

LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA ELEMENTOS CONCEPTUALES Y MODELOS DE SU PROCESO

A. Avila-G. Gutiérrez

Alejandro Avila es Catedrático de Técnicas de Psicoterapia en el Departamento de Personalidad de la Universidad de Salamanca (Avda. de la Merced, 109-131, 37005-Salamanca). Gerardo Gutiérrez Sánchez es Profesor Titular de Técnicas de Psicoterapia en el Departamento de Personalidad de la Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

No es tarea fácil realizar una exposición sucinta y sistemática de la psicoterapia psicoanalítica. La ocasión que brinda este monográfico dando perspectiva de las diferentes psicoterapias merece intentarlo, y en lo que sigue iremos recorriendo algunos

elementos conceptuales, raíces históricas y vertientes de desarrollo que faciliten al lector una perspectiva de este complejo campo. Cuatro proposiciones nos ayudarán a situar nuestro intento:

1. Consideramos que la mejor manera de definir la psicoterapia psicoanalítica es en relación y por contraste al psicoanálisis freudiano. En realidad, así nacieron los primeros intentos de modelos psicoterapéuticos (Ferenczi, Adler, Alexander...) y otros muchos posteriores (Balint, Malan, Bellak, Wolberg, Fiorini...). Para definir la psicoterapia psicoanalítica (Avila, 1990; Gutiérrez Sánchez, 1993) creemos que lo más útil es definir (o tener definido) adecuadamente el psicoanálisis.

2. Entre una multiplicidad de modalidades y denominaciones que consideramos poco justificadas («psicoanálisis clásico», «psicoanálisis clásico con innovaciones técnicas», «psicoterapia psicoanalítica», «psicoterapias de inspiración psicoanalítica», «psicoterapias breves dinámicas», «psicoterapia de apoyo con referencias psicoanalíticas», etc, etc) distinguiremos únicamente dos:

- a) la *cura psicoanalítica*, que sigue el modelo freudiano aunque se resignifique una y otra vez desde posiciones posteriores (las reconceptualizaciones de la Psicología del Yo; el replanteamiento teórico y técnico de Melanie Klein; la «vuelta a Freud» de Jacques Lacan; etc);
- b) la *psicoterapia psicoanalítica*, con múltiples variantes, ejercida en diversos campos de aplicación, pero con algunos elementos comunes que trataremos de establecer más adelante.

3. En cierto modo, *toda psicoterapia tiende a ser «breve»* (entendiendo por ello que toda psicoterapia participa de los principios generales de «limitación» y «planificación» que comentaremos luego) por oposición al carácter «ilimitado» que por naturaleza tiene la «cura psicoanalítica».

4. La psicoterapia no es un «psicoanálisis menor», sino una vía diferente de propósito y acción (véase Atxotegui, 1994). *Debe tener una teorización propia*, tarea que ya emprendieron Schneider (1976), Fiorini (1973) y Coderch (1990).

Y *debe utilizar una metodología propia*, más amplia, siguiendo el principio de *flexibilidad* que aconseja que la técnica elegida por el terapeuta se adecúe a las particulares características del paciente, de su demanda y de su trastorno.

Ya que hemos afirmado que la definición de psicoterapia psicoanalítica debe construirse en relación y por contraste al psicoanálisis, vamos a intentar, en la brevedad a que nos obliga el corto espacio de este artículo, dar una visión de aquél a través de unos pocos trazos dispuestos diacrónicamente.

Ciertamente, como últimamente se ha venido afirmando, (Botella, 1986; Feixas y Miró, 1993; Ibáñez y Caro, 1994) Freud no construyó el psicoanálisis «ex nihilo». Muy al contrario, muchos de los temas que iban a ser centrales en su teorización estaban en el blanco del interés cultural y científico de su tiempo. El inconsciente, la sexualidad, lo psíquico, eran ideas de curso corriente. (Ellenberger, 1970; Gay, 1988; Bercherie, 1983; Chacón, 1994).

Pero «cocinó» de determinada manera aquellos ingredientes y preocupaciones que estaban en el ambiente (Assoun, 1982). Un ejemplo: no se limitó a constatar, como muchos otros, la existencia de un funcionamiento mental no consciente (los famosos automatismos que desde mucho antes habían despertado la curiosidad de ciertos científicos). Freud intentó —y lo logró en el capítulo VII de «La interpretación de los sueños» (Freud, 1900)— acceder a una concepción del inconsciente como *un sistema con una organización*. El descubrimiento de las leyes que rigen esa organización es la auténtica aportación freudiana.

La Psiquiatría de la época, en manos de Charcot, «el último anatómico-clínico», había tenido que renunciar a encontrar la lesión de la histeria en la autopsia, pero se había agarrado a la difícil existencia de una «lesión funcional». En sus últimos años había encontrado en la histeria traumática un proceso psíquico, desencadenado eso sí, por un factor «objetivo», el traumatismo.

Su gran oponente, Bernheim, consideraba a la histeria como el resultado de una influencia sugestiva, una «neurosis de cultura».

Breuer, el amigo y benefactor del joven Freud, había elaborado una teoría propia: la histeria correspondía al efecto morboso de un traumatismo psíquico cuyo recuerdo era retenido en una especie de doble conciencia que denominó «conciencia hipnoide». Podemos seguir a Freud, a través de sus primeras publicaciones (entre 1887 y 1896, por ejemplo) oscilando en su adscripción a una u otra de esas teorías.

¿Qué cambios produce Freud a partir de estas teorías de las que parte? La línea de pensamiento que representa Charcot opone «lo objetivo» (la lesión, el traumatismo), ajeno a la conciencia del individuo, a lo psíquico subjetivo que no puede ser otra cosa que consciente. Charcot siempre pretendió mostrar la objetividad de la histeria.

En el otro extremo, Bernheim parece inclinarse por una etiología subjetiva. Aunque todavía necesite implicar al «centro cerebral» para explicar el trastorno histérico y su correspondiente psicoterapia (López Piñero y Morales Meseguer, 1970).

Freud comienza explicando la formación del síntoma histérico como el producto de una combinación entre un factor exterior, objetivo (el trauma) y un factor subjetivo y consciente (el «empeño voluntario» en olvidar el recuerdo del trauma: la defensa) (Freud, 1894). En realidad, desde el principio ya aparece en Freud la noción que será central: el conflicto.

Poco después propondrá que el efecto traumático sólo se puede producir en un segundo momento, cuando el recuerdo del trauma entre en conexión con el deseo del sujeto: la explicación apela por tanto a dos elementos nuevos: la historia y el deseo (Freud, 1896).

Pero lo único que es claramente visible en este proceso es su resultado: el síntoma. Ni el traumatismo tuvo que alcanzar claramente a la conciencia del sujeto ni, desde luego, su deseo que, al vincularse con el recuerdo traumático, se convierte en inaceptable para la conciencia.

De manera que la explicación de la formación del síntoma histérico requiere de la existencia de una noción inexistente hasta el momento: procesos mentales no conscientes que tienen su dinámica y que son eficientes.

Ciertamente que, por otras vías, a Freud le ha surgido ya la necesidad de un concepto así para dar cuenta de fenómenos inexplicables de otro modo. Nos referimos a la naturaleza de la orden posthipnótica, al fenómeno onírico, al problemático funcionamiento de la memoria.

