

## 9 El proceso psicoanalítico

En los capítulos precedentes hemos discutido distintos aspectos del tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, no hemos puesto nuestra atención en la incorporación de éstos al proceso terapéutico como un todo. Nos hemos concentrado en segmentos de duración muy variable en el curso del tratamiento, y hemos alternado macro y microperspectivas del proceso analítico (véase Baumann 1984). Por un lado, hemos hecho uso de la lupa para observar pequeñas facetas del tratamiento, tales como las preguntas que el paciente hace al analista, y, por el otro, hemos investigado las estrategias terapéuticas generales del analista, manteniendo la distancia necesaria frente a los detalles.

El tratamiento psicoanalítico puede ser caracterizado de muchas maneras. Una amplia variedad de metáforas han sido usadas para delimitar los rasgos específicos de los esenciales. Nos hemos referido a la comparación de Freud del proceso analítico con el ajedrez, y a las analogías que él vio entre las actividades del analista y las del arqueólogo, del pintor y del escultor (capítulos 7 y 8). Aunque Freud no dejó lugar a dudas de que el analista puede influir decisivamente en el curso del análisis, para mejor o para peor, acentuó mucho más fuertemente su autonomía:

El [analista] introduce un proceso, a saber, la resolución de las represiones existentes; puede supervisar, promoverlo, quitarle obstáculos del camino, y también por cierto viciarlo en buena medida. Pero, en líneas generales, ese proceso, una vez iniciado, sigue su propio camino y no admite que se le prescriban ni su dirección ni la secuencia de los puntos que acometerá (Freud 1913c, p.132; la cursiva es nuestra).

En estas metáforas están implícitas las teorías y los modelos que a continuación queremos investigar. La exhortación de Sandler (1983) de poner de relieve la dimensión del significado personal en los conceptos, para así lograr progresos reales, se dirige también al analista tratante:

La investigación debiera dirigirse a hacer explícitos los conceptos implícitos del psicoanalista tratante. Pienso que este proceso conducirá a un desarrollo acelerado de la teoría psicoanalítica. Los aspectos esenciales de tal teoría deben ser aquellos que se relacionan con el trabajo que el analista tiene que hacer, y por eso su énfasis principal debe ser clínico (p.43).

Como ayuda para este trabajo, en lo que sigue discutiremos la función de los modelos procesales (9.1), los rasgos esenciales para su evaluación (9.2), y distintas maneras de describir el proceso (9.3), incluyendo nuestro propio modelo (9.4).

El proceso psicoanalítico

La función de los modelos de proceso

9.1 La función de los modelos de proceso

Si ponemos nuestra atención sobre el proceso terapéutico, es decir, sobre el camino total que paciente y analista recorren juntos, entre la entrevista inicial y la terminación del análisis, se hace necesario relegar a un segundo plano la mayoría de los eventos que ocurren a lo largo de él. Debemos restringirnos a lo esencial, pues, de otro modo, corremos el riesgo de que los árboles nos impidan ver el bosque. El corazón del asunto en relación a la función y a las dificultades generales de los modelos procesales, es que los eventos no son importantes en sí, sino que llegan a ser esenciales por el significado que les damos. Aquello que el psicoanalista considere como esencial en el curso de la terapia, dependerá de los patrones de significado que ha interiorizado en relación a la organización y al curso del proceso psicoanalítico. Por el momento, podemos posponer la pregunta de cuán explícitas y diferenciadas son, o debieran ser, estas ideas acerca del proceso. Ahora, quisiéramos solamente destacar que el terapeuta no puede conducir ni evaluar un tratamiento sin tener un modelo de los cursos posibles de una terapia, que lo provea de instrucciones para la acción y de criterios de evaluación. Lo que se puede decir sobre el proceso psicoanalítico, sin recurrir a un modelo de proceso, es bastante poco. Por ejemplo, Grinberg y cols. (1968), dan la siguiente definición: "el proceso psicoanalítico es una sucesión de ciclos de cambios [...] en el paciente" (p.94). Inmediatamente agregan: "La duración de estos ciclos depende del tipo de fenómenos que se observan en los mismos y de la naturaleza del enfoque del analista" (p.94; la cursiva es nuestra). Entonces, ya en la definición de proceso está implícito el modelo que el analista tenga del mismo. Estos autores ofrecen algunas notas esenciales de su definición: "proceso analítico implica progreso" (p.94). Cómo se define el progreso, de acuerdo con qué parámetros, es también materia de un modelo, pues el progreso sólo puede pensarse en términos de metas, medios y vías para alcanzarlas, lo que depende de las diversas concepciones. Si en la definición de proceso se incluye la nota del progreso, quedan fuera todos aquellos tratamientos en los cuales el curso no llevó a la curación, sino que evolucionaron en un sentido iatrogénico. En este sentido, Baranger y cols. (1983) plantean que "el progreso venidero en psicoanálisis resultará del estudio de la experiencia clínica en sus fronteras, en sus límites extremos, en sus fracasos. Por ello concentramos nuestra investigación en el proceso analítico fallido, allí donde el proceso tropieza y se detiene" (p.14; la cursiva es nuestra). Por otro lado, Bleger (1967) plantea que, implícito en el concepto de proceso, es decir, en la idea de cambios en el tiempo, está el concepto de "no-proceso", que incluye todos aquellos fenómenos que no cambian durante el proceso, es decir, que son constantes, en contraste con las variables procesales. A partir de este "no-proceso", Bleger define el encuadre, o marco dentro del cual se desarrolla el proceso. Klimovsky (1982, citado por Etchegoyen 1986, pp.491-493) ofrece cuatro acepciones para el concepto de "proceso analítico". Las dos primeras incluyen la referencia al tiempo y a los cambios que progresan en un sentido determinado. La tercera acepción incluye la idea del encañonamiento causal, donde los estados anteriores determinan los posteriores. Esta nota de la continuidad genética (Riviere, 1936; Isaacs, 1948) está, como veremos, en la base de casi todos los modelos de proceso. Es aquí donde los modelos corren el peligro de transformarse en prescriptivos y dejar de ser útiles para describir el proceso de cambios. Por último, el concepto de proceso

también implica la participación del analista en la determinación del curso que toman los cambios. Sin embargo, qué se entiende por esta participación, o hasta dónde alcanza la influencia del analista en el proceso total, es algo que depende esencialmente de la teoría que se tenga. A lo largo de este volumen hemos vuelto una y otra vez a la discusión sobre la naturaleza bipersonal de la relación analítica y sobre la contribución del analista al proceso. En este punto, y en base a esa discusión, queda claro, una vez más, que no se puede definir el proceso psicoanalítico sin recurrir a las representaciones y modelos que el analista tenga de él.

Las representaciones que el analista tiene sobre el proceso cumplen una importante función reguladora en la conversión de sus metas de tratamiento en intervenciones. En esta medida, las concepciones sobre el proceso no son algo teórico y abstracto. Por el contrario, son, de una manera más o menos elaborada, componentes de la práctica diaria de todo terapeuta. Por cierto, aquí comienzan las diferencias cualitativas entre representaciones procesales más bien implícitas y los modelos elaborados: mientras menos explícito sea un modelo, o mientras se lo formule de manera más general, más fácilmente evade la reflexión crítica. Esto explica también que a menudo se traspasen modelos de una generación de analistas a otra, modelos que han sido formulados de un modo tan general que ninguna observación puede contradecirlos. Sin embargo, es discutible que tales modelos sean adecuados para el objeto al que se refieren. En este sentido, uno de los factores decisivos es la posición que ocupen estas ideas sobre el proceso en las escalas "grado de complejidad" y "grado de inferencia": Atribuimos el carácter de modelo a una concepción que se localiza cerca de los polos "complejo" (en oposición a "no diferenciado") y "capaz de ser observado" (en oposición a "no observable").

De acuerdo con Klaus y Buhr 1972, p.729), un modelo es

[...] un objeto que es introducido y usado por un sujeto en base a una analogía estructural, funcional o conductual del original correspondiente, con el objeto de resolver una determinada tarea [...]. El uso de un modelo es especialmente necesario para alcanzar nuevos conocimientos sobre el objeto original en ciertas situaciones.

La concepción de modelo que está en la base de esta definición proviene originalmente del campo científico natural y técnico, lo que se aclara en las siguientes afirmaciones de Klaus y Buhr:

Un rasgo común a todos los modelos es que no pueden ser creados (elegidos o producidos) arbitrariamente, sino que se subordinan a su propia legalidad interna, que es el objeto real de análisis para el sujeto en el experimento modelo, en el conocimiento, en la adaptación conductual, etc. (p.730).

Esta definición del concepto de modelo no puede adoptarse en los modelos de proceso psicoanalítico, ya que el tipo de logro de conocimientos, tal como lo practica el analista tratante como observador participante, se diferencia claramente del procedimiento de las ciencias naturales. En éstas, el objeto no es

alterado por las observaciones del investigador. El investigador científico influencia el objeto sólo como parte de un experimento controlado. Es empero aún más importante, que la persona del investigador, como aquel que ejerce la influencia, no sea parte del objeto de estudio (véase sección 3.1). Aunque esta posición epistemológica se cuestiona cada vez más (por ejemplo, en física moderna), quedan en pie, no obstante, diferencias cualitativas entre los modos de conocer de un científico y el de un psicoanalista. El analista tratante, que se aproxima a su objeto (el proceso analítico) con un determinado modelo, influencia, mediante sus expectativas, la ocurrencia de eventos que cuadran con éste. Así, un analista que ve la terapia como una secuencia de fases predeterminadas, se fijará cuidadosamente en signos que marquen la transición a la próxima fase. Paralelamente, se hará eco, selectivamente, de aquellas afirmaciones del paciente que concuerdan con su modelo y, con eso, probablemente determinará la dirección que el proceso tome, aunque el analista, inocentemente, crea que sólo se ha limitado a observarlas. De este modo, en la acción terapéutica convierte su modelo del proceso, para él meramente descriptivo, en uno prescriptivo.

Acentuamos esto, no porque sea un procedimiento reprochable; muy por el contrario, el analista no tiene otra alternativa que entender el proceso terapéutico en base al modelo que tenga de él, que deducir hipótesis de tal modelo y que conducir la terapia de acuerdo con esas hipótesis. La cuestión crítica no reside en que el analista deduzca pautas de acción de su modelo de proceso, sino en que las maneje como prescripciones estrictas.

