

Proceso analítico y esquema referencial

Luis Rascovsky
(Buenos Aires)

El proceso analítico abarca el estudio y conocimiento de los múltiples, variados y complejos fenómenos que intervienen en la constitución y desarrollo de lo que denominamos situación analítica y por ende constituye una ampliación o una reapertura, tendiente a ampliar los significados ya concentrados bajo esta última designación.

La palabra proceso así lo está indicando puesto que significa, dicho abreviadamente, el conjunto de acontecimientos que tienen lugar por ejemplo en un juicio y por extensión al juicio mismo. En consecuencia con la expresión proceso analítico queremos denominar todos los acontecimientos psíquicos (vivencias) que tienen lugar, desarrollo y desenvolvimiento durante dicho procesamiento y que involucran a ambos componentes de la situación analítica: paciente y terapeuta. Su estudio abarca por consiguiente múltiples aspectos y es desde ya muy extenso. El propósito concreto de esta comunicación es tomar solamente uno de estos aspectos que se refiere al esquema que cada analista considera que maneja en el ejercicio de su labor. No supongo que mi experiencia tenga validez concluyente ni que mis observaciones sean exhaustivas, sino que las considero más bien una introducción al problema en consideración. Por otro lado, no llevan ningún fin polémico y sí sólo exponer conclusiones a las que he llegado a través de la experiencia de varios años de labor terapéutica y didáctica.

Podríamos delinear al proceso analítico como el conjunto de fenómenos vivenciales que

se establecen y experimentan entre paciente y terapeuta desde que el primero va en procura del segundo a fin de buscar su cooperación con el fin de reconstruir o reestructurar aspectos enfermos de su personalidad. Esto involucra un esquema referencial de los propios conceptos de enfermedad o deterioro, así como el estudio de una serie de fenómenos psíquicos intercurrentes, cada uno de los cuales tiene para ambos participantes un marco referencial determinado. Este marco referencial es un vínculo o relación intelectual y afectiva que se establece con una forma de pensar y sentir sintónica entre el self y uno o más objetos representados o contenidos en el esquema.

Desde su iniciación y aún antes, los esquemas referenciales de ambos personajes de la situación, básicamente son los siguientes: uno de ellos piensa y siente que está enfermo y que aquél a quien acude- no solamente está sano, sino además capacitado para comprender y subsanar lo que a él le acontece. Este esquema referencial es compartido por el terapeuta que siente y piensa lo mismo que su paciente.

Estos esquemas coincidentes sufrirán variadas mutaciones en el curso del proceso. Más aún, desde su iniciación esta identidad de esquemas puede no existir, cuando por ejemplo, el analista siente antipatía, molestia, excesiva preocupación no sólo por la persona física del analizado, sino por el tipo de trastorno que éste presenta. Verbigracia, a este analista no le agradan los pacientes melancólicos o deprimidos, o el otro siente rechazo por las personalidades psicopáticas, o al otro le fatigan o no entiende a los delirantes, obsesivos, etc.

El esquema referencial no está constituido solamente por un enlace o unión con un sistema de pensamiento o de estructuras intelectuales o de teorías científicas, sino que en cada individuo y en la medida de sus capacidades está referido a su modo de pensar, sentir, vivir en relación a su propio self y del mundo social que integra y en el que a la vez está contenido. Sus cosas y sus no cosas, materiales, espirituales, narcisistas o sociales, políticas, económicas, amadas, odiadas, despreciadas o envidiadas, etc., no son meras existencias reales o fantaseadas, sino que a la vez reflejan su incidencia a través del marco referencial del Yo. Tanto el esquizoide como el maníaco o el depresivo, el fóbico o el obsesivo, el histérico o el psicópata, se muestran con sus respectivos esquemas referenciales.

Establecida la existencia de esquemas referenciales, tanto del paciente como del analista, veamos qué acontece con los mismos.

Señalamos que de entrada la identidad de esquemas puede no existir. Esto no permite un buen “rapport” o acercamiento. Es evidente que ello revela que el terapeuta en este aspecto no es tan sano como el esquema referencial supuesto del paciente lo concebía, ya que el trastorno evidenciado en el enfermo es un aspecto negado o reprimido en el terapeuta que reaparece en el enfermo y teme reintroyectar. Esta situación es inmediatamente captada por parte del paciente e induce una variante en el marco referencial que tiene de su analista y de sí mismo. En el caso de no darse esta situación inicial y el balance o identidad entre ambos esquemas posibilite la iniciación del trabajo, la propia labor analítica, los fenómenos de la transferencia y contratransferencia harán surgir de inmediato el problema por más oculto que quiera mantenerse. El primitivo esquema coincidente, puede mantenerse mediante mecanismos de negación e idealización, pero en el obligado acontecer analítico de intercambios de objetos internos y externos y de identificaciones proyectivas, el analista pasará a ser depositario alternativamente de uno o varios de estos objetos internos arcaicos y dependerá de su grado de salud y de su “esquema referencial”, el destino que hará jugar a esta identificación proyectiva y su manejo puede decidir el curso y desarrollo del proceso.

