

Trabajos no temáticos

HECTOR AGUSTIN PETRUCCI

Acerca del abordaje psicoterapéutico focal de la patología psicosomática¹

Héctor Agustín Petrucci

INTRODUCCION

“...En la aplicación popular de nuestros métodos hemos de mezclar el oro puro del análisis con el cobre de la psicoterapia ... pero cualesquiera que sea la estructura y composición de esta psicoterapia para el pueblo, sus elementos más importantes y eficaces continuarán siendo, desde luego, los tomados del psicoanálisis propiamente dicho, riguroso y libre de toda tendencia.”
(S. Freud, Vº Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPA, Budapest, 1919)

El objetivo de este trabajo es fundamentar la utilización de un método psicoterapéutico de orientación psicoanalítica: la psicoterapia focal.

En este caso, dirigido a un paciente Institucional² aquejado de síntomas somáticos diversos. Considero a estos padecimientos un motivo de consulta frecuente en la actualidad, en especial en el ámbito institucional.

Para hacerlo seguiré un recorrido que incluye los siguientes tópicos:

¹ Este trabajo recibió una mención del Jurado del Premio “Dr. David Liberman”, del Centro Psicoanalítico Dr. David Liberman, de APdeBA, 1998.

² Paciente consultante del Centro Psicoanalítico Dr. David Liberman, de APdeBA, del cual el autor es prestador.

- I- Patología Psicosomática
- II- Psicoterapia Focal
- III- La Demanda Asistencial en el Contexto Actual
- IV- Caso Clínico
- V- Conclusiones

I- PATOLOGIA PSICOSOMATICA

En el presente hay un aumento de las enfermedades psicósomáticas porque el hombre actual tiene un modelo psicofisiológico de existir distinto. Su dotación genética y su fisiología no han variado, lo que sí ha cambiado es su filosofía ocupacional. A lo largo de su historia, el hombre ha pasado 30.000 años en la selva, 10.000 en la granja y 300 en la fábrica. Esto ha provocado un cambio en su actitud existencial respecto de su inmediato mundo externo. Inicialmente, vehiculizaba sus tensiones y motivaciones a través del sistema neuromuscular en base a su vida nómada, tendencia a la huida, defensa y caza.

Fue necesariamente evolucionando desde la selva a la granja, a la fábrica, al sedentarismo: hacia un estilo de vida físicamente introvertido. Así, las tensiones se han ido canalizando autoagresivamente, a través del sistema nervioso autónomo, hacia zonas viscerales, lesionándolas o alterando su función (disfisiologismo).

Ubicamos en el cuerpo la sede de los síntomas psicósomáticos. Pero reducir el cuerpo del sujeto a un mero organismo implica dejar de lado la importancia, en el proceso de enfermar, de la relación del sujeto con su cultura, con los otros, con lo simbólico.

El cuerpo implica el entramado de tres sistemas que lo constituyen y responden a leyes diferentes:

El orgánico: con las leyes de la fisicoquímica y de la anatomofisiología.

El psíquico: con las leyes del proceso primario y secundario.

El cultural: con las leyes sociales, económicas y políticas.

A lo largo de la Historia de la Medicina, el cuerpo ha variado en su conceptualización al modificarse las nociones de la enfermedad y de la cura.

En el oscurantismo de la Edad Media implicaba el cuerpo abstracto del nominalismo, después, influenciado por el empiris-

mo del siglo pasado, es el cuerpo concreto, el anatómico; en la Modernidad es concebido como una máquina compleja, e incluso el psiquismo se describe como “Aparato Psíquico”. En nuestra actual post-modernidad, concebimos al hombre como una entidad bio-psico-social, inserto en la realidad, no sólo objetiva, según los cánones del modernismo, sino también construida, por diversos discursos. El cuerpo es aquí, un cuerpo autorregulado de manera compleja y en interacción con el medio: el cuerpo de la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), atravesado por variables sociales y económicas.

Desde esta concepción, todas las enfermedades serían psicosomáticas y no sólo las clásicamente descritas como tales.

Esta patología es abordada por el psicoanálisis desde diversas concepciones basadas en distintos conceptos de fundamentación. Estos se van sucediendo, al ampliarse los límites de la analizabilidad e incluirse en su ámbito otras afecciones diferentes de las neurosis, las primeras indagadas por el método psicoanalítico.