Pero es sin duda el análisis de los sueños, cuyo primer ejemplo paradigmático, el sueño «de la inyección de Irma» data de 1895, el que constituirá «la vía regia de acceso al inconsciente». La fórmula según la cual se forma el sueño —«el intento de realización enmascarada de un deseo reprimido»— va a ir siendo ampliada al síntoma neurótico, a las producciones «psicopatológicas» de la vida cotidiana, y a las conductas más o menos sintomáticas.

Pero, además, en el intento de explicación de los dinamos del sueño, Freud establecerá la naturaleza del deseo y las características del funcionamiento del sistema inconsciente, así como sus operaciones fundamentales (condensación y desplazamiento).

La hipótesis del inconsciente ha sido necesaria para explicar el efecto patógeno de la defensa en las neuropsicosis. Por cierto que otro de los cambios fundamentales que produce Freud es en lo relativo a las consideraciones nosológicas. Tres propuestas nosográficas diferentes (1896, 1915b, 1924) nos muestran su manera de pensar el fenómeno patológico e, incluso, su forma de intervenir sobre él. No nos extendemos sobre este aspecto del que puede obtenerse una visión sucinta en Laplanche y Pontalis (1968); Mazzuca, Lombardi y Lajonquière (1986, 1987); Cosentino (1993), entre otros.

Finalmente, hemos de señalar el cambio freudiano más importante a los efectos que aquí nos interesan: las modificaciones en cuanto al método psicoterapéutico.

Freud emerge al campo de la psicoterapia cuando ésta ya tiene una corta pero intensa historia. Y podíamos decir que confluyen en él una serie de líneas de gran interés: el «tratamiento moral» de Pinel y Esquirol; la sugestión hipnótica que arrancando del magnetismo animal de Mesmer llega hasta Charcot y Bernheim; la persuasión racionalista de Déjerine y sobre todo de Dubois; y el método catártico de Breuer.

Nos proponemos ahora mostrar las líneas maestras que siguió la transformación freudiana, desde estas formas psicoterapéuticas anteriores, hasta la constitución del modelo de psicoterapia psicoanalítica, que ya se encuentra formulado en lo fundamental en los «Trabajos sobre técnica psicoanalítica» (Freud 1911-1915). Algún aspecto importante habrá de esperar al final de la obra freudiana: «Construcciones en el análisis» (Freud 1937).

«Aislamiento» versus *setting*

El «tratamiento moral» inicia, en el paso del siglo XVIII al XIX, una forma de relación con el enfermo basada en el buen sentido, en la consideración de éste como un ser susceptible de moral. Pero este principio general se plasmó en unas técnicas (si se las puede llamar así) concretas, siendo la más conocida y extendida el «aislamiento». El aislamiento tiene aspectos higiénicos, médicos, pero también una determinada manera de concebir la relación médico-paciente.

En los primeros tratamientos, pre-psicoanalíticos, vemos cómo Freud recomienda con frecuencia el internamiento del paciente (aislamiento respecto de la familia) llevando a cabo allí el tratamiento médico y psicoterapéutico. Enseguida el tratamiento de psicoterapia se realizará en la casa del paciente, prescribiendo toda interferencia familiar o en el despacho médico, con una notable intensidad (es conocido que Freud atendía a cada paciente seis días a la semana, y Breuer visitaba dos veces diarias a su paciente Ana O.) y exclusividad de cualquiera otra persona, prácticas que resultaban muy novedosas en la época. Se inaugura así un determinado *setting* que, aunque basado en el aislamiento y en el diván de las intervenciones hipnóticas, irá, sin embargo, acomodándose a lo específico de la terapia psicoanalítica: el diván y la posición del psicoanalista fuera del campo de visión del terapeuta favorecerán la producción de la asociación libre, la inducción de la regresión y la manifestación del vínculo transferencial.

La neutralidad del psicoterapeuta, la razonable ausencia de estímulos en el lugar del tratamiento se encaminan a mantener el llamado principio o *regla de abstinencia*: el terapeuta no debe satisfacer las demandas del paciente. Su papel consiste más bien en indagar el significado de las mismas y la existencia, en su caso, de otras demandas inconscientes cuya elucidación es de suma importancia para el tratamiento.

Respecto al valor terapéutico de los elementos del *setting* pueden consultarse Etchegoyen (1986), Thomä y Kächele (1985), Mitjavila (1994), entre otros.

Sugestión versus transferencia

Los avatares de la actividad hipnótico-sugestiva del terapeuta Freud han sido muy tratados. Se los puede seguir con facilidad en los dos primeros tomos de sus *Obras Completas* (en la versión publicada por Editorial Amorrortu, Buenos Aires).

Freud consideró relativamente pronto que el enigmático efecto de la hipnosis y la sugestión se explicaba por una transferencia masiva de sentimientos positivo (el posible carácter erótico de la dependencia hipnótica se había señalado desde el principio de estas prácticas) sobre

la persona del terapeuta. «Transferencia» en el sentido de trasladar un tipo de sentimientos (confianza, dependencia, deseos de complacer, etc) desde un vínculo (con los padres, con personas importantes y queridas, etc) a otro vínculo, profesional, que se «carga» emocionalmente.

En la sugestión habría por parte del terapeuta una utilización también masiva de dicha particularidad emocional. (Esto mismo fue denunciado por los psicoterapeutas que encabezaron la «reacción racionalista» frente a la sugestión y de quienes nos ocuparemos más adelante).

La postura del círculo freudiano respecto a la sugestión podemos conocerla en un artículo escrito por uno de sus más valiosos colaboradores: «Sugestión y psicoanálisis» (Ferenczi, 1912). Según Ferenczi, ambos son incompatibles; pero no todas las opiniones han ido por ahí (véase en Zukerfeld, 1990).

Si el psicoanálisis se desembaraça pronto de la sugestión, no hará lo mismo con la transferencia que llegará a ocupar el lugar central del método. La consideración freudiana acerca del fenómeno transferencial siguió un proceso del que señalaremos *tres hitos fundamentales*:

- 1) comenzó siendo para Freud un *efecto indeseado*, un síntoma producido por la condición neurótica de los pacientes;
- 2) luego aparece como un *efecto útil*, a los fines terapéuticos, dado que brindaba una valiosa información. No obstante, había que proceder a diluir la transferencia en cuanto fuese posible, dado su carácter sintomático;
- 3) finalmente se convierte en el *campo privilegiado donde ha de llevarse a cabo el tratamiento psicoanalítico*.

El mejor ejemplo para ilustrar ese primer momento es el conocido episodio de la fantasía de embarazo de Ana O., la paciente que estaba siguiendo un tratamiento catártico llevado a cabo por Breuer. Una fantasía erótica y transferencial dio al traste con una psicoterapia de indudables resultados positivos. Freud se refiere a este primer «retroceso» frente a la transferencia en varias ocasiones.

En «Sobre la dinámica de la transferencia» (Freud, 1912) recorre el proceso de los dos últimos hitos. Freud comienza hablando de la transferencia como *repetición*. El sujeto parece repetir algo, como si estuviera dispuesto a vivenciar con el terapeuta algo que debe provenir de otro vínculo. Es decir, la repetición se produce por efectos de una «falsa conexión», de un «malentendido». A esta repetición se refiere Freud cuando utiliza esa bella imagen:

«... (el paciente) enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor (u odio, habría que añadir)» (Freud 1913, p.140; los paréntesis nuestros)

En el artículo de 1912—que junto con «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (Freud, 1915a) constituyen la elaboración más completa de la teoría freudiana sobre el tema—, comienza hablando de la transferencia como *repetición*. Para cada sujeto, en función de sus dotaciones innatas y de sus experiencias infantiles, se va estableciendo una forma particular y específica de vivenciar los vínculos con los otros. Esto incluye múltiples factores que se irán organizando en series distintas, conformando así «clichés» (en expresión del propio Freud) que tenderán a repetirse en situaciones relacionales nuevas según la «serie psíquica» en que se encuadre al «otro no conocido».