Veamos ahora qué puede acontecer con el marco referencial que el analista puede introducir a través de la interpretación en el desarrollo del proceso analítico. Todos estamos de acuerdo en que el instrumento básico de la labor analítica es la interpretación. Ella debe tener a su cargo desentrañar todos los elementos que obstruyen o a veces facilitan hacer consciente lo inconsciente, superar las resistencias, discriminar realidad y fantasía, pasado, presente y futuro, etc., a través de las defensas. Pero, ¿qué es interpretar?, cómo, qué y cuando. ¿Al comienzo luego, más tarde, e-n diálogo y de acuerdo a qué y a quién? Por supuesto que es al material y dentro de la situación analítica. ¿Pero estamos plenamente seguros que en el diálogo establecido y en nuestras interpretaciones, por más ajustados al contexto del proceso que nos hallemos, no introducimos un marco referencial además del propio a la situación que se está desarrollando?

La utilización de esquemas en forma rígida o estereotipada de parte del analista, constituye una técnica defensiva frente al peligro transferencial-

contratransferencial. La firme adhesión al mismo, lo aleja defendiéndole de aproximarse y unirse- más con el paciente, y es como si el terapeuta sólo le permite al enfermo participar, en condición de tercero, aceptando la unión del analista con su esquema, que es vivido como la unión de ambos padres o subrogados. La hostilidad del paciente, manifiesta o no ante esta imposición es la resultante agresiva y a la vez defensiva de sus más intensos deseos de unión y posesión recíproca con el terapeuta —mamá o papá— sin terceros que la interfieran.

He meditado durante mucho tiempo en la influencia que tales esquemas pueden ejercer en el curso del proceso analítico, sus ventajas e inconvenientes, etc., en cuanto a su utilización y también he procurado investigar su dinámica y economía, permitiéndome así una mayor comprensión del fenómeno.

Es indudable que en la formación de todo analista, los esquemas referenciales de su analista didáctico principalmente, como así el de sus controles, profesores, etc., configuran por identificación esquemas para el nuevo analista que a veces quedan estables y rígidos, o sufren con el correr del tiempo, cambios que van adecuándose a las necesidades y nuevas experiencias en el proceso de aprendizaje, hasta llegar a la constitución de un esquema referencial individual, propio o independiente, vivido así subjetivamente, que por ende tendrá mayor fluidez y abandonaría su carácter rígido o estereotipado.

Los esquemas analíticos se conciben, crean y desarrollan en el ámbito de un proceso analítico y pueden perdurar o ser modificados mediante el análisis de las identificaciones correspondientes y sus motivaciones.

Pude observar en el tratamiento con varios pacientes y especialmente útil me fue la cooperación de un enfermo muy inteligente, pero con una difícil caracteropatía, que ya había hecho fracasar un análisis anterior, que todo esquema que quiera introducirse a través de la interpretación que no sea un producto concebido, creado y desarrollado durante el proceso con la participación de ambos, paciente y terapeuta, e-s vivido como un cuerpo extraño, ajeno, alienado al proceso analítico.

El esquema referencial debe ser la resultante de la relación transferencial-contratransferencial; es decir, el producto de la interacción recíproca entre terapeuta y paciente en base a que el primero mediante sus conocimientos

técnicos procura que el paciente a través de sus defensas y mecanismos se enfrente con sus ansiedades y objetos internos, mediante la pantalla proyectiva actualizada en la figura del analista configurándose así marcos referenciales concebidos, creados y desarrollados en la situación actual y dinámicamente operante del proceso analítico. Esta creación, esquema o construcción, es vivenciada, tanto por el paciente como por el terapeuta, como algo que integra el contexto de un descubrimiento logrado mediante una concepción, unión o coito entre terapeuta y paciente en los distintos niveles y roles objetales en que puedan identificarse.

Todo marco o modelo referencial que no sea así concebido, es vivido por el paciente como un artificio ajeno al proceso, lo experimenta como una alianza o pareja de su analista con su esquema, a la que es forzado a participar como observador de una escena primaria lleno de rencor, celos y envidia.

