

### 3.2 EL ENCUADRE. LEA FORSTER\*

---

Quizás, recordar una paciente me permite desde la escultura intentar trazar un paradigma del encuadre, tomando como modelo dos escultores vascos. Ella me decía: “Llegué a ese espacio vacío”, refiriéndose a una obra de Oteiza, “solamente rodeado por piedras que lo limitaban y que dentro se podía construir la historia que tú sintieras. Es acercarse al vacío sin desesperación”.

Oteiza ofrece un modelo de escultura en el cual contrapone la búsqueda de valores espirituales a las tendencias materialistas. En este trayecto artístico el hombre logra adquirir una conciencia espiritual. Es una morfología planteada desde el rigor y la contención geométrica, y busca la escultura vacía por desocupación espacial, “la presencia de una ausencia formal”

El otro escultor vasco, Chillida, con proyección diferente, nos habla de la construcción de lo moderno con memoria de lo antiguo. Así como Chillida y Oteiza están aludiendo a un uso del espacio, por analogía, en el relato de la paciente podríamos pensar que hay un recorte espacial vacío que se juega entre paciente y terapeuta, que requiere de un borde que lo limite: el encuadre.

El espacio, que siempre está asociado a una dimensión de la temporalidad, es algo que está ligado a la vivencia, existiendo por tanto, distintas maneras de apropiarse de él.

Los espacios son configurables y son el efecto de una vivencia que inscribe algo en él. ¿Qué

espacio es éste que intentamos demarcar, instituir, para dar lugar a la experiencia psicoanalítica?

La experiencia psicoanalítica nace de la concepción freudiana de un espacio pensado para dar lugar a la expresión del inconsciente.

Todo lo que Freud despliega en un nivel metapsicológico es el intento de generar una teoría del espacio y del funcionamiento anímico. Por lo tanto, como lo que interesa es dar lugar a la expresión de lo inconsciente, dependerá del modo en que lo concibamos, el trazado de las coordenadas del espacio anímico y de lo que tendrá lugar en lo que denominamos experiencia psicoanalítica, uno de cuyos efectos es el terapéutico.

Cada uno de los elementos del encuadre deberá guardar una relación articulada con los conceptos que darán cuenta del proceso.

Para la teoría freudiana, cuya finalidad está marcada por el levantamiento de la represión, habrá que otorgar un espacio a la expresión de aquellos elementos derivados de lo reprimido. En ello tendrá fundamental importancia el papel del complejo edípico como estructurante de la subjetividad y fundante de la amnesia infantil.

De esta finalidad de hacer consciente lo inconsciente derivarán tantos modelos de encuadre como nociones intenten dar cuenta de ese inconsciente a develar.

Por lo tanto, voy a discurrir, sobre diferentes aportaciones a la noción de encuadre, basándome en distintas concepciones del mundo psíquico y del espacio que se construye en el encuentro psicoanalítico para dar lugar a producciones subjetivas.

¿Existen márgenes lo suficientemente claros entre la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis?

¿Las diferencias en la frecuencia de sesiones, la regla de abstinencia, el uso del diván, el uso de la transferencia y la contratransferencia, los elementos regresivos y los objetivos terapéuticos, constituyen por sí mismos márgenes suficientemente claros?

¿Hay una verdadera transformación estructural del psiquismo del paciente en una y otra?

¿Cómo inciden los cambios sociales del siglo XXI, la globalización, la distribución de la riqueza, la pobreza, las catástrofes sociales, las guerras, etc. en la práctica de una y otra?

¿Cómo no incluir estas variaciones, que Liberman llamó metaencuadre, en nuestro quehacer?

¿Será que sólo se benefician del análisis aquellos pacientes que pueden indagar acerca de su sufrimiento? ¿Y la psicoterapia estaría indicada en aquellos casos de estructuras no neuróticas o cuando intervienen instituciones aseguradoras, hospitalarias, etc.?

Es difícil contestar. Habrá intentos de monopolizar desde vertientes conceptuales y clínicas opuestas, mientras de lo que se trata es de no entablar una lucha que enfrente idealizaciones y realidades, o entre las corrientes psicoanalíticas oficiales (que hacen al superyó psicoanalítico que encarna a los ideales) y otras posiciones.