En nuestras reflexiones sobre las reglas y las estrategias terapéuticas (véase capítulos 7 y 8), asignamos gran importancia a la distinción entre estrategias estereotipadas y estrategias heurísticas. Los modelos de proceso también pueden ser aplicados por el analista estereotipadamente, es decir, como si fueran algoritmos. Un algoritmo es una prescripción que estipula de manera precisa los pasos individuales y su secuencia, y que, cuando se sigue exactamente, conduce inevitablemente a la meta prescrita. Los modelos de proceso no pueden ni deben tomar esta función de "receta"; su aplicación tiene que ser siempre heurística y creativa (Peterfreund 1983). Un modelo puede ser usado como algoritmo, siempre y cuando sea omnisciente, condición que con toda probabilidad nunca será satisfecha en relación al proceso psicoanalítico. Los modelos procesales suministran sugerencias de cómo organizar información diádico-específica, altamente compleja, acumulada durante un largo período. Por cierto, esta forma de organización elegida debe estar siendo constantemente verificada para ver si puede integrar nueva información.

El analista debe poner especial atención en la información que no cuadra con su modelo. De entre la enormidad del material a disposición, el analista siempre podrá encontrar confirmaciones, sin que eso hable mucho a favor de la utilidad de su entendimiento del proceso. Al contrario, la información que no puede ser integrada al modelo le sirve como un incentivo para modificar su comprensión del proceso analítico, hasta hacerla compatible con la nueva información. De este modo, la imagen en la cabeza del analista se aproxima poco a poco a su objeto.

El proceso psicoanalítico  
Características de los modelos de proceso

Conocemos bien los esfuerzos mentales que se consumen, y la carga emocional que significa admitir que la concepción de proceso analítico que se ha aplicado es inservible, y así provocar, con toda intención, la inseguridad que necesariamente surge de este reconocimiento. Después de todo, una función esencial de los modelos de proceso es introducir orden en la multiplicidad de información, dirigir la percepción y la conducta del terapeuta, y así garantizar la continuidad de sus medidas terapéuticas. Es totalmente entendible que nadie quiera perder este apoyo, aunque sólo sea temporalmente. Tal pérdida a corto plazo de la orientación es más fácil de tolerar, si se ha abandonado la seductora idea de que existe un modelo procesal "verdadero" junto a otros que serían "falsos". Pensamos que la noción de un modelo verdadero de proceso es tan ficticia como la idea de un verdadero pro-ceso psicoanalítico que sigue leyes naturales y regularidades inmanentes, toda vez que el analista no las perturbe. Los modelos procesales tienen un impacto directo en la terapia. El que un analista acepte la ficción de un proceso "natural", o que vea el tratamiento más bien como un proceso de negociación específicamente diádico, es algo que tiene entonces consecuencias reales para el paciente. De esta última afirmación surge, como consecuencia lógica, la exigencia para el analista de verificar, constantemente, la compatibilidad entre sus suposiciones y las observaciones de la interacción, en cada caso individual.

Ante todo, depende de cada analista, como individuo, que el modelo procesal sea tomado (erróneamente) como una realidad, y que las intervenciones se ajusten de acuerdo con la estereotipia correspondiente, o que, por el contrario, éste sea considerado como una herramienta para la organización del proceso, herramienta que puede ser revisada tan pronto como se adquiera, por medio de estrategias heurísticas, información incompatible con el modelo. Es evidente que ciertas características favorecen más un entendimiento estereotipado de los modelos, mientras que otras estimulan más bien la aplicación de estrategias heurísticas. Por esta razón, quisiéramos a continuación discutir bajo esta perspectiva distintas características de los modelos procesales.

## 9.2 Características de los modelos de proceso

Como ya lo hemos explicado, el asunto no consiste en distinguir modelos procesales verdaderos de otros falsos. La cuestión es, más bien, verificar cuán adecuados son los diferentes modelos de proceso para deducir estrategias de acción terapéutica efectivas. En este sentido, el criterio central es, en nuestra opinión, contrastar hasta qué punto un modelo dado parte de la suposición de un proceso psicoanalítico que sigue un curso casi natural. No es inevitable que tales modelos conduzcan a una aplicación estereotipada, pero ellos estimulan en el analista las tendencias a orientarse rígidamente según este curso natural esperado. Las observaciones que no concuerdan con este curso conforme al modelo, son a menudo pasadas por alto o interpretadas como manifestaciones de resistencia. Lo dicho puede ser visto de manera particularmente clara en la manera como los analistas manejan los comentarios de pacientes que testimonian no haber entendido una interpretación determinada, o, simplemente, que declaran no

aceptarla. Si el rechazo de una interpretación se interpreta luego, precisamente sobre la base de la misma hipótesis que el paciente no entendió o no aceptó (rechazo que de este modo es entendido como resistencia), el analista permanecerá cautivo en su pre-concepción y el paciente se verá privado de la posibilidad de aportar correcciones esenciales a ésta.

Aun cuando el concepto de resistencia está bien fundamentado, como lo hemos señalado en el capítulo 4, debe poder darse, no obstante, la posibilidad de que el rechazo de una interpretación por parte del paciente, en la comunicación cotidiana de la situación analítica, sea aceptado como una refutación válida (véase Thomä y Houben 1967; Wisdom 1967).

Entre los modelos que suponen un curso "natural" del tratamiento, ocupan un lugar destacado aquellas descripciones, por lo demás muy difundidas, que conciben el proceso terapéutico como análogo al desarrollo infantil temprano. En la sección 9.3 discutiremos el modelo de Fürstenau (1977) como un ejemplo típico. El su-puesto más común en tales modelos es que el paciente progresa en el curso de la terapia desde etapas más tempranas a etapas posteriores del desarrollo. El que esto no tiene necesariamente que ser así, lo podemos deducir de la descripción de Balint de una "fase especial en el tratamiento analítico":

Mi experiencia clínica fue brevemente ésta: Cuando el trabajo analítico había ya progresado bastante, es decir, hacia el final de la cura, mis pacientes empezaron, al principio muy tímidamente, a desear, a esperar, e incluso a exigir, ciertas gratificaciones simples de su analista, aunque no exclusivamente de él (Balint 1952, p.245).

Los pacientes de los que Balint habla, son capaces de probar en la terapia sus supuestos patógenos básicos (en el sentido de Weiss y Sampson, 1984), sólo después de haber elaborado los conflictos edípicos primarios y de haber con ello logrado una mayor fortaleza yoica y seguridad. Siguiendo una proposición de A.E. Meyer (comunicación personal), podemos denominar éste como el "modelo cronológico-retrógrado".

Las ideas que el paciente tiene sobre el proceso, o sea, las teorías que trae al tratamiento, tienen en esta discusión una importancia propia; ellas son, en su variedad y en su expresión, a menudo muy metafórica, un buen reflejo de la manera como el paciente experimenta el proceso. Así, es común que los pacientes hablen del análisis como de la exploración de una casa. Esta metáfora invita a reflexionar sobre la arquitectura interior de un edificio. Aun cuando sea verdad que un arquitecto experimentado, en base a una cuidadosa observación del exterior, es capaz de suponer mucho sobre el diseño interior de una casa, sólo el entrar en ella puede proporcionar información sobre su distribución y la disposición de los espacios, y sobre el mobiliario y su uso. Por supuesto, las casas tienen muchas cosas en común, que podemos inferir a partir de nuestro conocimiento sobre su construcción y sobre su función. De manera similar, el desarrollo psíquico del hombre nos conduce inevitablemente a través de determinados estadios que muchos autores han descrito (véase Erikson 1970b). Adquirimos nuestra estructura psíquica a través de la liquidación de las tareas psicológico-evolutivas que todo hombre enfrenta: separación de la simbiosis, triangulación, configuración

edípica, procesos de ma-duración de la latencia y adolescencia, etc. Con éstas se llega a distintas interiori-zaciones, con los correspondientes efectos de contenido sobre las formaciones yoica y superyoica. Cuán accesibles sean estas estructuras al trabajo terapéutico, depende de una multitud de factores individuales que interactúan con la técnica, y que resumimos con el concepto de defensa intrapsíquica y adaptación psicosocial (véase Mentzos [1982, p.109] con su modelo diagnóstico tridimensional).

Considerar el proceso terapéutico como paralelo al desarrollo infantil temprano es, por cierto, a menudo adecuado, y puede suministrar una guía fructífera para las intervenciones. Pero, este enfoque se hace problemático cuando es manejado sin flexibilidad, por ejemplo, cuando el analista pasa por alto el hecho de que el pro-ceso terapéutico, del modo como lo conforma el paciente adulto, difiere de las ex-periencias infantiles tempranas en algunos puntos esenciales, en especial en la cualidad de la experiencia subjetiva. Las experiencias tempranas no pueden volver a ser vividas auténticamente; el proceso terapéutico trata siempre con la variedad de experiencias sobredeterminadas del adulto. Un modelo procesal orientado al des-arrollo psicológico debe hacer justicia a estas experiencias.

El elemento seductor de estos modelos reside, como ya dijimos, en la idea de que las fases individuales siguen una secuencia inevitable. La consecuencia puede ser que el analista elabore y use sólo aquella información que cuadra dentro de la fase en la que al paciente le "corresponde" estar en ese momento. Así, se puede crear, interactivamente, una fase después de la otra, al tiempo que se interpreta su se-cuencia como una regularidad inmanente al proceso. La concepción del proceso como una secuencia de fases donde la anterior es condición previa de la aparición de la posterior, se basa en el principio de continuidad genética, formulado en 1936 por Joan Riviere y desarrollado por S. Isaacs como "instrumento concreto de cono-cimiento" (Isaacs 1948, p.78) analítico, esto es, como supuesto básico para orde-nar los fenómenos de observación, como "modelo de trabajo". En base a éste,

no aceptamos un hecho particular de conducta o proceso mental como "sui generis", como un hecho dado, o súbitamente emergente, sino que lo consi-deramos como un ítem más dentro de una serie en desarrollo. Tratamos de re-montar [la serie en desarrollo] hacia atrás, a través de etapas más tempranas y ru-dimentarias, hasta sus formas más germinales; del mismo modo, debemos con-siderar los hechos [de observación en la situación analítica] como manifesta-ciones de un proceso de crecimiento que debe ser seguido hacia adelante a formas posteriores y más desarrolladas (Isaacs 1948, p.78; la cursiva es nuestra).

