

DISPOSITIVO, ENCUADRES E IDENTIDAD PSICOANALÍTICA: CURIOSIDADES Y ARGUMENTOS

DEVICES, SETTING AND PSYCHOANALYTIC IDENTITY: CURIOSITIES AND ARGUMENTS

Rubén Zukerfeld*

RESUMEN

Se presentan en este trabajo cinco argumentos alrededor de lo que se llama “psicoanálisis” y lo que se denomina “psicoterapia psicoanalítica”, partiendo de la idea general que sostiene que, cuanto mayor sea la preocupación identitaria, más se tenderá a diferenciar lo que se llama “psicoanálisis” de lo que se llama “psicoterapia psicoanalítica”. En este sentido se plantea la relación entre “efecto analítico” y “efecto terapéutico”, que no son correlativos, observando que el primero tiene mucho más valor de consolidación identitaria.

Se desarrollan las diferencias entre lo que se define como *dispositivo psicoanalítico* y *encuadres psicoanalíticos* (tipo “laboratorio” y tipo “fábrica”) y se plantea un modelo para pensar las intervenciones psicoanalíticas que depende de tres vértices (diagnóstico, demanda, disponibilidad). Finalmente se esbozan los obstáculos para la concepción científica y la práctica clínica que puede generar la noción de *movimiento psicoanalítico* y sus resabios religiosos.

* Psicoanalista miembro de SAP.

ABSTRACT

Five arguments are developed around what is called “psychoanalysis” and what is called “psychoanalytic psychotherapy” from the general belief that states that the higher the identity concern, the higher the tendency to differentiate what is called “psychoanalysis” from what is called “psychoanalytic psychotherapy”. It is in this sense that the relation “analytical effect” and “therapeutic effect” is regarded, effects* that are not correlative, since the first one has a higher value of identity consolidation. The differences are developed between what is defined as psychoanalytic device and what the psychoanalytic frames (such as “laboratory” and “factory”) are. A model to think the psychoanalytic intervention that lies** on three vertexes (diagnosis, demand, availability) is also proposed. Finally there is reference to the obstacles against the scientific conception and against the clinical practice that might be generated by the belief of a psychoanalytic movement and its religious influence.

► **Introducción**

El título de este simposio¹ alude a “diferencias, complementariedades y articulaciones” entre algo que se denomina “psicoanálisis” y algo que se llama “psicoterapia psicoanalítica”, hecho que en sí mismo ya plantea un problema pues parte de la base de establecer dos denominaciones en las que el término “psicoanálisis” varía de sustantivo a adjetivo con la complicación añadida de suponer que son diferenciables.¹

En este sentido, el problema aquí planteado es estrictamente interno —es decir interpsicoanalistas— dado que no existe como tal ni

¹ Este trabajo es el resultado de la modificación, corrección y agregados al presentado en el panel final del Simposio de SAP, 2004, compartido con Vicente Galli y Juan Pablo Jiménez.

para los pacientes de los psicoanalistas, ni para el campo de la salud en general.² Sin embargo, esta problemática reaparece periódicamente con cierta intensidad cuando se realizan reflexiones sobre la práctica analítica y sus resultados y sobre la formación psicoanalítica y sus reglas, es decir sobre qué hacen y quiénes son los psicoanalistas. O sea, la relación entre su acción (sus intervenciones clínicas) y su identidad, que ha hecho, por ejemplo, que se hable de un síndrome de “identidad difusa” (Serrano de Dreyfus, 2001) que suele vincularse a lo que se llama encuadre psicoanalítico.

El objetivo de esta presentación es, entonces:

- a) plantear dos curiosidades y cinco argumentos alrededor de la línea de tensión que se genera entre un *hacer* y un *ser*, partiendo de la idea general que sostiene que cuanto mayor sea la preocupación identitaria más se tenderá a diferenciar lo que se llama “psicoanálisis” de lo que se llama “psicoterapia psicoanalítica”.
- b) definir la relación entre *dispositivo psicoanalítico* y *encuadres psicoanalíticos* a partir de interrogar de qué dependen las intervenciones que se realizan en la actividad clínica.