¿Indagar acerca de la alteridad, acaso no nos confronta con la falta, con la castración, quizás por la caída de la omnipotencia?

¿El psicoanalista acaso no es sujeto de una ética que lo hace asumir una conciencia reflexiva acerca de sus actos, de sus responsabilidades, de verdades que una y otra vez pueden cuestionarse?

¿Hay un solo encuadre, o éste depende del tipo de paciente o del tipo de patología?

¿Cómo trabajar con pacientes en los que no se trata del levantamiento de la represión, sino de hacer posible la inscripción de aquello que todavía no ha sido representado, previo al lenguaje y que necesita de imágenes y solo luego de palabras?

Green en 1964, nos decía que no estamos en la época del Edipo, sino en la de Hamlet. Transitamos por ese confín entre el ser y el no ser (la clínica del vacío). Se trata de pacientes a quienes ofrecerles una experiencia que permita adquirir la capacidad de pensar. Son sujetos que nos hablan de sensaciones de vacío, del sin sentido, y del no poderse involucrar emocionalmente. Desde Freud a nuestros días, lo que cambió principalmente es la escucha analítica, que ahora puede

detectar conflictos primitivos más fácilmente desde los aportes de los posteriores desarrollos.

Cada vez con mayor frecuencia nos exigen una detenida reflexión pacientes con patología narcisista, que nos presentan un estado de vacío psíquico y desinvestidura yoica. Son los mismos en los que se juega en su espacio psíquico una lucha entre narcisismo de vida y narcisismo de muerte.

Son los pacientes en los que fracasa la dialéctica entre continente y contenido (Bion), que huyen de la frustración por vaciamiento, porque no pueden tolerarla, ni elaborar símbolos que les permitan pensarla, valiéndose de un incremento excesivo de la identificación proyectiva.

Son los mismos de la clínica de Winnicott, en los tiempos de separación reunión. Porque si la madre se anticipa demasiado a las necesidades del bebé, lo priva de la posibilidad de elaborar, o si su respuesta es excesiva, origina reacciones catastróficas con experiencias de desintegración. Lo importante para la constitución e integración psíquica, es encontrar el tiempo oportuno, la madre suficientemente buena pero también lo bastante mala, así como sucede entre analista y analizando cuando son capaces de crear un espacio para vivir en un área de experiencia que resida entre la realidad y la fantasía.

¿Cuál sería la función del encuadre, sino la de permitirle al analista pensar y al paciente construir algo de sí mismo sentido como propio?

Estas y otras cuestiones trataré de ir hilvanando durante la exposición, pero antes recuerdo una cita de Bion que nos decía: “Los

analistas deben habituarse a las teorías abiertas, al espacio infinito, no al finito”.

## ENCUADRE

Para que se establezca el diálogo psicoanalítico se necesita de un setting. Esto es, de un marco espacio-temporal que permita el despliegue y la apertura del interjuego de la transferencia y la contratransferencia. El encuadre es para Green el guardián de la transferencia.

También lo podríamos pensar, como el interjuego de los estados de rêverie de comunicación inconsciente en el que se va creando el proceso psicoanalítico. Sin él, no hay proceso.

Regula con sus normas la relación entre analista y paciente y sujeta a ambos a sus estipulaciones.

Enmarca y trasciende la situación de soledad de cada proceso. Entre ambos y con sus reglas, crea el lugar del tercero analítico, que va más allá de sus protagonistas. Y en este marco ambos se resignan al despertar de sus deseos insatisfechos, inaugurando a través de la palabra un cambio cualitativo.

Como decía Moguillansky, citando a Green junto a Bion, el encuadre desenluta el lenguaje en la penumbra del sentido deja de ser un privilegio de la poesía y a la par vuelve, al son de la transferencia, a revitalizar el deseo.

Esta relación que se prolonga durante años con el mantenimiento de un conjunto de normas y actitudes, no es otra para Liberman que la definición de una institución dentro de cuyo seno suceden fenómenos que son comportamientos. Para él y para Bleger, el encuadre es el depositario de la relación simbiótica entre los integrantes de la relación analítica, siendo a su vez mudo. En cambio, el proceso es el interjuego del encuadre y la transferencia.