Aunque el principio de continuidad genética está bien fundamentado en la obra de Freud (de hecho el modelo freudiano de desarrollo psicosexual, con todos sus agregados y modificaciones posteriores, sería inentendible sin este principio orga-nizador), cuando se trata de hacer justicia a la complejidad del proceso psicoanalíti-co, es necesario contraponer otro principio, también originado en Freud, aunque mucho menos estudiado y, debemos decirlo, mucho más enigmático, a saber, el principio de la acción de lo posterior sobre lo anterior, o de lo actual sobre lo ya pasado (Nachträglichkeit). En este sentido, Baranger y cols.

(1983) son de la opinión de que el prejuicio de la perfecta continuidad entre psicoanálisis y psicología evolutiva y de la necesaria coincidencia entre las descripciones hechas en ambos campos

sacrifica totalmente el concepto freudiano de *Nachträglichkeit*, de acuerdo con el cual, en vez de que un evento constituya una causa determinante para una serie de eventos ulteriores, el evento inicial sólo toma su significación en virtud de los eventos posteriores. Si se toma en serio la expresión de Freud de *Nachträglichkeit*, la discontinuidad del psicoanálisis con respecto a cualquier psicología evolutiva no puede dejar de ser evidente. Por supuesto, esto no implica algún tipo de crítica básica a los resultados de la psicología evolutiva. Sin embargo, implica una crítica al contradictorio concepto del punto de vista "histórico-genético" descrito por algunos autores (Rapaport 1933; Gill, 1956; y otros) (Baranger y cols. 1983; cursiva en el original).

Nos enfrentamos así con un complicado problema epistemológico referente a la temporalidad del proceso psicoanalítico. En los modelos que se basan en la idea de que el proceso psicoanalítico sigue un tipo natural de crecimiento, el desarrollo del paciente ocupa, lógicamente, el centro de la atención. Si, por el contrario, se considera el tratamiento psicoanalítico como diádico-específico, es decir, como un proceso de negociación interaccional (véase 9.4), la contribución del terapeuta a él pasa a ser entonces muy importante.

Otro criterio esencial para la evaluación de los modelos de proceso lo suministra la respuesta a la siguiente pregunta: ¿Qué dice el modelo sobre el papel del analista? ¿Qué función se le atribuye en la configuración del proceso? En términos generales, se puede suponer que mientras más "natural" sea la concepción del proceso, menos se dirá sobre el papel que juega el analista en él (y sobre la responsabilidad que éste asume con ese papel). En un caso extremo, el analista cumple su función sólo con tomar conocimiento de las regularidades postuladas por el modelo y no perturbando su despliegue. Bajo estas circunstancias, la aplicación de estrategias heurísticas por parte del analista no es necesaria ni deseable. De todos modos, la conducta del analista no se orienta primariamente en torno al paciente, sino más bien en torno a su visión "naturalista" del proceso que, de regla, él intenta apoyar con neutralidad e interpretaciones.

Lógicamente, dentro de tal manera de ver las cosas es también esencial la pregunta de si el paciente, que el analista ha visto justamente en la entrevista inicial, es, después de todo, adecuado para un proceso, que no puede ser modificado por el analista, pues su curso está determinado por su "naturaleza misma". En este marco, no es posible una indicación adaptativa, como lo hemos propuesto en el capítulo 6, pues ésta exige una gran flexibilidad de parte del analista, quien debe ofrecerse él mismo, en papeles cambiantes, como pareja en la interacción.

Hemos descrito un caso extremo con el objeto de clarificar un riesgo que se hace mayor mientras más "naturalistamente" se conciba el proceso analítico; a saber, el peligro de que el analista evada su obligación de velar por una configuración responsable y flexible del proceso terapéutico, y, de este modo, clasificar un número siempre creciente de pacientes, falsamente, como no analizables.

Quisiéramos mencionar la opinión de Menninger y Holzman (1958) como ejemplo de una concepción de proceso analítico que casi no especifica el rol del



analista. Estos autores proponen un modelo de proceso de acuerdo con el cual un paciente apto hace un contrato con el analista y, al término de un proceso típico, cambia su estructura psíquica y disuelve su transferencia. Dicho sea de paso, tal manera de ver las cosas ha sido refutada por las investigaciones catamnéticas de Schlessinger y Robbins (1983). De acuerdo con ellos, la disolución de la transferencia al finalizar un tratamiento exitoso es un mito; por el contrario, también pacientes analizados con éxito rápidamente manifiestan, en las entrevistas de seguimiento, signos claros de transferencia. Para Menninger y Holzman, el analista pareciera no ser mucho más que un acompañante paciente y habitualmente silencioso, que, a través de su amabilidad, convence al paciente de que su transferencia de odio y amor no tiene ningún fundamento actual.

Esta ficción de un proceso psicoanalítico purificado de la persona real del analista presume un analista término medio y un paciente adecuado. Prescindiendo del hecho de que tal pareja ficticia no existe, esta concepción impide el acceso a la situación analítica de aquellos hallazgos de investigación en ciencias sociales que se adecuan a la naturaleza de la relación terapéutica. Los problemas urgentes de técnica psicoanalítica no se pueden resolver propagando, como reacción a esta crisis de identidad, concepciones técnicas cada vez más rígidas. En contraposición, asignamos al analista un papel central como codeterminante del proceso terapéutico, papel que desempeña de modo diádico-específico, es decir, en dependencia de su propia personalidad y de la del paciente. Esta visión del papel del terapeuta es incompatible con una concepción naturalista del proceso psicoanalítico.

Cada una de estas dos concepciones opuestas del proceso psicoanalítico no son en un principio más que profesiones de fe. En última instancia, sólo la observación del proceso psicoanalítico puede suministrar información sobre la adecuación de los modelos procesales. Prerrequisito es una formulación de los modelos de proceso que permita sean verificados o, eventualmente, refutados mediante la observación. Consideramos la pregunta de la validación empírica de los modelos procesales como un criterio importante para la evaluación de modelos diferentes, cuya utilidad, en último término, sólo puede ser decidida por esta vía.

Condición previa para esto es que los modelos deben explicitarse tanto como sea actualmente posible. Mientras más cerca estén los modelos del nivel de observación, más claras serán las hipótesis que se pueden deducir y verificar en sucesos observables en las sesiones. Debe ser posible la verificación de hipótesis, pero, sobre todo, la recolección de información incompatible con el modelo. Esto significa que aquellos modelos que sin mayor esfuerzo pueden explicar, post hoc, también lo contrario de lo que al principio se había pronosticado, son inservibles, pues, precisamente en la elaboración de teorías psicoanalíticas, existe la tendencia a concebir tales modelos irrefutables. Con toda seguridad esto se explica, en parte, por el desamparo que inicialmente sobrecoge al analista frente a un objeto de estudio altamente complejo. Si la conducta humana está sobredeterminada y si la lucha entre deseo y defensa se mantiene en suspenso, entonces es arriesgado adelantar pronósticos. El riesgo aumenta mientras más largo sea el período en el que este pronóstico debe valer.

De ahí que la formulación de modelos de procesos sea siempre una empresa atrevida; pues estos modelos deben, idealmente, suministrar una tabla para clasifi-

car una gran cantidad de eventos interactivos interdependientes, sin que el tipo de relaciones de dependencia se conozca en más detalle.

Hay dos maneras concebibles de superar esta dificultad. La primera, que consiste en formular los modelos de proceso tan abstractamente que en último término sean universalmente válidos y así irrefutables, conduce a un callejón sin salida. Esta forma de teorizar distorsiona la mirada para lo nuevo, en vez de agudizarla. Una expresión de tales globalizaciones abstractas, la constituye la aparente habilidad de algunos analistas para hacer calzar un caso en un marco teórico amplio después de sólo una corta presentación, lo que a menudo es fuente de admiración en los seminarios clínicos. El caso es forzado a entrar en el lecho de Procusto de una teoría, y la información que no concuerda con ella es pasada por alto, mientras que la información faltante se la supone compatible con la teoría.

El proceso psicoanalítico

Modelos de proceso psicoanalítico

La manera alternativa de arreglárselas con la complejidad del proceso psicoanalítico, es limitar la exigencia de que el modelo suministre una concepción global del proceso. En este contexto, un planteamiento fructífero es proponer, inicialmente, hipótesis en la forma de afirmaciones del tipo si-entonces, concernientes a distintos eventos comúnmente recurrentes en el curso de la terapia. Tanto los elementos "si" como los "entonces" deben especificarse lo más exactamente posible para garantizar la refutabilidad de las hipótesis.

### 9.3 Modelos de proceso psicoanalítico

En relación con el curso total del tratamiento, las recomendaciones técnicas de Freud para su conducción son más bien señalizaciones, intencionalmente vagas e indefinidas. Glover (1955) señaló que, a pesar de toda la serie de reglas (capítulo 7) y estrategias (capítulo 8) que se puedan compilar, no es posible distinguir en sus recomendaciones una concepción del proceso que vaya más allá de la simple denominación de las fases inicial, media y final del análisis. Ya hemos mencionado la concepción de Menninger y Holzman. Prescindiendo de cómo se evalúe el contenido de su posición, el intento de esquematizar una concepción del proceso total fue expresión de toma de conciencia del problema; por eso, la aparición de este modelo, en el año 1958, fue muy aplaudida. El desarrollo de una teoría de la terapia psicoanalítica que sea algo más que una colección laxa de principios técnicos, había sido una tarea no resuelta desde la presentación de Bibring en el congreso de Marienbad, en 1936. Con todo, el número de modelos procesales coherentes, capaces de agrupar enunciados sobre aspectos parciales en una concepción global, sigue siendo pequeño. Probablemente este hecho está relacionado con la preferencia de muchos analistas por las presentaciones monográficas de casos (Kächele 1981), como también con la complejidad misma del tema. La siguiente descripción de distintos intentos de formulación de modelos de proceso refleja este nivel de desarrollo.

