

El encuadre y sus elementos¹

*Luisa de Urtubey*²

Resumen

Se describen y estudian los distintos elementos que, según la autora, forman parte del encuadre, así como la función de éste, su necesidad y su complementariedad con la interpretación. Estos elementos son: los clásicos (diván, frecuencia suficiente y fija, secreto y silencio del analista en lo que se refiere a sí mismo), la neutralidad, la observancia de la regla fundamental, la frustración, la escucha y la contención. Son discutidos, a la luz de las opiniones de diversos autores y de la opinión propia.

Se señala que, al encuadre exterior, se añade el interior del analista, basado en su propio análisis y guiado por el autoanálisis de su contratransferencia.

Summary

The different elements that, according to the author, are a part of the setting, as well as its function, need and its complementary with interpretation, are described and analyzed. These elements are: the classical ones (the couch, a fixed and sufficient frequency, and the analyst's secrecy and silence as regards himself), neutrality, the observance of the fundamental rule, frustration, listening and holding. All this is discussed from the perspective of different authors and her own personal standpoint.

It is stated that the inner part of the analyst is added to the outer setting, based on the self-analysis of his counter-transference.

¹. Traducción del capítulo de igual título de una *Monografía* que está en imprenta. Su tema es "Hacia la interpretación siguiendo el camino de la contratransferencia". Notarán que casi no cito autores en lengua española. Ello es debido a que *las Monografías* tienen un fin sobre todo didáctico y es considerado inadecuado citar textos no disponibles en Francia.

². Miembro Titular de APU y de la Sociedad Psicoanalítica de París. 75, rue St. Charles, 75015 París, Francia.

**Descriptorios: ENCUADRE / INTERPRETACIÓN / ESCUCHA/ CONTINENTE
/ NEUTRALIDAD / REGLA FUNDAMENTAL / FRUSTRACIÓN
/ MATERIAL CLÍNICO**

El tratamiento está delimitado por el encuadre, establecido y mantenido por el analista, quien es su guardián, como lo ha escrito M. Fain; el paciente debe respetarlo, luego de haberlo aceptado en el momento de establecerse el contrato analítico.

El encuadre es, a la vez, previo y concomitante de la interpretación y forma parte del ambiente propicio a la regresión del paciente, como lo señaló la primera Macalpine en 1951, con el fin de crear un vínculo pulsional (de deseo, amor u odio), donde los retoños de lo reprimido sean contenidos, comprendidos, interpretados y elaborados por la pareja analítica. El encuadre marca la asimetría entre los dos participantes, cuyos roles son diferentes.

Detengámonos sobre los componentes del encuadre: debe ser invariable: mismas posiciones recíprocas, número establecido y regular de sesiones –al menos tres por semana–, duración uniforme de éstas de 45 o 50’ minutos, honorarios pagados regularmente, pago de las sesiones faltadas, anuncio por parte del analista de los periodos de vacaciones con suficiente antelación, reserva de éste en cuanto a su persona, prioridad al paciente para el uso y la libertad de palabra. Para el analista: secreto a guardar.

Fuera del contexto de una sesión, toda interpretación, salvo en el análisis aplicado, no tiene ningún valor terapéutico o de verdad. Por ejemplo, cuando una pareja de “psis” discute por medio de interpretaciones, es tan inútil como nocivo e hiriente.

El encuadre formal es uno de los elementos de nuestra identidad de analista. Gracias a él, somos, por ejemplo, un freudiano y no un lacaniano ni un “salvaje”. Esta imagen de sí, con la internalización del propio análisis y la presencia de una organización edípica sirve de **encuadre interno** al analista.

Si esta imagen de sí es investida narcisísticamente de manera positiva y moderada, sirve de apoyo frente a la transferencia negativa y a los *actings out*. Otras condiciones son necesarias para que se mantenga el encuadre: regla fundamental para el paciente, neutralidad “benevolente” para el analista, frustración recibida por el primero y más o menos infligida por el segundo. El encuadre interior del analista consiste en la internalización del encuadre de su propio analista, siempre presente en tanto que tercero, como yo lo sostuve hace algunos años. Este encuadre protege al guardián del encuadre

contra los *actings in* susceptibles de tentarlo. Es un encuadre edípico, destinado a impedir la instalación de toda situación dual verdadera –fuera del como si– y prohíbe el incesto.

Una alternativa puede parecer fundamental para el analista: la preferencia relativa por el encuadre y/o por la interpretación. ¿Debe elegirse? No; en mi opinión, el encuadre es un requisito previo absoluto para el trabajo analítico pero no hay proceso que permita al inconsciente manifestarse y elaborarse sin interpretaciones. En la ausencia de éstas, el paciente no obtendrá acceso a su inconsciente. Es inexacto contentarse con decir que los kleinianos valorizan la interpretación y que los “clásicos” (apelación vaga e imprecisa) se apegan al respeto del encuadre. Son elecciones inconscientes que doblan –y a veces contradicen– las opciones conscientes y que manifiestan sus efectos aun en la ignorancia del protagonista. Así, por ejemplo, Viderman ha señalado que se creía partidario del silencio y que se dio cuenta que hablaba mucho más de lo que creía. Con la ayuda de la renegación, no somos todos tan sinceros para confesar esto o lo contrario.

De hecho, el respeto del encuadre y el trabajo interpretativo, en particular cuando las dos opciones son balanceadas, son complementarios: un tiempo para guardar silencio y establecer el encuadre al principio del tratamiento, un período para avanzar con la ayuda de las interpretaciones hacia las profundidades del inconsciente, sin por tanto descuidar el respeto del encuadre. Luego un retorno a la vigilancia del mantenimiento del encuadre en períodos difíciles o con pacientes susceptibles de cometer *acting out*. Varias razones *contratransferenciales* están en el origen de una preocupación demasiado considerable o exclusiva por el encuadre, en detrimento de la interpretación. Mencionaré algunas: el temor de equivocarse, de dañar, de perder el control de las mociones pulsionales y de los afectos del paciente y de sí mismo. Más disimulado aun, un deseo de control sádico, conllevando el riesgo que la relación se vuelva sado-masoquista y no se acabe nunca –uno de los motivos de los análisis interminables–.

