

Encuadre, actitud analítica y contratransferencia

*María Cristina Fraigne de Gallo;
Alejandro Gallo; Berta Mantykow de Sola*

I.

Este trabajo constituye un conjunto de reflexiones acerca del concepto de encuadre y en particular la manera en que pensamos su aplicación clínica.

Es conocido que el encuadre puede ser entendido desde múltiples vértices, tanto en la clínica como en la teoría, y por lo tanto no resulta ajeno pensar que en el intento de conceptualizar se pondrán en juego tanto creencias y teorías del analista como la persona real del mismo y su convicción en el propio análisis.

¿Por qué referirnos al encuadre y a la contratransferencia? Los términos por sí mismos son muy conocidos y quizás su uso se ha saturado, vaciándose de significado. Es obvio que acá no nos referiremos a las condiciones externas –contrato– que son necesarias para el trabajo terapéutico, sino a la actitud mental que el terapeuta posea. Usamos el término “terapeuta” o “trabajo terapéutico” porque tanto para la tarea en psicoterapia como para el análisis es necesaria una actitud interna que permita que el contacto terapéutico sea llevado a cabo.

Ahora bien, es nuestra intención reflexionar sobre nuestro trabajo actual para revisar cómo entendemos o cómo usamos el encuadre hoy. Ya hemos adelantado algo: pensamos que tiene que ver con una actitud interna, una “predisposición a” que tiene una cualidad especial, no está influida mayormente por la voluntad, por la formación teórica del médico o psicólogo, pero sí por su análisis personal y por el significado que tengan en su mundo interno sus conocimientos y su vocación.

Esta actitud podemos relacionarla a la clásica atención flotante, término tan saturado por su uso también, que nos parece algo tan fácilmente aprehensible para el psicoanalista, pero que puestos a examinarlo con cuidado y sinceridad en nuestra práctica, se hace difícil definir, tanto en su uso correcto como en sus alteraciones. De la atención flotante, lejana de la voluntad, ligada al inconsciente, nos gustaría decir que es un poner nuestra mente a disposición del paciente para poder contactar su inconsciente y contener tanto su transferencia como nuestra contratransferencia.

¿Para qué hacemos esto, cuál es el objetivo de nuestra tarea? En principio apuntaría a aliviar el sufrimiento de la mente y más profundamente a favorecer el crecimiento mental. Este pareciera reposar en la subjetividad, en la dimensión humana de cada uno y quizás su contenido sea una actitud de deponer certezas que acotan y mantener una postura interrogativa respecto de sí mismo y de los otros. Este es un elemento que también está en juego en la tarea del analista, cuya identidad no reposa tanto en los conceptos teóricos que utiliza, sino en el “espíritu revolucionario de Freud” (Derrida, 2003) que cuestiona la filosofía de la conciencia, haciendo del psicoanálisis una “virtud subversiva” (id) que pone en cuestión nuevamente el tema de la responsabilidad, al instalar la idea de un sujeto dividido que deberá intentar siempre, imperfectamente, conseguir ciertas condiciones estables para su autonomía, sobre un fondo inevitablemente inestable y heterónimo. Es por esto que la responsabilidad del analista en su tarea con el paciente incluye necesariamente la responsabilidad por su propia realidad psíquica, sobre todo la que se hace presente en la contratransferencia.

Precisamente lo que queremos destacar en esta nueva comunicación es la vinculación del encuadre con la actitud analítica y la contratransferencia (Fraigne de Gallo, M.C.; Gallo, A.; Mantykow de Sola, B., 1995).

II.

Trataremos de definir qué entendemos por encuadre, cuáles son los factores que intervienen en su creación y mantenimiento y cuáles son las condiciones en que se perturba.

Desde sus primeros escritos, Freud (1985) destacó una singular relación entre el médico y su paciente, que llamó transferencia y en

1912 y 1913, en sus escritos técnicos, a través de una serie de consejos fue delineando lo que más tarde sería la base del concepto clásico de encuadre. Coincidimos con H. Etchegoyen (1986) en que resulta operativo definir al mismo como el conjunto de variables fijas que sirven de marco al proceso psicoanalítico.