Un rasgo común a las distintas reflexiones sobre proceso lo encontramos en el concepto de fase. La diferenciación de fases de tratamiento distintas, de acuerdo con el tipo de contenidos que predominan, es un rasgo común a las descripciones

de caso hechas por candidatos en formación, que se caracterizan por el uso frecuente de encabezamientos ricos en imágenes, y también al enfoque de Meltzer (1967), quien describe las siguientes fases del proceso típico que se da en análisis de niños llevados a cabo según la escuela de Klein:

1. La recolección de la transferencia
2. El apartamiento de confusiones geográficas
3. El apartamiento de confusiones zonales
4. El umbral de la posición depresiva
5. El proceso de destete

De acuerdo con Meltzer (1967, p.3), esta secuencia de fases es expresión de un proceso orgánico, verdaderamente natural, que se origina cuando un tratamiento es llevado a cabo estrictamente según los métodos de Klein. La secuencia de estadios, desde los más tempranos a los más tardíos, fácil de comprender en una concepción de análisis infantil, se hace problemática cuando es usada para entender el proceso analítico en adultos. Esto lo ilustra el modelo de Fürstenau (1977) de la "estructura procesal del tratamiento psicoanalítico individual no focal". Esta estructura evolutiva resulta de la interacción de los factores dinámicos de la situación analítica, que ya hemos descrito de diversas maneras. Es importante distinguir en el proceso psicoanalítico dos dimensiones, que, en su entrelazamiento, constituyen la estructura procesal. Los dos procesos parciales son llamados por Fürstenau (1977, p.858):

1. El proceso de estructuración gradual y normalización del "sí mismo" (Selbst), con fases recurrentes de recaídas severas en crisis regresivas que ponen de manifiesto la estructura, y el manejo de ellas por parte del analista, a través de sustitución y sustentación.
2. El proceso de despliegue escénico en capas, y la puesta al día de las fijaciones características en la forma de análisis de transferencia y de resistencia.

En lo que sigue, señalaremos brevemente las 7 fases del modelo de Fürstenau, para dar al lector una idea acerca del modelo evolutivo y de su problemática. De acuerdo con Fürstenau, cada fase se describe desde los puntos de vista generales de la "elaboración de los patrones de relación propios del paciente" y de la "construcción de nuevos patrones de relación".

1. En la primera fase el paciente asigna al analista un papel maternal; éste debe, a través de su comportamiento, comunicar seguridad.
2. En la segunda fase el paciente despliega su sintomatología. Se interesa aún poco por la comprensión de conexiones inconscientes, y hace importantes experiencias en relación con la confiabilidad y firmeza del analista.
3. En la tercera fase se llega a la elaboración de los aspectos negativos de la relación temprana con la madre.
4. En la cuarta fase se produce una vuelta hacia sí mismo, con la elaboración de la temática de afrenta narcisista (Kränkung) y agresión de la relación madre-hijo temprana; esto se acompaña de una mejoría en la sintomatología depresiva difusa. En la relación con el analista, el paciente hace la experiencia de que éste se

interesa por sus fantasías secretas, sin urgirlo y sin crearle sentimientos de culpa por su retirada narcisista.

5. En la quinta fase se perfila la identidad sexual y cursa de manera diferente según se trate de pacientes varones o de pacientes mujeres.

6. Este tema se continúa en la sexta fase, la fase de la triangulación edípica.

7. La terminación del tratamiento en la séptima fase se facilita por el desarrollo de nuevas relaciones, que el paciente ha sido capaz de establecer para sí mismo y para su pareja. La elaboración del duelo se encuentra en el foco de la atención.

Fürstenau distingue dos clases de trastornos psíquicos, que él llama las neurosis con un yo relativamente fuerte y los trastornos yoicos estructurales. La última clase incluye los pacientes psicóticos, en retiro narcisista, asociales, adictos, perversos y psicosomáticos. En contraste con el tratamiento de los pacientes con yo intacto, que procede de acuerdo con las fases descritas, en especial en el primero de los dos procesos parciales anteriormente esquematizados, en el tratamiento psicoanalítico no focal de pacientes con trastornos estructurales, se produce un fuerte entrelazamiento de ambos procesos parciales. Además, para el último grupo hay cambios, especialmente en las primeras tres fases del tratamiento. Por ejemplo, en la primera fase, el analista debe asumir funciones sustitutivas crecientes. No hay una clara transición a la cuarta fase y la segunda mitad del proceso está dominada por la ocupación alternante del paciente de sí mismo y de los demás. "Correspondientemente, se da una continua alternancia en las intervenciones del analista entre elaboraciones de transferencia y resistencia, por un lado, y un fortalecimiento del sí mismo del paciente por el otro..."

(Fürstenau 1977, p.869; cursiva en el original).

En contraste con nuestro propio modelo de proceso, que expondremos más adelante (9.4), la estructura evolutiva de Fürstenau se caracteriza por su contenido fijo. Esto tiene una función terapéutica en sí mismo, porque suministra seguridad al analista. Fürstenau desarrolló esta estructura de modelo sobre la base de su experiencia en supervisiones clínicas. Un aspecto importante de la afinidad con nuestro propio punto de vista lo constituye la idea de que el proceso terapéutico consiste en fases que se caracterizan por temáticas diferentes. Menos exacta es, en nuestra opinión, la suposición de que la secuencia de las fases, en todo proceso, se organiza en el sentido de una reelaboración lineal del desarrollo. Desde el punto de vista de las ciencias sociales es improbable que se cumpla la exigencia de generalización de este modelo; aunque sería indudablemente un gran avance para la descripción del curso y de los resultados de un psicoanálisis que se presentara un caso ejemplar con un curso típico, en el sentido del modelo de Fürstenau.

La ventaja de este modelo consiste en que adapta el método psicoanalítico a las características reales de dos grandes grupos de pacientes. Esto obvia la continua redefinición del rango de una "técnica clásica" definida más o menos estrechamente. Consecuentemente, elimina la fuente de las controversias -que no son favorables para el psicoanálisis ni tampoco útiles a los pacientes-, que generalmente conducen a una restricción de la aplicación de la llamada técnica clásica a los pacientes con conflictos intrapsíquicos de nivel edípico, refiriendo todos los demás a psicoterapia psicoanalítica o a las llamadas psicoterapias dinámicas, o, que llevan incluso a fundar nuevas escuelas de terapia para el

tratamiento de estos últimos. Por cierto, el orientarse según el potencial total del método puede finalmente conducir, aun hoy, a aquella diferenciación que Freud (1919a) promovió para diversos tipos de padecimientos. Ella implica la necesidad de un cierto grado de flexibilidad (aunque, para nosotros, aún insuficiente), en el sentido de la adaptación a las necesidades del paciente individual. No es difícil reconocer que en su modelo de actividad terapéutica, Fürstenau incorpora el campo de los llamados trastornos narcisistas, al incluir el proceso parcial "de la estructuración gradual y la normalización del sí mismo".

En su obra tardía, Kohut hace una distinción fundamental entre la técnica basada en la teoría de las pulsiones y la psicología del yo, y su propia concepción del análisis y de la restauración del self (Kohut 1971, 1977). El modelo procesal de restauración del sí mismo de Kohut presupone las siguientes hipótesis en la génesis de los trastornos neuróticos:

- 1) El "objeto-sí mismo" se busca a sí mismo en el otro.
- 2) En esta búsqueda, falla la resonancia empática de la madre. El grado de falta de resonancia empática determina en último término el déficit en el sí mismo. En los casos favorables, la capacidad empática de la madre -igual que en la repetición del analista- está compuesta de varias etapas, que determinan también la forma de la transferencia: la transferencia en espejo, la transferencia gemelar y la transferencia idealizada de sí mismo, que se describen como necesidades humanas básicas.
- 3) Los déficits en el sí mismo son la base decisiva de todos los trastornos. En su obra tardía, Kohut considera incluso la patología edípica como una emanación de la madre o del padre no empáticos (1984, p.24). Según él, no habría angustia de castración con consecuencias patológicas si no existiera un daño primario en el sí mismo.
- 4) Después de la superación de las resistencias dirigidas en contra de nuevas afrentas al "objeto-sí mismo" (uno se siente humillado porque el otro no es como uno quisiera), se produce una movilización de las "transferencias de 'objeto-sí mismo'", con inevitables conflictos en la relación analítica. El conflicto consiste, por un lado, en la incesante necesidad de reacciones apropiadas al "objeto-sí mismo" y, por otro lado, en el miedo a sufrir una afrenta. Si el paciente se siente comprendido, se reviven en la transferencia de "objeto-sí mismo" necesidades arcaicas y desmentidas de "objeto-sí mismo".
- 5) La relación entre el sí mismo del analizando y el "objeto-sí mismo", es decir, la función de self del analista, es inevitablemente defectuosa. Ya que los intentos de restablecer una armonía empática total con el analizando están destinadas al fracaso, se llega a regresiones del sí mismo con formación de síntomas que se entienden como productos de la desintegración.
- 6) Mediante la resonancia empática desde su función de "objeto-sí mismo", el analista percibe las necesidades legítimas que se encuentran sepultadas bajo las manifestaciones distorsionadas. El clarifica la secuencia de los sucesos y corrige sus propios malentendidos.
- 7) La meta de los esfuerzos terapéuticos consiste en permitir que "la función de 'objeto-sí mismo' del 'objeto-sí mismo' analista se transforme en una función del sí mismo del analizando" (Wolf 1982, p.312), lo que se puede designar como una "interiorización transformadora" (transmuting internalization). Es esencial que la

creciente estructuración del sí mismo no signifique dependencia de los "objeto-sí mismos" sino, por el contrario, que contenga una mayor capacidad para encontrarlos y usarlos.

La aplicación de estas hipótesis al proceso de la "neurosis de transferencia clásica" que, de acuerdo con su definición, se restringe a los conflictos edípicos, conduce a la siguiente estructura de fases (Kohut 1984, p.22):

- 1) fase de "resistencias generales severas",
- 2) fase de "experiencias edípicas (en un sentido tradicional), dominada por angustias de castración severas" (complejo de Edipo),
- 3) nuevamente una fase de fuertes resistencias,
- 4) fase de angustia de desintegración,
- 5) fase de "angustia moderada en alternancia con expectación gozosa",
- 6) una fase final que Kohut propone nombrar "estadio edípico, con el objeto de señalar su significación como paso hacia adelante, sano y animoso (joyful), el comienzo de un sí mismo firme y diferenciado sexualmente, que se proyecta en un futuro estable, creativo y productivo" (p.21).

Kohut mismo indica que la clasificación de las fases descansa sobre el "supuesto teórico" de que "el proceso analítico avanza desde la superficie hacia la profundidad", de lo que concluye que "las secuencias de transferencia generalmente repiten las secuencias del desarrollo en un sentido inverso" (Kohut 1984, p.23).

La meta y el motor de este proceso es mostrar al paciente que "de verdad se puede alcanzar en este mundo un eco persistente de resonancia empática" (Kohut 1984, p.78).

