

EN LAS FRONTERAS DEL PSICOANÁLISIS VICISITUDES DEL ENCUADRE EN UN CASO CLÍNICO.



Lic. Beatriz Agrest de Wainer.

RESUMEN

En la introducción se presentan los conceptos sobre situación psicoanalítica y encuadre de distintos autores, J. Blejer, W. y M. Baranger, I. J. Mom, A. Green. Se considera que en las últimas décadas el psicoanálisis ha ampliado más sus fronteras y objetivos, entre ellos, los llamados pacientes de frontera. Como efecto de esta extensión se produce un descentramiento del encuadre hacia el analista y su propia mente, el encuadre interno, no estando solamente el límite de analizabilidad en el paciente sino también en la subjetividad del analista. Estas serían las vicisitudes del encuadre psicoanalítico, con una creativa variabilidad, y no de sustituirlo por otro.

La autora presenta un caso clínico: una paciente que había atravesado distintos traumas físicos y psíquicos, con varios tratamientos anteriores. El tema central del fragmento clínico es la figurabilidad en su contratransferencia -la lección de anatomía-, de Rembrandt, la construcción a partir de la misma y su ubicación en el contexto de proceso analítico. Luego articula teoría y clínica en relación al trauma, y los efectos, las distintas vicisitudes del psiquismo, atravesado por aquél, remarcando la amnesia de representaciones, quedando el yo a merced de signos perceptivos y huellas de naturaleza sensorial y la compulsión a la repetición. Trata el encuadre cara a cara, derivado de las dificultades que presentaban los pacientes de frontera con el encuadre clásico, y considerando las distintas funciones y posiciones que adopta el analista en el campo. A continuación, se refiere al trabajo en la mente del analista y la figurabilidad o fenómeno contratransferencial que sobreviene en un momento particularmente emotivo del campo que estimula la regresión formal del pensamiento, analizando la percepción endopsíquica de “la lección de anatomía”, del caso clínico en distintos niveles, y según distintos autores. Plantea la construcción como el instrumento privilegiado para la puesta en palabras de los fenómenos alucinatorios como tarea preliminar, rectificadora y retroactiva. Finaliza con reflexiones sobre las fronteras del psicoanálisis, considerando central el encuadre interno del analista y la ampliación de sus fronteras yoicas, en procura de comprensión de las complejidades del psiquismo, y su formulación teórico clínica, manteniendo y articulando al mismo tiempo los núcleos permanentes del psicoanálisis, la neurosis, la sexualidad, el sueño, el síntoma, y por último se refiere a la utilización del lenguaje, que aún en las fronteras del psicoanálisis y de la palabra, permite acceder a lo alucinatorio y preverbal. Solamente la ligadura de la palabra y el afecto hace posible el procesamiento de lo perceptivo.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la clínica psicoanalítica ha extendido sus objetivos -y del tratamiento clásico de los pacientes adultos, niños, adolescentes, psicóticos, familia y pareja- lo ha ampliado hacia las llamadas estructuras de frontera (Green A.1975): border, psicomasos, prepsicosis... El análisis y la investigación con estos últimos ha permitido teorizar más minuciosamente sobre la constitución del psiquismo, las relaciones objetales primitivas, el narcisismo, los traumas, los clivajes, lo negativo.... De ello fueron derivando el pensamiento teórico clínico sobre dichas patologías y las diferencias en el abordaje de la clínica psicoanalítica contemporánea. Me referiré a las formalizaciones sobre el encuadre de algunos

autores que considero pertinentes. Entre nosotros J. Bleger (1961) presenta su concepción sobre la situación analítica, definida como el conjunto de fenómenos incluidos en la relación terapéutica entre paciente y analista que está contenida por un proceso, existiendo también un no proceso -el encuadre-, depósito de la simbiosis del paciente... Este es mudo, se sabe de él solo cuando se rompe, incluye una serie de constantes, el rol del analista y el contrato. W. y M. Baranger (1962; 1964) y junto a J. Mom (1982) complejizan las ideas anteriores sobre encuadre y con el concepto de “campo” introducen la dinámica de la situación analítica, donde proceso y encuadre entran en una relación dialéctica. El analista pasa a ser un integrante más comprometido con su asimetría en la situación intersubjetiva y bipersonal, involucrado con el paciente en el mismo proceso. Las fuerzas en juego en el campo transfero-contratransferencial requieren del analista mayor trabajo sobre el mismo con lo que denominan la segunda mirada. El contrato o encuadre externo y sus aspectos de invariancia relativa constituyen la delimitación para que este proceso sea instaurado por el analista.