Además, este diálogo analítico está subordinado a la abstinencia, lo que crea un contexto asimétrico en donde se desarrollará la neurosis de transferencia.

Mientras no haya asimetría no hay asociación libre, porque ésta presupone la escucha de un otro que podrá analizarla y, como decía Mogueillansky, ésto es sólo posible por la matriz vincular que propone el encuadre.

Este diálogo está signado por la negatividad. En ella la asociación libre y la interpretación corresponderán a distintos tipos lógicos, soportes de la necesaria asimetría. Esa misma negatividad es garante de la capacidad de simbolizar, dado que presupone la pérdida de la inmediatez del contacto con el objeto.

Una parte del encuadre incluye el contrato analítico: convenio entre paciente y analista, que establecen un intercambio de tiempo y dinero (Liberman). Y se diferencia de otras terapias en que intenta limitar cuanto sea posible la intervención de la sugestión.

## SITUACIÓN ANALÍTICA

Es el conjunto de elementos comprendidos en la relación analítica. Es una formación artificial. En ella participan ambos integrantes de la relación, que están reunidos pero a su vez separados. El contacto silencioso es a través del clima emocional y este silencio puede ser vivido de diferentes formas por cada uno de los participantes. Este contacto se establece también a través de las palabras del analizando, palabras sobre las que pesa la racionalización, la negación y tantas otras cosas.

El analista a su vez, a través de la interpretación, toma contacto con el analizando, con la necesaria distancia para posibilitar el insight. Esta interpretación, sólo surgirá de la atención flotante y de su neutralidad benévola.

La interpretación, preservando la neutralidad, se funda y sostiene aquella negatividad que excluye la satisfacción sustitutiva. Y dado que la interpretación proviene de un distinto nivel lógico, crea un nuevo saber producto de distintos modos de ver (binocularidad).

Este pensamiento nuevo construido en el espacio analítico no deja iguales ni al paciente ni al analista.

## REGLA DE ABSTINENCIA

La regla de la abstinencia no se limita a establecer las fronteras del contacto entre paciente y terapeuta que, en la mayor medida posible, ha de reducirse al ámbito verbal. Implica además, cierta suspensión de las convicciones y teorías del analista, de modo que ellas no saturen precipitadamente lo que sucede en la situación analítica y obstaculicen

su comprensión. Freud decía: “El analista llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias”.

La función de la abstinencia es contribuir a regular las emociones del analista y preservar al paciente de la influencia sugestiva. Indica cual es el sentido de la acción terapéutica y delimita el significado de lo que se comunica en el terreno de la representación y de la búsqueda de sentido.

Constituye un límite respecto de lo que no conocemos del otro y a la vez impide la actuación del analista.

## **NEUTRALIDAD**

Anna Freud, en los años 50, decía que el analista se debe mantener neutral entre el yo y el ello, sin tomar partido por ninguna instancia psíquica.

## **ATENCIÓN FLOTANTE**

Es un modo singular de atención que consiste en el estado mental que nos permite que ciertas configuraciones del discurso del paciente nos impacten, permitiéndonos pensarlas sin tener que ir en su búsqueda.

No es innata, se adquiere.

Tiene una cualidad receptiva no dirigida. Está emparentada con la capacidad materna de reverie.

Rêverie: Bion llamaba así al estado de ensoñación que permite estar abierto a

cualquier sentimiento del objeto amado. La aptitud para el descubrimiento y la significación de la experiencia emocional del bebé depende del rêverie materno. Es esa capacidad natural de la mente de la mamá de aceptar, alojar y transformar una comunicación primitiva, preverbal, potencialmente llena de pánico y catástrofe, modulando el dolor para que el bebé pueda reintroyectar una parte de su personalidad envuelta en una emoción tolerable. Si fracasa, el bebé experimenta un terror sin nombre que intensificará su estado de indefinición y la precariedad del equipo para enfrentar el dolor mental.

Cumple una función de amparo frente a las vivencias catastróficas de desamparo, transformando el pánico en una emoción tolerable y pensable, forjando instrumentos para pensar. Aumenta la tolerancia al dolor. Y, como ya se ha comentado en más de una ocasión, se trata de “la tolerancia a la incertidumbre, el poder dejarse sorprender o la capacidad de esperar, asó como de un sentimiento de empatía”.