En esta última obra, publicada después de su muerte, Kohut ya no teme admitir el término, famoso aunque desacreditado, de "experiencia emocional correctora" como vocablo gemelo de su formulación. Al fin y al cabo, la controversia de entonces se refería al uso manipulativo de la experiencia emocional, en desmedro de la reelaboración. A pesar de todas las modificaciones, Kohut se consideró a sí mismo, al final de su vida, como un representante legítimo de la técnica clásica, en la medida en que la neutralidad y la abstinencia constituyen la base de su postura, las que se complementan con "interpretaciones (transferenciales) dinámicas y reconstrucciones genéticas."

La evaluación crítica de la teoría del self debe centrarse en el hecho de que el artificio explicativo utilizado por Kohut a lo largo de toda su obra es una versión contemporánea del principio de salvaguardia. El deseo pulsional ha sido reemplazado por la regulación de la relación con el otro significativo, que, sin embargo, se concibe de acuerdo con la teoría del narcisismo.

Aquí concurren los esquemas tempranos de Balint sobre el amor primario y las tesis sociopsicológicas de Cooley y Mead. Kohut rechaza el interaccionismo simbólico, incluso en la forma concebida por Erikson, para gran desventaja de su propia teoría y práctica. En este punto, corresponde mencionar también los primeros esfuerzos de integración de los procesos de adaptación y de acomodación de Piaget a la psicología evolutiva psicoanalítica (véase Wolff 1960; Greenspan 1979, 1981). Las "psicologías de relación de objeto" psicoanalíticas no hacen justicia a la capacidad de "interacción social". En los primeros seis meses, el bebé aprende "a invitar a su madre a jugar y luego a iniciar una relación con ella" (Stern 1977). Aplicando esta nueva perspectiva al proceso analítico, la

cuestión de la capacidad de regulación se torna el punto central de la reflexión, conduciendo a un entendimiento del proceso que, a lo mejor, hace posible superar las innecesarias parcialidades y generalizaciones del pensamiento kohutiano y que, a su vez, permita reconocer que Kohut descubrió un importante factor central, al decir que la regulación del sentimiento de bienestar y de seguridad es jerárquicamente superior a la realización de los deseos particulares. La exposición del modelo de proceso de Moser y cols., que bosquejaremos a continuación, padece de restricciones, debido a que la psicología cognitiva (véase Holt 1964) es, aún hoy en día, un campo desconocido para muchos psicoanalistas; surge así la dificultad de entregar el modelo en cuestión de una manera compatible con este libro. Moser y cols. (1981) presentaron un diseño teórico de la regulación de los procesos mentales, en el que describen las relaciones de objeto, los afectos y los mecanismos de defensa, usando una terminología normalmente empleada en el desarrollo de modelos de simulación computadorizados. En este modelo, la relación analista-analizando es entendida como la interacción de dos sistemas de procesos que obedece a reglas de relación explícitas o implícitas. Para entender la discusión siguiente, es importante poder imaginarse el concepto de sistemas de procesos. Para eso creemos útil caracterizar el familiar modelo estructural psicoanalítico como un sistema de proceso en el que interactúan tres contextos de regulación, a saber, el yo, el superyó y el ello. Por "contexto" se entiende una agrupación laxa de funciones cognitivas y afectivas, las que interactúan en forma más o menos tensa entre sí, comparable con la imagen de Waelder (1960) del tráfico fronterizo en tiempos de paz, pero prohibido durante la guerra. Von Zeppelin (1981) subraya que el supuesto principal del modelo de proceso consiste en que analista y paciente están produciendo continuamente imágenes (modelos) sobre el estado del sistema de regulación, tanto del propio como también del sistema del otro y de la supuesta interacción entre ambos. Una característica importante del modelo consiste en que, para la creación y la mantención de relaciones, se establece un contexto de regulación especial que contiene los deseos y las reglas necesarias para su realización. Las reglas de relación contienen también aquellas reglas que pertenecen al hardware comunicativo de la regulación de la interacción, y que debieran ser clasificadas como parte, por ejemplo, de la "pragmática universal" de Habermas. Estas reglas de relación no tienen mayor interés en el proceso terapéutico, a menos que se encuentren considerablemente trastornadas y se manifiesten como fenómenos patológicos.

En general, las reglas de relación relevantes para el sí mismo son de significación clínica por su importancia para la mantención de la estabilidad de todo el sistema de regulación. A éstas se subordinan jerárquicamente las reglas de relación relevantes para el objeto, que siguen las reglas de relación dadas socialmente. Un primer entendimiento de la transferencia resulta de la diferenciación de ambos conjuntos de reglas: la transferencia sólo tiene lugar donde se han puesto en juego reglas de relación relevantes para el sí mismo.

El proceso terapéutico entra en movimiento porque el analizando recurre a la competencia de regulación del analista; lo hace a su modo, determinado por su desarrollo psicológico. La tarea del proceso terapéutico consiste en clarificar las expectativas inconscientes que el analizando coloca en la ayuda del analista. Para

esto, se definen en el modelo cuatro funciones principales de la relación terapéutica (von Zeppelin 1981):

- 1) Ampliación del proceso afectivo-cognitivo de búsqueda, en relación a la actividad de regulación, especialmente la ampliación de las capacidades autorreflexivas.
- 2) Construcción y ejercitación de un modelo ad hoc de relación entre analista y analizando; en "el aquí y en el ahora" se adquiere una mejor competencia de interacción, que luego debe ser transferida a las relaciones reales fuera del análisis.
- 3) Modificación gradual de la interacción terapéutica en el sentido de una distribución corregida de la regulación entre analista y analizando.
- 4) Modificación del sistema de regulación del analizando por medio de una mayor diferenciación de las funciones autorreflexivas.

El análisis transferencial y contratransferencial surge de la aplicación de estas cuatro funciones principales en la relación terapéutica. Los procesos así resultantes pasan por diversas fases en las que se reelaboran una y otra vez diferentes puntos focales (véase sección 9.4). El insight puede ser descrito como la construcción paulatina de "modelos de aproximación", que deben ser buscados mediante un procedimiento iterativo.

Sin poder adentrarnos aquí en las posibilidades de descripciones y exposiciones diferenciadas que ofrece este modelo formalizado, queremos subrayar el significado central del concepto de "competencia de regulación", cuya tarea estratégica y táctica se encuentra en el centro del hipotético "procesador subjetivo". Incluso cuando las imágenes terminológicas parezcan extrañas, ellas describen en forma perfecta el concepto de seguridad que también podemos identificar en el modelo de proceso del Mount Zion Psychotherapy Research Group dirigido por Weiss y Sampson (véase anteriormente), cuyo esquema presentaremos a continuación.

En una serie de estudios realizados desde el año 1971, este grupo ha ofrecido, en base a una concepción de análisis de la defensa trabajada clínica y teóricamente, algunos planteamientos originales capaces de ser verificados empíricamente. Sin entrar a discutir ciertos detalles de configuraciones psicodinámicas descritas empíricamente, este grupo caracteriza el curso de un tratamiento psicoanalítico como un conflicto entre la necesidad del paciente de expresar en la transferencia sus con-vicciones patógenas inconscientes (pathogenic beliefs) y el esfuerzo del analista de salir airoso de estas situaciones críticas, denominadas tests, de un modo tal, que el paciente no se vea confirmado en sus expectativas negativas. Si el resultado del test es positivo, el paciente puede estar seguro de que ya no se justifican sus sistemas de convicciones consistentes en patrones infantiles de deseo y de defensa, pudiendo así desactivar su función reguladora. Esta visión, deducida del análisis crítico de la teoría de la defensa, que Freud referió primero a la pulsión y más tarde a la psicología del yo, la podemos encontrar en la obra de Loewenstein (1969, p.587), Kris (1950, p.554), Loewald (1975, p.284) y Greenson (1967, p.178). Un precursor del concepto de prueba fue la aseveración de Freud de que la actividad del yo consiste "en interpolar entre exigencia pulsional y acción satisfaciente la actividad del pensar, que trata de colegir el éxito de las empresas intentadas mediante acciones probatorias, tras orientarse en el presente y valorizar experiencias anteriores" (1940a, p.200). Esto fue aplicado



por Weiss (1971), el teórico del grupo Mount Zion, a la situación transferencial; Rangell (1971) y Dewald (1978) han hecho reflexiones similares.

El curso de un tratamiento psicoanalítico puede ser entonces considerado como una secuencia de test, esto es, de pruebas, en las cuales los temas específicos de cada paciente individual son sucesivamente ensayados y elaborados. El mérito especial de Weiss y Sampson consiste en haber probado empíricamente esta hipótesis de proceso, en competencia con la tesis de la frustración. Aunque ambas concepciones consideran decisivos los mismos segmentos de un tratamiento, la fuerza pronóstica de la tesis de Weiss y Sampson demuestra ser muy superior a la de la tesis de la frustración. El progreso del tratamiento puede ser considerado como una consecuencia de la exitosa refutación de supuestos patógenos inconscientes. Más allá de esto, se pudo demostrar que, aun sin mediar interpretación explícita, pueden surgir, sin angustia, contenidos reprimidos, cuando el clima analítico ofrece al paciente la seguridad que éste cree necesaria (Sampson y Weiss 1983).

A pesar de que los procesos investigados captan sólo un segmento de un suceso complejo, el grupo Mount Zion conceptúa e investiga empíricamente un tema central. Para un modelo más amplio, falta aún una elaboración explícita de la meta del proceso en su conjunto, ya que aquí sólo se han tomado en cuenta hechos aislados. De acuerdo con este modelo de proceso, se podría suponer que una terapia se completa satisfactoriamente cuando se han refutado todas las presunciones patogénicas del paciente. Esta meta utópica hace surgir la pregunta de cuáles son las presunciones patogénicas del paciente en un proceso concreto que son actualizadas, de manera tal, como para terminar en el horno de la transferencia.

El proceso psicoanalítico

El modelo de proceso de Ulm

De acuerdo con Sampson y Weiss, los pasos formales que caracterizan el curso del tratamiento se presentan en toda terapia y en todo momento, siendo independientes de si el analista siga o no esta teoría. Con esto, el modelo exige para sí una validez general, que no es modificada ni por el tipo de nosología del paciente en cuestión, ni por el estadio de la terapia, como tampoco por el modo de proceder técnico del terapeuta. También al interior del proceso terapéutico se toma en cuenta sólo un aspecto, a saber, el intento del paciente de inducir al analista hacia un determinado comportamiento y la correspondiente reacción de éste. Aparentemente, el proceso total se considera como una serie de ese tipo de secuencias, donde no se toma en cuenta la posibilidad de un cambio en las secuencias a lo largo de la terapia. La única distinción que se hace es entre los efectos, a corto y a largo plazo, de la refutación de los supuestos. Un efecto inmediato es que la angustia del paciente disminuye; se le ve más relajado, más activo en el trabajo analítico y es más valiente en la confrontación con sus problemas. Como un efecto a largo plazo, se consideran más bien la aparición de nuevos recuerdos.