En consonancia con los autores anteriores, para A. Green (2000) la situación analítica es “un campo de fuerzas espacio en el cual las características relativamente constantes permiten observar los efectos de los encuentros reglados por la regla fundamental, la abstinencia y la neutralidad”.

Con la ampliación de los límites de la analizabilidad, ésta no se ubicaría solamente en el paciente sino también en el analista, produciéndose un mayor acento en la situación bipersonal y la capacidad subjetiva del analista que tuvo por efecto un descentramiento del encuadre hacia su propia mente. (Green 1975; 2000).

La mencionada extensión trajo consigo (y aun hoy) interrogaciones y debates en torno al encuadre y las variaciones que permitieron el acceso a estructuras no neuróticas. Se trataría de las vicisitudes del encuadre analítico, de una creativa y relativa variabilidad del mismo, dentro de las fronteras del psicoanálisis.

Surge la importancia del encuadre interno del analista, producto de sus configuraciones psíquicas, de la integración de su experiencia personal de análisis y como analista, formación, y actualización permanente, sus esquemas referenciales e intercambios con otros colegas, su superyó cultural” (Donnet, 1999). Este dinámico dispositivo interno (Alizade M. 2002), obraría por una parte manteniendo el análisis clásico y su encuadre como un horizonte a ser alcanzado y por otra, acotando la flexibilización del mismo, a la par que guardar las reglas del encuadre externo. Desde su encuadre interno y el marco temporo-espacial, un analista escucha la demanda de un consultante y según como se produjeron los encuentros, desde su receptividad flotante y empática, la permeabilidad hacia su propio inconsciente y el del paciente y las resonancias contratransferenciales surgirán sus primeras conjeturas acerca de la organización psíquica de dicha persona, sus niveles simbólicos, interactivos y defensivos, que le permitirán obtener un provisorio diagnóstico y considerar plantear (o no) la apertura de un análisis. El encuadre propuesto marca un comienzo con una relativa provisoriedad para el analista, ya que en el devenir de la instalación del paciente en el proceso (Aisemberg, et al. 2002) y del campo, ira teniendo los ajustes adecuados entre ambos integrantes, en la singularidad del encuentro.

Con el objeto de intercambio acerca de las ideas de este trabajo, presentaré fragmentos de un caso de mi práctica analítica.

Caso clínico: hace algunos años me fue derivada una joven mujer, Marina, quien contaba con 30 años para la época de la consulta. Desde el comienzo se mostró como alguien muy necesitada, indefensa, mostrando escepticismo luego de dos análisis previos. Sentía que había cambiado muy poco, “si bien antes era peor”. Su sufrimiento parecía intenso y si bien podía verbalizar sobre su desasosiego y sus ideas, su discurso se interrumpía a menudo por llanto y lágrimas que acompañaban silenciosas y expresivas miradas de tristeza.

Se presenta como alguien sufriende desde tiempos perinatales, que a lo largo de su infancia atravesó diversas situaciones traumáticas, físicas y psíquicas de distinto grado. Teniendo pocos meses le fue descubierta una cardiopatía congénita, sus recuerdos de sus primeros años son escasos e imprecisos, todo se circunscribe a una intervención quirúrgica mayor, cerca de los 8 años, “la operación”, quedando con un “cuadro de estrechez pulmonar, bronquitis y sinusitis crónica”. Es posible inferir sus modalidades inmaduras, y todavía en mutua dependencia con su familia endogámica. Con esfuerzo terminó el secundario, le costaba estudiar, no le gustaba salir de casa ni ir a la escuela. Es la menor de varios hermanos, de padres mayores

y luchaba entre mantenerse como la pequeña, dependiente y enferma o salir de ese lugar. Se casó a los 25 años para “satisfacer a los padres” separándose poco después. Vivía sola y trabajaba en una empresa familiar. Considerando el sentimiento de desamparo y el monto de angustia de M, sus aspectos regresivos, su simbolización e imaginación empobrecidas, este análisis se inició cara a cara con tres sesiones por semana. En los dos primeros años fue emergiendo la pasividad e impotencia de M en la transferencia, la “operación”, su baluarte interno, también se desplegó en el campo (W.M. Baranger, *ibíd.*), (Agrest, B. 2001) lo cual requirió un sostenido trabajo sobre el mismo y la contratrasferencia.