1. Dos curiosidades

Creo que del modo como están formuladas estas cuestiones (“psicoterapia”, “psicoanálisis”) se suscitan ciertos fenómenos curiosos que reunimos en dos grupos:

1.1. *Curiosidades en la denominación de la práctica y sus practicantes*

En ninguno de los artículos técnicos freudianos se hace mención a una diferencia entre lo que se llama “psicoanálisis” y lo que se deno-

² Es aquí donde, como señala Jiménez (2001), se “ha ido creando un clima en el que nos encontramos a la defensiva y en la creciente necesidad de convencer a las autoridades, compañías aseguradoras y a los pacientes mismos sobre el valor de nuestras terapias”.

mina “psicoterapia psicoanalítica”. Sin embargo, Freud se ocupa, en toda su obra, de diferenciar el psicoanálisis de la sugestión directa, de las prácticas silvestres, del mal uso de la transferencia, de las intelectualizaciones, de la inutilidad de pretender acelerar ciertos procesos, etc. Es sabido que desde el momento fundacional define distintas modificaciones técnicas que comienzan inclusive dentro del tratamiento de las psiconeurosis de transferencia pero en ningún momento refiere —por ejemplo— que con la histeria de conversión se hace psicoanálisis y con las fobias psicoterapia psicoanalítica.

Por otra parte, ¿por qué no se plantea esta problemática en el psicoanálisis de adolescentes y niños³, familias y grupos? También es curioso pensar por qué importantes grupos de psicoanalistas se definen como *psicosomatistas* o como *psicoanalistas vinculares*. Y también las nuevas adjetivaciones vg. *psicoterapia psicoanalíticamente informada*, *psicoterapia atípica* (Painceira, 2004) y las más desarrolladas *psicoterapias focales* constituidas en importante campo de investigación. Es llamativo también que, de todos los artículos del *Diccionario* de Laplanche & Pontalis, el único que no tiene desarrollado el concepto es el término “psicoterapia”, que entre sus definiciones señala que “con el nombre de psicoterapia analítica se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica *rigurosa* (la cursiva es mía). ¿En que consistirá una cura psicoanalítica rigurosa⁴? Creo que este adjetivo intenta delimitar un territorio, es decir es una expresión de los dispositivos de preservación y vigilancia⁵ propia de los movimientos religiosos, políticos y a veces artísticos.

³ Como ha señalado recientemente Norberto Szwarc.

⁴ Hilda Ojman refiriéndose a los indicadores de fin de análisis describió múltiples criterios diferentes, todos ellos lo suficientemente rigurosos. [Ver página 45 de este N°].

⁵ Que era necesaria en la época de la fundación de la Asociación Psicoanalítica Internacional y que han sido posteriormente fuente de tabúes en la concepción de la cura psicoanalítica (Braier, 1990).

1.2. Curiosidades en la comunicación interpares

En el intercambio entre psicoanalistas existen códigos que no es necesario explicitar para ser comprensibles; cuando, por ejemplo, un colega le dice a otro que con tal paciente está haciendo una “psicoterapia”, se entiende que por las características del paciente considera que no puede hacer interpretaciones, o lo está viendo cara a cara, o lo está viendo menos de dos veces por semana, o todo esto junto. Por otra parte, en la jerga perdura todavía en algunos ámbitos una cierta necesidad de *justificación* cuando se siente que lo que se hace no cabe dentro del sustantivo “psicoanálisis”, de tal modo que se plantea que lo que se hace es provisorio “hasta que el paciente pueda analizarse”, practicando la poco rigurosa separación superficial-profundo, sintomático-estructural.

Son entonces estas curiosidades las que hacen pensar que si hay exhortaciones al rigor y hay necesidad de justificación, se pone en evidencia que la cuestión de fondo es identitaria y no necesariamente de producción de conocimiento o de resultados terapéuticos. Se trata para el psicoanalista de hacer lo que brinde mayor sensación de pertenencia y, si esto no es posible, se hace lo que se puede con vivencia transgresiva o bajo un manto de resignación, de un suave cinismo o a veces de decepción y ruptura. De aquí que es importante poner en discusión los tres argumentos que plantean que hablar de psicoanálisis como procedimiento terapéutico es decir lo mismo que psicoterapia psicoanalítica, junto a los dos argumentos que sostienen que son términos diferenciables.

