terapeuta y la institución* otros condicionantes: esquemas teóricos, recursos técnicos que integran su arsenal terapéutico, disponibilidad de personal y espacios, estilos de supervisión: este conjunto de factores influye en decisiones sobre tiempo, objetivos y técnica que son a su vez reguladores del foco.

Este conjunto de factores establece la amplitud general que habrá de darse al trabajo sobre el foco.

- c) *En cada momento del proceso* no obstante, la focalización adquirirá una amplitud particular.

Este conjunto de reguladores delimita sobre la situación total un cono de amplitud variable; cada sesión puede ahondar selectivamente ciertas zonas del cono. Lo esencial, sin embargo, reside en que cual quiera sea el sector de elementos explorados, éstos sean comprendidos como integrantes estructurados-estructurantes de la situación.

El trabajo con el foco seguirá en psicoterapia esta secuencia:

- 1) El paciente inicia la sesión aportando un material disperso, hecho de episodios recientes, recuerdos, observaciones sobre los otros y vivencias personales en esos episodios.
- 2) Transcurrido un tiempo de ese despliegue inicial, el terapeuta interviene para preguntar en una dirección específica, o bien reformula el relato, subrayando de modo selectivo ciertos elementos del relato significativos desde la situación-foco.
- 3) El paciente recibe esta reformulación y comienza a operar con ella: produce asociaciones guiadas por la nueva dirección impresa a tarea, amplía elementos recortados por el terapeuta.
- 4) Nuevas intervenciones del terapeuta tomarán ya ele-

mentos parciales componentes de la situación, a los fines de ahondar en ellos, y articulaciones del conjunto, en un doble movimiento analítico-sintético, que Sartre ha caracterizado como momentos regresivo y progresivo del análisis de la situación. Este último apunta al encuentro de una totalización singular, a realizar “la unidad transversal de odas las estructuras heterogéneas”. El movimiento de diafragmado entonces se acompaña de un retorno a la totalización, en una alternancia constante desde las perspectivas entre figura y fondo.

Un movimiento donde se trabaja a la vez sobre los detalles y sobre el conjunto. Un método que Sartre encuentra en Marx: “Si subordina los hechos anecdóticos a la totalidad (de un movimiento, de una actitud), quiere descubrir ésta a través de aquellos. Dicho de otra manera, a cada hecho, además de su significado particular, le da una función reveladora; ya que el principio que dirige la investigación es buscar el conjunto sintético; cada hecho una vez establecido, se interroga y se descifra como parte de un todo; y es sobre él, por medio del estudio de sus faltas o de sus sobre-significados cómo se determina a título de hipótesis la totalidad en el seno de la cual encontrará su verdad” (14).

5. Algunas implicaciones teóricas y técnicas del modelo de foco centrado en la situación

1. Un modelo estructural de articulación de una multiplicidad de determinaciones en el todo concreto de un sujeto en situación, permite comprender que diferentes tipos de estímulos y recursos técnicos pueden tener eficacia en cuanto a inducir reconfiguraciones en la situación. Si se comprende que la acción se ejerce siempre sobre una estructura, no pueden esperarse relaciones lineales ni proporcionales entre influencias y efectos, porque entre ambos polos de la supuesta cadena causal lineal se interpone la estructura de la situación, con sus líneas de fuerza internas, sus leyes de reconfiguración, sus planos de clivaje. Este aspecto puede ser fundamental para comprender las relaciones entre la acción terapéutica y los cambios emergentes.

2. Si la situación está organizada según un modelo estructural se comprende el intento de hacer converger sobre ella una pluralidad de recursos técnicos; la práctica terapéutica de las instituciones en los últimos años parece orientarse en esta dirección en función de lograr una eficacia que puede entenderse desde la pluralidad de zonas que componen la situación y su variedad de vías de acceso.

3. Si cada situación puede entenderse como una estructura dotada de una organización interna peculiar, entonces es comprensible que no se la puede abordar por simple concentración masiva de estímulos correctores, sino en base a una planificación estratégica, que seleccione las vías de abordaje y sus secuencias, y vaya luego haciendo reajustes progresivos, en base a las respuestas de esa estructura, mediante una articulación cuidadosa de los recursos sobre ella concentrados (aspecto que se discute en el capítulo 13).