Sesión de finales del 2º año de análisis: M. comenta sobre un cambio de horarios porque debe pagar la penúltima cuota de un departamento recientemente comprado. Y casi inaudiblemente dice: “Estoy esperando al miércoles para que se vayan de vacaciones los viejos... Me siento la nena... más los domingos... almorzar con ellos solos... Me siento la nenita” ... Interrogo si son sus padres los que la tratan como una nena o si es esa situación la que la hace sentir así. Luego de un silencio intervengo diciendo: “...aquí también se siente como una nena temerosa, que está sentada más lejos, hablando muy bajito” ... M: “Me angustia que el tiempo pasa y todo igual... Mi hermana con el marido y los nenes y todo igual y yo sola... después a la tarde fui con una amiga al cine... después fuimos a “N” (café donde suelen ir ella y sus conocidos), cayó por allí B, un hombre que conocí en la playa, luego otro amigo más cercano G. y había algunos más. Mi amiga se quería ir, yo le iba diciendo espera un poco... En seguida se fue y al rato me fui yo... Me sentía la nena chiquita con los cuatro hombres, algo no habitual, estoy con hombres de la familia o más amigos, pero no así”. A: “mm..., más bien se escapó”. “Si... replica... me escapé, ya antes me quería ir y me quedé un poquito más”. A: Y ¿no le pasó nada?, Responde: “No, pero me daba susto, como dando un examen, que me iban a estar mirando y que soy tonta, que no soy linda, etc.”.

A esta altura de la sesión se fue haciendo más clara y nítida en mi mente una imagen visual, que, como telón de fondo de mi escucha y mis asociaciones había emergido cuando comenzó “el relato del café”, la imagen permanecía sostenida y fija, se trataba de la escena de La Lección de anatomía de Rembrandt. Luego de un cierto silencio pregunto “¿Y quiénes eran esos hombres que la asustaron tanto?” va relatando quien era uno, que habló con otro, uno le dijo algo de su amiga, y que de ella no podía decirle mucho “vos no te das mucho a conocer” y casi enseguida se fue del lugar.

A: “Que pensaría usted que tenía que mostrar a toda esa gente, que se sentía como en un examen y se escapó

M: Ahora que usted dice examen, me acuerdo que el otro día fui a una charla que daba un médico, en el gimnasio que yo voy, ¿él sabe, ¿no?, y charlando después con él me dijo “cuando vos pasaste por la operación debió haber sido un examen difícil para vos... y si, como que siempre pienso que me están mirando”.

Esta secuencia en la que las asociaciones de M. fueron surgiendo en consonancia con la escena de “la lección de anatomía”, constituyó un fuerte impacto contratrasferencial, intentando seguir con mis asociaciones y autoanálisis. Luego de algunos minutos de silencio y dada la angustia de M, consideré que debía comunicar algunas de mis conjeturas mediante una construcción: Seguramente, que siendo usted una niña, cuando pasó por la operación, usted tuvo que estar muy sola en el quirófano, en una mesa de operaciones, y si... debe haber sido una verdadera situación de examen, de terror, los médicos a su alrededor mirándola, que iban a ver dentro de su cuerpo, para hacer algo en él, ver cómo estaban sus órganos, su corazón y supongo que usted debió estar horriblemente asustada, con una angustia aterradora y con muchas ganas de escapar, de salir rajando, casi como le pasó ayer en el café, con los hombres alrededor de la mesa usted sola si bien ahora, usted ya no es la niña de entonces.

M. con los ojos llorosos asocia - “no, no me acuerdo, me acuerdo que estaba resignada” (irrumpe en un llanto que parece aliviarla). Luego de una pausa agregó: “se acuerda de la resignación... y tal vez no tenga otros recuerdos de lo que pasó, de lo que sentía, de las vivencias de horror, de muerte, y de soledad, no pudiendo hacer nada, distintos sentimientos o sensaciones que debe haber tenido y no puede memorizar”; M. asiente silenciosamente, muy conmovida, envuelta en lágrimas. En las asociaciones subsiguientes van confirmándose algunos sentimientos de entonces, sus angustias, su sentimiento de terror, de soledad, de

desconfianza por el desconocimiento con el que fue llevada a la operación. Luego asocia con la firma del departamento que compró y los tramites por hacer, es época de vacaciones y casi toda la familia está afuera. Intervengo diciendo: "... y hablando de situación de examen, el pago de la penúltima cuota del departamento también es una operación que usted va a realizar esta vuelta" M. responde que no va a ir sola, la acompañará su hermano y comenta su sentimiento de desconfianza actual a pesar de haber consultado al padre. Se interroga luego porque no se quedó más con G., "hoy hablamos con mi amiga N., que ella muestra su interés y yo no, me pongo tan nerviosa, empiezo a transpirar, se me ponen las manos heladas, y que digo y otra vez, estaré diciendo algo tonto y esas son las cosas que siento que no cambio."