El encuadre permite el desarrollo de la situación analítica en sus límites protectores, donde evolucionan el proceso analítico y sus ingredientes, la transferencia y la *contratransferencia*. Sirve de continente para el caldero del ello, para las mociones pulsionales tendientes a desligar, para los retoños pulsionales de las pulsiones libidinales parciales, para las funciones *desobjetalizantes*, para las representaciones de cosa privadas de representaciones de palabra, para lo irrepresentable, para la

transferencia y la contratransferencia tendientes a desligar o demasiado erotizadas de modo pregenital.

Una de las causas principales de angustias *contratransferenciales* son las rupturas del encuadre, a veces vividas por el analista como catastróficas (ausencias repetidas, rehúso de pagar las sesiones faltadas...), que impiden la prosecución del trabajo y plantean interrogaciones concerniendo a la parte desempeñada por la contratransferencia en el desencadenamiento y la persistencia de esas perturbaciones.

Bleger insistía sobre el rol del encuadre, constituido por el que es propio del analista y también por el conjunto de factores espaciales, temporales y técnicos, que crean un mundo fantasmático, el de la organización primitiva e indiferenciada. Para él, el encuadre es el depositario de las partes psicóticas del paciente, mudas salvo en caso de ruptura o efracción al origen de un abismo por donde se desliza la parte psicótica, desprovista de depositario y que debe reintroyectarse.

Bleger piensa que el encuadre es una alianza con la parte psicótica del paciente, destinada a permitir el trabajo analítico. En menor grado, esto rige para el analista y ésta es una de las razones del apego, a veces ansioso, a un encuadre muy estricto. Cuando el encuadre es roto por el paciente ausente, el analista se encuentra con su propia parte psicótica liberada, a veces añadida a la parte psicótica proyectada por el paciente e introyectada por el analista.

M. de M'Uzan señala que la ausencia de palabras es difícil de soportar. Sucede que el paciente ausente, no dice nada, con palabras por lo menos, y las acciones hablan de manera caótica y confusa. La función secundaria tiene dificultad en desarrollarse frente a la falta de referencia a la realidad psíquica del paciente. Ya no es posible entonces de controlar ni al analizando ni a las partes de sí puestas en él, el análisis del paciente coincide con el autoanálisis del analista y hay un riesgo de invasión y de herida narcisista.

Para Bleger, el análisis es una relación simbiótica. Cuando el encuadre es respetado, se vuelve el depositario de la simbiosis y ésta no se sitúa en el proceso mismo. Así como la simbiosis con la madre permite el desarrollo del yo, el encuadre representa la fusión más primitiva con el cuerpo materno. Sirve para restablecerla simbiosis a fin de modificarla, elemento en el que reparamos cuando el encuadre es roto. Toda variación de éste provoca una crisis al nivel del no-yo, desmiente la fusión y obliga a la reintroyección de la parte psicótica. Al mismo tiempo, según M. de M'Uzan, esta variación desencadena un desorden económico en el sistema percepción-consciencia,

altera el sentimiento de identidad, permite la invasión *de* mecanismos propios del proceso primario y acepta las transferencias de identidad.

Winnicott tiene una concepción diferente del encuadre: está destinado a facilitar la capacidad del analista para sobrevivir. Para él, la técnica y el encuadre intervienen siempre que los ataques destructores del paciente no les venzan. Si el paciente no hace la experiencia de su máxima destructividad frente a un objeto no protegido, no situará jamás al analista en el exterior y sólo hará una especie de autoanálisis, utilizando al analista como proyección de una parte de sí.

Según el colega norteamericano Goldberg, nuevas situaciones se esbozan cuando el paciente no es capaz de aceptar el modo verbal simbólico y actúa contra el encuadre, que es atacado, rechazado, corrompido o forcluido. El terapeuta debe encontrar una posición que permita crear vínculos a fin de hacer comprensible al paciente su propio ataque. Este autor propone algunas metáforas para traducir en imágenes el rol del encuadre: la tela para pintar un cuadro, el silencio para escuchar una sinfonía o el telón frente al escenario.

Green está de acuerdo con Winnicott en su concepción del “*holding*” materno y describe la transformación del objeto materno primario, fusionado, en una estructura “encuadrada”, que luego sirve “para contener el espacio de representación”. Este, dice, está constituido en receptáculo del yo: rodea un campo vacío, ocupado más tarde, bajo forma de representaciones de objeto, por los investimentos eróticos y agresivos. La diferencia entre el encuadre mental del paciente y el encuadre verbal simbólico del analista crea a menudo dificultades.

