

VIII CONGRESO ARGENTINO DE PSICOANÁLISIS

EJE TEMÁTICO: TEORÍA Y TÉCNICA

TÍTULO: CUESTIONES DE ENCUADRE

AUTOR: Psic. María Angélica Maronna

MIEMBRO TITULAR

ASOCIACIÓN DE PSICOANÁLISIS DE ROSARIO

En esta presentación me propongo compartir algunas inquietudes acerca de los fenómenos que se producen en la relación entre el paciente y el analista al inicio de la terapia psicoanalítica.

En los últimos tiempos, la mayoría de los pacientes llegan a la consulta con un encuadre pre-determinado respecto del número de sesiones semanales (una).

Pretendo desarrollar cómo, a mi entender, influye en la tarea terapéutica y en esta específica situación, el funcionamiento mental tanto del paciente como del analista y su interrelación.

Freud en Consejos al Médico de 1912, plantea que el analista debe volver hacia el inconsciente emisor del paciente su propio inconsciente para que funcione como receptor. Siendo su propio inconsciente el instrumento del análisis, el analista tiene que tener cierta condición psicológica para no rechazar ni tener resistencias que impidan hacer consciente lo que su inconsciente ha percibido. Es importante que el analista haya podido tomar noticia de sus “propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece” porque entiende Freud que cualquier represión no solucionada corresponde a un “punto ciego en su percepción analítica”.

En Sobre la Iniciación del Tratamiento de 1913, considera como puntos importantes para el comienzo de la cura analítica las estipulaciones sobre tiempo y dinero, con la observancia rigurosa de algunas estipulaciones.

Donald Meltzer en El Proceso Psicoanalítico considera que la contribución del analista es de dos tipos: la creación y mantenimiento del encuadre dentro del cual el proceso analítico, la evolución de la transferencia, tiene lugar y la creación del aspecto del proceso interpretativo. Se refiere al vínculo entre la transferencia y la contratransferencia, las funciones inconscientes e infantiles de las mentes del paciente y del analista, y la capacidad de este último para desplegar su “órgano de la conciencia” hacia adentro para comprender su contratransferencia. El encuadre debe reducir las interferencias en el desarrollo y elaboración de la transferencia. Cada analista, opina Meltzer, debe idear un estilo simple de trabajo analítico, encontrando a través de su sensibilidad los medios de modulación requeridos por esa persona dentro del marco de su técnica.

Freud en Recordar, repetir y elaborar de 1914, se refiere a la relación de la compulsión de repetir con la transferencia y la resistencia considerando que cuánto mayor sea la participación de esta última, más será sustituido el recordar por el actuar.

Racker plantea que la transferencia empieza antes de la primera entrevista, es compleja y considerada neurótica desde el primer día, por lo que nos interesa no solo lo que dice el paciente sino por qué, cómo, para qué y cuándo lo dice. Considera que transferencia y contratransferencia son dos componentes de una

unidad, que se dan vida mutuamente y crean la relación de la situación analítica. A través de la contratransferencia sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace en relación con el analista y lo que siente y hace frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista. La transferencia lleva a una conducta real frente al analista y la tarea analítica, quien responde con sentimientos, angustias y deseos también reales.

La identificación del analista con el objeto con que el analizado lo identifica es el proceso contratransferencial normal, debe ser pasajero y de intensidad moderada como para no perturbar la labor. Normalmente el analista la utiliza para comprender e interpretar los procesos del mundo interno del paciente.

Considerando el funcionamiento por identificación proyectiva como método de comunicación, el paciente no solamente se deshace de sus sentimientos sino que también ofrece la oportunidad al analista de darse cuenta de ellos.

En la tarea analítica estamos expuestos a maneras de funcionar de los pacientes con los demás (los objetos) como recipientes donde proyecten aquellas partes del sí mismo que les causa dolor, ansiedad o lo sienten como no deseado.

Tomando a Meltzer, si la forma más primitiva de alivio del dolor psíquico se realiza mediante la evacuación en el objeto externo (analista en este caso) de las partes angustiadas del self y de los restos de los objetos internos atacados, la tarea que debe llevar adelante el analista de diferenciar entre lo que es del paciente y lo propio es fundamental y ardua.

Es esencial procurar al paciente una situación en la que el encuadre establecido permita el desenvolvimiento óptimo del proceso psicoanalítico. No podemos dejar de considerar lo que significa la angustia de separación y la pérdida del objeto en el curso del proceso psicoanalítico y en el intercambio de proyecciones e introyecciones incesantes del desarrollo. Para que se desenvuelva bien la transferencia deberán establecerse condiciones que lo permitan, a través de mantener ciertas constantes.

M. Klein describe también ciertas defensas frente al miedo a la separación y a la pérdida del objeto que denomina maníacas y que se caracterizan por el intento de negar la realidad psíquica del dolor depresivo. El objeto es tratado omnipotentemente con triunfo y desprecio de modo que su pérdida no connote sufrimiento ni culpa.