Las diferenciaciones iniciales en este campo las establece Fenichel (1957): conversión y somatización se distinguen por la presencia o ausencia de simbolización. Posteriormente, Alexander (1925), basándose en el concepto darwiniano de “derivación de la energía” (los procesos emocionales son operaciones, en su origen, provistas de sentido, acordes a un fin [Darwin C. R., 1872]), describe el silogismo emocional como conflicto orgánico específico, ecuaciona fisiología y experiencia emocional. Otra concepción se basa en distintas formas de regresión que nace de las ideas jacksonianas de “degeneración funcional” (la abolición de una función neurológica superior deja el comando a otra función de nivel inferior). Esta hipótesis está presente en Schur (1955): el proceso evolutivo normal de desomatización, por regresión a la somatización, las originaría. Para Joyce McDougall son la expresión de un lenguaje corporal primitivo. Otros autores lo atribuyen o a fallas en la integración: de las emociones (alexitimia) o del pensamiento (pensamiento operatorio) o a la adaptación a la realidad (sobreadaptación. Liberman, 1962).

Si acordamos que el psicoanálisis es un método de acceso al inconsciente, a lo que accedemos es a la representación inconsciente del cuerpo y no al cuerpo físico como objeto de indagación, ya que como psicoanalistas, operamos sobre las representaciones conscientes e inconscientes del cuerpo. Una cosa diferen-

te sería que paciente y analista descubran un foco temático en cuanto a la significación y representación de determinada enfermedad en ese paciente singular. La experiencia clínica, en concordancia con esto, evidencia que los mejores resultados terapéuticos se producen cuando estos pacientes son abordados por un equipo multidisciplinario, lo cual avala la legitimidad de un enfoque multivariante (pluricausal) (Thöma, H., 1989) de las afecciones psicosomáticas.

Ni la patogénesis ni la evolución de estas enfermedades se relacionan de manera específica con factores psicosociales, con constelaciones inconscientes o con símbolos específicos, de manera unívoca, sino a través de la interacción de distintas variables. Una de éstas está vinculada con los procesos inconscientes y su significación. Es el caso de una enfermedad física que promueve la emergencia de angustias típicas (por ejemplo, angustia de castración) cuya resolución psicoterapéutica mejora la evolución.

II- PSICOTERAPIA FOCAL

La psicoterapia profesional o científica comienza a fines del siglo XIX. En consonancia con la mayoría de los autores se suele considerar a Freud como iniciador, desde sus primeros trabajos (“La interpretación de los sueños” [1895], “Acerca del mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos” [1895], “Estudio sobre la histeria” [1895]). En un principio, psicoterapia y psicoanálisis eran idénticos.

El psicoanálisis ha ejercido y ejerce una influencia determinante sobre el desarrollo de la psicoterapia en general. Tan es así, que casi todos los abordajes psicoterapéuticos actuales se han originado en perspectivas psicoanalíticas ya que la mayoría de los fundadores de las escuelas de psicoterapia se iniciaron como psicoanalistas.

Las psicoterapias se pueden clasificar en:

- a) Las que se diferencian del método psicoanalítico.
- b) Las que operan en consonancia con el paradigma psicoanalítico.

Las psicoterapias científicas requieren legalidad y legitimidad:

La legalidad se refiere a la correspondencia con un corpus teórico fundamentado.

La legitimidad, a la obtención de resultados satisfactorios a través de su praxis.

Así, teoría y práctica, mantienen entre sí una relación dialéctica. Dentro de las que operan en consonancia con el paradigma psicoanalítico se ubica la psicoterapia focal. Ésta tiene como eje al foco terapéutico temático. Foco, etimológicamente, proviene de fuego y remite a la “caldera individual”, de donde provienen los conflictos del paciente.

French (1958) introdujo los conceptos de conflicto focal y conflicto nuclear. Al primero lo define como preconscious, el más cercano a la superficie. En el conflicto focal los impulsos se condensan en un único conflicto y luego se descargan a través de las verbalizaciones del paciente. Se deriva de un conflicto nuclear más profundo y temprano, ya que se origina en los períodos iniciales del desarrollo. Esta es una caracterización psicodinámica: brinda información sobre la fuente originaria (estímulos inconscientes infantiles, motivos desencadenantes –sucesos actuales–, mecanismos de defensa principales e intentos de solución –síntomas–). A la vez es heurística y alejada de procedimientos manipulativos.