Estas asociaciones permitieron ampliar la construcción anterior, A y "las impresiones del siempre igual y del no cambio que comentó al principio de la sesión y como tantas veces, podían verse no sólo en los impulsos a salir rajando que aparecen "siempre igual como hoy en el café", sino también en la angustia, en esas sensaciones de miedo, sudor, "nervios", que no cambian, que podrían ser tal vez, también de aquella época, ...en aquella situación pasada de la operación. Se pudo introducir el tiempo de hoy, la operación examen del presente, distinto del tiempo de ayer, intentando comenzar a dar sentido y temporalidad a las repeticiones a sus huidas, a esos sentimientos de "todo/siempre igual".

La construcción a partir de la escena de "la lección de anatomía" y la situación del café, constituyó un punto de inflexión en el análisis. El planteo de una pequeña intervención ginecológica, la contactó, mas "en vivo" con lo traumático, comenzando a conectarse con el cuerpo escindido (Winnicott 1966), y con zonas negadas del mismo. Fue una experiencia diferente de preparación frente a la angustia surgiendo las implicancias del, trauma con la sexualidad y gradualmente, las teorías sexuales infantiles, fantasías violatorias, masoquistas y de castración saliendo a la luz. Otra nueva presentificación traumática se produce frente al accidente de un familiar cercano internado en terapia intensiva. Este fue de gran impacto afectivo y perceptual, desde la realidad externa La gravedad del otro le permitió la imaginación e identificación y fue un doloroso proceso. Apareciendo por vez primera la sala de terapia de la niñez, la memoria fragmentada de las sensaciones corporales, dolor, sed, frío, intensas huellas visuales sobre lo blanco acompañadas del sentimiento del tiempo que no pasa. También en mi mente aparecieron distintos registros de intensidad sensorial, tal como escuchando su llanto "como de aquella época". Se fueron haciendo construcciones a partir de los relatos inquietantes, respondiendo asociativamente con la reviviscencia de sensaciones corporales y dolores, las vivencias de muerte, desesperanza y soledad, verbal, o gestualmente, o con nuevas imágenes sensoriales acerca del sufrimiento psíquico y físico. Se fortalecieron los límites tópicos, M comenzó a tener sueños con contenidos simbólicos en relación a su vida actual y pasada. Proceso con avances e impasses. Disminuyó la intensidad compulsiva, dando lugar al trabajo sobre el duelo y la temporalidad, las escisiones y desmentidas.

Trauma y Vicisitudes del Psiquismo: Los traumas introducen distintas distorsiones en la vida pulsional, en las relaciones interestructurales (W.M. Baranger, Mom, 1987), efectos sobre las identificaciones y el narcisismo, como en las relaciones tópicas y en el preconscious. Quedan en él huecos, amnesia de representaciones, afectos y palabras son arrasados o desconectados por la fuerza tanática de la desintrincación pulsional, y la liberación de Pulsión de Muerte (Freud 1920).

Frente a alguna situación de la realidad externa o interna que activa el trauma o algún núcleo traumático, se producen en la actualización, pasajes al acto o al soma o nuevas escisiones, agregándose a las zonas clivadas previas, por fuera de la red representacional. Con el fallo de las barreras antiestímulo, dada la regresión y la desligadura el yo queda en "estado traumático" (M.Fain, 1997) de desobjetalización y a merced de los signos perceptivos huellas de vivencias de dolor, huellas "no domeñadas de naturaleza sensorial y con tendencia a la descarga (Freud, 1895; 1896) -a las trazas de la memoria corporal (J. Mc. Dougall, 1989). Las fantasías originarias y las teorías de la sexualidad infantil van prestando "apres coup" contenido figurativo a las situaciones traumáticas como una forma de búsqueda de figurabilidad y representación.