Esto, obviamente, no es una novedad psicoanalítica. Lo que Freud sí aporta de nuevo es la idea de que, debido a las características de aquellas dotaciones innatas y experiencias infantiles, sólo una parte de esos clichés es consciente y está a disposición del sujeto.

A Freud le parece más específico de esta relación otro aspecto del fenómeno: la transferencia como *resistencia*. Para ser más exactos: la transferencia puesta al servicio de la resistencia. Es el lado genuinamente psicoanalítico de la transferencia; un aspecto de ella que, aunque por extensión podamos decir que fenómenos parecidos se dan en otras situaciones, en la concepción freudiana es un producto de las peculiaridades del método psicoanalítico.

La transferencia como repetición no es en absoluto privativa del trabajo analítico. De hecho, es un principio general de los procesos de aprendizaje: la transferencia de conocimientos antiguos a situaciones nuevas. Por razones varias: tanto por «instrumentalizar» lo antiguo para el conocimiento de lo nuevo, como por, con motivo de la nueva situación, intentar otra vez «solucionar» algún problema antiguo que ha quedado pendiente. Esta cuestión, de los «clichés», de los «patterns», que es básica a efectos de la acción terapéutica, y que con mucha frecuencia ha sido identificada con la transferencia psicoanalítica, no es sino un aspecto de ella. Podríamos decir: lo que le da el contenido imaginario—en el sentido de Lacan— a la transferencia global.

La transferencia como fenómeno puesto al servicio de la resistencia en el paciente, cuando el trabajo analítico le acerca a lo reprimido, sí es una formulación generada en la clínica freudiana:

«si se persigue un complejo patógeno desde su subrogación en lo consciente (llamativa como síntoma, o bien totalmente inadvertida) hasta su raíz en lo

inconsciente, enseguida se entrará en una región donde la resistencia se hace valer con tanta nitidez que la ocurrencia siguiente no puede menos que dar razón de ella y aparecer como un compromiso entre sus requerimientos y los del trabajo de investigación. En este punto, según lo atestigua la experiencia, sobreviene la transferencia» (Freud, 1912, pág. 101).

Cuando el trabajo de indagación del análisis se acerca a algún núcleo de conflicto, el paciente se resiste a la prosecución de la indagación desplazando su interés, sus deseos y fantasías, al vínculo con el terapeuta.

Y cuando descubre lo efectivo del procedimiento a sus fines resistenciales, lo utiliza masivamente, llegando a desplazar «todo» su interés a la relación con el terapeuta. En este punto se habrá constituido lo que Freud llamó *neurosis de transferencia*. A la que Freud consideraba el campo en donde librarse la batalla contra la neurosis, el espacio terapéutico por excelencia. Estamos en el tercer hito de la concepción freudiana sobre la transferencia.

Tampoco se puede decir que fenómenos parecidos a éste no se den en otro tipo de vínculos, aunque siguiendo una dinámica diferente, pero la originalidad de la reflexión clínica freudiana consiste, en este punto, en darse cuenta de que el conjunto de vivencias emocionales, fantasías, anhelos, defensas, que constituyen la neurosis de transferencia son la reactualización del conflicto patógeno del sujeto, desplazado ahora al «teatro» del tratamiento. Que *la neurosis de transferencia es una expresión metafórica del conflicto real (psíquico) del sujeto*. Y que no hay otra forma de llegar a él sino es a través de ese desplazamiento resistencial que es la transferencia. El paciente, tratando de alejarse del conflicto, centra el trabajo psicoterapéutico, mediante la transferencia, en su mismo núcleo.

Orden hipnótica versus asociación libre

Se ha recordado muchas veces cómo fue una paciente de Freud, la señora Emmy von N. (Freud 1895, p.84), quien indujo a Freud a abandonar el tono autoritario y directivo por la escucha de lo que, libremente, el paciente tenga que decir.

Posteriormente, una vez que se consideró a las representaciones inconscientes como el objetivo del método analítico, esa «libre asociación» se convirtió en el método idóneo, en realidad único, de indagación del inconsciente.

Freud afirma, respecto a esta cuestión, que si el sujeto renuncia a toda *representación-meta consciente* (a toda pretensión de hablar «para algo»: para informar, para comunicar, para discernir, etc; y a todo intento

de coherencia) entonces entrega el gobierno sobre su asociar (el decurso de sus representaciones) a unas *representaciones-meta inconscientes*.

Cuando pensamos y hablamos, guiados por una idea (representación-meta consciente), estamos ejerciendo los lógicos controles yoicos para evitar que cualquier otra idea, sentimiento u ocurrencia, ajenos a lo que se trata de decir, interfieran en la corrección y «calidad» de lo dicho. Difícilmente por esa vía se va a acceder a lo reprimido, objetivo fundamental del trabajo psicoanalítico.

De manera que habrá que intentar un acceso indirecto, tratando de relajar el control del yo (regla fundamental) y, de esa forma, facilitar que esas ideas, ocurrencias o sentimientos (asociación libre), lejos de ser rechazados, sean «escuchados» por el propio sujeto con interés. (Gutiérrez Sánchez, 1993).

Persuasión racional versus interpretación

Paul Dubois (1848-1918) fue un psicoterapeuta de gran prestigio a principios del XIX. El representante más definido de la «reacción racionalista». La pretensión de la psicoterapia de Dubois es que el sujeto consiga el dominio de sí mismo, bajo el control de la razón. Utilizando para ello la persuasión, no la sugestión a la que se opone por motivos éticos y que además considera perniciosa para el sujeto:

«Hace falta distinguir entre la sugestión que actúa por los caminos tortuosos de la insinuación, y la persuasión, que se dirige lealmente a la razón del paciente. Con independencia de la utilidad del resultado final, la sugestión falsea el mecanismo psíquico» (Dubois, 1904).

Ahora bien, la persuasión que para Dubois es «lógica», «racional», no es, para él, una mera «racionalización». No podemos extendernos ahora en comentar los paralelismos entre las interesantes afirmaciones de Dubois (no sólo sobre la técnica, sino también sobre su concepción del trastorno y su etiología) y las actuales terapias cognitivas (especialmente las racionalistas).

Pero lo importante de la teorización de Freud, que tiene coincidencias con los planteamientos de Dubois acerca de las psiconeurosis, es el papel reconocido a las *representaciones inconscientes*, y a su particular status dentro del aparato psíquico que le asegura la perdurabilidad y la eficacia patógena.

Y para neutralizar las representaciones inconscientes, las intervenciones racional-persuasivas no son una buena técnica. Es necesario interpretar. La *interpretación* es la técnica genuina del psicoanálisis por

cuanto tiene como objeto las representaciones inconscientes, y como meta, el conocimiento acerca de las mismas. Según Laplanche y Pontalis (1979) la interpretación es la:

«deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente» (pág. 209).

Esta definición podría dar pie para plantear una polémica que tiene una larga historia: ¿es el Psicoanálisis una hermenéutica? Algunos psicoanalistas han dado gran relevancia a la relación de la interpretación con el significado. Etchegoyen (1986) define a la interpretación en base a tres parámetros: la información, el significado y la operatividad.