Balint (1985) hace hincapié en la concepción diádica de este proceso al agregar al concepto de foco la dimensión técnica. Concibe que si bien éste tiene una existencia independiente, ya que es el paciente el que ha configurado en sí y por sí mismo su propia sintomatología, la configuración del foco –cristalización (Malan 1963)– es consecuencia de la interacción de paciente y terapeuta, producto de dicha actividad.

Destaca como instrumento técnico principal en su resolución a la interpretación. El foco así construido, tiene en su estructuración la conformación de una interpretación. La configuración del foco, en su expresión concreta, formulación, debe ser específico, nada ambiguo y partir del terapeuta. Lo que se acota es la temática, no el tipo de intervenciones técnicas.

Se lo define como el área particular de los problemas del paciente que mejor expresa sus dificultades actuales, su habitual organización defensiva, sus síntomas. Contiene algunos de los aspectos esenciales del racimo de conflictos del paciente. Así identificado, está localizado centralmente, conlleva un sentido

de convicción que ayuda al paciente a reconocer cómo sus dificultades actuales se relacionan con el resto de la personalidad y es egodistónico.

Coincido con Kächele (1995) cuando lo considera como el centro de gravedad temático-dinámico del proceso. Orienta la actividad terapéutica (“la flecha”), proporciona un punto de partida para las intervenciones, al proporcionar un sentido, hasta ese momento oculto, al conjunto de síntomas, modos de comportamiento y vivencias de un paciente.

Su uso clínico –modelo de trabajo– orienta la actividad del terapeuta. Mantiene una relación sistemática con la transferencia.

Exige a la díada paciente-terapeuta la atención selectiva al foco y la inatención selectiva a lo que aparece en la sesión fuera del foco elegido. Debería ser reconocido precozmente y estimula este reconocimiento el autoexamen y promueve el insight. En la delimitación del mismo, interviene la decodificación de la contratransferencia del terapeuta: a partir de registros plurisensoriales, la actividad cognitiva la sintetiza en esa formulación (Cavanne J. A., Petrucci H. A., 1991). El foco cristalizado interaccionalmente, como línea rectora del tratamiento, estructura la función terapéutica. El pensar preconsciente tiende a concentrarse en un problema y una multiplicidad de asociaciones conscientes se condensan en él, donde se activan conflictos inconscientes, genéticamente asociados, y la investidura emocional es transferida al conflicto focal así sobreinvertido. En este sentido se hace idéntico a la transferencia que predomina en la sesión. También podemos expresarlo en términos de neurosis de transferencia en el sentido de una representación interaccional de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica, cuya configuración explícita es una función del proceso (Thöma y Kächele, 1989). Conceptualmente estaría ubicado entre el conflicto focal y el conflicto nuclear.

Como proceso, la psicoterapia focal, abarca dos niveles distintos:

Nivel experiencial: la relación terapeuta-paciente.

Nivel cognoscitivo: interacción entre las asociaciones del paciente y las intervenciones del terapeuta.

El objetivo es traer las vivencias de la relación terapéutica (experiencial) al nivel de la interacción verbal (cognoscitivo).

Lo central es el vínculo paciente-terapeuta, concebido como un proceso que es característico de esa diada y desencadenado por el despliegue de ese encuentro. El centro no está en la psicopatología ni en la psicodinamia, productoras habitualmente de metalenguajes que nos alejan de datos clínicos objetivos cuando son comunicados. Esta concepción se aproxima al paradigma diádico del proceso: ambos participantes lo conforman, lo determinan. En él la transferencia es concebida como un proceso en evolución, no como la transposición estática de pretéritas relaciones de objeto que se actualizan, que crece y evoluciona con la participación del terapeuta. La persona real del analista funciona como el resto diurno en la teoría de los sueños, no es un ingrediente indiferente o indistinto, cada terapeuta promoverá en un determinado paciente diferentes transferencias o aspectos de ésta.

Una vez delimitado el foco, se abren dos caminos:

Ayudar al paciente a reconstruir su anterior modalidad de comportamiento.

Utilizar el foco para reexaminar sus habituales maneras de comportarse, ya que son las responsables de su patología actual.