2. Cinco argumentos y sus corolarios

2.1. Argumento de la lógica de los conjuntos

Este argumento plantea que no son comparables entre sí las distintas definiciones de un mismo término si pertenecen a conjuntos

conceptuales diferentes. Si en un contexto fundacional se estipula más de una definición, cada una de ellas es comparable dentro del conjunto que le corresponda. Así sucede con la definición de psicoanálisis de mayor peso académico y ortodoxia, que es la que da Freud en los artículos para la Enciclopedia (1922-3) y utilizan Laplanche y Pontalis y los Estatutos de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Psicoanálisis es —de acuerdo a su fundador y a la organización que fundó— el nombre no de una, sino de tres cosas que se describen como:

- a) Un *método* para la *investigación de procesos mentales prácticamente inaccesibles de otro modo*. El método nuevo de investigación creado por Freud que llamaremos psicoanálisis I ha sido usado en la clínica y en diversas áreas del quehacer humano y sus producciones culturales. Como método de exploración de fenómenos inconscientes implica realizar una experiencia introspectiva o de observación de ciertas producciones de acuerdo a ciertas reglas. Esta experiencia que va desde la interpretación de un sueño hasta la interpretación de una obra artística, un mito o una condición sociopolítica determinada es comparable a otros métodos con objetos de estudio parecidos de los que se diferencia y con los que se puede complementar o articular;
- b) *Un método basado en esta investigación para el tratamiento de los trastornos neuróticos*. Desde el momento que psicoanálisis —que llamaremos II— se define como terapéutico pasa ser una psicoterapia. La psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis II es un conjunto de procedimientos que se desarrollan dentro de un vínculo formalizado (encuadre) donde —como mínimo— uno de sus integrantes tiene en cuenta las nociones de inconsciente, campo transferencial e historia subjetiva —de allí que se adjetiva como psicoanalítica— y realiza intervenciones de distintas características cuyo objetivo es brindar ayuda —de allí que se sustantiva

como psicoterapia— al padecimiento de cualquier origen⁶ del otro integrante o paciente. Es comparable a otras psicoterapias que tienen fines parecidos pero que no tienen en cuenta o no privilegian las nociones de inconsciente, transferencia e historia subjetiva, de las que se diferencia, se puede complementar y articular;⁷

- c) *Una serie de concepciones psicológicas adquiridas por este medio y que en conjunto van en aumento para formar progresivamente una nueva disciplina científica.* Los datos obtenidos a partir de una cierta cantidad de experiencia proporcionada por el psicoanálisis I y el psicoanálisis II, ordenados y contrastados de acuerdo a la lógica del método científico, constituyen una disciplina considerada habitualmente a mitad de camino entre las ciencias sociales y las naturales, que llamaremos psicoanálisis III. Es comparable a otras disciplinas de las que se diferencia, se puede complementar y articular.

Primer Corolario: Desde el punto de vista de las definiciones no habría diferencias sustantivas entre lo que se denomina psicoanálisis como método terapéutico (psicoanálisis sentido II) y lo que se denomina psicoterapia psicoanalítica.

2.2. Argumento de la práctica analítica

Este argumento sostiene que en la práctica clínica no es posible

⁶ En la actualidad la autolimitación freudiana no se suele tener en cuenta para la actividad clínica, pero retorna en la teoría a través de la clásica caracterización centro-frontera propia del modelo neurotrocéntrico.

⁷ Como por ejemplo en el Congreso Internacional de Psicoanálisis IPA (New Orleans, Marzo, 2004) el panel sobre un material clínico discutido por Adela Duarte, Hugo Bleichmar y José Calderón (psicólogo cognitivo).

realizar comparación entre algo que se llama “psicoanálisis” y algo que se llama “psicoterapia psicoanalítica” *si se asume estar realizando un proceso terapéutico*.⁸ Si se jerarquiza esto último resulta que el campo generado y las intervenciones intentan, como señalamos antes, brindar *ayuda* a una persona. En este sentido es importante precisar dos grandes cuestiones en relación a la noción de ayuda:

- a) La ayuda que tiene valor terapéutico es la que se percibe y si se percibe como tal implica un movimiento emocional en el que la recibe, que expresa un *cambio* psíquico. Los múltiples estilos de intervenciones interpretativas⁹ pueden significar o no ayuda, con lo que se plantea la posibilidad de un primer desfasaje entre lo que se ha llamado efecto analítico en relación con el efecto considerado terapéutico;
- b) Es el receptor —el paciente— el que define una intervención como ayuda adquiriendo la oportunidad, forma y contexto una importancia semejante a su contenido, con lo que se plantea un segundo desfasaje porque ciertas intervenciones que el psicoanalista no considera interpretativas ejercen un definido efecto terapéutico. Las diversas investigaciones sobre la noción de “apoyo” ponen en evidencia este problema.