A veces, el antagonismo no es solamente imaginario o fantaseado sino que se vuelve una verdadera lucha, dice el norteamericano Ogden. Si la incomunicación es una manifestación de encuadres no congruentes, es también un signo de alienación fundamental entre el terapeuta y el paciente, una divergencia entre los procesos y el tipo de realidad psíquica de cada uno. En esos casos, el encuadre mental del paciente sufre de una falta de internalización durante la infancia, de identificación a las funciones internalizantes de los padres y de adquisición de un código verbal simbólico de su identidad cultural. El encuadre propio, diferente del analista, es una forma de transferencia, ni libidinal ni agresiva, sino proyección de un fracaso del medio infantil, una oposición diferente de la resistencia habitual. Si el terapeuta encuentra un medio de vencer el combate, éste hecho será registrado por el paciente. Los pacientes no neuróticos no se distinguen por la intensidad o la calidad de sus transferencias sino por

los esfuerzos por establecer un encuadre distinto del analista, erigido silenciosamente contra la circulación verbal simbólica subyacente al proceso. Si este encuadre, nacido de una falta original e invariablemente extraño al del analista, no es abandonado, ninguna modificación terapéutica se producirá. Cuando una divergencia existe entre dos tipos de encuadre, el *hold* o contención del terapeuta resulta inaceptable, es desdeñado, saboteado. Es en el momento del ataque del analizando contra el encuadre verbal simbólico que el terapeuta comprende la experiencia del paciente y satisface su esperanza de un recomenzar.

La posición estirada sobre el diván tiene una función dinámica positiva y no sirve solamente a la conveniencia del analista, como algunos lo han creído a partir de la frase de Freud que decía no poder soportar ser mirado durante horas. Además, ella crea para el paciente una situación donde la atención y la prueba de realidad son retiradas del exterior y dirigidas hacia las experiencias internas.

Neutralidad

La neutralidad forma parte del encuadre. El analista debe ser neutro, palabra que no es de Freud pero viene del latín y significa ni uno ni otro. Según Franklin, Freud no utilizó jamás el término “neutralidad”, que introdujo Strachey al traducir al inglés, en 1914, el artículo sobre el amor de transferencia, destinado a los principiantes, a fin de mostrarles cómo reaccionar frente al problema de la paciente que “se enamora” de su analista.

Dos autores norteamericanos, Levy e Inderbitzin señalan que Freud empleaba en alemán *Indifferenz* y no neutralidad. En el párrafo siguiente del artículo recién señalado de Freud, introdujo la abstinencia. Las dos nociones son aconsejadas a propósito del amor de transferencia y Freud no las elaboró más profundamente. Esto conforta la hipótesis que esas medidas estaban destinadas a proteger a los jóvenes o a los menos jóvenes, todos poco analizados en esa época y susceptibles de sucumbir a los encantos de sus pacientes, tal como les había sucedido a Jung y a Ferenczi.

La neutralidad es un proceso de control del yo, sin el cual la distancia requerida para la toma de consciencia quedaría eliminada. Necesaria para este control, permite el desarrollo del proceso analítico sin interferencia indeseable y según el ritmo propio. Sin embargo, se vuelve defensiva si su fin es el de preservar la distancia, mecanismo de evitamiento en el analista.

Neutro, en nuestra imaginación o en la de nuestros pacientes, significa silencioso, rígido (respeto estricto de los aspectos formales, evitación de la interpretación), con tan pocos sentimientos como sea posible. Ferenczi se ha referido a ese analista, como fantasía de lo que Freud había sido para él o en su imaginación, o como él mismo lo era con sus pacientes en ese momento o anteriormente. He aquí su descripción de esa actitud: insensibilidad del analista, manera amanerada de saludar, exigencia formal de decir todo, atención llamada flotante, que no lo es y no es apropiada a las comunicaciones de sus analizandos, llenas de sentimientos y presentadas con dificultad, cuyo efecto es primeramente ofender al paciente frente a la falta o la insuficiencia del interés ; luego, como el paciente no quiere pensar mal de su analista ni considerarlo desfavorablemente, buscará la causa de esta ausencia de reacción en él mismo, en la calidad de lo que ha comunicado... Yo objetaré sin embargo que los pacientes, ellos tampoco, sean tan “mansos”.

Una neutralidad demasiado rigurosa conduce al silencio y a una técnica “fría”. Algunos comentarios de un analista norteamericano, Lipton, se aproximan a mi manera de ver. Es favorable a la técnica de Freud con *El Hombre de las Ratas*, luego criticada como no clásica, debido al episodio en que Freud le hizo servir apenques y de las explicaciones que le daba. La técnica posterior, dice Lipton, considerada como un progreso, no contiene más que inconvenientes. Un exceso de discreción produce mucho efecto sobre el paciente, que se encuentra frente a un instrumento técnico y no a otro individuo. Esto constituye un obstáculo a la instauración de una relación de objeto y traba el desarrollo de la neurosis de transferencia, fortificando al mismo tiempo en el analista la idea que el paciente sufre de trastornos narcisísticos. Para Lipton, esta patología podría, en ciertos casos, ser un efecto iatrogénico o una identificación a un analista distante.

Estoy de acuerdo con él. Además, me parece que acoger al paciente fríamente, sin sonreír, significa una búsqueda temerosa de la neutralidad, por miedo de seducir o como resultado de un análisis con un analista sufriendo de ese afecto. Recibir al paciente con una sonrisa muestra la aceptación de una cierta seducción, como la de los padres amantes frente a su hijo, la búsqueda de una relación donde los afectos no están desterrados o considerados como peligrosos, luego de un tratamiento donde se podía mostrarlos a su analista y saber que la pulsión de vida y sus derivados le animaban. Estos rituales, tales como las fórmulas de fin de sesión (“Continuaremos la próxima vez” o “mañana”, o levantarse en silencio) muestran deseos contratransferenciales: por

ejemplo, espero verle mañana ya que nuestro trabajo analítico me interesa; o “se acabo su tiempo y ya me desintereso de usted”.

Bouvet, en los años 50, decía que una simpatía vigilante era favorable pues, sin una dimensión afectiva, la intuición no se desarrollaba. La neutralidad, para este autor francés, significa que el analista no trata de imponer sus valores, que no hay de su parte juicios de ningún tipo. La neutralidad no sufre si uno se preocupa por el estado del paciente, siempre que la actitud analítica se conserve. Pero, si el analista no es frío como un espejo, cuál es el límite de su responsabilidad humana, se pregunta Blank, otro colega norteamericano. La respuesta no es simple, cree, por la preocupación por una eventual interferencia contratransferencial que perturbaría la neutralidad, la capacidad de interpretar y la regla de abstinencia. En esos casos, debe recurrirse al autoanálisis de la contratransferencia.