La indicación de psicoterapia focal requiere:

a) Del paciente:

- 1) Que el foco elegido sea egodistónico, para posibilitar el interés en el trabajo.
- 2) Capacidad de frustración, para dejar de lado otros focos temáticos.
- 3) Capacidad de insight, para poder comprender las interpretaciones.
- 4) Ausencia de alteraciones del juicio de realidad.

b) Del terapeuta:

- 1) Capacidad de observación sensible, ya que en muchos ámbitos de nuestro medio, los psicoanalistas han dejado de tener como meta al ser humano que sufre y su éxito y su fracaso se estiman, sobre todo, por los instrumentos que emplean.
- 2) Buen conocimiento de la teoría psicoanalítica.
- 3) No forzar explicaciones psicopatológicas.

En relación con la patología del paciente, a mayor especificidad del trastorno, menor cantidad de conflictos nucleares.

La evidencia clínica también muestra que los disturbios que se

asocian con acontecimientos desencadenantes bien definidos, responden a las intervenciones psicoterapéuticas más rápido y satisfactoriamente –indicación precoz– que aquellos que han tenido un comienzo insidioso o los casos en los que se demora la indicación psicoterapéutica. En cuanto a la extensión del tratamiento, si bien los conflictos son desplegados dentro de la relación, y considerando que los cambios puedan ser facilitados pero no apurados, se requiere tiempo para cualquier modificación sintomática; el interrogante es si ese tiempo debe ser llenado con sesiones o no. En seguimientos a largo plazo, una vez finalizado el tratamiento planificado para la resolución del foco temático, se puede observar que la elaboración tiene lugar de manera significativa, muchas veces, *a posteriori* de la relación psicoterapéutica específica: estabilidad de resultados positivos.

Esta concepción de la psicoterapia articula:

Lo heurístico: delimitación y cristalización de un foco construido interaccionalmente entre paciente y terapeuta.

Lo algorítmico: planificación de la psicoterapia en torno de la resolución de un foco temático.

La comprensión empática y la interpretación constituyen su unidad psicoterapéutica básica. Son los factores curativos de este proceso terapéutico.

Considero que la psicoterapia focal, la psicoterapia psicoanalítica intensiva y el método psicoanalítico standard, conforman un continuum: todas se basan en una misma teoría de la personalidad, una misma teoría psicopatológica e igual teoría de la técnica y de la cura. En todas está presente el concepto de transferencia y se diferencian por una cuestión cuantitativa:

En la psicoterapia focal se puede movilizar un segmento y grado de profundidad limitado de ésta. En la psicoterapia psicoanalítica intensiva, un segmento más amplio y un mayor grado de profundidad. En el psicoanálisis, propiamente tal ha de emerger una transferencia patognomónica completa, la cual, decididamente, ocupará el centro del proceso de elaboración.

III- LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL CONTEXTO ACTUAL

En ésta intervienen factores sociales, culturales y económicos. En nuestro medio es ostensible que el modelo de atención

individual privada, decrece en importancia, como reflejo de cambios en la demanda. Esta se orienta cada vez más hacia la orientación institucional privada. Por otra parte, hay datos empíricos (Jiménez J. P., 1994) que revelan un incremento en la necesidad de psicoterapia. Estos pacientes potenciales aspiran a contar con recursos asistenciales acordes con las expectativas de tratamientos de menor intensidad y duración. Hoy en día es habitual que los pacientes permanezcan en tratamiento por períodos más breves de tiempo y con altos índices de deserción.

Existen otros datos (Jiménez J. P., 1994) que evidencian que los tratamientos prolongados y de alta frecuencia, se llevan a cabo especialmente en pacientes:

Con alto grado de perturbación.

Con alto grado de educación.

Por esto, quedarían al margen del tratamiento, un número relevante de pacientes potenciales, con alto grado de deserción, cuando reciben la indicación de alta frecuencia y larga duración.

Paradójicamente, la psicoterapia modelizada como de baja frecuencia y menor extensión es valorada negativamente por los psicoanalistas. Cohen y Cohen (1994) la atribuyen a la “ilusión del clínico”: los profesionales estiman que los pacientes requieren de tiempo prolongado y alta frecuencia, aunque este encuadre es recibido por menos del 1% de la población consultante.