Respecto al segundo, afirma que la interpretación es una nueva conexión de significado que brinda al analizado la posibilidad de organizar una nueva forma de pensamiento.

La escuela lacaniana es la que ha hecho mayor hincapié en afirmar que el psicoanálisis no es una hermenéutica. La discusión sobre el estatuto epistemológico del psicoanálisis excede los límites de este trabajo y puede ser abordada por el lector en otros textos nuestros (véase Avila, 1994a).

Tras este esbozo de los ejes conceptuales del Psicoanálisis, pasemos ahora revista a lo específico que delimita a la psicoterapia psicoanalítica, tanto de aquél como de las demás psicoterapias.

Lo específico de la psicoterapia psicoanalítica, por contraste al psicoanálisis

Creemos que la psicoterapia psicoanalítica tiene que, en cualquiera de sus posibles presentaciones, hacerse eco de las críticas de Malan (1963) a la tendencia a la prolongación del método psicoanalítico y tomar posición frente a aquellos factores que concurren para que tal alargamiento se produzca. En ocasiones considerando que determinado factor es *inevitable* y necesario terapéuticamente. En otras, cuando se trata de factores *evitables* en determinado tratamiento, evitándolos.

No está de más recordarlos. Los que se refieren al paciente son inevitables en la mayoría de los casos: resistencia, polideterminación, necesidad de elaboración analítica, raíces de la neurosis en la primera infancia y transferencia. Y podría especularse con lo evitable de ciertos

fenómenos, siquiera parcialmente: dependencia, transferencia negativa relacionada con el fin del análisis y neurosis de transferencia.

Entre los que se refieren al terapeuta, todos son evitables en función de su precoz detección y control: tendencia a la pasividad y a dejarse llevar por el paciente, transmisión al paciente de una «sensación de interminabilidad», perfeccionismo terapéutico, creciente interés por experiencias cada vez más profundas y antiguas, y pérdida general de entusiasmo.

En esta misma línea, consideramos que la psicoterapia psicoanalítica y, por supuesto, la no psicoanalítica también, está asentada en general en un principio de *limitación*:

- en cuanto a su objeto de intervención (la psicoterapia de una u otra manera ha de ser *focal*);
- en cuanto a los objetivos que se proponga (la psicoterapia ha de proponerse ciertos objetivos y no otros: ha de ser por tanto de *objetivos limitados*);
- en cuanto al tiempo en que se planifique la intervención directa, técnica, del profesional (la psicoterapia ha de ser de *tiempo limitado*, condición que habitualmente se designa con la denominación no muy precisa de *psicoterapia breve*). La limitación temporal deriva tanto de aplicar los anteriores factores como de las exigencias del contexto en el que están incluidos paciente y terapeuta.

La primordial finalidad terapéutica de la psicoterapia obliga a replantarse la consideración del Yo. Las construcciones teóricas de Freud en torno al Yo son muy complejas. Es uno de los conceptos más cambiantes a lo largo de su obra.

El método psicoanalítico es puesto en práctica por analistas que tienen concepciones teóricas muy diferentes acerca del Yo (véase p.e. Ingelmo et al., 1994). Obviamente, también del método analítico. Se pueden tener —de hecho es así— muy diferentes expectativas acerca de la implicación y colaboración del Yo en la tarea analítica.

Ahora bien, parece que la psicoterapia, si pretende producir cambios en el sujeto, ateniéndose además al principio mencionado de *limitación*, ha de contar con el Yo como objeto y agente del efecto terapéutico.

La escuela del Yo centra el objeto de la psicoterapia psicoanalítica en el análisis de las defensas como un método para lograr que las fuerzas psíquicas en conflicto puedan ser de nuevo puestas al servicio del Yo. Junto a ello está el énfasis en definir la psicoterapia como contexto idóneo para una *experiencia emocional correctora*, destacado en la

formulación de Alexander y French (1946). Veámoslo en sus propias palabras:

«No es necesario —ni posible— durante el curso del tratamiento recordar cada sentimiento que ha sido reprimido. Los resultados terapéuticos pueden lograrse sin que el paciente recuerde todos los detalles importantes de su vida pasada; incluso pueden lograrse buenos resultados terapéuticos en casos en que ni un solo recuerdo olvidado ha aparecido en la superficie (...). No obstante, la creencia inicial de que los pacientes «sufren de reminiscencias» ha penetrado profundamente en las mentes de los analistas que incluso hoy muchos tienen dificultad en reconocer que el paciente no sufre tanto de sus reminiscencias como de su incapacidad para afrontar sus problemas en el momento presente. Los sucesos pasados han preparado, naturalmente, el camino para sus dificultades actuales, pero entonces las reacciones de cada persona dependen de los patrones de conducta construidos en el pasado» (Alexander y French, 1946, pag. 22).

Esta posición será subrayada más tarde por Michael Balint, quien en *The Basic Fault* (1968) resaltaré la importancia de la acción como complemento de la interpretación: «La satisfacción no reemplaza a la interpretación, se suma a ella» (Balint, 1968, p.134).

Efectivamente, el bagaje técnico de la psicoterapia psicoanalítica no se agota en la Interpretación. Existen una amplia gama de recursos que se sitúan «en los límites» o fuera de las técnicas propiamente analíticas que han sido denominados *parámetros*. Se trata tanto de otras intervenciones verbales fuera del proceso de la interpretación (clarificación, confrontación, elaboración, etc.) como de la utilización de ciertas técnicas sugestivas y persuasivas. En este contexto resalta la importancia de los procesos de identificación del paciente con el terapeuta (identificación propiamente dicha, identificación proyectiva) y sus fenómenos complementarios, producto y soporte a la vez del vínculo transferencial.

Pero la psicoterapia psicoanalítica no deja de lado el aspecto educativo que implica, en la interdeterminación entre crecimiento psicológico del sujeto y aprendizaje de afrontación de su situación histórica y actual en el contexto en que se inserta. Las intervenciones no verbales (dramatizaciones, juegos, etc.) desempeñan un importante papel en la exploración y descubrimiento de la articulación entre el mundo interno y su expresión interpersonal.

La psicoterapia psicoanalítica trae de la mano una posición diferente respecto a la realidad del paciente. Si el psicoanálisis se ocupa de la «realidad psíquica» del sujeto, la psicoterapia limita ese aspecto y amplía su atención a otras «realidades» del sujeto. Verdaderamente, la diferencia no está en los ámbitos del sujeto, sino en el foco de atención del

profesional. El psicoanalista dirige, por principio, su escucha al efecto inconsciente que se puede producir en el decir del paciente.

El psicoterapeuta, sin desatender las manifestaciones inconscientes, ha de obligar y obligarse a una focalización en torno a aquellos síntomas cuya superación se hayan establecido como objetivos. Y también tiene que estudiar aquellos otros aspectos de la realidad del paciente que concurren e influyen en la producción y el mantenimiento del síntoma.

Finalmente hemos de subrayar las importantes diferencias en el desempeño del rol del terapeuta, la formación de la alianza terapéutica y las vicisitudes de la relación de trabajo. La clara posición que el psicoanálisis señala al analista, en torno al concepto de *regla de abstinencia*, son matizadas en el contexto de necesidad de la psicoterapia psicoanalítica como el logro de un difícil balance entre mantenerse dentro de los límites de la transferencia, pero no excluir algunos elementos aprovechables de la relación real que se da entre terapeuta y paciente. La consolidación de la motivación de tratamiento y la atención constante a los procesos que se activan en la alianza de trabajo son pieza principal en el curso de la psicoterapia.