Es de esperar que, en la medida en que los autores traten de integrar en él nuevas observaciones clínicas y resultados de la investigación procesal, el modelo deba ser especificado y dotado con supuestos adicionales. De este modo, aumentaría la probabilidad de que el modelo satisfaga la complejidad del proceso psicoanalítico,

aunque su seductora sencillez se vea posiblemente resentida como resultado de este paso.

#### 9.4 El modelo de proceso de Ulm

El desarrollo de la técnica psicoanalítica muestra, desde un comienzo, dos tendencias antagónicas: una hacia la uniformidad metodológica y otra hacia la variación síndrome-específica de la técnica. Respecto del tema de la actividad terapéutica, Freud menciona modificaciones de la técnica en fobias y neurosis obsesivas. Esto "nos es impuesto por la creciente intelección, que poco a poco va cobrando certidumbre, de que las variadas formas de enfermedad que tratamos no pueden trami-tarse mediante una misma técnica" (Freud 1919a, p.161). Hoy en día, la teoría general y específica de las neurosis ha desarrollado hipótesis sobre la génesis de enfermedades psiquiátricas y psicosomáticas, con un mayor o menor grado de fundamento empírico. Al hacer un diagnóstico y un pronóstico, aplicamos nuestro impreciso conocimiento sobre lo que debería pasar en el psicoanálisis de una neu-rosis de angustia, una anorexia nervosa, una depresión reactiva, etc., para lograr una mejoría en los síntomas o una curación.

El proceso terapéutico comienza antes de la primera sesión. El solo anuncio de un paciente potencial, el modo de pedir una hora y de convenir el horario, proyectan un perfil del inicio del tratamiento y deciden sobre el resultado de la "iniciación del tratamiento". Ya en este primer paso surge la pregunta de cuánta franqueza y flexibilidad puede hacer uso el analista en el manejo de la situación, para convertirla en una situación analítica. También la terminación de un proceso terapéutico aconseja manejar los temas de separación y despedida de un modo tal que se pueda lograr un desenlace favorable para esa relación específica. Por esto, nues-tro punto de partida para la comprensión del proceso, es la diferencia -más allá de sus semejanzas-, entre las situaciones de inicio y de término. Entendemos la neu-rosis de transferencia como una representación interaccional (Thomä y Kächele 1973) de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica, cuya configuración concreta es una función del proceso. Esta configuración es única para cada díada -debido a lo cual el psicoanálisis puede, con todo derecho, ser cla-sificado como ciencia histórica- aunque permite, en un nivel de abstracción su-perior, la identificación de paradigmas evolutivos típicos. Las simplificaciones que así resultan contienen ciertamente el riesgo de pasar por alto el aporte de la ecua-ción personal del terapeuta y su orientación teórica en este desarrollo. El que sea posible llevar a cabo una estrategia de tratamiento especificada según el síndrome, depende de numerosos imponderables sobre los que el analista no tiene influencia. Así, a menudo ciertos sucesos en la vida del paciente crean situaciones nuevas que hacen necesaria la modificación de la estrategia.

Por lo tanto, para que un modelo de proceso sea útil, tiene que ser capaz de combinar una flexibilidad orientada hacia el paciente individual con una regularidad que estructure la función terapéutica. Tratando de ser consecuentes con esta exigencia, basamos nuestro modelo de proceso en los siguientes axiomas:

- 1) La asociación libre del paciente no conduce por sí sola al descubrimiento de los aspectos inconscientes del conflicto.
- 2) El psicoanalista selecciona según sus metas tácticas a corto plazo y sus metas estratégicas a largo plazo.
- 3) Las teorías psicoanalíticas sirven para la generación de hipótesis, que deben ser una y otra vez evaluadas a través de ensayo y error.
- 4) La utilidad de los medios terapéuticos se mide por el cambio que se desea en el paciente; si este cambio no tiene lugar, los medios deben ser variados.
- 5) Los mitos de uniformidad en psicoanálisis y en psicoterapia conducen a autoengaños.

En esta exposición queda clara nuestra concepción de la terapia psicoanalítica como un proceso terapéutico dirigido estratégicamente. Esta visión de las cosas es seguramente poco común, desde el momento en que el llamado a la atención parejamente flotante, por un lado, y a la asociación libre, por el otro, parecieran querer expresar precisamente lo contrario de un plan de tratamiento. Con el objeto de no erigir en este punto una contradicción objetivamente innecesaria, deberíamos fijar-nos en cómo Freud fundamenta su recomendación de la atención parejamente flotante: a propósito de ella, dice que es un medio apropiado para corregir prejuicios teóricos y descubrir con una mayor facilidad la caldera patológica (foco) individual correspondiente. De este modo, la atención parejamente flotante y el enfocar son dos funciones complementarias: en la cabeza del analista se alternan en el primer plano el estado que se adecua a la función de máxima ganancia de información (atención parejamente flotante) y la organización de la información adquirida en torno al punto de vista más pertinente (enfocar).

A través de estas consideraciones, hemos traído a la discusión un concepto central del modelo de proceso de Ulm: el foco. Antes de adentrarnos en el significado múltiple de este concepto en la literatura psicoanalítica, queremos centrarnos en su etimología: en el foco (del latín focus: fuego) se produce fuego, y enfocar significa reunir en un punto los haces de luz. Al adjudicar a la acción de enfocar un lugar importante en nuestra concepción del proceso, no estamos proponiendo un rígido quedarse fijo en un tema. Queremos más bien llamar la atención sobre nuestra muy humana limitación en la capacidad de recepción y de procesamiento de información, que no permite más que una percepción selectiva y, como consecuencia de ésta, la elaboración en torno a un foco.

Al comenzar, mencionamos que los modelos de proceso deben permitir enunciados reglados sobre el desarrollo del tratamiento. Una concepción focal del proceso cumple con esta función, pues, aunque sea cierto que, en último término, sólo se hace justicia a la actividad psicoterapéutica (no importando su orientación) si se consideran las diadas particulares, es decir, ideográficamente, es siempre posible encontrar temas que vuelven a aparecer regularmente a lo largo del proceso psicoanalítico. Si, por ejemplo, el paciente habla de sus angustias, este tema llegará a convertirse en el foco psicodinámico, si es que

- 1) el analista es capaz de generar hipótesis sobre motivos inconscientes que tengan sentido para el paciente, si
- 2) logra guiar al paciente hacia este tema a través de intervenciones apropiadas, y si es que

3) el paciente puede comprometerse emocional y cognitivamente con este tema. La pregunta de si un foco tiene una existencia independiente de la intervención configuradora del analista, debemos responderla, por un lado, afirmativamente -en el sentido de que, al fin y al cabo, el paciente ha configurado por sí mismo su propia sintomatología-, y al mismo tiempo negativamente, en términos de la técnica de tratamiento. En vista de la máxima intrincación de las estructuras motivacionales inconscientes, difícilmente puede haber una acción de diagnóstico de un foco que no afecte la expresión en la interacción del suceder del foco mismo (véan-se los hallazgos empíricos de H. Gabel y cols. 1981). Los procesos cognitivos del analista que dirigen su modo de reaccionar y seleccionar, y que son discutidos a propósito de conceptos como empatía, identificación de prueba, etc. (Heimann 1969), se desarrollan probablemente en gran parte debajo del umbral de la percepción consciente. Estos procesos se hacen accesibles sólo a través del trabajo del analista sobre sus propias reacciones afectivas y cognitivas.

Para nuestra concepción, es en el fondo irrelevante si el analista llega a su formulación de foco a través de la intuición empática, o si la deduce principalmente de reflexiones teóricas. Pensamos que es decisivo que la acción de enfocar se entienda como un proceso heurístico, cuya utilidad debe ser demostrada con el progreso del trabajo. Un indicio de una formulación focal certera se produce cuando un tema focal general, por ejemplo, angustia de separación inconsciente, es tematizado de múltiples maneras. El trabajo de interpretación concreto se remite entonces a estos diferentes aspectos de las vivencias cotidianas del paciente, y puede orientarse, sin más, alrededor del saber idiográfico, es decir, en torno al conocimiento detallado de la evolución del proceso individual.

En los casos favorables, esperamos que, durante la reelaboración de un foco, el paciente (y tal vez también el analista) cambie de modo específico la manera como trata el problema. Sólo incorporando en forma diferenciada la constelación de transferencia y de resistencia, la relación de trabajo y la capacidad de insight, es posible hacer afirmaciones más precisas sobre el proceso de cambio dentro del período dado. Si el mismo foco aparece nuevamente más adelante, las preguntas que se plantean son en principio las mismas. No obstante, es posible abrigar la esperanza de que el progreso alcanzado anteriormente mantenga su efectividad y que la elaboración pueda ser continuada en un nivel superior.

En resumidas cuentas, podemos afirmar lo siguiente: Consideramos el foco configurado interaccionalmente como plataforma giratoria central del proceso, y por este motivo concebimos la terapia psicoanalítica como una terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante.

Según nuestra opinión, este modelo hace justicia a la experiencia clínica que considera que el desarrollo de la neurosis de transferencia depende, en gran medida, del analista. En el campo de la investigación psicoterapéutica se cuenta con una gran cantidad de estudios sobre la influencia de diversas variables del terapeuta, las que tienen que ser consideradas en el marco de una concepción procesal psicoanalítica (véase Parloff y col. 1978; Luborsky y Spence 1978). No podemos retroceder hasta antes de que supiéramos que el proceso psicoanalítico se construye y se desarrolla en la interacción. Por este motivo, a diferencia de algunos de los modelos de proceso anteriormente discutidos, entendemos la sucesión de los focos como el resultado de un proceso de intercambio

inconsciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades de su analista. Un cambio de analista conduce, de regla, a experiencias totalmente nuevas. Sobre este fenómeno se informa una y otra vez en forma oral, pero raras veces esta información cristaliza en la literatura psicoanalítica (como, por ejemplo, en Guntrip 1975). Si la productividad común se agota, el proceso del que paciente y analista, juntos, son testigos, transcurre en el vacío, aun cuando el tratamiento continúe eternamente. Algunos procesos no se ponen realmente en movimiento, sino hasta que ambos participantes logren es-tablecer este entrecruzamiento interaccional en la reelaboración de temas focales (véase Huxter y col. 1975). No sólo la personalidad del analista, sino también el modelo de proceso que tie-ne en mente, ejerce influencia sobre el proceso terapéutico. Si un analista parte de la idea, por ejemplo, de que el tratamiento tiene que desarrollarse según secuencias, supuestamente naturales, de determinadas fases psicológico-evolutivas, estructurará el tratamiento de acuerdo con ellas. De igual manera, la intensidad y la calidad de la elaboración de ciertos temas particulares se ven influenciados por la importancia relativa que les atribuyen las diversas concepciones de proceso. Por supuesto, nuestra concepción del proceso no excluye la posibilidad de que la terapia pueda desenvolverse de acuerdo con los esquemas regulares del desarrollo psicológico (véase 9.3).