Estos datos avalan mi hipótesis de la utilidad de contar con modelos psicoterapéuticos que respondan a las expectativas y modalidad de la demanda, abordaje institucional y tratamientos de baja intensidad y menor duración, y que al mismo tiempo cuenten con una valoración positiva por parte de los profesionales, al estar científicamente fundamentados y reconocidos por la efectividad de sus resultados. Pienso que éste es el caso de la psicoterapia focal.

IV- CASO CLINICO

Ejemplifico lo expuesto anteriormente con un caso al que consideraré como “Single Case” a través de “Hechos Clínicos Psicoanalíticos”. La metodología del “Single Case” es usada actualmente en contextos de investigación en psicoterapias (Morley S., 1994). En éste pueden ponerse en evidencia desarro-

llos terapéuticos que luego se generalizan. Así, se lo utiliza como “Clase de Problema”. Este material está más cerca de la práctica cotidiana. Sus hallazgos pueden implementarse con menor transformación (deformación) que los datos estadísticos a casos singulares, materia prima cotidiana del trabajo de los clínicos. Una variante, es el “Caso Unico Freudiano”, utilizado para la verificación de hipótesis psicoanalíticas (Cabanne J. A., Petrucci, H. A., 1997).

Se considera que la teoría psicoanalítica permite categorizar los datos clínicos y formular predicciones.

En esta oportunidad, voy a utilizar el foco terapéutico temático como una hipótesis a ser verificada en el curso del tratamiento. Para poner de manifiesto de qué manera opera la psicoterapia focal, he elegido formular el material clínico a través de “hechos clínicos psicoanalíticos”.

El término “hecho clínico”, es de origen médico y denota un fenómeno observado por un médico en un paciente; emerge dentro de la relación médico-paciente. Si se desarrolla dentro del encuadre del proceso psicoanalítico, lo caracterizamos como “hecho clínico psicoanalítico” (Quinodoz J. M., 1996). Son eventos significativos que aparecen en el contexto esencial de la relación transferencia-contratransferencia, de carácter intersubjetivo. Son hechos que remiten a la subjetividad, al inconsciente, se repiten y repiten la estructura psíquica del paciente. Son “hechos seleccionados” (Bion W., 1962).

Considero que esta caracterización coincide con el concepto de “foco terapéutico temático”: hecho clínico psicoanalítico-hecho seleccionado-foco terapéutico temático.

D. tiene 48 años. Me consulta a través del Centro Liberman a partir de noviembre de 1997. Lo preocupan variados síntomas somáticos que no responden adecuadamente al tratamiento médico que realiza. Padece, desde hace 3 o 4 años, de cansancio pertinaz, se siente desganado, falto de iniciativa, “como achantado”. En forma recurrente, aunque episódica, tiene sensación de “falta de aire”. Está excedido de peso, pero no puede disminuirlo, aunque lo preocupa. Es hipertenso y responde en forma variable a la medicación instituida. Por eso le han indicado distintos antihipertensivos. Tiene sentimientos de minusvalía que vincula con problemas económicos (“me falta dinero”) y eyaculación precoz (“me falta erección”), desde hace 3 o 4

meses. Desde siempre ha centrado su autoestima en el rendimiento económico y sexual. Tiene una pequeña empresa en sociedad: confecciona ropa femenina de baja calidad que vende en ferias. Es muy consecuente con su trabajo. Ha disminuido ostensiblemente su nivel de vida desde hace 3 años, por la quiebra de una fábrica de camisas, que poseía. La inhibición comercial que la misma le genera, determina que se asocie “por necesidad”. Actualmente, el ingreso familiar depende también del trabajo de la esposa. De su familia dice que “está todo bien”. Atribuye el fracaso laboral sólo a condicionantes externos (auge de la importación textil). En ocasiones ha tenido episodios de agresión callejera, por lo que fue acusado por “lesiones”.

Ha padecido otras afecciones somáticas: asma bronquial hasta los 12 años, apendicectomía (17 años), colecistectomía (21 años).

Está casado desde hace 20 años con S., 47 años, docente. Tiene 4 hijos: dos mujeres de 19 y 17 años y dos varones de 13 y 7. Todos estudian.

De su familia de origen, se destaca una relación familiar peculiar: su madre, tiene una hermana de quien nunca se ha separado. Desde siempre viven juntas. Al casarse, ambas, comparten en conjunto una misma vivienda. A la vez, los matrimonios, fundan una pequeña empresa familiar. Es único hijo (sus tíos también han tenido una sola hija, que es como su hermana).