En cuanto a mí, pienso que un análisis previo de la contratransferencia nos esclarece. Desde luego, entre conducirse como un témpano y llorar con el paciente, muchas posiciones intermedias son posibles. Es inadecuado considerar con una expresión de iceberg a un paciente feliz de un gran éxito. O desalentar a otro, que nos atribuye la alegría de haber “ganado” la guerra contra su enfermedad, con un severo silencio y una expresión desdeñosa. Pero los colegas pertenecientes a la tendencia “clásica” ¿qué tanto temen? Lo **neutro** evoca lo **asexuado y lo estéril**. Acaso temen una sexualidad desenfadada e incontrolable o un paciente cuya locura y síntomas serían contagiosos y, por consiguiente, deben tomar precauciones de asepsia propias de un cirujano.

Regla

Según Freud, se debe formular la regla fundamental al principio del tratamiento, indicando en sustancia que el paciente dirá todo lo que le surja espontáneamente, aunque sea desagradable para el uno o para el otro, aburrido, repetitivo. Algunos la formulan, otros no, otros según... Todos están de acuerdo en que es una regla imposible de cumplir.

El método propio del análisis consiste en las asociaciones de ideas que permiten el acceso a la comprensión transferencial y contratransferencial y que sitúan al analista y al paciente en un plano similar, en lo que respecta al método empleado, cada uno en su posición respectiva. No debe dudarse en considerar las propias asociaciones como

utilizables y formando parte del trabajo, añadidas a las del paciente, ya que también forman parte de la situación analítica.

La segunda regla fundamental, el análisis del analista precediendo a todo tratamiento, es absolutamente valedera. Cuando el analista está “bien analizado”, con un encuadre interior sólido y una disposición a autoanalizarse pronto, encontrará el medio a emplear para que su paciente asocie según su propio ritmo. Ferenczi, quien propuso esta regla en el Congreso de Nüremberg, en 1910, no estaba equivocado.

Una tercera regla a añadir, en mi opinión, es la admisión de la contratransferencia donde nosotros mismos somos el segundo paciente, lo que evoca la honestidad de Freud cuando habla sinceramente de él, particularmente en La interpretación de los sueños. Y esto porque, analista y paciente, siguen ambos el mismo método, se encuentran en un trabajo semejante y comparten una situación común. Las asociaciones libres suscitadas en la contratransferencia son un instrumento a utilizar, aun si, a veces, parecen, “locas”. Son los auxiliares indispensables de la interpretación, en particular cuando las asociaciones del paciente son rígidas, escasean o se limitan a los niveles conscientes o a las teorizaciones defensivas.

Frustración

“Las vías nuevas de la terapia analítica”, relato hecho por Freud en el Congreso de Budapest, en setiembre de 1919, en el primer encuentro entre analistas de diversos países después de la guerra de 1914-18, señala la primera mención de la frustración. Es en este estado “mientras sea posible”, que debe efectuarse el tratamiento, afirma Freud. Una frustración ha causado la enfermedad del paciente, sus síntomas le sirven de satisfacciones substitutivas; cuando su estado mejora, el ritmo de su tratamiento se enlentece. Entonces, por “cruel” que parezca, dice Freud, debemos vigilar que sus sufrimientos no se atenúen prematuramente. Si es necesario, debemos recrear las frustraciones bajo forma de otra frustración penosa, a falta de lo cual arriesgamos obtener sólo un mejoramiento débil y pasajero. Hay que rehusar las satisfacciones a las cuales el paciente más aspira. El médico “debe mantener la frustración”. De ese modo una parte del material se vuelve accesible “bajo la amenaza”.

El punto de partida de esta nueva actitud, lo sabemos, se encuentra en el caso del *Hombre de los Lobos*, con quién Freud había tomado la medida extraordinaria de fijar un término al tratamiento, mas allá del cual el trabajo cesaría. Sin embargo, luego de esta amenaza y de su puesta a ejecución, al regreso del paciente unos años después aquejado de desgracias provenientes del mundo exterior, Freud lo “cuidó” ampliamente y por largo tiempo. ¿No será que, en 1918, resistía a un deseo contratransferencial positivo paterno contra-edípico reprimido pero dirigido tanto más fuertemente luego hacia la ayuda a procurar?

Sin embargo, en la transferencia, hay que conceder algo, añade Freud, pero sin exagerar. El analista que, por un exceso de buen corazón, da a su paciente todo lo que un ser humano espera de otro, comete un error. Hay que evitar los mimos, el enfermo debe conservar suficientes deseos no realizados. Yo no propondría el procedimiento de “mimar” a los pacientes, pero de ahí a buscar que la enfermedad no se debilite... ¿Y cómo proceder, en ese caso? Ser desagradable, pero ya lo somos espontáneamente cuando el tratamiento se estanca, lo que se repara en nuestro tono de voz, nuestra expresión, en la atmósfera tensa de conflicto silencioso. Se debe, ciertamente, negarse a todo lo que atañe a dañar el encuadre, las respuestas a preguntas personales por ejemplo, las tentativas de entrar en conversación sobre otros temas, el limitarse al contenido manifiesto. Pero llamar a estas actitudes frustración, me parece ceder a la tentación de control. Ser bien comprendido, tener un espacio para sí durante cuarenta y cinco

minutos, recibir interpretaciones que abran el campo y ayudan a la llegada de nuevo material, he ahí satisfacciones mucho mas agradables que saber dónde el analista pasa sus vacaciones, cuántos hijos tiene, etc. He aquí algunas prescripciones típicas, tornadas de Glover, parangón de la ortodoxia británica en los años prekleinianos, destinadas a prohibir las actividades consideradas como seductoras: nuestra contratransferencia debe ser sana; las respuestas apropiadas predominarán; un minimum de “aseo” analítico forma parte de la rutina necesaria al analista (el autoanálisis comparado a un baño de lluvia en la Gran Bretaña al terminar la guerra del 39-45, sin duda con agua fría, no utilizada probablemente cotidianamente, sorprende); no es prudente dejar la mas mínima manifestación de contratransferencia deslizarse en el clima interpretativo.