4. El modelo propuesto de foco intenta a su vez responder a la necesidad de trabajar con enfoques psicológicos-

psicopatológicos, diagnósticos y terapéuticos coherentes, integrados en una concepción totalizadora de la experiencia humana. Una concepción desde la cual las condiciones de realidad (micro y macrosocial) y los dinamismos propios del mundo interno personal y endogrupal sean abordados en su integración interpretante, y en sus movimientos de estructuración-variación-reestructuración constantes. Si el diagnóstico no se encara con este sentido de movimiento al encuentro de una realización concreta (Marx, Politzer, Sartre), el ser humano real desaparece. En este caso las más elaboradas hipótesis psicodinámicas, las más sutiles descripciones comunicacionales, no pueden superar el nivel de la abstracción y cosificación de lo humano.

En un trabajo sobre la primera entrevista psicoanalítica, Maud Mannoni (12) emplea el concepto de “situación” para caracterizar el problema motivo de consulta. Interesada en destacar la óptica psicoanalítica de la situación, en salvaguardar las dimensiones psicoanalíticas de la misma, restringe la mirada. Los elementos que toma en cuenta, necesarios sin duda en todo diagnóstico, resultan en cambio insuficientes para abarcar el conjunto de series y articulaciones cuya estructura y sentidos es necesario comprender en la perspectiva más amplia del abordaje psicoterapéutico. En nuestra aproximación “situación” incluye un conjunto más vasto, heterogéneo, de series y sus articulaciones. Apunta a efectuar una construcción teórica en la dirección de lo que puede llamarse, con Deleuze (7), teoría del sentido en el acontecimiento.

La Institución Ágora de Montevideo, Instituto de intervenciones Psicoanalíticas Focalizadas (dirigido por Denise Defey, Juan Hebert Elizalde y Jorge Rivera) ha publicado tres volúmenes (1992, 1995 y 2001) dedicados al trabajo clínico, la teoría y modalidades técnicas de las psicoterapias focales, con el aporte de numerosos autores de varios países. Remitimos al lector al estudio de esos trabajos en torno al concepto de foco. Sólo podremos aquí referirnos a algunos de sus significativos aportes para este tema.

Ricardo Bernardi en “la Focalización en Psicoanálisis” encuentra vínculos entre la tarea focalizadora y la noción de “puntos de urgencia” y puntos de inflexión” en la comprensión de W. y M. Baranger en su concepción de los procesos psicoanalíticos. Destacó el concepto de Malan de “cristalización de un foco” como una configuración que emerge desde y en el trabajo en conjunto de paciente y analista. Y puso especial énfasis en que la focalización no es ajena a toda terapia psicoanalítica, línea que citó especialmente de Thoma y Kachele (1989) cuando dicen: “En el psicoanálisis consideramos el foco configurado interaccionalmente como una plataforma giratoria central del proceso y por este motivo concebimos al tratamiento psicoanalítico como una terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante”. Agrega entonces Bernardi: “Esto nos lleva a destacar que la asociación libre del paciente no conduce por sí sola al descubrimiento de los aspectos inconscientes del conflicto; es decir que el psicoanalista tiene que seleccionar qué interpretará del material, según sus metas tácticas a un corto plazo y sus metas estratégicas a largo plazo”.

Thoma y Kachele entienden por Foco un punto nodal temático producido en la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la propuesta del paciente y de la capacidad de comprensión del analista. Sostienen también que “la sucesión de focos es el resultado de un proceso de intercambio inconsciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades del analista. Algunos procesos no se ponen realmente en movimiento hasta que ambos participantes logran establecer ese entrecruzamiento interaccional en la reelaboración de los temas focales. Del mismo modo, un cambio de analista conduce como regla general a experiencias bastante distintas y nuevas.”

A veces se ha pensado que una intervención focalizadora del analista podría introducir cierta rigidez de perspectivas, cierto recorte que traduzca limitadamente la experiencia interna del paciente. Sobre este punto merece destacarse otra consideración de Bernardi en su artículo:

Para empezar ya hay una traducción del paciente al formular su experiencia interna (en muchos aspectos no verbal) en un discurso articulado de palabras. Y es muy probable que las interpretaciones que resultan más eficaces pasen por zonas que no son las que pensamos. Quizá nuestras teorías sobre el cambio psíquico tengan algo de acertado; pero es muy probable también que haya un enorme campo, poco percibido, por donde la efectividad de la intervención tenga más que ver con la capacidad del paciente de traducir a sus propios referentes internos lo que escucha del analista.