En M se pueden inferir algunos de los efectos del trauma en su psiquismo, predomina el funcionamiento narcisista que coexiste con el neurótico: su abanico defensivo, la simbiosis, clivajes, desmentidas, represiones y conrainvestiduras que empobrecen al yo y su actividad de representación. Fueron sus soluciones para

sobrevivir, ante la ausencia de objetos confiables, que obrarán frente a la cantidad como barrera antiestímulo y como continente frente a las angustias catastróficas. Su personalidad se fue organizando alrededor de estos núcleos traumáticos. La sexualidad infantil y el Edipo también fueron atravesados por el trauma, aparecen las inhibiciones, evitaciones y actos fóbicos. Depresiones y somatización se muestran en los momentos de separación o cambio, la difícil tramitación de los afectos, y la vulnerabilidad psicósomática. Lo traumático, reside también en el estado de no preparación de M y la familia, de un duelo sin resolver y los temores de los padres y su imposibilidad de contener las angustias propias (Blum H, 1987) Además, detrás de la “operación” que aparece como el trauma “visible” del trauma acumulativo (Khan M, 1980), se hallarían las diversas situaciones traumáticas previas y anteriores a la adquisición del lenguaje, de las que no quedan recuerdos, la enfermedad desde los primeros años de M, las experiencias con los médicos, la vida de encierro, la depresión y el pánico de la madre, y de lo cual no se hablaba y casi no fueron relatados por la familia, los “traumas perdidos” (Rousillon, 1995)

Encuadre cara a cara: la variación del encuadre diván-sillón al encuadre cara a cara deriva del funcionamiento psíquico de los pacientes de frontera, y de las dificultades que presentaban con el dispositivo clásico, dada la predominancia del funcionamiento narcisista, con núcleos traumáticos, más escisiones, carencias en la objetualización, con representación y simbolización más restringida, entre otros. Se fue haciendo necesario el armado de un espacio intersubjetivo adecuado, y el encuadre cara a cara ofrece el apoyo perceptivo que posibilita el proceso de investiduras, objetualización y confirmación narcisista en el campo transferencial así como impulsar a la indagación del inconsciente y la capacidad reflexiva.

A causa de las carencias en el nivel representacional, la pulsión no sigue únicamente el camino progresivo hacia la palabra, se hace necesario una escucha amplificada, una contratransferencia aguzada, con capacidad de imaginarizar (Green, 1993), una disposición a la regresión formal del pensamiento o regredencia (B.B, 2002), al reverie (Bion, 1975) para registrar más allá del discurso verbal, el efecto de las formas primarias de representación y las distintas comunicaciones sobre la psique, la sensorialidad o soma del analista a partir de lo preverbal, verbal, sensorial o actuado del paciente. (J Mc Dougall, 1982; T. Jacobs, 1996)

El cara a cara permite de entrada establecer el contacto, hablar frente a la presencia concreta del analista, la persona real (Marucco, 1999), persona que no es ajena a la técnica o al encuadre y favorece una mayor aproximación, y una transferencia operativa (Freud, 1913). Un intercambio activo a través de lo visual y la creación de un espacio sonoro y de miradas que permite que el campo, adquiera cualidad transicional, en el cual el analista puede tener distintas funciones como espejo, confirmando con sus palabras, mirada o gesto, como el rostro de la madre que contiene (Winnicott, 1967) o como registro imaginario. (Lacan, 1949)

Se requiere del analista la flexibilidad para ocupar en el campo distintas posiciones objetales, objeto interno, externo, objeto hallado, transicional, ajustando la distancia para permitir la evocación de la ausencia y presencia del objeto. Con este encuadre el analista compromete más el uso de su mente, arrendando al paciente su espacio psíquico, tolerando en el campo, el enigma, el no pensamiento, la presencia de representaciones o imágenes que no le son totalmente propias.

La construcción, y la deconstrucción forman parte de los recursos utilizados, valorizando el gesto, la pregunta y la confrontación junto a la clásica interpretación de sueños, lapsus y síntomas (Gr. Inv. Marucco, 2001). En relación al silencio, su uso es más acotado y variable en relación con la capacidad de tolerancia del paciente, y la escucha alerta sobre el campo y los puntos de urgencia (M. Baranger, 1993). La función principal del dispositivo analítico es facilitar la interacción. A veces se hace necesario la flexibilidad en el encuadre para posibilitar la continuidad del proceso analítico, se trata de “favorecer la creación de las condiciones óptimas de simbolización”, con la evaluación objetiva para cada caso que otorga el pensamiento clínico. (Andre Green, 2000; Donet, 1999).