Fue justamente el descubrimiento de la transferencia como fenómeno central en el tratamiento psicoanalítico, lo que lo llevó a pensar desde los inicios del psicoanálisis, en determinadas condiciones que aseguren su desarrollo de forma tal que sea influida lo menos posible por la persona del analista (Freud, 1915).

A nuestro juicio, lo que intentaba Freud en los escritos técnicos a través de “los consejos a los médicos que practican el análisis” era transmitir lo que él consideraba la actitud mental adecuada para ejercer el psicoanálisis.

Nosotros pensamos que el elemento central del encuadre es el estado mental del analista y más precisamente la actitud analítica (Meltzer, 1968.) Entendemos a ésta como un conjunto de significados, que circulan en la mente del analista, producto de la dedicación al método psicoanalítico y que encuentra su expresión en una postura de atención libremente flotante a los derivados del inconsciente, a las transferencias, a la contratransferencia y en una disposición a interpretar acerca de los movimientos de las mismas en el encuentro entre analista y paciente en la sesión analítica, para favorecer el acercamiento del paciente a la motivación inconsciente de lo ocurrido durante la misma. Pero antes de que el proceso se ponga en marcha, es esta actitud la que guía la formulación del contrato, que consiste en una serie de condiciones y regulaciones cuya función es hacer posible la realización del proceso. Esta formulación va a estar naturalmente acotada por las circunstancias de la vida del paciente y por la mayor o menor fijeza de sus ideas previas respecto de la naturaleza del trabajo terapéutico.

De todas maneras, en esta formulación está siempre implícito el significado que tiene para el analista la tarea a realizar con el paciente. En estos momentos previos y luego durante el proceso, cada acto del analista como tal implica una toma de posición en la cual su propio mundo interno juega un papel cuyo alcance el mismo analista no conoce totalmente. Es por eso que el compromiso de responsabilidad por la propia realidad psíquica es una parte fundamental de la actitud analítica.

Coincidimos con López Benito (1984) en que la actitud analítica

presenta distintos momentos, de receptividad y de comprensión. La receptividad es un fenómeno básicamente de apertura y disponibilidad a la transferencia del paciente. Para que esta disponibilidad sea útil al proceso psicoanalítico es necesaria una actitud consciente de no-comprensión, disposición que se alcanza cuando el foco de atención del analista se desplaza ágilmente sobre el diálogo mantenido con su paciente. Coincidimos con Barugel, Nora (1994) cuando sostiene que hay una disposición a “no mirar... que hace a la base de la actitud analítica” y que ese “no-buscar es un logro activo”.

Junto con la escucha atenta del discurso del mismo, esta actitud consciente de no-comprensión también ilumina el diálogo interno del analista, diálogo entre el *self* y los objetos internos, sostenido por una trama de emociones teñidas de teorías, experiencias personales y experiencias que surgen de la mente analizada del analista. Cuando este devenir hacia la atención libremente flotante es tolerado, surge la comprensión y la posibilidad de la interpretación.

Si la actitud de no-comprensión no es tolerada, aparecen diversas experiencias contratransferenciales. Cuando estas experiencias se separan de la atención flotante y se las considera como elemento fundamental de la receptividad, puede ocurrir que el analista, equivocadamente, tome como lo señala López B. (1988) la contratransferencia como un código que descifra el inconsciente y olvide que la contratransferencia es parte de un mensaje que debe ser cuidadosamente articulado con el discurso del paciente.

Si pensamos el encuadre como un significado bajo continua indagación y reformulación, este concepto está tan ligado al de desarrollo y comprensión de la transferencia y de la contratransferencia, que no tiene sentido hablar de “ruptura de encuadre” por parte del paciente: el encuadre se mantiene y se reformula en el seno del vínculo analítico, sostenido por la actitud analítica del analista, en especial por su tolerancia al impacto de lo proyectado por el paciente y de lo desconocido que puede originarse en el encuentro entre analista y paciente. Lo que sí puede hacer el paciente, es no respetar las condiciones del contrato. Frente a esto, cada analista tiene su límite; “ecuación personal del analista” (R. Moguillansky, 2003); límite que él mismo no conoce y que va a tener expresión en su compromiso contratransferencial.