Segundo Corolario: Desde el punto de vista de una práctica de la ayuda no hay diferencias entre la denominada psicoanalítica y la denominada de psicoterapia psicoanalítica.

⁸ Guillermo Ferschtut enfatiza que “el psicoanálisis es siempre una psicoterapia puesto que de allí surge y si no es un método terapéutico no es un método de investigación ni una teoría de funcionamiento”.

⁹ Eduardo Issaharoff describió recientemente la polisemia del concepto “interpretación” tanto en su aspecto descriptivo como en el explicativo enfatizando el valor de la cualidad emocional del “ponerse en contacto”. (Ver pág. 79 de este N°).

2.3. Argumento de la investigación empírico-sistemática

Este argumento sostiene que las comparaciones podrían realizarse en cuanto a proceso y resultados pero no como psicoanálisis vs. psicoterapia psicoanalítica sino como un psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica de alta frecuencia y un psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica de baja frecuencia. En el importante trabajo de Altmann, Garbarino et al (1996) encuestando a psicoanalistas de la APU sólo el 45% aludió al uso del diván y la frecuencia de sesiones para definir la práctica como “psicoanálisis”. Pero por otra parte entre los analistas más jóvenes el 35% planteó que la baja frecuencia “perturba el desarrollo de su capacidad como psicoanalista”. Como es sabido, hoy en día el proceso y los resultados se pueden evaluar de distintos modos de acuerdo a recursos sistemáticos estudiando narrativas, defensas, etc. Uno de ellos es estudiar la conformación de la alianza terapéutica y su efecto en el cambio. En una investigación que hemos realizado se observó que la percepción subjetiva de mejoría correlacionaba positivamente con la alianza terapéutica y que esta era dependiente principalmente de las condiciones del *vínculo y no de variables del encuadre como la frecuencia de sesiones* (Zukerfeld, 2001). Dicho de otro modo, esto significa que con distintas frecuencias se generaba igual grado de alianza terapéutica y de percepción de ayuda en el paciente.

Tercer Corolario: Desde el punto de vista de la investigación sistemática pueden establecerse diferencias entre psicoanálisis de alta frecuencia y psicoanálisis de baja frecuencia en la perspectiva del psicoanalista pero no en la del paciente y tal vez en los procesos pero no tanto en los resultados.

2.4. Argumento del confort

Plantea que las diferencias entre lo que se llama psicoanálisis y lo que se llama psicoterapia psicoanalítica son que en el psicoanálisis —

entendido como sinónimo de alta frecuencia y uso de diván, sin límite de tiempo— está facilitado el lugar del analista por las características del *setting* que brinda un clima emocional diferente al de la psicoterapia y favorece así el desarrollo de un proceso analítico. Es un argumento que pone el énfasis en el *comfort* mental del analista¹⁰ y es interesante señalar que en este argumento el confort del paciente es relativamente secundario al modelo de laboratorio con reducción al máximo de las variables intervinientes o a la asepsia quirúrgica. Aquí está claro que todo el *setting* está destinado para confort del “cirujano” y se supone que así por añadidura se verá beneficiado el paciente.

Cuarto Corolario: Desde este punto de vista, cuanto más confortable se sienta el analista, más calificará su práctica como psicoanálisis y cualquier variación importante del encuadre que disminuya el confort, la significará como una psicoterapia psicoanalítica.

2.5. *Argumento del tiempo*

Plantea que la máxima frecuencia y la ilimitación del tiempo permite que se desarrolle la aventura psicoanalítica (Galli, 2004); que haya posibilidad de catarsis y evita la restricción en relación con núcleos problemáticos (Paz, 2004; Issaharoff, 2004); disminuye la pregnancia de la cotidianidad y en definitiva promueve ciertos niveles regresivos y el trabajo paulatino con las resistencias, con lo que se facilita el proceso psicoanalítico¹¹. El tema del tiempo proviene ya desde los orígenes¹² y el problema es encontrar un parámetro para poder afirmar cuánto es “mucho” o “poco”. En la actualidad la ten-

¹⁰ En el que es fundamental la conservación de su autoestima y consolidación identitaria a través de la legitimación de su práctica.