El padre muere cuando D. tenía 16 años, lo cual genera un cambio en su vida: deja de ser un adolescente modelo, tranquilo, en su casa, buen alumno de una escuela prestigiosa, para transformarse en pendenciero. Es expulsado del colegio, repite el año. Posteriormente fracasa en los estudios universitarios y comienza a trabajar en la actividad textil. Empieza el tratamiento aceptando solamente una sesión semanal, de las dos sugeridas, aduciendo motivos económicos.

Considero, en este trabajo, material clínico de las dos primeras sesiones, donde se diseña el foco terapéutico temático, y una posterior (6º), para poner en evidencia el proceso.

D. es de estatura mediana, corpulento, ligeramente rubicundo. Viste informalmente. El trato es cortés y su lenguaje apropiado. Me llaman la atención: la forma de saludarme (estrecha la mano con excesiva energía) y su mirada (escrutadora) que contrastan llamativamente con el resto de su actitud. Me transmite la impresión de una hostilidad contenida, a punto de exteriorizarse.

El tema excluyente de estas primeras sesiones es el área laboral. Relata que trabaja afanosamente durante la semana y vende la producción los fines de semana en ferias. Reconoce la necesidad de trabajar de esta manera, pero al mismo tiempo la odia, por estar obligado a realizarla. Otro tanto le pasa con su socio, a quien necesita (por la inhibición comercial) y a quien critica por distintos motivos, y siente rabia hacia él. Este mismo pattern, se repite en la transferencia: amabilidad manifiesta y hostilidad encubierta, por la necesidad que tiene del analista.

La descripción de estas conductas, y la repetición en la transferencia, me conducen a condensarlo en una formulación: “si te necesito, se pone en evidencia que me falta algo, y te odio”. Como respuesta, asocia con diversos episodios anteriores, en especial familiares. Considero la emergencia de esta configuración como un “hecho clínico psicoanalítico”, que es, a la vez, un “hecho seleccionado”. La afrenta narcisista de su “necesidad”, pone en evidencia su “falta”, promueve la emergencia de una angustia típica –de castración– y la irrupción de la hostilidad consiguiente, que tiene sus raíces en el conflicto edípico. Estimo que dicha hostilidad es un factor importante en su vulnerabilidad somática. Históricamente, este episodio se enlaza con la “falta de padre”, en pleno proceso adolescente. La hostilidad facilita el fracaso académico y los padecimientos somáticos evidentes (apendicitis y colecistitis). Pienso, que en el presente, coadyuva en la eclosión y/o mantenimiento de la hipertensión arterial. Desde otra perspectiva esta formulación tiene el propósito de posibilitarle el contacto con su realidad psíquica, y mostrarle cómo reacciona (en la fantasía) a los acontecimientos que se presentan a su propia experiencia (transferencia).

Considero que este “hecho clínico psicoanalítico” que emerge dentro de la situación analítica, en el contexto de la relación analista-analizando, refleja un aspecto de su mundo interno: la hostilidad encubierta es el objeto malo interno, vivenciado como sentir odio.

Desde mi lugar como analista, es el momento en que comprendo el complejo de elementos que detecto en la relación transferencia (hostilidad)-contratransferencia (intimidación). La aparición subsiguiente de nuevas asociaciones y recuerdos, la evalúo como que el contenido esencial de este “hecho clínico psicoanalítico”-“hecho seleccionado”, es pasible de ser modificado por la

interpretación, y decido elegirlo como “foco terapéutico temático”. Es a la vez la hipótesis a ser verificada en el proceso (“Single Case”). Acuerdo con el paciente, considerarlo como eje del tratamiento, estableciendo un contrato de una sesión semanal y de final abierto. En el transcurso de la sexta sesión, aunque la actitud hacia mí no ha variado mayormente, esta vez lo noto apesadumbrado, preocupado, aunque refiere que “todo anda bien”. Posteriormente, comienza a relatar, ligeramente conmovido, que, desde hace un tiempo, mantiene una relación muy conflictiva con N. (su hija de 17 años). Antes había referido que la relación con sus hijos era muy amistosa, y ahora se sentía molesto por tener que mencionarlo, pero está francamente preocupado y piensa que necesita de mí, para resolver este problema: N. está enojada con él y no le habla, él tampoco lo hace y se muestra indiferente con ella. Agrega que siempre se sintió orgulloso de sus hijos porque respondían a sus expectativas, pero cuando su hija se puso de novia y le presentó a C., éste lo disgustó notoriamente. Luego le dijo cómo salía con C., que era “un negro de mierda, que parecía un villero” y que había notado que desde que comenzó el noviazgo se sentía avergonzado por algunos cambios en ella que le molestaban. Por ejemplo, cuando observaba cómo se vestía, le parecía “una puta”. Esto enojó a N., y desde entonces, no se hablan, se evitan y no comparten nada. S. opina que su hostilidad es inadecuada y él es responsable de la tensión familiar actual.