Pronto, otros autores se oponen a esta tendencia. Bouvet considera que la dosificación de la frustración plantea problemas en la medida que la contratransferencia puede no poseer la calidad deseable como resultado de una relativa incomprensión de la situación, origen de reacciones afectivas de oposición; o una apreciación inexacta del significado de la transferencia arriesga provocar interpretaciones falsas, verdaderas frustraciones, éstas sí, ya que el paciente se siente incomprendido y abandonado. Comparto totalmente este punto de vista: el respeto del encuadre basta, las frustraciones suplementarias no son necesarias. Por otra parte, en una situación analítica ya establecida, las frustraciones no son obligatorias pues el paciente sabe que el analista no va a contarle su vida, librarle su opinión sobre diversos tópicos, darle razón, conversar o proponerle una copa.

Reik cuenta cómo procedía Freud, como analista, con él. Ha guardado sentimientos inolvidables: su sagacidad penetrante, su comprensión humana, su sabiduría, la bondad del gran hombre, que parecía conocerlo todo de él en tanto paciente, todo lo que estaba oculto a los otros y a él mismo. Le procuro una autoimagen cuyos contornos nunca hubiera podido dibujar solo, extraños y familiares a la vez.

Contenencia

Dos actitudes han venido a insertarse en el encuadre tradicional: el *holding* de Winnicott y el *containing* de Bion. Últimamente, Kernberg y otros se refieren al *concern*. Traduciré estas denominaciones en inglés, salvo el *holding* ya adoptado en otras lenguas, respectivamente, **por contenencia y solicitud**. Son los elementos positivos, no prohibidores del encuadre. Su fin no es el de reprimir ni de suprimir ni de negar los deseos. Frente al encuadre, basado sobre las reglas estrictas arriba mencionadas, un

segundo encuadre se superpone, constituido por afectos admitidos, libertad de escucha y de asociación.

D. Quinodoz ha escrito que el encuadre es la entidad a través de la cual la función continente del analista se expresa. Es su instrumento, un continente activo esencial para el paciente, para permitirle acceder a un nuevo mundo relacional donde el mecanismo psíquico inconsciente está en acción y donde la realidad psíquica interna es considerada como tan real que la externa. Más que por el efecto de reglas restrictivas, para que el tratamiento se desarrolle, que la neurosis de transferencia evolucione y se resuelva, mientras que la contratransferencia lo hace también, es la contención la que interviene. Las reglas del encuadre son necesarias como apoyo exterior, como paraexcitación, para que el proceso analítico dé sus frutos, me parece.

Para Winnicott, el sostén del diván permite al paciente la experiencia de ser; el analista debe mostrar paciencia, tolerancia y contención, como una madre cariñosa. Le Guen señala que todo pedido de análisis encierra el deseo de una presencia que socorra, reasegure, consuele, colme, en una palabra que *materne*. Schafer indica que debe siempre haber un lugar para la cortesía, la gentileza, la seguridad y una empatía sincera, aunque toda intimidad esté ausente. El sostén y la contención son fenómenos que operan a menudo a un nivel preverbal. Esto contrasta con la interpretación y el *insight*, ellos, verbales.

Por **contención**, entiendo la instalación y luego el desarrollo de una confianza recíproca, cada uno en su rol, en un ambiente de trabajo, más bien agradable, donde la lucha contra la destructividad y la desobjetalización (descrita por A. Green) son llevadas por los mejores medios y en tiempo útil. Una primera fase para instalar, una segunda para desarrollar y a veces soportar, una tercera para comprender, deshacer los nudos, avanzar. Este desarrollo es especialmente posible con las neurosis o las “locuras” más bien privadas, como lo dice también Green.

La contención debe comenzar por ser la del analista hacia sí mismo, siguiendo la idea bien conocida de Winnicott de la necesidad de *maternarse* a sí mismo. El analista debe aceptar sus flotamientos, sus fantasmas, sus afectos, aun si los considera impropios, siempre que no desemboquen en *acting out*. Todos hacemos fantasías más o menos locas, los días de mal humor son universales, nadie comprende todo de golpe, etc.

Para los colegas holandeses De Jonghe, Rijniense y Jansse es indiscutible que el poder de un **soporte** adecuado procurado por el analista consiste en una experiencia

benéfica para el paciente. Para estos autores, la relativa negligencia concerniendo este aspecto indica que el dilema actual es el de traducir en conocimientos teóricos el desarrollo de la práctica analítica. Una intervención que soporta podrá promover una relación de confianza, facilitando al mismo tiempo el *insight*. Para ellos, el soporte merece ser considerado como un medio analítico procurando la gratificación preedípica arcaica adecuada. La experiencia de pacientes con esta forma de trabajo desemboca en una gratificación y un apoyo para levantar represiones, factor mutativo, a la vez corrector y curante.

Guiados por la experiencia de la vida y la historia propia, éxitos, fracasos, felicidades, desgracias, duelos, el analista sabrá contener. Al lado de todo ello, se sitúa la experiencia específica como analista, sea principiante (pero quizás no tan débil), en plena madurez (pero quizás no tan floreciente), un día (¡ay!) declinante.