Éste es un valioso agente terapéutico que permite la regresión, reexperimentar la primera infancia de manera modificada y en un contexto distinto para luego iniciar el camino opuesto, el progresivo.

El paciente en momentos regresivos del proceso analítico necesita, además de ser entendido, el cuidado de su estado afectivo. El analista tendrá que comprender y regular con qué emociones tolerables el paciente se puede enfrentar en ese momento, y cómo intervenir con la palabra o el silencio en cada oportunidad. Nuestra función en un primer tiempo es ir conteniendo rêverie a través del encuadre, con el objetivo de poder hacernos cargo de todos sus sentimientos, para en un

segundo tiempo, dar una respuesta a través de una interpretación. La función rêverie del terapeuta es, entonces, preservar esta posibilidad de simbolizar. No se trata de limitarse a interpretar el contenido del discurso del paciente.

Muchas veces para revivir algo penoso de su infancia o de su vida, el paciente usará algún defecto nuestro, generándose un drama no justificado desde la lógica. Al vivirlo en el aquí y ahora del análisis podrá encontrarle un nuevo sentido.

### **SIN MEMORIA NI DESEO**

Es ésta la propuesta bioniana, que promueve que surja en el analista la rememoración en lugar de la memoria. Ya que ésta, está saturada de elementos sensoriales que imposibilitan la aproximación al paciente.

En 1990 W. Bion en las conferencias de Brasil, nos dice que es difícil atenerse a las reglas: "En primer lugar no sé cuales son las reglas". ¿Qué nos quiere decir? Quizás que las reglas debieran aplicarse en cada caso a un paciente específico en un momento determinado, y que en ausencia de esta singularidad es mejor abstenerse. Esto es, no regirse por la memoria y los propios deseos. No se trata de que todo valga, ni de que apliquemos reglas por mera obediencia, lo que sería una actuación, sino que podamos en cada momento ejercer un metaexamen de todo lo que sucede en el campo analítico. Lo más importante es comprender la regla y no obedecerla.

Por eso es tan importante la formación teórica, el análisis y la supervisión.

### **ENCUADRE DE LA MENTE DEL ANALISTA**

El bagaje interno de su mente estará constituido por sus teorías relativas al inconsciente, la sexualidad infantil, la trama del complejo de Edipo, las pulsiones y la transferencia.

Y con esta actitud mental, más la regla de abstinencia y la atención flotante, escuchamos e interpretamos.

Los Baranger planteaban que entre analista y analizando se va creando un campo dinámico y que el analista debe afrontar un trabajo artesanal que implica su bagaje teórico tanto como su experiencia vivencial, junto a alguien que quiere ser aprendiz de artesano. Alguien que cuente con la disposición y las cualidades requeridas para analizarse.

El analista deberá evitar deseos e intereses focalizados y abandonarse por completo a sus memorias inconscientes que permitirán crear un campo dinámico entre la comunicación de inconsciente a inconsciente. Este espacio constituye el encuadre interno del analista, y dentro de éste se destaca la contratransferencia. Cuando ésta aparece, debe ser sometida a un exhaustivo trabajo de elaboración y articulación con el discurso del paciente.

Para que esto suceda, es importante la función psicoanalítica del terapeuta que deviene de su propio análisis. Por eso es importante que cuando nos vemos compelidos a producir una "alteración del encuadre" podamos analizar cuidadosamente nuestra transferencia antes de instituir un cambio técnico.

Michelle Neyraut dijo: “El psicoanálisis se sirve del pasado para crear un porvenir que no sea sólo repetición”.

## CONSTRUCCIÓN

Desde Freud (1937) entendemos la construcción como distinta de la interpretación. Está destinada a reconstruir, en sus aspectos reales como fantaseados, una parte de la historia infantil del sujeto que corresponde a los años olvidados de éste. Es un testimonio vital y fresco de la vida infantil del paciente en análisis. Interpretaciones parciales abren el camino a la construcción, y ésta, abre a su vez el camino a interpretaciones más abarcativas y más profundas.

¿Qué eficacia tiene la construcción?. La de desandar lo vivido hasta llegar a un punto donde sea posible organizar un paradigma que reemplace los momentos desconocidos y que abra nuevos caminos.