Este deslindamiento conceptual entre la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis requiere que abordemos igualmente los límites entre la psicoterapia psicoanalítica y las demás psicoterapias.

Lo específico de la psicoterapia psicoanalítica, por contraste a las otras psicoterapias

Destacamos a continuación los principales ejes de esta especificidad. En primer lugar ciertos núcleos conceptuales singularizan a la psicoterapia psicoanalítica; veamos algunos de ellos.

La referencia a una teoría acerca del aparato psíquico, estructurado en sistemas (*Preconsciente-consciente/Inconsciente*) o en instancias (*Ello-Yo-Superyó*); lo más característico de la orientación psicoanalítica sería postular constantemente la *hipótesis de la actividad del inconsciente*.

La consideración del carácter nuclear de la noción de conflicto psíquico. El *conflicto psíquico* actual adquiriría su fuerza patógena de su vinculación con el *conflicto psíquico nuclear* (neurosis infantil, conflicto edípico). Respecto a qué haya que hacer en la psicoterapia con éste, los distintos autores difieren: para unos es el «foco» general de la psicoterapia. Para otros, la neurosis infantil no debe ser estudiada ni, por tanto, resuelta en este marco.

De aquella manera de conceptualizar el aparato psíquico, se desprende una determinada concepción acerca del sujeto. Y una determinada

manera de entender el Yo (escindido en dos sistemas, uno de los cuales es inconsciente; defendiéndose a través de unos mecanismos, la mayoría de los cuales se le imponen en forma inconsciente, etc.). No obstante, en todos los modelos se insiste en la *importancia del Yo* como «destinatario» de la terapia, como agente de curación y del mantenimiento de la misma.

El papel central de la *transferencia* en el proceso de psicoterapia. Ciertamente que dentro del esquema psicoanalítico hay muy diferentes maneras de entender teóricamente y de operativizar técnicamente la transferencia. Desde quienes consideran, con Freud, que el proceso terapéutico coincide con la resolución de la neurosis de transferencia; pasando por el punto de vista lacaniano que, sobre unas sólidas reflexiones teóricas, considera que la transferencia no debe ser interpretada; hasta la postura, que inicialmente fue del psicoanálisis americano, que postuló nociones tales como «alianza terapéutica» o más recientemente «alianza de trabajo». Esta alianza está entre una «transferencia positiva idealizada» (con cierto parentesco con la sugestión y la persuasión.....) y una «relación interpersonal positiva». Los autores suelen adscribirse a este tipo de transferencia, no interpretable, para el ejercicio de la psicoterapia.

Los conflictos interpersonales son entendidos, de una manera u otra, en relación al conflicto intrapsíquico (ya mencionado más arriba) y éste, será el resultado de las características de «lo pulsional» (éste será el criterio menos adoptado en las psicoterapias) o de las vicisitudes de «las relaciones objetales» (el criterio más frecuentemente adoptado).

Por lo que se refiere al «denominador común» de las técnicas, las principales notas de identidad de la psicoterapia psicoanalítica son: la utilización generalizada y principal de la interpretación; la preocupación por mantener en niveles mínimos la utilización de las técnicas sugestivas y persuasivas, y el papel educativo que tenga la psicoterapia; siendo en parte cognitiva y también en parte conductual, va dirigida sobre todo a neutralizar aquellos procesos (defensas inconscientes, por ejemplo) que inhiben determinadas cogniciones o conductas o que inducen otras; se estima necesario que el *insight* cognitivo venga precedido o acompañado del *insight* emocional, que abre la vía a los cambios estructurales y comportamentales.

Ambos ejes, conceptual y técnico, estructuran la identidad de la psicoterapia psicoanalítica, y marcan las diferencias con la psicoterapia en general.

Aproximación a los modelos sobre el proceso de la psicoterapia psicoanalítica

Freud no trazó un modelo de proceso para la psicoterapia psicoanalítica. A lo largo de su obra hay numerosas recomendaciones técnicas, pero como indican casi todos los revisores de la técnica psicoanalítica (Glover, 1955; Bouvet, 1955; Greenson, 1967; Thöma y Kächele, 1985; Etchegoyen, 1986; Coderch, 1987) aunque se pueden aislar *reglas* y *estrategias*, en muchos casos ambiguas, no se puede distinguir una concepción procesual que vaya más allá de enunciar tres fases: iniciación, curso y terminación del tratamiento.

Ya Bibring, en el congreso de Marienbad (1936), llamó la atención sobre la necesidad de una teoría de la técnica que fuese algo más que una mera compilación de indicaciones formales. Esta cuestión nos lleva de la justificación de la técnica a la articulación de las fases del tratamiento, de manera que la sucesión o secuencia de fases tenga en sí misma un sentido teórico. En consecuencia, el proceso psicoanalítico ha sido descrito como una sucesión de ciclos de cambios en el paciente, y la descripción del proceso se considera equivalente a la identificación de las *fases naturales* y necesarias para que se de el cambio en el contexto de la situación analítica.

Varios son los modelos que desde dentro del psicoanálisis se han construido y descrito para el proceso de la psicoterapia, sin que en los mismos se haya deslindado claramente las diferencias procesales entre la Cura-tipo y la Psicoterapia psicoanalítica. Veamos brevemente algunos de los modelos más frecuentemente citados:

a) El proceso de cambio explicado por el principio de la acción de lo posterior sobre lo pasado

En Sigmund Freud, el proceso psicoanalítico se describe como un acuerdo (*Vertrag*), enunciado en el *Esquema del psicoanálisis* (1938) como una alianza del analista con el Yo debilitado del paciente frente a las exigencias instintivas del *Ello* y las demandas morales del *Super-Yo*. En un trabajo anterior, *Construcciones en Psicoanálisis* (1937), Freud ha descrito implícitamente una teoría del cambio a través de la reconstrucción interpretativa, cuya validación se efectúa en el propio proceso analítico o bien en el decurso histórico posterior. La construcción *actual* opera sobre la huella de la situación traumática pasada o sobre la ausencia de aquella.

La metáfora del combate de los trastornos neuróticos en el terreno de la transferencia (*La dinámica de la transferencia*, 1912) implica una concepción complementaria sobre el proceso psicoanalítico, que será

más frecuentemente tomada *a posteriori* como eje del curso del tratamiento. De esta concepción se derivan las restantes formulaciones del proceso, expuestas a continuación.

- b) El proceso descrito como *vicisitudes de la neurosis de transferencia*, de su formación a su disolución.

Según esta formulación un paciente apto (analizable) hace un contrato con el analista y, al término de un proceso típico, cambia su estructura psíquica y disuelve su transferencia. En este modelo el analista es 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.

Una formulación empírica de este proceso ha sido efectuada por el grupo de investigación del Monte Zion (Weiss, Sampson et al., 1986) quienes han configurado un análisis de la defensa, describiendo el tratamiento psicoanalítico como un conflicto entre la necesidad del paciente de expresar en la transferencia sus creencias patógenas y los esfuerzos del analista por superar las *pruebas* a las que es sometido, evitando reafirmar al paciente en sus creencias patógenas. Si el analista supera la prueba, el analizando puede desactivar la función reguladora de la defensa. Weiss, Sampson y cols. (1986) han aportado evidencias de la superioridad explicativa de la hipótesis procesual, frente a la tesis clásica de la frustración. Para estos autores el proceso total del análisis es una cadena de secuencias de intentos del paciente de inducir al analista hacia un determinado comportamiento y la correspondiente reacción de éste, a lo largo de la cual se reduce la angustia y puede ir cambiando la estructura de la secuencia.