¹¹ Estos aspectos son planteados permanentemente en toda su obra sobre técnica por Horacio Etchegoyen.

¹² Ya está presente en los trabajos de Ferenczi, Rank y Alexander.

dencia es a resolverlo caso por caso, dependiendo —igual que las intervenciones— de la relación entre diagnóstico, demanda y disponibilidad, como desarrollaré más adelante. Esto significa que aquí se aplica en realidad el criterio de “cuál analista para cuál paciente con qué encuadre”, como ha señalado entre otros Bernardi (2003) a su vez dentro de una concepción general más amplia, conocida como *matching*, válida para cualquier tipo de psicoterapia. Esto significa también que, independientemente de las denominaciones, la actividad psicoanalítica es siempre artesanal y siempre vincular.

Quinto Corolario: Desde este punto de vista, cuanto menos tiempo en frecuencia y duración el analista disponga, más tenderá a llamar a su práctica psicoterapia psicoanalítica.¹³

3. Efecto analítico y efecto terapéutico

Como se observará, los tres primeros argumentos tienden a considerar que el psicoanálisis como método terapéutico es una psicoterapia que debe llamarse, con precisión, entonces, psicoanalítica y que tiene variaciones de encuadre. En cambio, los dos últimos tienden a sostener una diferencia generalmente dependiente del encuadre y, en otro nivel más sofisticado, ponen el énfasis en si existe o no proceso analítico. Si se quiere ser riguroso, esta última es una típica evaluación que necesita de indicadores¹⁴ que además variarán de acuerdo a si se considera que existen o no focos cambiantes en un

¹³ De hecho en la encuesta en curso de la IPA una de las preguntas alude a cuál es la frecuencia de sesiones “que su sociedad considera psicoanálisis”.

¹⁴ De los que recientemente se ha ocupado Carlos Kaplan, Ernesto Rathge y Bruno Winograd. Este último ha hecho una diferenciación en tres maneras distintas de entender la focalización como objetivo limitado, como primer tiempo o directamente como plantean Thomä y Kächele como parte del proceso mismo.

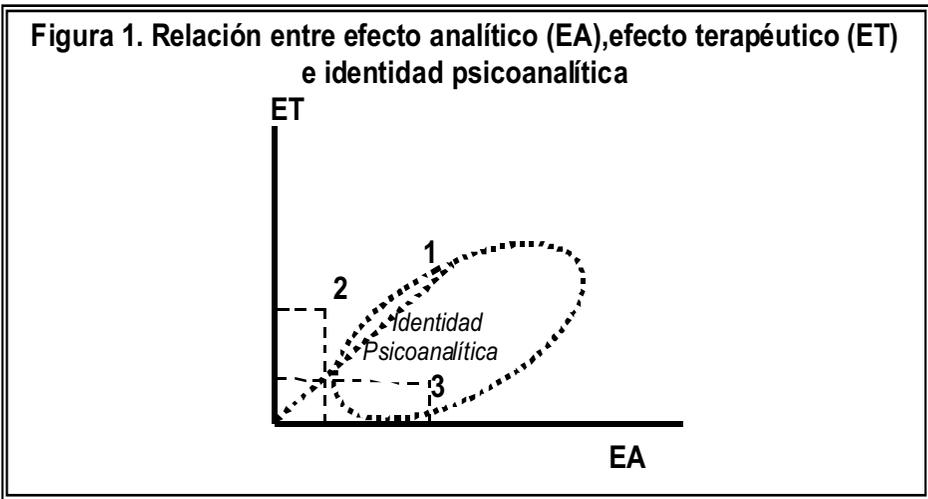
proceso. Ahora bien, cuando lo que se enfatiza para dar cuenta de la diferencia es el efecto analítico, mayéutico o epistemofílico, se plantean a mi modo de ver dos problemas: la relación entre un efecto y otro y la relación de ambos con *la cuestión identitaria* del analista. En primer lugar, ¿es posible un efecto terapéutico *sin* que haya cierta modificación subjetiva? La respuesta sería *sí*, sólo en la situación hipnótica. En segundo lugar, ¿es posible desinteresarse del efecto terapéutico? Si la respuesta fuera *sí*, los psicoanalistas deberían abandonar por razones éticas y prácticas los servicios de salud mental. Pero lo que más quiero destacar aquí es que la percepción por parte del analista de un efecto analítico *tiene mayor valor de consolidación identitaria* que la de un efecto terapéutico que sea percibido sin el componente mayéutico.