El trabajo de la mente del analista: La participación del analista es activa en la escucha del inconsciente del paciente desde su propio consciente e inconsciente y en la intersubjetividad, se configura el campo con su dinamismo y esperable creatividad (M. B., *ibíd.*). En relación al caso clínico, la emergencia sorpresiva, clara y nítida de la percepción endopsíquica del cuadro solicita en primer término de una lectura o puesta

en palabras de dicha percepción: “un grupo de médicos alrededor de una muerta en la camilla, examinando, tocando los órganos en el cuerpo abierto, “La lección de anatomía de Rembrandt”. Esta imagen surge en la mente del analista en simultaneidad al discurso de M, como “una acción específica”, con el objetivo de dar forma y contención, como objeto asistente frente a la situación de desvalimiento y angustia automática que la paciente transmite. Se trata de un fenómeno asociativo del analista en un momento particularmente emotivo del campo transfero-contratransferencial, que estimula el movimiento de regresión formal del pensamiento o regredencia (C. y S. Botella 1997; 2002) hacia la figurabilidad (Freud, 1900) en la vía alucinatoria, y la imagen de la pintura es analizada simultáneamente por el yo observador que se mantiene en la sesión, iniciando el trabajo de contratransferencias y autoanálisis que se completará con la segunda mirada.

La lección de anatomía escenificaría la inquietante y perpetua amenaza de fragmentación y muerte (Freud, 1919), de M (Winnicott) como un revelado en una momentánea imagen visual de esa amenaza, que se hallaría incrustada en las zonas traumáticas y al mismo tiempo compele al acto, al no poder ser procesados por el pensamiento.

La imagen de la pintura sería según C. y S. Botella (1997) el resultado del “trabajo en doble”, en la mente del analista, la respuesta regrediente perceptiva al discurso de la paciente, surgiendo en la mente una figurabilidad, denominando “estado de sesión” el singular contexto intersubjetivo en el que se produce.

También se refiere M. M'Uzan (1976) a este tipo de fenómeno, de una permeabilidad especial en la escucha del analista por la modificación de investiduras en un momento del campo, inducido por el paciente en un estado de inmensa emoción y en tanto escucha, sobrevienen en su mente en forma brusca, representaciones o imágenes extrañas, percibiendo en sí mismo una actividad psíquica diferente de la habitual. Es un préstamo de la mente del analista, que llama pensamiento paradójico constitutivo del sistema paradójico, ubicado entre los confines del inconsciente y el preconscious y en el que se podrá descubrir una identificación inconsciente de alguna situación de la sexualidad infantil. Formaliza luego el concepto de quimera (1995) como efecto de la interpenetración y combinación de los inconscientes de analizando y analista.

El movimiento regresivo en la sesión, de empatía con el paciente, se asemeja al de creatividad, el analista inmerso en la escucha global de las asociaciones es llevado a una regresión formal del pensamiento, en el núcleo del campo, donde transitoriamente se entretajan experiencias de paciente y analista, de las que surge la iluminación de algo del paciente (T. Jacobs, *ibíd.*).

Esta escena clave, pasó a formar parte del preconscious, y durante el mismo en distintos momentos, acudían a mi mente asociaciones y figurabilidades que eran útiles para dar formas visuales que M entendía con emoción, dando la posibilidad de unir la percepción, el afecto y la representación que conducen al pensamiento.

La comprensión teórico clínica de la imagen narcisista tanática, con la fantasmática originaria sadomasoquista que el cuadro contenía, derivó en una línea de trabajo de construcción y desidentificación a partir del narcisismo negativo evidenciado en las autoimágenes narcisistas (L. Kancyper, 1991) (Agrest, 1996), los sentimientos de vergüenza, fealdad, enfermedad e inferioridad por la cicatriz, con intensa carga crítica y destructiva fueron abordadas, con lenguaje gráfico y nominando sus documentos de identidad, sus fotos, sus autorretratos deformantes, en la dimensión narcisista de la transferencia (Aisemberg, 2000) coligiéndose la presencia de un objeto materno que no corrigió sino que confirmó en negativo.

Sobre el aspecto objetivo de la mente del analista en momentos de intensa intersubjetividad, vale recordar a E. Racker (1960) “la objetividad del analista consiste, principalmente en una determinada posición tomada frente a su propia subjetividad, la contratransferencia. La verdadera objetividad se basa en una forma de desdoblamiento interno que capacita al analista a tomarse a sí mismo (su propia subjetividad) como objeto de su observación y análisis continuos”. Esta posición, que hoy consideramos integra el encuadre interno, “lo capacita también para ser relativamente objetivo frente al analizado”.