La disposición analítica del analista puede vacilar si éste no tolera la transferencia del paciente o la incertidumbre frente a lo no conocido de éste o de sí mismo que puede surgir en el contexto de

la sesión analítica y, lejos de captar esta dificultad, procure compensarla con una seudocomprensión. El resultado de esta actuación contratransferencial será indefectiblemente una pérdida de contacto con el material del paciente y la posibilidad de alteraciones del contrato iniciadas a partir de propuestas de cualquiera de ambos integrantes.

El analista atiende flotantemente al material del paciente en consonancia con la atención dedicada a sus sentimientos y fantasías. Podemos suponer que esto lo realiza apelando o confiando en los funcionamientos de su mente analizada, aquella que puede tolerar conflictos, incertidumbres, dudas y errores. Este tipo de funcionamientos denominados “organización adulta” por Harris y Meltzer (1990), pueden ser pensados tanto como una tendencia general del funcionamiento mental o como estados momentáneos que se caracterizan por la provisoriedad de las ideas, la apertura a distintos vértices y la primacía de las aspiraciones por sobre las certezas.

El funcionamiento mental que tolera el vínculo, el objeto y lo desconocido que ambos traen aparejado, puede definirse por oposición a la organización narcisista, ya que cuando no se tolera la amenaza que representa para la identidad lo desconocido del vínculo, ésta actúa reforzando los mecanismos de autoafirmación.

La asimetría en este vínculo está dada fundamentalmente por la decisión del analista de poner en juego sobre todo su tolerancia a la no comprensión y a la no satisfacción de sus fantasías infantiles, al servicio de la tarea analítica, guiada por el método, en beneficio de su paciente.

La relación del analista con el método funciona en un principio para el paciente como la presencia de un tercero cuyo significado procuran delinear las fantasías transferenciales. Ese tercero es a la vez, entonces, el aspecto enigmático del analista que la fantasía del paciente explora, aportando su visión imaginaria del encuadre.¹

La interpretación de estas fantasías transferenciales por el análisis-

¹ Algunos autores señalan cierto tipo específico de fantasías inconscientes en la mente del analista, como sostén metapsicológico: N. Barugel (1994), respecto de la regla de abstinencia dice “que su mantenimiento está ligado a una fantasía inconsciente basada en una pareja interna con características de fortaleza y con un self dispuesto a acatar la ley...”. C. Ríos y R. Rimoldi (1995), respecto del encuadre analítico sostienen que “Es (la) escena primaria-objeto combinado... lo que le provee (al analista de) un encuadre interno y se transforma en su fuente de inspiración para construirlo con cada paciente ...”

ta, renueva o hace presente nuevamente el enigma en la medida que su tarea aporta permanentemente la presencia de ese tercero, relanzando continuamente el proceso. Es por eso que el encuadre es para el paciente un significado, siempre provisorio, que se desarrolla en el seno de la transferencia. Lo que la actividad del analista rescata continuamente en aras del proceso es la *actitud interrogativa*, cuyo valor para el crecimiento mental ha llegado a apreciar a través de su propio análisis y de su tarea analítica.

O sea que este funcionamiento mental se sostiene en la propia experiencia analítica del analista y su relación con el encuadre, que en su propio análisis ha tenido el lugar del elemento tercero que posibilita la existencia de un código compartido.

Quizás convenga hacer aquí alguna aclaración respecto del encuadre preformado. El método puede funcionar como tercero en el proceso en tanto es para el analista una meta a la que aspira, un modelo, producto de la internalización de sus experiencias analíticas, que posibilita su trabajo. A medida que el análisis avanza, también el paciente, por su propia internalización de la experiencia, contribuye a sostener un encuadre que se vuelve cada vez más continente de las experiencias emocionales en transformación, en el curso de la sesión.

El encuadre preformado tiene una función defensiva y más que un modelo, consiste en una serie de prescripciones destinadas a evitar el contacto emocional del analista consigo mismo y con el paciente. Allí interviene también el peso de la institución Psicoanálisis y prejuicios teóricos sobre las que han de cabalgar conflictos inconscientes no resueltos.