El analista está allí también con su amor de sí mismo, narcisismo de vida y su odio de sí mismo, narcisismo de muerte y masoquismo. Un aspecto que deseo señalar, dado el olvido en que cae generalmente, es la destructividad activa en el seno mismo del tratamiento y no de un solo lado. Para mí, gracias a la **receptividad** y a la **contenencia** del analista, que van junto con la palabra y con la sonoridad de la voz, me es posible utilizar el diván aun con pacientes frágiles, regulando la distancia por las palabras o por la entonación. Creo que existe una diferenciación sexual entre la palabra significativa paterna y la voz mecedora materna. No creo que la palabra separe y que el silencio reúna (como, por ejemplo, lo piensa Barande) sino que ambos son necesarios según los momentos. La palabra continua o a despropósito separa, el silencio sistemático también.

El silencio que permite la escucha para interpretar en el momento adecuado, une. La interpretación oportuna, el señalamiento que amplía el espacio analítico y estimula las asociaciones, los vínculos tejidos que favorecen los recuerdos contribuyen también. En general, los funcionamientos psíquicos susceptibles de un trabajo común deben estar acordados como instrumentos musicales.

El analista es relativamente estable. Su funcionamiento mental progresará luego de un reanálisis o de descubrimientos significativos en su práctica o en su teoría; también podrá regresar en circunstancias de perturbación personal o con un paciente muy difícil que logra hacer “saltar” las defensas del analista. Esto me sucedió por lo menos dos veces: la primera con un niño muy agresivo que me metió una lapicera en un ojo y a quién di, impensadamente, una cachetada (ligera), sin tener tiempo de contenerme; sólo después me di cuenta del aspecto simbólico de esta “comunicación” de mi parte: algo

reventaba los ojos sin que yo lo comprendiera y de ahí provenía la cólera de ambos. En ese caso se trataba del hecho que su presentación “homosexual” femenina obedecía al deseo de complacerme, como a su madre, quién “adoraba” a su propio hermano menor homosexual. La lapicera me mostraba su carácter fálico penetrante y me permitió plantearme el problema, mientras que la cachetada le hizo comprender que debía buscar otras formas de comunicación.

En otra ocasión, un obsesivo grave no lograba terminar sus repeticiones de la misma anécdota, mientras declaraba que yo podría interpretar cuando hubiera terminado –claro, luego de terminada la sesión–. Un día, le interrumpí e “interpreté”: “ahora cálese y escúcheme”. La sorpresa le enmudeció y me ayudó para comprender el sentido de todas esas repeticiones: volverme furiosa en su lugar. Pude interpretárselo aprovechando el breve intervalo libre para mi palabra creado por la sorpresa, que lo había enmudecido por unos minutos.

La identidad psíquica es el elemento fijo de la contratransferencia, que permanece aun si el paciente es incorporado por el analista, quién se identifica con aquél. Es poco frecuente que el analista olvide su sexo o que él es el analista, aun si acoge una transferencia de padre o madre de sexo opuesto al suyo o si el paciente procura dar vuelta la situación e interpreta al analista. La identidad analítica permanece, tejida de identificaciones, de elementos narcisísticos –del amor por sí mismo– y es el centro de afectos –capacidad de *maternarse* a sí mismo en los momentos difíciles– y de fantasmas propios. Ciertos aspectos son conscientes: en todo momento el analista sabe que, aunque sea en el fondo, desea analizar, aun si en ciertas ocasiones no lo logra. Otros elementos son preconscientes, accesibles luego de una reflexión en *après-coup*. Otros, inconscientes, no serán revelados antes de un trabajo de autoanálisis, quizás en ocasión de *impasses* o de fases de reacciones terapéuticas negativas. La capacidad del analista de contenerlos sentimientos suscitados por el paciente es equivalente a la función de una madre conteniendo las proyecciones de su bebé, dice Bion. Allí donde los padres reaccionan espontáneamente, el analista somete sus vivencias a una reflexión preconsciente.

Todo un dominio de la patología del paciente tiende a una ruptura de la contención, por ejemplo con invasión seductora o agresiva, producción de confusión o angustia, ataques contra los vínculos en el psiquismo del analista. Bion considera la ensoñación como el soporte del amor (o del odio) de la madre en su relación con el niño. Lleva al analista a buscar un modelo de relación madre-hijo lejos y antaño, susceptible de

explicar lo que sucede en la sesión, aquí y ahora. La tarea del analista no es la de volverse la madre, en un acto de pensamiento mágico, sino de procurar algunas de las funciones de la madre en su rol de barrera protectora y de yo auxiliar. Si falla, ello conduce a la distorsión del yo.

Otros autores consideran que la persona misma del analista es el instrumento principal de su trabajo. Para ellos, lo que cuenta es lo que el analista es, junto con su amor por su paciente. Por ejemplo, Bouvet aconseja la benevolencia y la comprensión expresadas mediante la interpretación. En un artículo escrito anteriormente con Marty y Saugut, señala que el analista debe ser lo contrario de un padre o madre coercitivo o castrador: será acogedor, abierto, libre de prejuicios, con una contratransferencia maleable y comprensiva. En otros pasajes, dice que la “buena” contratransferencia se manifiesta menos por lo que el analista dice que por lo que es: bondad, simpatía, vigilancia. Para Nacht también, es la actitud interna la decisiva: lo que importa, es lo que el analista es, más bien que lo que dice. Esto determinara la modificación del superyo, el proceso de identificación y la disminución de la ambivalencia habitual en los pacientes. La finalidad de volverse contratransferencialmente un buen padre o madre se encuentra, más tarde, en analistas de la escuela inglesa y, en los Estados Unidos, en Searles. En trasfondo se encuentra el proyecto de proporcionar al paciente aquello que le faltó en su infancia. El analista debe ser como una madre o padre que no trata de sacar ventajas narcisísticas de su relación con el niño.