La contratransferencia del analista, aún con la convicción intrapsíquica de su objetividad, es sabido que no implica la verbalización inmediata, en general, requiere de un tiempo de espera y la decisión del cuando y como intervenir surgirá también en un momento dado del análisis, del campo y el punto de urgencia. Este último constituyó una guía que autorizó, como se consideró en este caso, a intervenir con la construcción, a partir de los distintos datos y la historia del proceso integrada en la mente del analista. La construcción,

como tarea preliminar, rectificadora y retroactiva (Freud, 1937) permite la apertura a las asociaciones, recuerdos del paciente, a la resignificación e historización que implican las sucesivas ligaduras, desligaduras y la reconstrucción.

Es una exigencia de trabajo para la mente del analista, analizar la contratransferencia, el transitar regresiva y progresivamente los confines de lo analizable, en los circuitos intra e intersubjetivo del campo (Agrest, 1991). Tarea trófica y objetalizante, de figurar, ligar y representar, las repeticiones, actos, fragmentos vivenciales y verbales cercanos al límite somático de la pulsión y hacer posible el acceso a la simbolización.

Algunas reflexiones sobre las fronteras del psicoanálisis: La creación freudiana del método psicoanalítico fue revolucionaria en su momento, y aún sigue siéndolo, la cura a través de la palabra, sustentada en la teoría psicoanalítica. Hoy, en los comienzos del nuevo milenio esperamos seguir avanzando, probada la eficacia que el método psicoanalítico muestra seguir teniendo, con respecto a la actual patología de frontera, con la metapsicología contemporánea y con la flexibilidad en el encuadre.

En las fronteras actuales del psicoanálisis, el énfasis debería seguir centrado en el encuadre interno del analista, y la ampliación de sus fronteras yoicas, en procura de comprensión de las complejidades del psiquismo, y su formulación teórico clínica y manteniendo y articulando al mismo tiempo los núcleos permanentes del psicoanálisis, la neurosis, la sexualidad, el sueño, el síntoma.

La disposición a la regresión del pensamiento del analista, posibilita extender el trabajo analítico en las vías regresivas y progresivas de la pulsión, sobre los ejes, percepción-representación y pulsión-objeto. El desafío actual y del porvenir, compartido por numerosos analistas, es el campo de investigación y teorización psicoanalítica acerca de lo perceptual.

Aún en las fronteras del psicoanálisis y de la palabra, sólo a través de la utilización del lenguaje (Baranger, M. 1992, A. Green, 1993) es posible acceder a lo alucinatorio, los actos, lo preverbal. Solamente la ligadura de la palabra y el afecto hace posible el procesamiento de lo perceptivo. Son las representaciones del analista las que permiten construir ligaduras, o encontrar junto al paciente palabras y afectos para lo no recordado y actuado, tratando de dar sentido y significación a la cantidad traumática, a la compulsión repetitiva del más allá del principio del placer.

BIBLIOGRAFÍA

- AGREST de WAINER, B (1991): "Construcciones en psicoanálisis" Una relectura teórica, clínica y técnica. Revista de Psicoanálisis, Tomo LIII, N°. 5 – 6.
- (1996): "Frida Kahlo: Trauma y creación", en Revista de Psicoanálisis, TLV, N°. 4
- (2001): "Sobre los baluartes en un tratamiento psicoanalítico", presentado en APA 2001.
- AISEMBERG, E.R., B. Agrest, E. Bichi, H. Calderoni, T. Devoto, I. Eckell, C. Galante, N. Gruemberg, H. Manzotti, A. Presas, A. Stisman.
- (1995): "Sobre psicósomática – 1997 "Trauma y somatización (A propósito de un caso clínico)" II Diálogo Psicoanalítico Institucional en Psicósomática.
- (1998): "En las fronteras del psicoanálisis actual: pacientes con somatizaciones graves", III Congreso argentino de psicoanálisis, Córdoba.
- (2002) "Entre la permanencia y el cambio" Vicisitudes del encuadre Analítico XXIV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis. Sep. 2002.
- (2000): "El autorretrato", A. Bustamante, H. D'aniello, I. Eckell, P. O'donnell: en R. de Psicoanálisis, T. LVII, N°. 3-4.
- ALIZADE, M "El encuadre interno." Presentación Encuentro APA-SPP- Paris Feb. 2002.
- BARANGER, W y M. (1962): "La situación analítica como campo dinámico", en Problemas del campo psicoanalítico, Ed. Kargieman.
- (1964): "El insight en la situación analítica", en Problemas del campo psicoanalítico, Ed. Kargieman.
- BARANGER, W y, M. y Mom, J. (1982): "Proceso y no proceso en el trabajo analítico", en Revista de

Psicoanálisis, 4.