Según nuestra manera de ver, el funcionamiento mental del analista que es capaz de tolerar la no-comprensión y la no-realización de las fantasías infantiles es el que en virtud de su vínculo con el método organiza y sostiene el encuadre, haciendo frente a las eventuales tormentas contratransferenciales. Sus conflictos están centrados en la lucha contra el narcisismo para no permitir que se deteriore el producto de la tarea en el mundo interno. Existe entonces una permanente interdependencia entre el encuadre como sentido de la tarea analítica, la contratransferencia y los procesos mentales del analista que sostienen la actitud analítica.

Entendemos que la contratransferencia es un concepto teórico que se refiere a un proceso inconsciente que se da en el analista como respuesta a la transferencia infantil que desarrolla el paciente. Esta

noción tiene sentido solamente en el contexto de una relación asimétrica que está definida por el encuadre del analista, en particular por la reserva analítica. Tiene su correlato en los sentimientos y ocurrencias que se dan en el analista. Cuando éstos se vuelven displacenteros o conflictivos, tienden a perturbar la receptividad y comprensión propios de la actitud analítica. El analista perturbado en su contratransferencia se ve tentado a abandonar su atención flotante, a dejar su reserva habitual y se siente urgido a la actuación.

Dado que la contratransferencia es un proceso inconsciente, es necesario confrontar los sentimientos despertados en el analista, con el texto del discurso del paciente y hacer un examen de los mismos desde una disposición al auto análisis. Creemos que los fenómenos contratransferenciales son parte permanente de la relación analítica y no devienen una perturbación mientras son contenidos por los aspectos analizados del analista. Estamos de acuerdo con la opinión de Brenman-Pick (1985) cuando previene contra el peligro de apartar las emociones en aras de una supuesta neutralidad, lo que podría llevar al analista a la falsedad o a la insensibilidad.

Cuando la turbulencia emocional generada en el analista por las proyecciones del paciente no es tolerada y comprendida, es decir, cuando en la determinación de su respuesta en la sesión predominan sus conflictos infantiles no resueltos, preferimos hablar de "transferencia del analista" o de "transferencia paradójal", reservando el término "contratransferencia" para los casos en que el conflicto es tolerado y usado para contener y comprender la transferencia del paciente.

A la llamada "neurosis de contratransferencia" la pensamos como momentos puntuales que se dan en el proceso psicoanalítico en donde predomina la transferencia infantil del analista. Esto depende de la intensidad de las proyecciones del paciente, de los "puntos ciegos" del analista, de su intolerancia a lo nuevo, a lo impredecible, que puede surgir en el contacto con su paciente y de la fortaleza de su vínculo con el método. Es por eso que la interpretación que formula el analista es el resultado de una interpretación dirigida también a sí mismo, a su propio mundo interno.

Nosotros pensamos que junto con el contenido de la interpretación, la capacidad de la mente del analista para la continencia del dolor mental y la no-comprensión, queda circulando en el vínculo entre ambos participantes del proceso analítico, en disponibilidad para ser introyectada por el paciente.

Consideramos que éste es el proceso que subyace al crecimiento mental.

III.

Ilustraremos estas ideas con dos descripciones clínicas.

T. tiene 20 años. Nacido en el interior del país, vive solo en Buenos Aires desde hace dos años. Cursa el primer año de Medicina. Comenzó su tratamiento hace ocho meses. Al empezar a cursar sus estudios en la Universidad, sufrió intensas crisis de angustia acompañadas de ideas obsesivas que le impedían estudiar y realizar casi ninguna actividad. Extrañaba mucho a su familia y a su lugar natal. A los pocos meses de comenzar el tratamiento sus síntomas mejoraron y si bien durante las sesiones colaboraba, traía sueños, asociaba y podía hablar de sí mismo con ciertas dificultades, su actitud emocional era distante; había una mezcla de reticencia y desconfianza que provocaba en el analista la sensación que T. había incorporado al tratamiento en una rutina similar a la que vivía antes de sus crisis y que parecía haberse vuelto a restablecer en algunos aspectos.