En la segunda de estas publicaciones uruguayas he podido relatar en detalle (Fiorini, H., 1995) el trabajo técnico realizado durante cuatro meses, con un foco centrado en un duelo y una situación de crisis individual, grupal e institucional. En convergencia con lo que en la línea de Anzieu y Kaes se ha llamado (Guillaumin, J., 1979) “enfoque intercristico de las crisis”, el foco, tal como lo instrumentamos en la clínica, enlaza los diferentes ámbitos en que reverbera la crisis, dado que esas intersecciones tienen efectos de potenciación por resonancias.

Horst Kachele y colaboradores (departamento de Psicoterapia, Clínica de la Universidad de Ulm, Alemania) en “La formulación formal del foco en la psicoterapia” (1995) ha realizado un recorrido por diferentes autores que desde Alexander y French, con su formulación de “conflicto nuclear”, han abordado la focalización como “conflicto nuclear neurótico” (Wallerstein y Robbins, 1956), “problema capital” (Mann y Goldmann, 1982), “tema de conflicto de relación” (Luborsky, 1977). Destacan que en esta tarea coexisten y se alternan en el terapeuta “un estado funcional para la obtención de máxima información (la atención pare-

jamente flotante) y la organización de la información obtenida según el punto de vista preponderante en cada caso (el focalizar)”. El foco aparece como “un centro de gravedad temático”, como un campo problemático central del paciente, campo a trabajar como variaciones de un tema básico.

Desde un punto de vista fenomenológico descriptivo se equipara el foco al cuadro sintomático actual. En este caso la formulación está establecida a un nivel de síntoma y de comportamiento, el cual de todos modos es preconsciente. En una concepción metapsicológica, la focalización se da según premisas abstractas de la teoría que se emplea 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.

(En este aspecto coinciden con las primeras puntualizaciones de Alexander “la formulación de la interpretación focal de ser puesta en conexión con la problemática que ha sido motivo de la consulta, debe ser mostrada esa relación, de lo contrario el paciente quedará desorientado y se perderá el hilo del proceso, o se perderá el paciente”). En esta dirección Kachele cita también la tarea de focalización propuesta por Lachauer (1992) que considera dos partes: en primer lugar la denominación y la descripción del problema principal del paciente, luego una hipótesis psicodinámica sobre los motivos ocultos inconscientes de aquel problema principal. Este autor propone conformar una oración focalizadora que sea dicha en primera persona. Un ejemplo dice: “tengo miedo de comprometerme porque 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”.

Destacamos en el estudio de Kachele y colaboradores el informe sobre 29 sesiones de psicoterapia focal con un estudiante de 22 años, en el que indagamos, siguiendo a Luborsky, “el tema central del conflicto relacional». Ilustran el empleo de las narraciones del paciente sobre episodios de su vida para identificar sus pautas básicas de conflicto relacional. Conviene recordar que la publicación originaria de Alexander y French contiene numerosas ilustraciones clínicas de esta modalidad del trabajo técnico y de la comprensión psicopatológica.

Mencionaremos asimismo los trabajos de Denise Defey, Jorge Rivera, Juan Hebert Elizalde y Pedro Menéndez incluidos en las publicaciones de Agora (1992, 1995 y 2001) en los que se ahondan y especifican criterios de planificación, modalidades de intervenciones focalizadoras, abordajes de crisis, criterios temporales en estas modalidades técnicas.

1 Alexander, Frans y French, Thomas, *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1965.

5. Castilla del Pino, Carlos, «La situación fundamento de la antropología», en *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación*, Barcelona, Península, 1870.

7. Deleuze, Gilles, *Lógica del sentido*, Barcelona, Barral, 1971.

12. Mannoni, Maud, *La primera entrevista con el psicoanalista*, Buenos Aires, Granica, 1973.

14. Sartre, Jean-Paul, «Cuestiones de método», en *Crítica de la razón dialéctica, tomo I*, Buenos Aires, Losada, 1963.