En la situación analítica las separaciones despiertan angustias paranoides y depresivas, por lo que es preciso el análisis minucioso y detallado de las fantasías y de los movimientos defensivos que surgen en la transferencia en las interrupciones de los encuentros analíticos. Las defensas maníacas desempeñan un papel importante, son el núcleo de ciertas reacciones que buscan desmentir el dolor de la pérdida.

La angustia de separación cuando no es excesiva, puede ser contenida y elaborada por el analizando. En tanto sea demasiado intensa se podrán instalar mecanismos de defensa destinados a evitar el dolor psíquico y el empleo de la identificación proyectiva masiva para negar toda separación y riesgo de pérdida del objeto.

Quinodoz plantea que así como la ausencia del analista puede ser experimentada con un dolor tolerable o no, depende de las condiciones del paciente, también la presencia puede ser causa de dolor psíquico y de angustia, dependiendo de cómo es percibido el analista. Para ciertos pacientes puede resultar una fuente inconsciente de frustración, excitación y envidia que les resulta difícil de tolerar.

Bion hace una analogía entre la situación analista-analizando en la sesión y la situación madre-hijo, al desempeñar un papel activo en los procesos de pensamiento y de elaboración de la angustia, que en gran medida dependen de la calidad del continente, conjuntamente con la tolerancia a la frustración.

Rosenfeld y Money-Kyrle aluden al papel crucial del análisis personal del analista, que al permitir el contacto con las áreas psicóticas escondidas de uno mismo, lo liberen de la posibilidad de confusión con el paciente. La posibilidad de funcionar con cuidado, sensibilidad y capacidad de percibir al paciente por parte de un analista, dependerá del funcionamiento de su propia personalidad, que entendemos que es su instrumento de trabajo. El análisis del analista deberá incluir el análisis de las defensas ante las primeras ansiedades infantiles. Las propias necesidades narcisistas de los analistas pueden llevar a desempeñar un papel con el paciente.

Cuando un paciente proyecta violentamente vivencias y terrores, pueden resultar muy doloroso para el analista, hasta volverse intolerables, por lo cual instrumente defensas entrando en connivencia con la búsqueda inconsciente del paciente, implicar al analista en sus intentos por evitar tomar contacto con sus ansiedades y dolor.

Cuando el paciente busca no acercarse a los sentimientos de angustia ante las separaciones, también puede estar buscando un pacto inconsciente con el analista de mantener zonas de su mente apartadas del análisis.

Joseph plantea que algunos pacientes describen cierto tipo de dolor indefinible, que no pueden comprender, que aparece en momentos en los que hay un cambio importante en el equilibrio que mantiene la personalidad y que es el que en algunas ocasiones los lleva a consultar.

Buscan ayuda para restablecer el equilibrio defensivo en el que se encontraban previamente. Intentan mantener una distancia que ellos creen les evita el dolor, no tomar contacto con la vivencia de pérdida frente a las vacaciones, separaciones o interrupciones, en tanto tienen dificultad para hacerse cargo de sentimientos relacionados con la dependencia, con esperar, con querer y la rabia asociada. Es

tarea del analista comprender la manera en que estas defensas y resistencias se expresan en la transferencia y se hacen sentir en la contratransferencia.

La angustia que surge en la contratransferencia como señal de peligro es una guía para el analista. Las sensaciones de tensión que pueda percibir frecuentemente son consecuencia de resistencias del analizado que pueden ser percibidas por el analista como un peligro para sus intenciones terapéuticas. (Racker)

Meltzer en *El Proceso Psicoanalítico: veinte años después* (1986), refiere que el método terapéutico del psicoanálisis se basa en la capacidad del paciente para experimentar una relación de transferencia y tolerar participar en la descripción y la investigación que su analista hace de esta relación de transferencia.

Las cuestiones de logística y estilo son secundarias en comparación con el factor más importante, que consiste en el estado de la mente del analista y el clima que es capaz de crear y mantener en su consultorio.

Describe las cualidades necesarias para mantener la actitud psicoanalítica como cualidades parentales, con el énfasis en la amabilidad, la paciencia y la no intrusión. Es igualmente importante para el analista recordar que su mente y su carácter quedan expuestos al paciente tanto como los del paciente al analista.

Grinberg contribuye al tema de la identificación proyectiva y de la relación con la contratransferencia con el concepto de contraidentificación proyectiva, refiriéndose a un funcionamiento que el analista no percibe conscientemente, pero que lo lleva a desempeñar el papel que el analizado le forzó dentro de él. Puede suceder que el analista recurra a toda clase de racionalizaciones para justificar su actitud.

Grinberg diferencia la contraidentificación proyectiva de la contratransferencia complementaria de la que habló Racker. Esta última surge cuando el analista se identifica con objetos internos del paciente y los vivencia como objetos internos propios. Entiende Grinberg que esa contratransferencia estaría ligada a puntos ciegos del analista, conflictos propios reactivados por los del paciente. Sería objeto pasivo de las proyecciones del paciente pero reacciona por sus propias ansiedades y conflictos reactivados.