La sesión que vamos a comentar es de un día lunes. Por primera vez el paciente llega quince minutos antes y toca el timbre insistentemente. Frente a la insistencia la terapeuta interrumpe la sesión con el paciente anterior, responde al timbre y T. se da cuenta que se equivocó de hora. Luego, en su horario habitual, comienza su sesión sin mencionar nada respecto de lo ocurrido. Dice que tiene que hacerle una pregunta al analista. Se queda unos segundos en silencio y pregunta: “¿Cómo hace usted para acordarse de las cosas que yo le cuento?” Comenta que esto le provoca curiosidad. No se trata sólo que la analista recuerde los nombres de sus familiares, los sueños o cualquier otra cosa que él comente. El se dio cuenta que la analista recordaba sus cosas por las relaciones que ésta hacía entre los datos que él aportaba. Hace un corto silencio y pregunta de nuevo directamente: “¿Cómo hace, entonces? ¿anota después que yo me voy?” Y se queda esperando una respuesta. Esta manera directa de preguntar no era común, y sumada al hecho de llegar antes de hora, impacta a la analista y lo que le interpreta es que esa pregunta tenía que ver probablemente con una forma de manejar el miedo que le pueden causar los sentimientos que el tratamiento le está empezando a despertar. T. responde que tiene apuro por contar los tres sueños

que tuvo el fin de semana. Los va a contar en el orden que los soñó. Los sueños eran muy ricos en complejidad, mostraban en forma vívida el sadismo, *splitting* e identificación proyectiva, dando cuenta del despiadado trato que la organización narcisista empleaba para obtener la sumisión de los aspectos infantiles del *self*. Las asociaciones se referían a los estudios de anatomía, los viajes en la ruta de su pueblo a Buenos Aires y sus temores respecto de su sexualidad. El último de los sueños es de especial interés porque a nuestro juicio se relaciona con los temas tratados en este trabajo. “En el último yo iba por la ruta, no sé si en un auto o en una chata, atrás de un camión, esos que saben transportar vehículos, y en eso me trepo con el mío en ese camión y me subo a la parte de arriba”. Respecto de este sueño dice que no se le ocurre mucho, que podría tener que ver con los viajes a su pueblo y recuerda en ese momento de la sesión que mientras lo soñaba sentía que tenía que soñarlo rápido por temor a despertarse, que estaba apurado y que le parece que lo había soñado reiteradamente, despertándose “y volviéndolo a soñar varias veces, así”. En este sueño podemos conjeturar que uno de los significados en relación al momento del proceso y a esa sesión en particular, sería el incipiente surgimiento en su mundo interno, de una comprensión respecto del análisis como un continente que puede alojar sus dolorosas experiencias en relación al duelo por la infancia perdida, el pueblo, la familia y amigos que dejó. La analista pensó que el paciente intentaba librarse del sentimiento no tolerado de ser excluido durante el fin de semana, tratando de meterse intrusivamente dentro de ella, expresándose esta fantasía en su llegada antes de hora, en su inquisición acerca de los métodos que la analista tenía de recordarlo, tratando de asegurarse un lugar dentro de su mente y contando rápidamente los sueños como para capturar su atención. Esto le fue interpretado. T. se quedó unos segundos en silencio y después empezó a hablar de su “muro”. “Yo pensé siempre que acá podía hablar de cualquier cosa porque ponía un muro, una pared. Usted no es mi madre, ni mi novia ni nadie conocido, sino una extraña, a la que vengo y le cuento mis cosas y que solamente me responde con palabras, que por lo general me sirven”.

La analista podría haberse sentido abrumada por el material del paciente, invadida y maniatada por la llegada antes de hora y las preguntas perentorias y haber intentado recobrar su “independencia analítica” interpretando el contenido de los sueños. Pensamos que la tolerancia a estos sentimientos le permitió conservar su receptividad

y conectar aquellos con el material del paciente, sobre todo con la conducta actuada. Este sería uno de aquellos casos en que la contratransferencia pudo ser utilizada en consonancia con el material del paciente, para la comprensión del momento transferencial.