- (1987): “El trauma psíquico infantil, de nosotros a Freud.”, en Revista de Psicoanálisis, tomo 44, n.4.
- BARANGER, M: (1993): “La mente del analista, de la escucha a la interpretación”, Rev. de Psicoanálisis XLIX, 2.
- BION, W. R. (1975): “Aprendiendo de la experiencia”, Paidós.
- BLEGER, J. (1961): “Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico”, en Simbiosis y ambigüedad, cap. VI, Paidós, (1984).
- BOTELLA, C y Botella, S. (1997): “Más allá de la representación”, Editorial Promolibro, Valencia.
- BOTELLA, S. (9-2-2002.) “Respuestas a preguntas planteadas por N. Marucco” comunicación on line SPP. APA.
- DONNET, J. LUC. (1999): “El diván bien temperado”, en Revista de Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica de Madrid.
- M.FAIN. (1997) “La vida operativa y las potencialidades de la neurosis traumática” Revista APA N 3.
- FREUD, S. “Publicaciones Prepsicoanalíticas” Tomo 1 carta 52 (1896).
- (1895) “Proyecto de psicología para neurólogos”, tomo I, Amorrortu, Bs. Aires.
- (1900): “La interpretación de los sueños”, tomo IV y V, Amorrortu, Bs. Aires.
- (1913): “Iniciación del tratamiento”, tomo XII, Amorrortu, Bs. Aires.
- (1918) “Lo ominoso” tomo XVII. Amorrortu, Bs. Aires.
- (1920-1922): “Más allá del principio del placer”, tomo XVIII, Amorrortu, Bs. Aires.
- (1926) “Inhibición, síntoma y angustia”, tomo XX, Amorrortu, Bs. Aires.
- (1937): “Construcciones en análisis”, tomo XXIII, Amorrortu, Bs. Aires.
- (1937): “Análisis terminable e interminable”, tomo XXIII, Amorrortu, Bs. Aires.
- GREEN, A. (1972): “El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico”, en De locuras privadas, E.A., Bs. Aires.
- (1993): “Narcisismo de vida y de muerte” “La nueva clínica y la teoría de Freud”, Amorrortu, Bs. Aires.
- (2000): Et al, “L’avenir d’une désillusion”, Petite Bibliotheque de Psychanalyse, P.U.F, 2000.
- JACOBS, T. (1996) “In search of the mind of the analyst, a progress report”, J. of the American Psychoanalytic Assoc.
- LACAN, J (1949) “El estadio del espejo como formador del yo (je) tal como se lo revela en la experiencia psicoanalítica” En escritos 1, Siglo XXI, Madrid.
- MARUCCO, N.: coord. G. inv. “Fundamentos metapsicológicos de la practica analítica actual”, actas 2001.
- (1999) “Cura analítica y transferencia” ed. Amorrortu, Bs. Aires.
- MAC DOUGALL, J. (1982) la contratransferencia y la comunicación primitiva en “Alegato por cierta normalidad” Ed. Petrel, Bs. Aires.
- (1989) “Teatros del cuerpo”. Yeberes. Madrid, 1991.
- M’UZAN, M (1976) Contratransferencia y sistema paradójico en “Del arte a la muerte”. Trieb, Bs. Aires.
- (1995) “La boca del inconsciente” Amorrortu. Bs. Aires.
- KANCYPER, L. (1989): “Jorge Luis Borges o el laberinto de narciso”, Paidós, 1989.
- KHAN, M (1980) “La intimidad del sí mismo”. Saltes. Madrid.
- RACKER, H. (1960) “Estudios sobre técnica psicoanalítica”, Paidós. Bs. Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1967): “Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño”, en Realidad y juego, Edit. Granica, Bs. Aires.
- (1989) “Fear of breakdown en Psychoanalytic Explorations” Harvard University Press.
- (1982) “La enfermedad psicósomática en sus aspectos positivos y negativos.” Revista uruguaya de psicoanálisis N 61. Montevideo.

Lic. Beatriz Agrest de Wainer: Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina

Paraná 1221 4°A

Buenos Aires (1018). Argentina

4814-5209

beagrest@interlink.com.ar

Publicado en: Revista de Psicoanálisis, Tomo LXI, N° 04/1, pp. 239-255, 2004

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.