Antes de pasar a la exposición detallada del modelo de proceso de Ulm, queremos discutir los precursores históricos de la concepción focal, que, por cierto, nos esti-mularon e influenciaron. French (1952) concibió su concepto de foco inicialmente en el marco de sus análisis sistemáticos de sueños:

Concebimos la estructura cognitiva de un sueño como una constelación de problemas relacionados. En esta constelación se da usualmente un problema en el que los problemas más profundos convergen y del cual irradian problemas más super-ficiales. Este fue el problema focal del soñante en el momento de soñar. Cada conflicto focal es una reacción a alguna situación o acontecimiento emocional del día precedente, que sirve como "estímulo precipitante" (French 1970, p.314).

Este modelo, desarrollado como paradigma para la comprensión de los sueños, fue adoptado en el conocido estudio sobre consenso del instituto de Chicago (Seitz 1966), en el que Kohut fue uno de los participantes. Este estudio se realizó con el objeto de registrar los conflictos predominantes en sesiones aisladas. En cada entrevista, así se supone, el pensar preconsciente tiende a concentrarse en un problema central (por cierto, altamente condensado y sobredeterminado). Una mul-tiplicidad de asociaciones conscientes se condensan en un foco; de igual forma, "se activan conflictos genéticos inconscientes asociados, y su investidura emocional es transferida, de regla, al conflicto focal simple preconsciente, así sobreinves-tido". Seitz (1966, p.212) propone -siguiendo en esto a Freud- partir del supuesto de que

[...] el conflicto focal habitualmente consiste en la transferencia actual hacia el analista, y que teóricamente se entiende mejor en términos de la dinámica de los restos diurnos. Debido a que estos conflictos preconscientes sobreinvertidos configuran en la mente puntos dinámicos de convergencia, ofrecen un foco útil para

unificar e integrar formulaciones interpretativas del material asociativo, y aparentemente heterogéneo, de los entrevistadores individuales (Seitz 1966, p.212).

En este sentido, el conflicto focal se hace idéntico con la transferencia que predomina en la entrevista. El desarrollo posterior del concepto de foco en el "taller de terapia focal", sobre el que nos informa Malan (1963), condujo a la "cristalización" de un foco. Este concepto debía poner de manifiesto que el foco no es elegido por el terapeuta, sino que aparece gradualmente desde el trabajo en conjunto de paciente y analista.

Las reflexiones de Balint sobre este asunto, según están expuestas en el informe sobre la terapia focal del paciente B. (Balint y cols. 1972), ya están marcadas por las experiencias flash del taller. Pero, más allá de esto, Balint plantea que sin una formulación precisa del foco, que corresponde, por así decirlo, a una traducción en palabras de la experiencia flash, no se debería diseñar un plan focal. La formulación del foco, como línea rectora del tratamiento, debe ser específica (esto es, no tan general como homosexualidad o complejo de Edipo), claramente circunscrita (no tan vaga como la relación materna del paciente), y unívoca (Balint y cols. 1972, p.152). Esta exigencia de formulaciones específicas nos parece muy adecuada. En las discusiones casuísticas habituales es muy insatisfactorio que los participantes se queden en afirmaciones demasiado generales, y con esto casi desprovistas de contenido, como son las afirmaciones de "edípico" o de "preedípico". Estas no nos ayudan a comprender la patogénesis individual, ni nos ofrecen tam-poco indicaciones técnicas relevantes.

El problema del nivel de abstracción adecuado en la terapia focal nos parece fácilmente solucionable; se trata de tender puentes entre las orillas diagnósticas y las terapéuticas, que deben ser recorridos partiendo alternativamente desde una y otra orilla. La exigencia de que el foco sea concebido en la forma de una interpretación, es un ideal (que pareciera ser para muchos analistas un pensamiento pri-mordial), del que tampoco Balint se pudo sustraer del todo, cuando aconsejaba que "el foco debiera tener la forma de una interpretación, que pueda ser entregada al paciente en un momento oportuno al finalizar el tratamiento" (Balint y cols. 1972, p.152).

Nuestra comprensión del foco, en el sentido de la formulación de taller de Balint, va más allá del concepto de French, en cuanto bajo este concepto entendemos una estructura temporal más amplia. Naturalmente, nada habla en contra de formular un foco para entrevistas aisladas. Sin embargo, por consideraciones estratégicas es deseable la reelaboración continuada de un tema de fondo a lo largo de períodos más extensos. La pregunta acerca de la duración de estos períodos, si acaso se trata de la especificación de un número de horas o más bien de un período basado en el ritmo de desarrollo del paciente, es un problema clínico que hay que decidir empíricamente.

En los informes finales de los candidatos en formación psicoanalítica se encuentran indicaciones para una segmentación adecuada del proceso de tratamiento. En ellos, por lo general, se hace uso de 4-5 fases (provistas de títulos temáticos) para la articulación del proceso. A la verdad, también en esos análisis queda muy en claro que la duración de tales fases depende sustancialmente del proceder técnico del analista. Por esto, nosotros delimitamos nuestro concepto de foco del

establecido por Balint, allí donde él fija el conflicto focal como un plan focal formulado por el analista para la conducción del tratamiento. Para una terapia psiconalítica breve puede ser iluminador que se seleccione un foco y que éste (y sólo éste) tenga que ser reelaborado, aunque las experiencias del proyecto de terapia focal de Hamburgo (Meyer 1981b; en especial H. Gabel y col. 1981), insinúen algunas dudas al respecto. En cambio, nosotros ponemos un énfasis mayor en el momento cooperativo, es decir, en el trabajo en común continuado entre paciente y analista, cuyos esfuerzos por encontrar un foco refleja un proceso creativo conjunto de contradicción y concordancia.

En la polémica con Alexander y French (1946) surgió, una y otra vez, el reproche de que, en un procedimiento focal, el analista manipula al paciente. Al acentuar el trabajo en común para encontrar un foco, consideramos que este reproche no es procedente; por el contrario, en este trabajo se produce una mayor franqueza que en la técnica estándar, donde el analista procede en forma encubierta y a menudo manipula interpretativamente sin reflexionar bastante sobre ello. En este sentido, Peterfreund (1983, pp. 7-50) ha ofrecido varios ejemplos concluyentes, sacados de su propio trabajo clínico y de la literatura especializada.

A continuación describiremos el desarrollo hipotético de un tratamiento, con el objeto de aclarar nuestras reflexiones sobre el proceso analítico. Ya debiera haber quedado claro que por "foco" entendemos un punto nodal temático producido en la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la proposición del paciente y de la capacidad de comprensión del analista. Partimos del hecho de que el paciente puede hacer distintas proposiciones en un lapso determinado, pero que el foco se establece sólo mediante el trabajo selectivo del analista. En lo que se refiere al proceso, esperamos que un trabajo en común en el foco conduzca a sucesivos puntos nodales de contenido, cuya configuración se alcanza sólo como un resultado del trabajo previo.

En nuestro ejemplo, supondremos que el paciente hace cuatro proposiciones temáticas distintas en la fase de iniciación. Estas cuatro proposiciones las entendemos en el sentido de los conflictos nucleares (nuclear conflicts) de French (1952, 1970), es decir, como constelaciones infantiles que, en forma inconsciente, y a través de estructuras adquiridas psicogenéticamente, determinan la sintomatología y el carácter del paciente.

El decidirse por un número determinado de proposiciones iniciales es arbitrario, en cuanto que en la teoría psicoanalítica se han concebido una multitud de conflictos infantiles. Según donde fijemos nuestra atención, que a su vez depende de la teoría que manejamos, identificaremos más, menos, u otros conflictos nucleares. A mayor especificidad del trastorno, debería disminuir el número de "conflictos nucleares" que se espera encontrar; al revés, a mayor severidad del trastorno, el número debería aumentar. En la fase diagnóstica de la primera entrevista (véase cap. 6), el analista busca obtener una primera visión de los posibles conflictos, aún independientes de sus intervenciones terapéuticas (instante T0). Después de la primera entrevista, al ensayar los primeros pasos terapéuticos (instante T1), se configura una primera constelación focal (F1); ésta tiene que probar su utilidad en la primera fase del tratamiento. En la identificación del contenido de esta constelación nos guiamos estrechamente según el criterio de

French para la descripción del conflicto focal, que exige información sobre la fuente originaria (estímulos inconscientes infantiles), los motivos desencadenantes (sucesos actuales), los mecanismos de defensa principales y los intentos de solución.

A diferencia de French, no especificamos el lapso en que deba predominar una determinada temática focal. La elaboración del primer foco abre, en cualquier instante -en este punto no nos atrevemos a ser más precisos-, el acceso a un segundo foco (F2). La elaboración de este segundo foco lleva, en nuestro ejemplo, nuevamente de vuelta al primer foco, que ahora pasa nuevamente a ocupar el centro del trabajo, aunque cualitativamente modificado (caracterizado esquemáticamente por F1').

En nuestro ejemplo, el foco F1, que se configuró al inicio y que se fundamentó en el diagnóstico, representa a su vez una línea central del proceso total. Esto corresponde a la bien fundada experiencia clínica de que los focos individuales se encuentran conectados entre sí, y que están relacionados con un conflicto central. Tomemos un caso poco complicado de histeria como ejemplo esquemático: el conflicto principal se encuentra en el terreno de la relación edípica positiva. Simultáneamente, sin embargo, la histeria también puede implicar conflictos que se refieran a temas edípicos negativos (F2), anales (F3) u orales (F4), que en el trabajo pueden aparecer como focos secundarios, según la configuración que tome el proceso analítico.