Florencia tiene 29 años, es arquitecta. Sus padres y sus dos hermanos son profesionales. Hizo un análisis en su adolescencia. Poco antes de recibirse notó sus tendencias a volver a un aislamiento que le era conocido. Por ello decidió retomar el tratamiento, de esto hace casi tres años. Pocos meses antes del momento en que se pondrá en consideración, se había presentado a un concurso en una institución pública, para una beca de investigación en un tema que le interesaba. No logró conseguirla y esto la deprimió severamente. En la empresa en que trabaja desde antes de recibirse, por sus condiciones personales de creatividad le han ofrecido dirigir un pequeño grupo de trabajo con tres o cuatro participantes, para dedicarse a un tema de investigación próximo al de la beca. Conociendo su poca experiencia previa, el estudio le ofreció contar con un asesor experimentado al cual podría recurrir cuando lo necesitase. A los pocos días de tener este ofrecimiento, hace una crisis de llanto y angustia, diciendo que el mismo no le interesa, que sólo quiere obtener la beca a la cual se había presentado. Piensa que no va a poder llevar adelante el proyecto, que no podrá dirigir a ese número de personas y que sólo pensar en combinar un horario con el asesor “la pone loca”. Quiere seguir con su “vida tranquila”. Tiene cuatro sesiones semanales, lunes, miércoles, jueves y viernes. En la sesión del miércoles de esa semana de análisis comenta que la tarde anterior tuvo una crisis de llanto y depresión que motivó que llamara desesperada a su hermana para conversar. Esta acudió a su llamado luego de hacer malabarismos para ubicar a su hijita de dos años al cuidado de una amiga. Sus padres, preocupados por ella, le proponen que tome alguna medicación. Testeando a la analista deja entrever que su hermana coincide con esta propuesta, aunque ella misma no emite opinión al respecto. Estas “sugerencias familiares” no aparecen por primera vez a lo largo de este tratamiento. La analista experimenta fastidio e inquietud. Se interroga ¿por qué? Piensa que F. tiene condiciones para llevar adelante la tarea del análisis tal cual se viene desarrollando. Pero ¿no será lógico el temor de su paciente? La analista tiene un recuerdo fugaz de una experiencia personal de sus primeros tiempos de recibida cuando esperaba con ansiedad sus propias sesiones. Sabe de la tendencia a la pasividad de F. y de su búsqueda de objetos para

hacerlos depositarios de sus dificultades. Duda si no es un esfuerzo exagerado el que espera de F. y si no lo es para ella misma sostener el tratamiento tal cual viene dándose. Se siente invitada ¿inducida? a opinar ¿actuar?, a hacer alguna indicación ¿un médico administrador que evalúe la posibilidad de medicación y/o entrevistas familiares? Frente a las veladas amenazas de mayores problemas, la presión familiar inducida por F. también se hace sentir en el contexto de la sesión.

Las ocurrencias y sentimientos contratrásferenciales interfieren su escucha y receptividad.

Desde su mente analizada percibe una cierta hostilidad y rivalidad infantiles. ¿Estos sentimientos son expresión de la rivalidad y/o envidia de F. ante “el asesor experimentado que la pone loca”, o son producto de su narcisismo herido ante lo que pudo ser sentido como desautorización de su lugar de analista? ¿Su temor a posibles críticas de colegas en caso de ocurrir alguna complicación, podría llevarla a indicar algún tratamiento complementario?

Mientras tanto F. continúa contando con tono quejumbroso cómo su hermana, por acudir a su llamado, tuvo que recurrir a una persona amiga para cuidar a su hijita. Era alguien a quien su sobrina no conocía y esto la hacía sentirse inexperta para cuidarla. La analista se reconoce con angustia y rabia. Angustia por la beba que queda a cargo de una persona inadecuada y rabia por la posesividad e intrusividad de F. Rabia ¿por qué?, piensa la analista. ¿Tal vez porque ella misma se ha visto tentada a “dejar todo”, conocimientos, intuiciones, experiencias anteriores, para estar “más tranquila” al pensar que otro colega cuide, sin conocer suficientemente a la beba que está en F. o en la propia analista? Se siente presionada a tomar una decisión porque cualquier interpretación o conducta que tome será evidencia de la misma. La analista logra a lo largo de la sesión correlacionar el discurso de F. con sus ocurrencias y sentimientos y alcanza algún grado de comprensión que le permiten hacer una intervención que resulta también una auto interpretación.