La importancia determinante del ser del analista continúa su trayectoria. F. Pasche afirma que una verticalidad, una jerarquía, una dominancia de la función que ejerce el analista debe mantenerse. Hay un elemento corrector, piensa, que no es de la categoría de las interpretaciones dadas sino del modelo implícito presentado. El analista debe pasar de la relación bebe recién nacido/madre a la relación hijo adolescente/padre. San Juan Bautista, hablando de Cristo, decía: “El debe crecer y yo empequeñecerme”. Este es, para Pasche, el ideal de la posición paterna, donde han sido neutralizados, contenidos, controlados, los deseos de acaparamiento, de toma de posesión, de intrusión por parte de los padres con respecto a los hijos. Quizás algunas personas, cuya bondad es extraordinaria, pueden transmitirla preverbalmente, como cuando se dice que alguien irradia bondad. Pero ¿es realmente posible ser así todo el tiempo? Y ¿sería positivo o bien factor de instauración de un masoquismo, al cual el paciente, eventualmente, se identificaría? Sin embargo, el analista debe poder tolerar ser situado en la posición de aquél a quién son imputados sentimientos negativos.

Tampoco debe negar el odio real en él, que, si es justificado en la situación presente, será recordado para una interpretación eventual hacia el final del tratamiento, como lo dice Winnicott. Ya Freud, en “Pulsiones y sus destinos”, se había referido a la prevalencia del odio sobre el amor.

La **solicitud** es una fuerza importante y activa, capaz de neutralizar y dominar el afecto, en la transferencia y en la contratransferencia, de la agresión y de la auto-agresión. Implica la consciencia de la importancia de las pulsiones destructoras y autodestructoras del paciente, del desarrollo posible de estas pulsiones en el analista, del límite de los esfuerzos terapéuticos con cada paciente y de la esperanza, sin certeza, que en la lucha triunfaremos. A veces, se necesitarán semanas, meses o años antes de comprender una situación. J. Chasseguet-Smirgel escribe que los hombres, y también las mujeres, deben estar en paz con sus deseos de maternidad y de feminidad para ser analistas, capaces de esperar hasta el término los embarazos analíticos fantaseados.

Escucha

Entre los componentes de la contención, está la escucha. Es deseable que sea libre, independiente de intereses o expectativas preestablecidos. Está compuesta por representaciones, identificaciones con los personajes del relato del paciente y presenta una ruptura con respecto a la hipotética indiferencia neutra.

Numerosos autores comparan la escucha con el **sueño**, por ejemplo Braunschweig. Este parentesco es más o menos fuerte, dice, según los pacientes. Por mi parte, a veces, con los “buenos” pacientes, los que asocian bastante libremente, que sueñan y que no se defienden demasiado, observo que se forma una atmósfera particular, como una especie de ensoñación, donde las interpretaciones son formuladas pero, curiosamente, no las recuerdo conscientemente antes de la sesión siguiente. Comparo este fenómeno con la represión lograda.

Para C. David, la escucha no es una decodificación sino un oído musical, metáfora justa y cuya evocación es agradable. Escuchar al paciente y a sí mismo necesita una habilidad especial. Con un oído, el analista recibe el discurso compartido por él y por el paciente; con el otro, escucha literalmente, como un niño. Espera así escuchar material implícito pero silenciado en lo manifiesto. Reik popularizó la necesidad de un tercer oído, informado, sofisticado y adivino de las significaciones inconscientes.

Yo misma acentúo la importancia de la escucha con una actitud de ingenuidad elaborada. Esta escucha es diferente de la del paciente, ya que utilizo mis propias asociaciones como guía para comprender; y no sería proyectando mis suposiciones en el material que captaría la significación de las palabras del paciente. La escucha respetuosa se sitúa en el Caribdis de la atención flotante olvidadiza y el Scila de la proyección engañosa.

Una dosis de proyección es necesaria para escuchar y captar, pero el analista debe discriminar sus elementos. Así comprendida, la escucha es un proceso activo, diferente de la neutralidad de la atención flotante, escribe el colega norteamericano Spence. El analista escucha lo que el paciente dice casi siempre con sus propios aportes subjetivos, necesarios para un compromiso que facilite la comprensión. Para lograrlo, algo de proyección es adecuado, sobre todo si el diálogo es ambiguo o incompleto. La comprensión no tiene lugar si las palabras pronunciadas por el uno no son investidas de significación por el otro. Si no hay elaboración interna, el interlocutor sólo oye sonidos.

El rol de la proyección es importante ya que sirve para comprender; el analista habrá renunciado al fantasma de ser el modelo psíquico de normalidad, libre de proyección y de otras impurezas; en su lugar, reconocerá los modelos proyectados. Una escucha respetuosa comprende la manifestación de las significaciones implícitas en lo que el paciente dice y la separación de éstas de los contextos latentes que él no conoce.

Otra técnica de escucha es la de dirigirla hacia la intención más que hacia el contenido, lo que significa escuchar las motivaciones del paciente reveladas por su manera de expresarse. El analista busca el lado tendencioso del relato, el efecto que el paciente quiere hacer sobre él. Este modo de representarse la escucha de la transferencia se opone a la escucha del contenido.