Se imbrica con la interpretación haciendo a veces imposible su delimitación.

Para Etchegoyen, la construcción busca el pasado y la interpretación lo encuentra.

Como vemos, el encuadre ha de servir para lograr una estabilidad, favoreciendo el desarrollo analítico.

Este proceso es un encuentro entre la demanda –que se origina en el sufrimiento- del paciente y el analista. Se vehiculiza a través del despliegue y la elaboración del circuito transferencial, haciendo que la

situación analítica sea distinta de cualquier otra situación en la vida.

¿A qué llamamos psicoanálisis y a que psicoterapia psicoanalítica?

Todas las escuelas proponen formulaciones con pretensión totalizadora. Quizás lo importante sea poder recorrerlas y considerarlas construcciones teóricas que enriquecen nuestro conocimiento.

El psicoanálisis es un método terapéutico, cuyo objetivo es adquirir un nuevo saber sobre el funcionamiento psíquico, lo que pensamos y quienes somos.

Es la exploración del inconsciente y de la sexualidad a través de la transferencia, y se define al final del proceso. En los neuróticos el síntoma es portador de su vida sexual. Por eso el psicoanálisis freudiano prioriza el develamiento del inconsciente, las nociones de resistencia, de represión, de psicosexualidad, de Edipo, de transferencia y la contratransferencia. En su desarrollo se instaura el proceso que conduce a la recuperación de la historia y los conflictos infantiles y a la indagación de la constitución identificatoria del yo y sus mecanismos de defensa. La transferencia irá a la búsqueda del analista, creando fenómenos nuevos pero también repetitivos, que hacen a la singularidad subjetiva de cada uno, produciendo cambios en el paciente y en el analista. Advienen transformaciones de su psiquismo, que se manifiestan con un aumento de la plasticidad del yo, la desidealización y la desidentificación, que conducen a una transformación de su aparato psíquico tanto desde el punto de vista

dinámico como en lo que se refiere a las relaciones y cualidades de las instancias . Esto apunta a cambios estructurales.

### **CAMBIO ESTRUCTURAL**

Se refiere a una cualidad distintiva del tratamiento en donde hay una garantía de cambios genuinos y estables en la estructuración misma del aparato psíquico. Los resultados se pueden ver subjetivamente y también objetivamente en las modificaciones sintomáticas, de los rasgos de carácter o en la personalidad. Hay cambios en el superyó, en el ideal del yo y cierta flexibilización de las funciones del yo. Subsisten, sin embargo, múltiples controversias relacionadas con este concepto y con la posibilidad de obtener estos resultados.

Muchos autores piensan, de acuerdo al marco teórico referencial con el que abordan su práctica, que la clínica con ciertas patologías (como las adicciones, los estados límite, las enfermedades psicosomáticas, etc.) han enriquecido la comprensión y la teorización, ampliando el campo de aplicación más allá de las neurosis como indicación prioritaria. Esto a su vez nos confronta con diferentes abordajes, que tienen en común el intento de producir condiciones favorables a la representabilidad de experiencias aun no significadas.

Todos ellos se ocupan de las patologías narcisistas, de la clínica del vacío, de la negatividad. Lo negativo en relación al narcisismo es aquello que no pudo representarse.

Nemirowsky decía que las patologías que nos interrogan en nuestros días (esquizoides, borderline) se generan en los desencuentros y en las separaciones, se nutren de ausencia

quitándole a la histeria el privilegio del siglo pasado.

No se trata de la simple escisión horizontal (la que metaforiza la represión), sino de aquella vertical que Freud introdujera en 1938. Es la clínica del vacío en que se mezclan tristeza, apatía, búsqueda de identidad, culto de sí mismo y escepticismo respecto de la validez de alguna terapia posible.

La teoría se nutre de la clínica y las técnicas son un instrumento. En cuanto al uso que el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas hacen de la técnica, dependerá de la singularidad de cada persona y de cada vínculo terapéutico. En éste último, la complejidad de las variables en juego es tal que excluye cualquier generalización. A su vez las distintas escuelas teóricas tienen una práctica diferente.

Ciertas escuelas freudianas sostienen que en las psicoterapias es necesario limitar el uso de la interpretación porque, en ese encuadre, los pacientes no podrían desarrollar una amalgama transferencial y por tanto no puede interpretarse lo que no ha podido desplegarse.