Le señala a la paciente la situación paradójica en que la coloca, donde cualquier cosa que ella diga podrá ser considerada como una toma de posición frente a un problema sobre el que la paciente parece no querer o poder opinar todavía. La paciente dice no saber a qué atenerse y que tal vez lo único que ella puede hacer por el momento es traer su problema tal cual lo ha hecho.

Al finalizar la sesión, la analista propone continuar pensando acerca de la situación planteada en las próximas sesiones.

Fuera de la sesión toma algunas notas. ¿Para una supervisión?
¿Para pensar acerca de lo sucedido?

Recuerda diálogos sostenidos con algún supervisor acerca de la dificultad de algunos pacientes para salir de su pasividad o de su “actividad” para tocar timbres que mueven a la acción a los otros y así postergar su entrada al mundo de los adultos, sentido como oprimiente, rutinario y aburrido. La analista piensa si su sentimiento de “excesiva responsabilidad” no podría reconocerse como un posible correlato de algún sentimiento presente en su paciente.

El jueves F. llega sintiéndose mejor pero quejándose de su desgano para la investigación y de su dificultad para ubicarse frente a los compañeros que debe dirigir, que son jóvenes y revoltosos. Está enojada con su hermana, ya que ésta llegó tarde a una cita que ambas tenían, porque no confió en que ella llegaría a la hora convenida. De esto resultó que no pudiera ubicar al asesor.

En un clima de trabajo donde la receptividad de la analista no se encuentra perturbada, ésta le interpreta que tal vez también está enojada porque supone que ella –la analista– no tiene suficiente confianza en sus posibilidades para enfrentarse con situaciones nuevas. La terapeuta se siente ya lejos de pensar la inclusión de otro colega y de medicación.

Le señala a F. que las tres o cuatro personas de las que no quiere ocuparse son las sesiones a las que concurre con desgano y que tiene dificultades en el encuentro con el “asesor capacitado”, la analista.

En la siguiente semana F. le expresa a la terapeuta que en los días anteriores ella no había estado muy segura de necesitar una medicación, pero que a veces no sabía por qué le daban ganas de “aflojar”. Relata el siguiente sueño: “Estaba en el jardín de su casa con su sobrinita a quien veía como mucho más pequeña, más bebita, jugando en la sillita de comer. Se paraba y parecía que iba a caerse. Ella observaba todo como en cámara lenta. Se sentía paralizada, intentaba agarrarla extendiendo los brazos, pero parecía que no iba a poder lograrlo. Era como si estuvieran ‘flojos’. En otra escena Lola, con mucha habilidad y suavidad, ponía sus manos debajo de las suyas y lograba que ella pudiera sostener a su sobrinita antes de llegar al suelo. Su sobrinita la miraba a ella con ojos de susto y ella miraba con sorpresa a Lola y le decía ‘¡justo a tiempo!’”. Lola, su niñera de pequeña, los había visitado el último fin de semana junto con su marido y su hija mayor. Siente mucho cariño por ella y recordaron cómo la mimaba de pequeña y también que ella tenía ‘su

carácter', que no la dejaba hacer cualquier cosa y que había traído un pañuelito bordado por ella". Dice "es muy habilidosa".

El encuadre del analista es el substrato sobre el que se asientan las condiciones que considera convenientes para el desarrollo del tratamiento. Esto se expresa en su tendencia a restablecerlas cuando aparece una perturbación o modificación de las mismas. En el ejemplo anterior, el que el analista se pregunte si se trata de una respuesta adecuada o si intervienen otros factores, implica analizar el problema desde el conocimiento de que los propios aspectos infantiles están en juego en el proceso analítico y que analizar el conflicto contratransferencial es fundamental para ayudar al paciente. Este es uno de los casos en los que la propuesta de modificación de las condiciones produce una perturbación contratransferencial que requiere de la analista contención y análisis de la misma. Se trata de un conflicto entre los aspectos infantiles, movilizados por la transferencia del paciente, y la organización mental que sustenta la actitud analítica, que procura contenerlos. La modulación del dolor implicado en este conflicto le permitió a la analista esperar, tolerar la no-comprensión y recuperar su receptividad.