Bibliografía

- BARANDE, R. (1963) Essai métapsychologique sur le silence, *Revue française de psychanalyse*, 27, 1, 117-220.
- BLANK & BLANK (1979). *Ego psychology, II*, New York, Columbia Univ. Press.
- BLEGER, J. (1967) Psicoanálisis del encuadre analítico. *Revista Argentina de Psicoanálisis*, 241-258.
- BOUVET, M. (1953) Le moi dans la névrose obsessionnelle. *Œuvres Psychanalytiques, La relation d'objet*, I, p. 77-161, Paris, Payot.
- BOUVET, M; MARTY, P; SAUGUET, H. (1958) Transfert, contre-transfert et réalité, in *Œuvres Psychanalytiques, La relation d'objet. I*, 227-250, Paris, Payot, 1967.
- BOUVET, M. (1958) Les variations de la technique (Distance et variation), in *Œuvres Psychanalytiques, La relation d'objet. I*, 251-274. Paris, Payot, 1967, 435 p.
- BRAUNSCHWEIG, D. (1971) Psychanalyse et réalité. A propos de la théorie de la technique analytique, *Revue Française de psychanalyse*, XXXV, 5-6, 655-799.
- CHASSEGUETSMIRGEL, J. (1986) *Les deux arbres du jardin*, Des Femmes, 1986, 260 p.
- DAVID, C. (1992) *La bisexualité psychique*; Paris, Payot, 397 p.
- De JONGHE; RIJNIERSE; JANSSEN (1992) The role of support in psychoanalysis, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 475-499.
- FAIN, M. (1990) Une difficulté de l'interprétation. *Revue Française de psychanalyse*, 54, 4, 995-1000.
- FERENCZI, S. (1931) Analyse d'enfants avec des adultes in *Œuvres Complètes*, 4, 98-112, Paris, Payot, 1982.
- FRANKLIN, F. (1990) The multiple meanings of *neutrality*, *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 38, 195-219.
- FREUD, S. (1900). *L'interprétation du rêve*, Paris, PUF, 1980, 551 p.
- _____. (1909) Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle (L'homme aux Rats), in *Cinq psychanalyses*, 199-261, Paris, PUF, 1953.
- _____. (1910) Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique, in *La technique psychanalytique*, 23-34, Paris, PUF, 1953.

- _____. (1915) Observations sur l'amour de transfert, in *La technique psychanalytique*, 116-130, Paris, PUF, 1953.
- _____. (1915) Pulsions et destins des pulsions, in *Métapsychologie*, 11-44, Paris, Gallimard, 1968.
- GLOVER, E. (1927) Lectures on technique in psycho-analysis, *International Journal of Psycho-analysis*, 486-520.
- GOLDBERG, P. (1989) Actively seeking the holding environment, *Contemporary Psycho-analysis*, 25, 448-477.
- GREEN A. (1979) Le silence du psychanalyste, *Topique*, 23, 5-26.
- _____. (1980) Passions et destin des passions, in *La folie privée*, 141-194, Paris, Gallimard, 1990.
- _____. (1982) La double limite, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 25, 267-284.
- _____. (1983) *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Minuit, 280 p.
- _____. (1986) Le travail du négatif, *Revue française de psychanalyse*, L, 1, 489-493.
- LE GUEN, C. (1982) *Pratique de la méthode psychanalytique*, Paris, PUF, 299 p.
- LEVY, S; INDERBITZEN, L. (1992) Neutrality, interpretation and therapeutic intent. *Journal of the American Psycho-analytic Association* 40, 4, 989-1011.
- LIPTON, S. (1992) Les avantages de la technique de Freud d'après l'analyse de l'Homme aux rats. Trad. franc. *Revue française de psychanalyse*, LVI, 4, 1188-1211.
- M'UZAN, M de. (1978) La bouche de l'inconscient. *Nouvelle revue psychanalyse*, 17, 89-98.
- MACALPINE, I. (1950) The development of the transference, *Psychoanalytical Quarterly*, 19, 501-539.
- NACHT, S. (1969) Du transfert et du contre-transfert et de divers points de la technique in *La théorie analytique*, Paris, PUF.
- OGDEN, T. (1994) The analytic third: working with intersubjective clinical facts, *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-18.
- PASCHE, F. (1992). Entretien avec Denys Ribas: La fonction parentale de l'analyste et sa castration symbolique. *Revue française de psychanalyse*, LVI, 3, 751-764.

- QUINODOZ, D. (1992) The psychoanalytic setting as the instrument of the container function. *International Journal of Psychoanalysis*, 73, 627-635.
- REIK, T. (1948) *Ecouter avec la troisième oreille*, Trad. franc. Paris, Epi, 1976, 453 p.
Reik, T. (1956) *Trente ans avec Freud*, Paris, Complexes, 116 p.
- SCHAFER, H. (1995) The process of interpretation and the moment of change. *Journal of the American Psycho-analytic Association*, 43, 3, 663-688.
- SEARLES, H. (1965) Les processus de dépendance dans la psychothérapie de la schizophrénie, 57-101. (1958) Les sentiments positifs entre le schizophrène et sa mère 117-154. (1959) L'effort pour rendre l'autre fou 155-184, *L'effort pour rendre l'autre fou*, Pa.ris, Gallimard, 1977.
- SPENCER, D. (1984) Perils and pitfalls of free floating attention, *Contemporary Psychoanalysis*, 20, 37-59.
- URTUBEY, L. de (1994) Le travail de contre-transfert, *Revue française de psychanalyse*, LVIII, num. Congrès, 1268-1374.
- VIDERMAN, S. (1970) *La construction de l'espace analytique*, Paris, Denoël, 348 P.
- WINNICOTT, DW. (1945) Le développement affectif primaire, 33-47. (1947) La haine dans le contre-transfert, 48-58. (1950-1955) L'agressivité et ses rapports avec le développement affectif, 80-97. (1958) La capacité d'être seul, 205-213. (1954) Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique, 131-148. (1955-1956) Les formes cliniques du transfert 185-190. (1960) Le contre-transfert 229-236, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. franç. Paris, Payot, 1991.