En el concepto que propone Grinberg la reacción del analista resulta independiente de sus propios conflictos y corresponde a la intensidad y calidad de la identificación proyectiva del paciente, que es quien provoca activamente en el analista una respuesta emocional que experimentará en forma pasiva.

Coincidiría con Bion cuando alude a aquello que el paciente provoca en el analista producto de su identificación proyectiva, en tanto libera a la psique de lo que le resulta intolerable, elementos beta, que al no poder ser almacenados ni digeridos deben ser evacuados. El fracaso de la función del pensar lleva a su sustitución por la identificación proyectiva excesiva.

Me parece interesante cuando Rosenfeld se plantea la preocupación por el funcionamiento de los analistas, que me sugiere pensar acerca de la tendencia de los analistas a aceptar lo que el paciente dice en relación a la cantidad de

sesiones, sin intentar captar el significado subyacente, que puede responder a las demandas inconscientes, infantiles del paciente, aspectos de la relación transferencial no reconocidos, con las que el terapeuta puede estar en connivencia.

No es fácil prestar la mente propia, funcionar como continente adecuado que le permita al paciente acceder al significado de aquello que no puede ser comprendido ni digerido por él mismo, es una tarea para la que permanentemente tenemos que disponernos entendiendo que el encuentro entre el analista y el paciente moviliza las ansiedades más primitivas no solo del paciente, sino también del analista. Con la salvedad que como analistas poseemos la posibilidad de acceder a la comprensión de nuestras propias vivencias a partir del análisis personal y desde allí intentar comprender al paciente.

Si la transferencia como fenómeno que se produce desde el primer momento, la pensamos como la reedición de los vínculos más primitivos, con las ansiedades propias de esos vínculos, aceptar rápidamente el encuadre que trae el paciente, en el que propone tener una sola sesión por semana probablemente nos impida analizar minuciosamente aquello que se produce en el campo de la interrelación. Podemos estar dejando de lado la posibilidad de pensar y abordar de la manera que se considere conveniente, conflictos inconscientes y funcionamientos del paciente.

En síntesis podemos preguntarnos si:

- el paciente al no aceptar la posibilidad de mayor cantidad de sesiones semanales puede estar instrumentando una defensa maníaca para evitar la angustia de separación y el dolor depresivo ante la pérdida del objeto.
- la pronta aceptación por parte del analista de dicho encuadre puede ser una reacción contratransferencial de tipo complementaria, por la que el analista se identifica con los aspectos internos defensivos y resistenciales del paciente, al no haber podido tomar contacto con dicha angustia y elaborarla en su propio análisis.
- podría tratarse que el analista funcione por efecto de la identificación proyectiva masiva o excesiva del paciente que produce en él la aceptación de dicho encuadre, como una acción que resulta independiente de la problemática propia.

Ante el riesgo de que estemos llevando adelante una connivencia con funcionamientos defensivos y resistenciales del paciente sin advertirlo, independientemente del motivo de lo que se actúa, merece ser pensado detenidamente y debatido entre nosotros para poder diferenciarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bion, Wilfred. Volviendo a pensar. Ed. Hormé.
- Etchegoyen, Horacio. Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Amorrortu editores.
- Freud, Sigmund. Obras Completas. Amorrortu Editores.
- Grinberg, León. Teoría de la Identificación. Tecnipublicaciones, S.A.
- Joseph, Betty. Equilibrio psíquico y cambio psíquico. Julian Yebenes,S.A.
- Klein, Melanie. Obras Completas. Ed. Paidós.
- Liberman, David. La comunicación en Terapéutica Psicoanalítica. EUDEBA.
- Meltzer, Donald. El Proceso Psicoanalítico. Ed. Hormé
- Sinceridad y Otros trabajos. Spatia editorial.
- Racker, Heinrich. Estudios sobre Técnica Psicoanalítica. Ed. Paidós
- Rosenfeld, Herbert. Impasse e Interpretación. Tecnipublicaciones,S.A.
- Quinodoz, Jean-Michel. La soledad domesticada. Amorrortu editores.

RESUMEN

Me propongo compartir algunas inquietudes acerca de los fenómenos que se producen en la relación entre el paciente y el analista al inicio de la terapia psicoanalítica.

He observado que en los últimos tiempos algunos pacientes llegan a la consulta con un encuadre pre-determinado respecto al número de sesiones semanales. A mi entender el funcionamiento mental tanto del paciente como del analista y su interrelación influyen en esta situación específica y en la tarea terapéutica, de tal manera que hay una tendencia de los analistas a aceptar la propuesta sin intentar captar el significado subyacente.

El riesgo es que llevemos adelante una connivencia con funcionamientos defensivos y resistenciales del paciente sin pensarlo detenidamente y sin el debate necesario para poder comprender el fenómeno en cuestión.

DESCRIPTORES:

encuadre – transferencia – contratransferencia – identificación proyectiva