Este otro “hecho clínico psicoanalítico” coincide con el “foco terapéutico temático” elegido y pone en evidencia también la manera peculiar en que antiguas relaciones objetales contienen y mantienen activos los conflictos infantiles y tienden a repetirse, vía compulsión a la repetición, en todas las conductas y relaciones del paciente. La concordancia entre “hecho clínico psicoanalítico”-“hecho seleccionado”-“foco terapéutico temático” aparece, en esta secuencia, con una forma manifiesta diferente, pero manteniendo cierta constancia. Tienen una doble caracterización: estable-cambiante. Esto coincide con lo expresado anteriormente, en el sentido de que el “foco terapéutico temático” también es tematizado de diferentes maneras y permite considerarlo como una validación positiva en su elección.

V- CONCLUSIONES

Es a partir de un motivo de consulta frecuente, pacientes que requieren atención psicoterapéutica, por síntomas que residen en el cuerpo, lo psicosomático, en sentido amplio (de acuerdo a la concepción filosófica monista o a la psiconeuroinmunoendocrinología) que he descripto una estrategia terapéutica para abordarlo: la psicoterapia focal psicoanalítica.

La ubico dentro del paradigma psicoanalítico. Esta consideración está basada en su historia, es formulada originariamente por psicoanalistas reconocidos (French, M. T. y Balint, M.), su base conceptual, que sintetizo en la homologación de “hecho clínico psicoanalítico”-“hecho seleccionado”-“foco terapéutico temático”, su técnica, la interpretación es el recurso principal, su práctica, necesita de psicoanalistas entrenados para realizarla. Por otra parte, el contexto actual, pone en evidencia cambios macrosociales, que orientan la demanda hacia instituciones privadas, en detrimento de la práctica privada individual. La “institución”, red simbólica socialmente sancionada, en la cual se articula, junto al componente funcional un componente imaginario (Fernández A. M. 1989), es elegida, probablemente, entre muchos otros factores, como un dique frente a la fragmentación e incertidumbre que genera esta realidad de la Sobremodernidad.

Nuestra disciplina, originada en la etapa epigonal de la Modernidad (Cabanne J. A., Petrucci H. A., 1992) tiene, en el proceso psicoanalítico standard, su modelo. Por este motivo, otros encuadres son habitualmente sancionados por nosotros.

Como un intento de neutralizar esta contradicción, he considerado la indicación de una estrategia terapéutica de menor intensidad y baja frecuencia, pero que permite utilizar todos los recursos instrumentales del psicoanálisis y responder, al mismo tiempo, a la demanda asistencial actual, sin afectar el narcisismo disciplinar psicoanalítico. Es accesible a ser evaluada tanto la indicación y el proceso como los resultados obtenidos.

Considero destacable que en pacientes portadores de factores de riesgo orgánico (patología psicosomática) que ponen un límite al tiempo, al incidir de manera específica sobre los factores de riesgo psicológicos implicados, facilita la resolución.

Postulo incluirla como una variable terapéutica efectiva para ser utilizada por los psicoanalistas que integren equipos terapéu-

ticos multidisciplinares que requieren estos pacientes para ser abordados integralmente.