Con esto seguimos una sugerencia de Luborsky (1984), quien pudo demostrar empíricamente esta articulación de temas conflictivos. Este autor denomina la línea transferencial principal Core Conflictual Relationship Theme (CCRT; "tema nuclear de conflicto de relación"). La concepción de un conflicto dinámico central que dirige la terapia está bien fundamentada, tanto teórica como prácticamente. Esta concepción ofrece, además, el fundamento para un procedimiento focal (Balint y cols. 1972; Klüwer 1985; Malan 1963; Strupp y Binder 1984), cuyo objeto es la elaboración de un conflicto principal del tipo descrito, conflicto que debiera ser captado ya en la interacción de la primera entrevista (véase también Leuzinger-Bohleber 1985). Los otros focos de nuestro ejemplo (F2, F3, F4), se retoman y elaboran -como es de imaginar- en el curso del tratamiento, abriendo, a su vez, nuevos accesos hacia la línea transferencial principal F1.

Por razones didácticas, hemos elegido una presentación relativamente tosca del desarrollo del tratamiento. Según sea la intención, nuestro modelo es capaz de presentar un reflejo diferenciado y diversificado del proceso.

Retomando nuevamente la metáfora del psicoanálisis como la exploración de una casa, podríamos decir que, en este ejemplo, la exploración del interior de la casa gira principalmente en torno a una pieza que, por su ubicación central, controla el acceso hacia los otros espacios, pero a la que también se puede entrar y explorar desde diferentes espacios secundarios.

No queremos adentrarnos en detalle en la cantidad de otros supuestos que forman parte de nuestro modelo (véase Kächele 1988). Nuestra única intención fue presentar un esquema para concebir el proceso psicoanalítico que cumpla con una serie de criterios que nos parecen importantes. Queríamos dejar en claro que una concepción estereotipada del proceso introduce una rigidez innecesaria en el trabajo psicoanalítico. Nuestro modelo ofrece un marco para entender



procesos psicodinámicos bajo las más diversas condiciones de encuadre, y es aplicable tanto a las terapias breves como a las de larga duración. Es un modelo abierto a diversos planteamientos teóricos en psicoanálisis que se esfuerzan por entender la proposición inicial del paciente. Nuestra concepción, genuinamente científicosocial, es diametralmente opuesta a aquellas teorías que parten desde una visión ideológica del proceso, como un desarrollo determinado al estilo de los fenómenos naturales.

El proceso psicoanalítico, así entendido, se alimenta de la diversidad y de una apertura que deja espacio a la creatividad, las que deben, no obstante, restringirse necesariamente en el momento de concretarse. Por este motivo, el modelo deja abierta la posibilidad de que en la sesión siguiente se continúe con el mismo tema o que, bajo el estímulo de una nueva situación, aparezca otro foco. En cada sesión, inevitablemente, surge una toma de decisión sobre el camino a seguir. El proceso analítico vive en la tensión dialéctica que se da entre "el camino es la meta" (von Blarer y Brogle 1983, p.71) y el que, a la vez, no exista un caminar sin rumbo (nosotros lo diríamos con los versos de Machado: "caminante, no hay camino, se hace camino al andar"; nota de J.P. Jiménez). Una y otra vez se darán períodos en que los caminantes deban detenerse y profundizar en un tema que a ambos parece significativo. Podemos hacer nuestra la atractiva metáfora de von Blarer y Brogle del proceso psicoanalítico como un camino que analista y analizando "han emprendido desde la primera conversación" (1983, p.83), siempre que este camino conduzca desde el planteamiento del problema hacia la solución del mismo.

A la ficción del proceso psicoanalítico purista, queremos oponer la concepción del proceso como una terapia focal continuada, sin límite de duración, y con foco cualitativamente cambiante. Proponemos un modelo de proceso flexible, que implica una técnica que se orienta heurísticamente, hacia el buscar, el encontrar y el descubrir, como también a la creación de las mejores condiciones de cambio para el paciente. Estamos convencidos de que las reglas del quehacer psicoanalítico transmitidas oralmente contienen mucho de aprovechable, que, sin embargo, se torna en lo contrario cuando el método se transforma en un fin en sí mismo. Lo mismo vale para la función de orientación de los modelos de proceso. Estos son, antes que nada, medios auxiliares para ordenar el trabajo propio y para facilitar el diálogo entre los analistas. Cuando se toman como una realidad incuestionable, y con ello se las excluye del indispensable proceso de verificación permanente, se transforman en una amenaza para la terapia.

oE    Ä    û w    ç t    £ o    ¿ Á P f h € L @ d    ý `    ö \    N X    o T  
R            Ä            Ä            Ä            T            Ä            Ä

€      < v  
 r  
 ! m  
 " i  
 J e  
   a  
   ]   
 ™ Y  
 μ   U           s   Q           {   M           °   Ir           T           T  
   Ä            Ä

°  
Ä © w c s T k o | k T â g • c Æ \_ v [ !Q

Ä\$È \$Í w<sub>T</sub> (ä s (... o<sub>T</sub>\*, k\*Ô g\*~<sub>T</sub>c + - 1%Ä[ 1d W

3P   3ô w   3ö r   3õ n   9Ñ j   ;é f   ;õ b   ;Ô ^   ;° Z   < }   V   <'

>b ?¬ w E' s G% o Oπ k Q, g QÎ c Sú Ä- S§ [ T W  
T Ä Ä

UP VS w W  
s W-  
o X& k X< g X∂ c Z^ [ [ [Ó W [Ô S \ O \.  
Ä T Ä T Ä



\ ' w \ s ] o \ p k \ g \ c r N \$ [ t  
 W w Æ S z Ä O z Ä Jr Ä \$ [ Ä T

[illegible]

É` Ée w Ö s Öÿ o Ü( k Ü8 g àú c âi \_ àù [ â∞ W  
Ä Ä Ä T Ä T

ã çÈ w é¬ s éÕ o é◊ k ï<sub>T</sub> g iË c ñæ \_ † [ ¨ †' W

9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100  
 g ð æ w π s • E o • V k ˆ ˆ W ˆ S ˆ: O ˆK Kr Ä

ßK    ßÆ w    ß≤ s    ®<sup>-</sup> o    ©    k    ™<sub>-</sub> g    ™. c    ™4 \_    ™5 [    ™‡ W  
  Ä                    Ä                    Ä                    T

$\hat{j}$   $\acute{v}$  w  $\mathcal{A}\mathfrak{C}_s$   $\mathcal{A}\tilde{a}$  o  $\geq\hat{o}$  k  $\geq_{\mathcal{A}}$  g  $\geq f$  c  $\mu$   $\bar{\bar{A}}$   $i^\circ$  [  $i^{\text{TM}}$  W .

«à ...g w ...h s Ñ o ã k Ñ g Ñœ c œç \_ œð [ -  
W - S + O -  
Ä Kr T T T T



$\ddot{-}\ddot{A}$  ‘q w ‘  
s “ o  $\ddot{y}1$  k  $\nearrow$   $\underset{\cdot}{g}$   $\nearrow$  b  $\in 3$  ^  $\in 4$  Y  $\in 5$  U  $\cdot\grave{e}$  Q  $\cdot\mathcal{E}$  M  
 $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  T  $\ddot{A}$

Ø è w ,• s Â: o ÂK k Ë g È c Î - Î  
 [ Ì W ¨ / S Ò O Ò/ Kr Ä - T Ä

Ò/ ÒE w ÒV s ìù o ıŧ k ˜á g ˇ c f \_ n [ ≈ W \

S \ | O \ i K r Ä T T T

[ \i      \hat{U} : \overset{w}{W} \underset{\ddot{A}}{\phantom{W}}      Q\_{\wedge}^s S      c\_o \underset{T}{O}      \textsuperscript{v} k      \textsuperscript{U} Kr \overset{g}{A} \ddot{A}      c\_T \text{ }\diamond\text{ } \ddot{A}^-

*f* S<sub>Ä</sub> 0 é O<sub>T</sub><sup>w</sup> "- s \$/ o \$› k \$Ò g Ä<sub>1</sub> c &¨ - Ä<sup>‡</sup> [

0è 0Í w 0Î s 1 o 1 Ä k 1Ï g 1, c 3¿ – 3¡ [ 4´ ´  
Ä Ä T Ä

4Œ 7 w 7  
s 7 o 7 k 7 g 7# c 7\$ \_ 8O [ 8r W :ú  
T Ä Ä



:†    :° w    :§ s    :• o    ;= k    ;> g    ;@ c    I˘ - Ä I, \ 8r W  
˘    ˆ    ¸    T i    i    Ä    Ä    ˘    ˘    ˘    ˘    1 Z    Or Ä    @ Äi

" ? ®      © r      N r Á f O Ë f n € c o f Q  
 "      ÄÄ      M      Ä M      @      ÿ Ä      ™      ÿ Ä      ™  
 K̃  
 L̃      x      v m !w m !E m !Ø d " S " J #æ G      ÄÄ      #  
          Ä      Ä      ™ Ä      ™      ( ( Ä      ™ Ä      ™  
 J      Ä      M      @ Ä      ™ Ä Ä      ™ Ä      ™      ( < Ä  
          P Cj P E' P      @ Ä      Ä      M ™ Ä Ä      ™ ÄÄ  
          E' E' r G% a G& X H≈ U Oπ J R÷ J VR J VS J X∂ 9 C Ä  
 Ä      ™  
          X∂ XΣ r [Ó o [Ô f Ÿ W ~ T d± I f, I hm I Γ I oŸ I rN  
 ÿ Ä      ™

[illegible]

<sup>b</sup>  
fl b      b      ” b      ¸ b      ˇ b      ◇ Q „ ˇ      ĭ      Äĭ      ™

Ö G " G & G )\$ G , G Ô G - TM Äi Äi TM Äi  
f p 2» p 4∞ p 7ò p ;@ p < p =å p AS p F p Γ p  
Äi 9<sup>a</sup> . 5(!F M x àÄ !@ !Ñ ~~~ 385!Ñ  
conflicts) de French (1 I| ^Ä I} ~~~mo constelaciones infantiles  
forma inconsciente, y a través de estructuras adquiridas  
psicogenét Ä Ç ø É Ç Ñ &† Ö 5£ Ü Bí á  
à ^l â m( ä |! ã à å í ç £æ é ± è ø» ê Õð è  
ñ "î ó 1 ò ?G en cuanto que en la teoría psicoanalítica se han concebido  
una multitud de conflictos infantiles. Según do