- c) El *proceso como analogía del desarrollo infantil temprano* (Modelo de Fürstenau, 1977, descrito por Thomä y Kächele, 1985).

En el que se considera que el paciente progresa en el curso de la psicoterapia desde etapas más tempranas del desarrollo a etapas posteriores, más evolucionadas. Esta concepción puede ser correcta si se acepta como una metáfora del tratamiento y no como una realidad de funcionamiento efectivo. Las experiencias tempranas no pueden volver a ser vividas auténticamente, y el proceso terapéutico versa siempre sobre la variedad de las experiencias sobredeterminadas del adulto, no sobre experiencias infantiles genuinas. 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*,

y desarrollado posteriormente como *instrumento concreto de conocimiento analítico*, como modelo de trabajo, como supuesto básico para la ordenación de los fenómenos de observación.

Según Fürstenau se dan siete fases, cada una de las cuales se describe desde los puntos de vista generales de la «elaboración de los patrones propios de la relación con el paciente» y de la «construcción de nuevos patrones de relación». Las fases son las siguientes:

- 1) El paciente asigna al analista o psicoterapeuta un papel materno (en la transferencia); el analista debe transmitir seguridad.
- 2) El paciente exhibe su sintomatología, interesándose poco por las conexiones inconscientes de los síntomas. En esta fase vive experiencias relevantes en torno a la confiabilidad y firmeza (en el mantenimiento del encuadre) del analista.
- 3) Elaboración de los aspectos negativos de la relación temprana con la madre.
- 4) Vuelta hacia sí mismo, afrontando la temática de la herida narcisista, mostrando contenidos hostiles hacia la relación temprana con la madre. Se da una mejoría en la sintomatología depresiva menor y la relación con el analista es más tranquila, ya que éste permite la retirada narcisista sin fomentar la culpa.
- 5) Se define la identidad sexual, de forma diferente en los varones y en las mujeres.
- 6) Se aborda el conflicto edípico.
- 7) Terminación del tratamiento y establecimiento de nuevas relaciones. El centro de atención es la elaboración del duelo.

Fürstenau distingue entre el proceso de estructuración gradual («normalización del Sí mismo»), que se ajusta al modelo de fases enunciado —aunque son esperables fases recurrentes por recaídas graves en fases regresivas, que el analista ha de gestionar— y el proceso de «puesta al día» de las fijaciones, mediante el análisis de la transferencia y la resistencia. Ambas dimensiones del proceso se entrecruzan dialécticamente en el proceso terapéutico global.

El proceso en fases evolutivas, tal como lo describe Fürstenau, se da con pacientes con un Yo estructurado (intacto), relativamente fuerte. Cuando se trata de pacientes con trastornos yoicos estructurales (Psicóticos, narcisistas, dependientes, perversos) ambas dimensiones del proceso se funden, de manera que el terapeuta tiene que tomar papeles específicos.

Fürstenau desarrolló su modelo para ofrecer seguridad al terapeuta, tras constatar en las supervisiones clínicas la necesidad de este referente. Thöma y Kächele (1985) critican el aspecto secuencial de las fases

del proceso terapéutico, por considerar exagerado asumir un modelo lineal de desarrollo, e incluso un modelo en espiral ordenado secuencialmente. No obstante el modelo de Fürstenau tiene la singularidad de describir adecuadamente el proceso esperable en ciertos pacientes característicos en tratamiento psicoanalítico convencional, aunque exigiría ser reconsiderado a la luz de las diferentes modalidades de psicoterapia psicoanalítica.

d) El *modelo reconstructivo del proceso*.

En el que se combina la restauración del Self con el proceso de la neurosis de transferencia. Este modelo lo articula Kohut al describir el proceso de «restauración del Self» (1971, 1977, 1979, 1984) en una serie de fases:

- 1) Fase de resistencias generales graves.
- 2) Fase de experiencias edípicas dominadas por ansiedades graves de castración.
- 3) Nueva fase de graves resistencias.
- 4) Fase de ansiedad de desintegración.
- 5) Fase de alternancia de ansiedades moderadas y expectativas positivas, favorables.
- 6) Fase edípica sana y gozosa, con la manifestación de un Sí mismo firme y sexualmente diferenciado, que se proyecta hacia un futuro estable, creativo y productivo.

Estas fases descansan, para Kohut (1984), en el supuesto de que *el proceso analítico avanza desde la «superficie» hacia los niveles más profundos*, en el cual las vicisitudes de la transferencia permiten la repetición de las secuencias del desarrollo en un sentido inverso, y en el que el papel del analista es mostrar al paciente que este desarrollo es posible. Kohut converge así con la formulación del proceso de la psicoterapia psicoanalítica como experiencia emocional correctora (Alexander y French, 1946).

e) El proceso psicoanalítico considerado un *proceso de negociación interaccional* (el tratamiento en cuanto interacción diádica-específica) entre dos sistemas de procesos (analista y analizado) que obedece a reglas de relación, explícitas o implícitas.

Los autores que se han interesado por esta concepción (Moser y cols., 1981; von Zeppelin (1981), y sobre todo Peterfreund, 1976, 1983) han esbozado modelos del proceso basándose en conceptos de la

psicología cognitiva y esquemas de procesamiento de la información. Para von Zeppelin (1981) el supuesto principal del modelo de proceso consiste en que el analista y el paciente están produciendo continuamente imágenes (modelos) sobre el estado del sistema de regulación, tanto de Sí como del sistema del Otro, y la interacción entre ambos. Para la creación y mantenimiento de relaciones se establece un contexto de regulación especial que contiene los deseos y reglas necesarias para su realización. Las reglas de relación relevantes para el Sí mismo tienen significación clínica por su papel en el mantenimiento de la estabilidad del sistema de regulación. A estas reglas se subordinan jerárquicamente las reglas de relación relevantes para el objeto, que siguen las reglas de relación dadas socialmente (Thomä y Kächele, 1985). La transferencia sólo se da donde se han puesto en juego reglas de relación relevantes para el Sí mismo.

Para von Zeppelin, el proceso terapéutico se da porque el analizando pide la regulación del analista. La tarea del proceso terapéutico consiste en el esclarecimiento de las expectativas no conscientes que el analizado pone en el analista, cumpliendo el proceso terapéutico cuatro funciones principales:

1) Ampliar el proceso afectivo-cognitivo de búsqueda, especialmente la capacidad de auto-reflexión, en relación con la regulación.

2) Construcción y experienciación en el aquí y ahora de un modelo *ad hoc* de la relación entre analista y analizando, que luego debe ser transferida a las relaciones reales fuera del análisis.

3) Modificación gradual de la interacción terapéutica, efectuando 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 de la transferencia y contratransferencia se realiza mediante la aplicación de estos cuatro principios en la relación terapéutica, en fases sucesivas en las que se reelaboran una y otra vez aspectos focales. El *insight* es, entonces, la construcción de modelos de aproximación que iterativamente buscan la solución.