BIBLIOGRAFIA

- ALEXANDER, F. (1925) Citado por Balint, M. y col. en *Psicoterapia Focal*. Buenos Aires, Ed. Gedisa. 1985.
- ALEXANDER, F.; FRENCH, T. Y POLLOCK, G. Eds. (1968) *Psychosomatic Specificity*. Chicago: University of Chicago Press.
- BALINT, M. (1985) *Psicoterapia Focal*. Buenos Aires, Ed. Gedisa. 1985.
- BION, W. (1962) *Learning from Experience*. New York. Basic Books.
- CABANNE, J. A.; PETRUCCI, H.A. (1991) "¿Cambio Psíquico o Crisis del Paradigma?". XXXVII IPAC Congress, *Actas*, Buenos Aires, 1991.
- (1992) "Malestar en la Cultura Psicoanalítica: Del Sujeto Autocentrado al Pluralismo Posmoderno". XIX Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis (FEPAL). *Actas*. Montevideo (R.O.U.). Agosto de 1992.
- (1997) "The Queen of and Imaginary Empire. About The Psychoanalytic Clinical Facts in the Treatment of a Several Disturbed patient". 12th. International Symposium for the Psychotherapeutic of Schizophrenia: Building Bridges, The Psychotherapeutics and Psychosis. *Actas*. London (U.K.). Octubre de 1997.
- COHEN Y COHEN (1994) Citado por Jiménez, J.P. 1994 en "Un Modelo del Análisis del Sistema de Atención Psicoterapéutica". Primer Encuentro Nacional sobre el Ejercicio de la Psicoterapia. *Actas*. APdeBA. Buenos Aires, septiembre 1994.
- DARWIN, C. R. (1872) *The Expression of the Emotions in Men and Animals*. Londres. Ed. J. Murray.
- FENICHEL, OTTO (1957) *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires. Ed. Nova.
- FERNÁNDEZ, A. M. (1989) *La Dimensión Institucional de los Grupos*. Buenos Aires. Ed. Búsqueda.
- FRENCH, T. M. (1958) Citado por Balint, M. y col. en *Psicoterapia Focal*. Ed. Gedisa, Buenos Aires, 1985.
- FREUD, S. (1895) Estudios sobre la histeria. *A.E.* 2, pp. 1-309.
- (1900) La Interpretación de los Sueños, *AE* vol. 4-5, pp. 1-608.

- (1919) Los Caminos de la Terapia Psicoanalítica. *AE* vol. 17, pp. 151-16.
- JIMÉNEZ, J. P. (1994) "Un Modelo del Análisis del Sistema de Atención Psicoterapéutica". Primer Encuentro Nacional sobre el Ejercicio de la Psicoterapia. *Actas*. Buenos Aires, 1994.
- KACHELE, H. (1995) "Los Aspectos Clínicos y Científicos del Modelo de Proceso Psicoanalítico de Ulm", en *Psicoterapia Focal*. Montevideo. Ed. Roca Viva.
- LIBERMAN, D. Y COL. (1962) *Del Cuerpo al Símbolo*. Buenos Aires. Ed. Kargieman.
- MALAN, D. H. (1963) *Study of Brief psychotherapy*. Londres, Tavistock Publications.
- MARTY, P.; M'UZAN, M. (1963) "Pensamiento Operatorio". *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 1963.
- MCDOGUALL, J. (1992) "Del Cuerpo Hablante al Cuerpo Hablado". *Revista de Psicoanálisis, número especial internacional*. Ed. A.P.A. Buenos Aires, 1992.
- MORLEY, S. (1994) "Single Case Methodology in Psychological Therapy", en *Handbook of Clinical Adult Psychology*. Londres. Ed. Lindsay & Powel.
- QUINDONÓZ, J. M. (1995) "Hechos Clínicos Psicoanalíticos". *Libro Anual del Psicoanálisis X*. Sao Paulo. Brasil. Ed. Escuta Ltda.
- SCHUR, M. (1995) Citado por Thomas H., en "Interpretación Psicoanalítica del Significado Inconsciente de Diversas Perturbaciones Somáticas". *Rev. de Psicoanálisis*, Ed. A.P.A. Buenos Aires.
- SIFNEOS, P. (1975) "Problems of Psychotherapy in Patients with Alexithymic Characteristics and Physical Dise. *Psychotherapy and Psycho-somatics*, 26.
- THOMA, H. (1992) "Interpretación Psicoanalítica del Significado Inconsciente de Diversas Perturbaciones Somáticas". *Rev. de Psicoanálisis*. Buenos Aires. Ed. A.P.A.

Héctor Agustín Petrucci
Av. Las Heras 2153, 3 "A"
C1127AWM, Capital Federal
Argentina