En la escuela anglosajona, que se desarrolló a partir de las aportaciones de Klein, el eje se centra en las relaciones de objeto y en las defensas primitivas que se originan en las angustias de contacto y separación. La mente evoluciona desde la desintegración a la integración.

Bion pone énfasis, en el funcionamiento mental del paciente y la capacidad de éste para desarrollar pensamientos. Para él, la mente se desarrolla mediante la adquisición

de conocimientos, tanto de sí mismo como de sus objetos internos y externos. Y el dolor mental, si no es excesivo, a través de su modulación en un vínculo, crea la posibilidad de desarrollar procesos de simbolización. Por tanto, para que haya pensamientos tiene que haber una experiencia emocional que trasciende las leyes del lenguaje y aquellos emergen en el lugar de la ausencia.

Para el descubrimiento de esta experiencia emocional el bebé depende del revêrie materno.

A su vez, Bion trabajó con pacientes seriamente perturbados en el procesamiento de sus experiencias emocionales y con disturbios en los procesos de transformación simbólica.

Estas dos escuelas no plantean cambios en el encuadre para pacientes psicóticos.

Bion, frente a la pregunta de su experiencia con el análisis de psicóticos, respondió que él no aboga por los cambios, porque los ignora. Dijo también, que él solo analizó a los esquizofrénicos que pudieran acudir a su consulta, y que en el momento de delimitar el encuadre, él señalaba el sitio, les decía que había una silla y un diván, y que podían utilizar lo que quisieran.

El diagnóstico no es sólo el patológico, sino el de una relación posible entre paciente y terapeuta (que sería lo que muchos llaman analizabilidad) dependiendo del campo que se crea entre ambos.

Tal vez se trate de poder ver que muchos procesos psicoterapéuticos devienen psicoanalíticos, quizás porque haya una mayor escucha y una posibilidad por parte del paciente de profundizar en su pensamiento. Mientras otros pacientes que en un primer contacto parecían neuróticos analizables, terminan tolerando sólo un abordaje psicoterapéutico que no puede devenir proceso psicoanalítico.

## **PSICOTERAPIA PSICOANALITICA**

Desde los años 50, hay múltiples investigaciones, acerca de la psicoterapia psicoanalítica y autores de mucho peso teórico, como Wallenstrein, Stone, Gil, Otto Kernberg y otros, todavía no pudieron llegar a un acuerdo.

Hay elementos a tener en cuenta: avatares socioeconómicos, naturaleza de la demanda, trabajo en una institución pública, el pago a cargo de terceros como mutualidades aseguradoras, duración, etc., que son ajenos a nuestra decisión. Además de ser elementos de peso político en cada país, de acuerdo a las teorías vigentes, permiten acceder a mayor número de pacientes a sesiones de baja frecuencia y menor costo.

Para otros autores, la psicoterapia psicoanalítica es la técnica de elección con pacientes demasiado enfermos.

Para algunos, se da un cambio estructural en ambas modalidades terapéuticas, para otros en la psicoterapia psicoanalítica hay una reorganización parcial de la estructura psíquica con cambios sintomáticos.

Estas diferentes visiones subrayan la importancia prioritaria que debe acordarse sea a los fundamentos teóricos que ambas comparten, sea a la significación que el psicoanálisis tanto como la psicoterapia psicoanalítica confieren al encuadre presente en la mente del terapeuta. Un encuadre que hunde sus raíces en la profundidad del análisis personal, en la supervisión de la práctica clínica y en la capacidad crítica de la propia formación teórica.

Para algunos autores, el análisis de la transferencia y la regresión no son privativos del psicoanálisis, ya que transferencias y regresiones son constantes de todo vínculo terapéutico. Pero quizás la diferencia está en el uso y en el manejo que se haga de ellos.

La neutralidad técnica se abandona y se restaura en cada momento.

Para Green, en el psicoanálisis la atmósfera de la situación analítica se desplaza gradualmente desde el análisis de la naturaleza intersubjetiva de la transferencia-contratransferencia a un predominio de la exploración de los niveles más profundos de la experiencia intrapsíquica.