Emmanuel Peterfreund ha formulado una serie de principios y modelizaciones para el proceso psicoanalítico que es interesante comentar aquí. Peterfreund y Schwartz (1976) consideran el proceso psicoanalítico como un sistema de procesamiento de la información autorregulado y en extremo complejo, red de comunicación y aprendizaje que incluye al analista y al analizando. La modelización elaborada es la de *funcionamiento óptimo*, que consta de los siguientes elementos modulares:

- 1) Información y programas existentes (información y formación previa del analista, información lograda durante el proceso terapéutico).
- 2) Estímulos para la labor analítica (nueva información a procesar), bien procedentes del paciente o del analista.
- 3) Norma de estrés-desorden y regresión parcial-asociación libre.
- 4) Acciones de exploración, selección, separación, comparación y ensayo-error, todo ello en mecanismos de *feedback*.
- 5) Selección natural del *insight*.
- 6) Reestructuración-reprogramación en todos los niveles jerárquicos o proceso de translaboración.

El cambio terapéutico depende para Peterfreund de varios factores activados durante el proceso psicoanalítico. Los más importantes son: a) la accesibilidad de nueva información, gran parte de la cual no había estado accesible antes; b) la elaboración extensiva de información, con programaciones, reprogramaciones y verificaciones; c) activación adecuada de sistemas de control de emociones y pulsiones, mediante el proceso de abreacción; y d) la persona del analista, que facilita nueva información y nuevas programaciones. Peterfreund ha aportado posteriormente (1983) algunos conceptos relevantes, como la aplicación del concepto de *Modelos Internos Actuantes* a la comprensión del comportamiento interpersonal y a los fenómenos que se dan en la relación y proceso terapéutico. Peterfreund ha identificado 8 modelos internos actuantes en el analista, que reseñamos brevemente:

1. *Modelo de conocimiento del mundo*, que incluye información sobre como se dan en la cultura y el mundo las relaciones interpersonales, las emociones y cogniciones entre las personas normales.
2. *Modelo de su propia historia personal*, constituido por el autococonocimiento logrado sobre sus rasgos idiosincráticos, reacciones características, afectos, etc.
3. *Modelo del desarrollo y experiencia emocional y cognitiva en la infancia*, acerca de cómo experiencia y reacciona un niño en sus diferentes etapas evolutivas.
4. *Modelo del proceso analítico*, sobre los sucesos y elementos característicos del mismo.
5. *Modelo de síntesis de su experiencia clínica y aprendizaje previo*, incluyendo numerosas observaciones y generalizaciones, patrones de asociación de síntomas y rasgos de personalidad y experiencias infantiles.

6. *Modelo del paciente*, construido durante el proceso terapéutico, que funciona como una teoría y esquema perceptivo sobre el paciente.

Y junto a estos modelos actuales, basados todos ellos en la experiencia, actúan dos *meta-modelos*, el meta-modelo clínico-teórico, que incluye una teoría del proceso; y el meta-modelo que globaliza los seis primeros de acuerdo a conceptos sobre sistemas, procesamiento, jerarquía, modelos neurofisiológicos, etc.

Las estrategias del cambio en el proceso terapéutico vienen en Peterfreund determinadas por una concepción del paciente como participante activo en el proceso psicoanalítico. Para facilitararlo, el analista ha de promover en el paciente cinco clases de acciones y condiciones:

- a) la primacía de la interrogación y comprensión;
- b) experiencias de introspección y asociación libre, seguidas de expresión emocional;
- c) trabajo analítico activo e independiente en el paciente;
- d) concienciación de los diferentes niveles de experiencia y de organización cognitiva y emocional;
- e) devolución correctora de los errores.

Todo ello en el contexto de dos ejes básicos para la labor analítica: el descubrimiento de los significados personales únicos, y el establecimiento de contextos completos (cognitivos y emocionales) para la experiencia y la acción. Los conceptos y modelos de Peterfreund han aportado reflexiones interesantes sobre la naturaleza del proceso psicoanalítico, constituyendo sugerentes hipótesis de investigación.

f) El *proceso en su dimensión natural*, en el que analista cumple su función sólo con tomar conocimiento de las *regularidades* postuladas por el modelo, sin perturbar su despliegue con estrategias *heurísticas*.

En esta perspectiva la conducta del analista se orienta en torno a una *visión naturalista del proceso*, que él intenta apoyar con neutralidad e interpretaciones, excluyendo a los pacientes «no analizables». En esta concepción la diferenciación entre proceso psicoanalítico y proceso de psicoterapia psicoanalítica es neta, ya que ésta última se excluye.

g) *El modelo del proceso dirigido estratégicamente.*

El grupo de investigación de la Universidad de Ulm ha formulado un modelo de proceso basado en los siguientes axiomas (Thomä y Kächele, 1985):

- 1) La asociación libre del paciente no conduce por sí sola al descubrimiento de los aspectos inconscientes del conflicto.
- 2) El psicoanalista selecciona metas tácticas a corto, medio y largo plazo.
- 3) Las teorías psicoanalíticas sirven para generar hipótesis, que deben ser evaluadas mediante procedimientos de ensayo y error.
- 4) La utilidad de los recursos terapéuticos depende de su capacidad para inducir el cambio; si no inducen el cambio deben ser sustituidos por otros más efectivos.
- 5) El *mito de la uniformidad* en el proceso del psicoanálisis y de la psicoterapia, conduce al autoengaño.

El grupo de Ulm considera la compatibilidad de la regla de la *asociación libre* y la complementaria *atención flotante*, con el concepto de *foco del tratamiento*. La concepción estratégica del proceso consiste en la adecuada elección de focos dentro de una consideración focal para todo el proceso psicoanalítico. A la identificación del foco se llega por vías diversas (intuitivas, teóricas, empíricas), y se reconoce como tal cuando se dan ciertas propiedades:

- a) El analista genera hipótesis sobre motivos inconscientes que tienen sentido para el analizando.
- b) El analista guía al paciente hacia el foco a través de intervenciones apropiadas; y
- c) El analizando se compromete cognitivamente y emocionalmente con el foco.

El *foco* es el eje central del proceso, y para Thomä y Kächele (1985) la psicoterapia psicoanalítica es una *terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante*, considerando que el desarrollo de la neurosis de transferencia depende principalmente del analista. Este modelo focal converge con los planteamientos clásicos de Alexander y French sobre los *conflictos nucleares* (1946) y con los desarrollos de investigación más recientes (Luborsky et al., 1988) sobre el tema relacional núcleo del conflicto. En esta perspectiva el proceso psicoanalítico se concibe de forma más flexible, mediante una técnica que se orienta heurísticamente, que busca, encuentra, descubre y crea mejores condiciones para el cambio del paciente. Las posiciones del grupo de Ulm son un buen ejemplo de anti-dogmatismo psicoanalítico, en el que la teoría sirve a la evidencia, y no a la inversa.

Hasta aquí esta aproximación a algunos de los modelos del proceso más característicos. El lector puede encontrar nexos con las perspectivas de investigación en otros trabajos (véase Avila, 1994b).