Daré un ejemplo suficientemente ilustrativo. Un paciente frente a cuyo silencio reiteradamente le interpretaba de acuerdo a mis esquemas referenciales se exasperaba, reforzando su resistencia a cooperar, tratándome con suma hostilidad o si no redo-blando aún más su silencio. Advertido de lo que acontecía, resolví cambiar mi actitud abandonando mis interpretaciones y aproximándome más a mi enfermo; en mi intento de que él mismo me ayudara a buscar los motivos de su silencio, le dije simplemente:

“Pero algo debe estar usted diciéndome con su silencio que yo no puedo detectar”; a lo que el paciente respondió de inmediato y con gran vivacidad: “Ya lo creo, que me deje usted estar en silencio o usted no sabe apreciar todo lo que el silencio puede expresar. No solamente rabia; la música no existiría sin silencios. Cuanto más me venga con sus interpretaciones, menos va a obtener algo de mí”. No voy a exponer aquí (pero puedo poner a disposición de quienes lo deseen) el valioso material que se fue elaborando con respecto al silencio en esa y ulteriores sesiones, como símbolo abstracto en su doble significación y las variables a que daba lugar cuando el símbolo se enlazaba a un objeto personalizándose o el objeto se transformaba en el símbolo mediante su despersonalización, como asimismo los múltiples roles que tales identificaciones implicaban en las situaciones triangulares a que daban lugar la tríada silencio-paciente-terapeuta, incluidos y excluidos. Percibí de inmediato todo su rencor, que aunque provenía de varias fuentes, básicamente se debía a no sentir que yo estaba incondicionalmente solo con él, sino que

contrariamente, yo estaba unido con mis interpretaciones-esquemas y quería obligarlo a escuchar y observar esa unión. En base a ello y otras asociaciones, así lo interpreté, uniéndolo históricamente al recuerdo de la lactancia del hermano menor, quien recibía en silencio todo el amor-leche de su madre y cuya concepción y nacimiento constituyó un elemento clave en el desarrollo de su caracteropatía. La fantasía inconsciente, que yo con mis interpretaciones perturbaba, era de invertir la situación y ser él el lactante feliz al pecho silencioso de la madre analista y no el niño mayor a quien yo le imponía presenciar mi unión con el hermano interpretación o esquema.

Una observación frecuente en la supervisión de candidatos y aun de terapeutas ya graduados y con mayor experiencia, es el impacto que sufren frente a los esquemas referenciales de un colega o analista de cierto prestigio con el que se han puesto en contacto. Por ejemplo, con la llegada del Dr. D. Meltzer, los fenómenos transferenciales relacionados con los días de la semana y fines de la misma, como así el modelo de la “mamy-toilet” o el seno conteniendo el pene paterno, adquirieron una prevalencia esquemática referencial preponderante. No dudo que éstos hayan sido concebidos por el Dr. Meltzer en colaboración con sus pacientes, es decir, creados dentro del proceso desarrollado entre ambos. Pero querer llevar esta creación a otros análisis en forma reiterada, en momentos en que esto se está procesando solamente en la mente del analista, constituye un error con toda la implicación a la que antes nos hemos referido. Así como en este ejemplo, puede hacerse extensivo a otros esquemas, sean éstos más o menos generalizados, cuando son usados en forma indiscriminada o estereotipada.

Las personas, pacientes o terapeutas, con estructuras yoicas deficitarias o muy necesitadas de apoyo narcisístico o de convivencia simbiótica o parasitaria, aceptan estas pseudoidentificaciones que en general tienden a favorecer la resistencia al análisis mismo. Esto que de por sí entorpece, dificulta y prolonga una buena labor analítica, encuentra muy a menudo máxima expresión en los análisis didácticos, en donde junto a mecanismos defensivos de negación, idealización y racionalización, se intenta una falsa fusión objetal con el terapeuta. Si esta fusión es consentida por motivos contratransferenciales y no elaborada, conduce ulteriormente a la formación de círculos o grupos en los que está incluido manifiestamente el idealizado líder en la persona real del analista didáctico como objeto externo o en forma

encubierta en la figura de un sublíder y siempre en ausencia de estas modalidades, en forma de un objeto internalizado psíquicamente real. Tales grupos se sienten poseedores de la única verdad y de la total comprensión del misterioso secreto de todo lo que constituye la esencia y los pormenores del proceso analítico, negándolo por supuesto en todos los que con ellos pueden disentir. Tales grupos tienden más a la creación de controles, hegemonías, luchas, disociaciones, etc., que a una verdadera y proficua tarea de investigación científica.

El problema es fácil de observar, pero difícil de resolver. Hay muchos elementos nobles en favor de la utilidad de los esquemas referenciales, como asimismo hay muchos elementos espúeos que se incrementan con su sistematización y abuso.

Cuando el terapeuta se ha liberado de una tal situación, podrá dirigir el proceso a su cargo reformulando cuantas veces sea necesario sus esquemas y que éstos finalmente constituyan elaboraciones propias al curso del proceso analítico.

Las deducciones emanadas de la aplicación de esquemas referenciales rígidos, a pesar de su aparente utilidad y de su convincente certeza subjetiva, son posibles de ser invalidadas como una resultante ajena o espúea al proceso analítico mismo.