Contrariamente, en la psicoterapia psicoanalítica predomina la exploración de los desarrollos intersubjetivos sin el desplazamiento antes indicado, dada la limitación del análisis de la transferencia y la frecuente incidencia de síndromes de difusión de identidad en pacientes graves, de forma que pueda favorecer su integración yoica.

Quizás sea importante también tener en cuenta que la diversidad de concepciones y prácticas pueden guardar ciertas relaciones de dependencia con el país en que están vigentes y con el marco teórico que las acompaña.

Para los freudianos la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis constituyen un continuum, con una cuestión de grado. Además, las situaciones transferenciales se actualizan en relación a objetos de la vida actual, y se desarrollan por fuera de las neurosis de transferencia, de modo que ésta no se centrará necesariamente sobre la persona del analista.

O. Kenberg nos dice que en Estados Unidos las corrientes pertenecen prioritariamente a las escuelas de psicología del yo y Kleiniana.

Para él hay diferencias en objetivos de la técnica y resultados. Nos dice que las relaciones entre pulsión y defensa, están sumergidas en las relaciones objetales internalizadas, y las transferencias tienen que ser vistas en el aquí y ahora de la sesión y de la realidad externa.

Agrega Kenberg, que es preferible realizar la terapia psicoanalítica frente a frente para poder registrar el comportamiento paraverbal y verbal de la comunicación y que se trabaja sobre el “hecho seleccionado” para la dirección de la labor de interpretación.

Hecho seleccionado que para Bion, proviene de la comunicación verbal y preverbal del paciente y del análisis de la contratransferencia. Pero también de la importancia de las cesuras que los terapeutas

podrían detectar, de su magnitud, para ayudar al paciente a atravesarlas, poniendo palabras como puentes vínculo K. Puentes que no resuelven el conflicto, sólo lo atraviesan.

Cesura, quiere decir brecha, resistencia, fisura, espejo transparente, punto de cambio.

Personalmente creo que sería importante seguir investigando a partir de las experiencias de psicoterapeutas, para poder aproximarnos más rigurosamente a una teoría y a una práctica que han de permanecer abiertas a cuestionamientos y reflexión. Quizás, lo más importante, es no ponernos dogmáticos y poder nutrirnos de diferentes teorías que nos enriquezcan.

ΨΨΨΨΨΨΨΨΨ

**\*Sobre la Autora:** Lea Forster es miembro didacta de la AMPP, ex vicepresidenta de la misma y Coordinadora de la sección de Pareja y Familia. Dirección: Pastora Imperio 1, 5º D. 28036 Madrid

## BIBLIOGRAFÍA

- BION, W. R.-"Aprendiendo de la experiencia".Ed.Paidós, 1980.  
"Elementos de Psicoanálisis".Ed. Horme 1998.  
"Seminario de Psicoanálisis". Ed. Paidós, 1974/75.  
"Seminarios clínicos y textos. Lugar Editorial, 1992.  
BLEGER, J.-"Simbiosis y Ambigüedad". Estudio Psicoanalítico.Ed.Paidós, 1967.  
ETCHEGOYEN, H.-"Los fundamentos de la técnica psicoanalítica". Amorrortu, 1986.  
FREUD, S.- "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico".Amorrortu.Tomo XII, 1912.  
"Sobre la iniciación al tratamiento". Amorrortu. Tomo XII, 1913.  
GREEN, A.-"De locuras privadas". Amorrortu.1994.  
GOLDBERG, A.-"Psicoanálisis postmoderno".Revista de Psicoanálisis. Vol.XXIII. Nº 1, 2.001.  
KERNBERG, O.- "Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapia de fortalecimiento".Controversias Contemporáneas. 1.989.  
LIBERMAN, D.-"La comunicación en la terapéutica psicoanalítica". Ed. Eudeba, 1966.  
"Interacción comunicativa y proceso analítico". Ed. Galena, 1971.  
"Comunicación y Psicoanálisis". Ed. Eudeba, 1978.  
NEMIROVSKY, C.-"Encuadre, salud e interpretación". Revista de Psicoanálisis.Vol.XXIII. Nº 1, 2001.  
MOGUILLANSKY, R.-  
WALLERSTEIN, R.- "La relación entre Psicoanálisis y Psicoterapia". 1989