Referencias

- Alexander, F.-French, T.M. (comps) (1946): *Psychoanalytic Therapy*. Nueva York: Ronald Press (versión castellana: Buenos Aires, Paidós, 1965).
- Assoun, P.L. (1982): Los grandes descubrimientos del psicoanálisis. En Jaccard, R. (comp.): *Histoire de la Psychanalyse*. París: Hachette (versión castellana: Buenos Aires: Granica, 1984).
- Atxotegui, J. (1994): Delimitación conceptual del área de las psicoterapias psicoanalíticas. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 35-51.
- Avila, A. (1990): *Técnicas de psicoterapia*. Proyecto Docente, Universidad de Salamanca.
- Avila, A. (1994a): ¿Qué es psicoterapia?. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 3-34.
- Avila, A. (1994b) Contribuciones de la investigación sobre la psicoterapia psicoanalítica. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 625-666.
- Avila, A.-Poch, J. (comps.) (1994): *Manual de Técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A.
- Bachs, J.-Notó, P. (1994): Vicisitudes del proceso terapéutico. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 313-332.
- Balint, M. (1968, 1979): *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. Londres: Tavistock Pub. (versión castellana: Buenos Aires, Paidós, 1982).
- Bercherie, P. (1983): *Genèse des concepts freudiens*. París: Navarin. (versión castellana: Buenos Aires, Paidós, 1988).
- Botella, C. (1986): *Introducción a los tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Bouvet, M. (1955): La cure type. En A.Laffont-M.Coumetou: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*. París, Cod. 37812.A
- Chacón, P. (1994): La noción de inconsciente en psicología. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 53-90.
- Coderch, J. (1987, 1990): *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Cosentino, J.C. (1993): *La construcción de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Manantial.
- Dubois, P. (1904): *Les psychonévroses et leur traitement moral*. París.
- Ellenberger, H. (1970): *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books (versión castellana: Madrid: Gredos, 1976).
- Etchegoyen, R.H. (1986): *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Feixas, G.-Miró, M.T. (1993): *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Ferenczi, S. (1912): Sugestión y psicoanálisis. En *Obras Completas*. Tomo I (1908-1912), pag. 259. Madrid: Espasa Calpe, 1981.
- Fiorini, H. (1973): *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1894): Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas* Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1990 (en las restantes citas se utilizará la abreviatura A.E. seguida del volumen, para esta edición de las obras completas)
- Freud, S. (1895): Estudios sobre la histeria en A.E. , II.
- Freud, S. (1896): Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa A.E., III.
- Freud, S. (1900): La interpretación de los sueños en A.E. IV y V.
- Freud, S. (1911-1915): Trabajos sobre técnica psicoanalítica A.E. , XII., 77-171.
- Freud, S. (1912): Sobre la dinámica de la transferencia, A.E. , XII.
- Freud, S. (1913): Sobre la iniciación del tratamiento (nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis) A.E. , XII.
- Freud, S. (1915a): Puntualizaciones sobre el amor de transferencia A.E. , XII.
- Freud, S. (1915b): Pulsiones y destinos de la pulsión, A.E. , XIV.
- Freud, S. (1924): El sepultamiento del complejo de Edipo A.E., XIX.
- Freud, S. (1937): Construcciones en psicoanálisis A.E., XXIII.
- Freud, S. (1938): Esquema del psicoanálisis A.E., XXIII.
- Fürstenau (1977): Praxeologische Grundlage der Psychoanalyse. En Von Gratz, L.J.- (Ed.): *Clinische Psychologie. Vol.8: Handbuch der Psychologie*. Zurich: Hogrefe
- Gay, P. (1988): *Freud. A life for our time*. New York: Norton & Co. (versión castellana: Barcelona: Paidós).
- Glover, E. (1955): *The Technique of Psychoanalysis*. Nueva York: International Universities Press.
- Greenson, R.R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Nueva York, International Universities Press (versión castellana: Mexico, Siglo XXI, 1978).
- Gutiérrez Sánchez, G. (1993): *Técnicas de Psicoterapia*. Proyecto Docente, Universidad Complutense de Madrid.
- Gutiérrez Sánchez, G. (1994): La interpretación en la cura psicoanalítica y sus condiciones de posibilidad: la asociación libre, la escucha analítica y la transferencia *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 26, (Febrero) 53-71.
- Ibañez, E.-Caro, I. (1994): La psicoterapia psicoanalítica vista desde la psicología cognitiva. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*, Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 593-624.
- Ingelmo, J.-Ramos, M.I.-Muñoz, F. (1994): Teorías del mundo interno y del conflicto intrapsíquico (III): La Psicología del Yo y sus perspectivas recientes. En Avila, A.-Poch, J. (comps.): *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 163-196.
- Kohut, H. (1971): *The Analysis of the Self*. Nueva York: International Universities Press (versión castellana: Buenos Aires, Amorrortu, 1976).
- Kohut, H. (1977): *The Restoration of the Self*. Nueva York, International Universities Press (versión castellana: Barcelona, Paidós, 1980).
- Kohut, H. (1979): The two Analysis of Mr. Z. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 3-27.

- Kohut, H. (1984): *How does Analysis Cure?*. Chicago: University of Chicago Press (versión castellana: Buenos Aires, Paidós, 1986).
- Laplanche, J.-Pontalis, B. (1968, 1979): *Vocabulaire de la Psychanalyse*. París: PUF (versión castellana: Barcelona: Labor, 1983).
- López Piñero, J.M.-Morales Meseguer, J.M. (1970): *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Madrid: Espasa-Calpe.
- Luborsky, L.-Crits-Christoph, P., et al. (1988): *Who will benefit from Psychotherapy?. Predicting Therapeutic Outcomes*. Nueva York: Basic Books.
- Malan, D.H. (1963): *A Study of brief psychotherapy*. Londres: Tavistock Pub. (Versión castellana: Buenos Aires, CEAL).
- Mazzuca, R.-Lombardi, G.-Lajonquière, C. (1986): *Curso de psicopatología. Temas introductorios a la psicopatología*. Buenos Aires: Tekné.
- Mazzuca, R.-Lombardi, G.-Lajonquière, C. (1987): *Curso de psicopatología. Neurosis Obsesiva*. Buenos Aires: Tekné.
- Mitjavila, M. (1994): La iniciación del tratamiento. En Avila, A.-Poch, J. (comps.) *Manual de Técnicas de Psicoterapia: Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI Editores de España, S.A. pp. 265-288.
- Mosser, U., et al. (1981): *Objektbeziehungen, Affekte und Abwehrprozesse. Aspekte einer Regulierungstheorie mentaler Prozesse*. Universidad de Zurich, Informe 9 del Grupo Interdisciplinario para el estudio del conflicto.
- Peterfreund, E. (1983): *The Process of Psychoanalytic Therapy. Models and Strategies*. Hillsdale, Nueva Jersey: American Psychiatric Press Inc.
- Peterfreund, E.-Schwartz, J.T. (1976): *Información, sistemas y psicoanálisis*. Mexico: Siglo XXI.
- Schneider, P.B. (1976): *Propédeutique d'une psychothérapie*. París: Payot (Versión castellana: Valencia: Nau Llibres).
- Thomä, H.-Kächele, H. (1985): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. 2 vols. Heidelberg: Springer-Verlag (Versión castellana: Barcelona, Herder, 1989).
- Weiss, J.-Sampson, H. et al. (1986): *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations and Empirical Research*. Nueva York: The Guilford Press.
- Zeppelin, I. von (1981): *Skizze eines Prozeßmodells der psychoanalytischen Therapie*, Universidad de Zurich, Informe 14 del Departamento de Psicología.
- Zukerfeld, R. (1990): Transferencia y sugestión. En Braier, E.A.: *Psicoanálisis. Tabúes en teoría de la técnica. Metapsicología de la cura*. Buenos Aires: Nueva Visión.