IV. CONCLUSIONES

Dado el crecimiento mental que ocurre tanto en la mente del paciente como en la del analista si existe un buen desarrollo del proceso, el encuadre no puede ser igual al comienzo del tratamiento que al final. Este debe modificarse y expandirse, enriquecido por las nuevas experiencias. Asimismo, los elementos del contrato que se van desplegando en el curso del tratamiento y la actitud continente del analista, van haciendo cada vez más explícito su encuadre, permitiendo que éste se constituya en continente de nuevos acontecimientos y que el paciente pueda comprenderlo e incorporarlo. En los sueños mencionados en los materiales clínicos podemos ver representados los procesos de instalación, en el mundo interno, de un objeto continente. El proceso analítico fundamentalmente brinda al paciente no sólo un conocimiento acerca de sí, sino un continente para pensar y transformar los aspectos infantiles del *self*. Pensamos que "lo nuevo" que genera el vínculo analítico es esta capacidad continente donde pueden ser metabolizadas y comprendidas tanto las antiguas experiencias infantiles reeditadas en el análisis como las

complejidades de ese específico vínculo analítico, produciéndose de esta manera el crecimiento mental.

Resumiendo, lo que queremos destacar en nuestra comunicación es la vinculación del encuadre con la contratransferencia, en el sentido que el análisis de esta última es una guía, entre otras, que el analista tiene para restablecer la naturaleza del proceso psicoanalítico que reposa en el encuadre, cuando las presiones externas e internas amenazan con jaquear la receptividad analítica. El análisis de la contratransferencia da como resultado el mantenimiento del encuadre. Al mismo tiempo dicho proceso es la expresión de la vigencia en el mundo interno del analista, del compromiso con el método, base de la actitud analítica.

BIBLIOGRAFIA

- BARUGEL, N. (1994) "Orfeo o el no mirará". Algunas reflexiones acerca de la regla de abstinencia. Ficha de APdeBA, págs 2 y 4.
- BRENNAN-PICK, I. (1985) "La reelaboración en la contratransferencia". *Libro Anual de Psicoanálisis* 1985.
- DERRIDA, J. Y ROUDINESCO, E. (2003) *¿Y mañana, qué?* Fondo de Cultura Económica.
- ETCHEGOYEN, H. (1986) *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Amorrortu Editores
- FRAIGNE DE GALLO, M. C.; GALLO, A.; MANTYKOW DE SOLA, B. (1995) "Encuadre y Contratransferencia". Simposio de APdeBA 1995.
- FREUD, S. (1985) Estudios sobre la Histeria. *AE*, vol. II.
- (1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *AE*, vol. XII, pág. 107.
- (1913) Sobre la iniciación del tratamiento. *AE*, vol. XI, pág. 121.
- (1915) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *AE*, vol. XII, pág. 159.
- HARRIS, M. Y MELTZER, D. (1990) *Familia y Comunidad*. Buenos Aires, Spatia.
- LÓPEZ, B. (1984) "Condiciones para la creatividad y el descubrimiento en la situación analítica". *Psicoanálisis*, vol XLII, pág. 49.
- (1988) "Las invariantes del método en las diferentes teorías y prácticas psicoanalíticas". *Psicoanálisis*, vol. X, pág. 505.

- MELTZER, D. (1968) "El Proceso Psicoanalítico". Ediciones Hormé, S.A.E., Buenos Aires, 1987.
- MOGUILLANSKY, R. (2003) "La Ecuación Personal del Analista", cita en el trabajo "Las tensiones que introduce la imposibilidad de cumplir con la regla de abstinencia. ¿Obstáculo u oportunidad?" *Rev. Simposio APdeBA 2003*, pág. 164
- RÍOS, C. Y RIMOLDI, R. (1995) "El objeto combinado y el encuadre". Simposio APdeBA 1995, pág. 189.

María Cristina Fraigne de Gallo
Av. Del Libertador 2698, 1° "B"
C1425AAZ, Capital Federal
Argentina

Alejandro Gallo
Av. Santa Fé 3389, 15° "90"
C1425BGI, Capital Federal
Argentina

Berta Mantykow de Sola
Sánchez de Bustamante 2216, 7° "A"
C1425DUT, Capital Federal
Argentina