En la *Figura 1* se plantea que la condición teórica ideal que liquidaría este problema es aquella representada por la recta 1 que representa la máxima condición del *junktin*, es decir una recta de proporcionalidad directa. Aquí el efecto analítico (EA) sería una suerte de variable independiente que en el modelo tradicional el analista produce y legitima¹⁵ y el efecto terapéutico (ET) es la variable dependiente que se producirá por añadidura, por la que el analista no debería preocuparse.

En la realidad clínica lo que alternan son los puntos metafóricos 2 (poco efecto analítico con buen efecto terapéutico) y 3 (poco efecto terapéutico con buen efecto analítico). Estas evidencias clínicas no serían demasiado problemáticas si no fuera por los problemas identitarios del analista que siente su identidad preservada cuando tiene que dar cuenta de su quehacer¹⁶ más en la posición (3) que en la

¹⁵ En otra parte (Zukerfeld, 1990) hemos planteado que en el intercambio clínico el psicoanalista no sólo oferta su palabra a la demanda del paciente sino que certifica el efecto. Es decir es a la vez “vendedor” y “escribano”.

¹⁶ En el intercambio con otros analistas el “escribano” es el otro. En el “pase” lacaniano el “escribano” es el analizado que deviene analista.



(2). De allí que la elipse que abarca los puntos teóricos de relación entre EA y ET donde la identidad está preservada, se encuentra sesgada hacia la derecha y abajo, es decir en el sentido del llamado efecto analítico.

4. Dispositivo psicoanalítico y encuadres psicoanalíticos

Pensamos que el dispositivo analítico es un conjunto heterogéneo de discursos, instituciones y reglas de intervención, que puede desarrollarse en encuadres bipersonales o multipersonales, que tienen en común una *estrategia de escucha caracterizada por prestar atención no sólo a lo manifiesto sino a lo latente* de cualquier producción humana con o sin finalidad terapéutica.

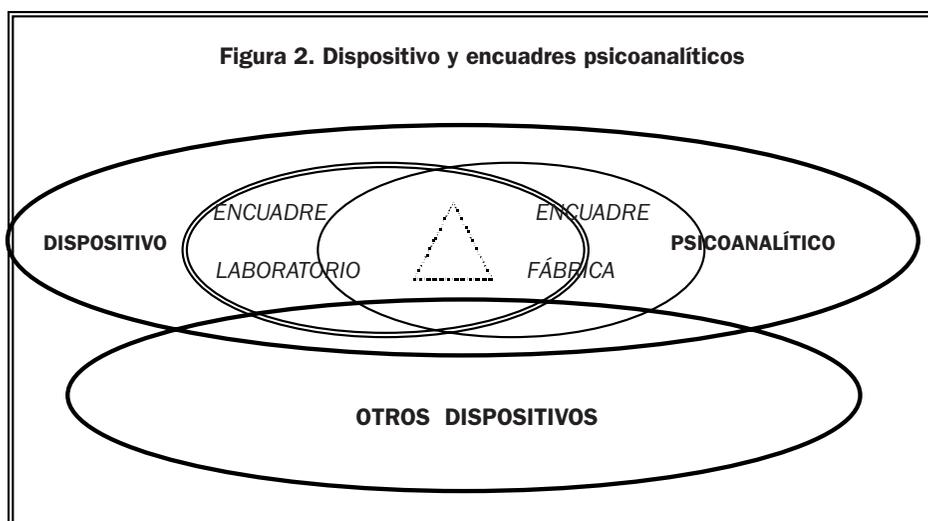
Esto quiere decir que la conformación y aplicación de un dispositivo analítico implica de hecho *la convicción acerca de la existencia, dinámica y eficacia de funcionamientos inconscientes, así como la importancia del fenómeno transferencial y el valor de la historia subjetiva*. Como tal un dispositivo analítico puede compararse con dispositivos no analíticos, tanto en el campo de la cultura como en el de la salud,

entendiendo como tal a la contrastación tanto de grado de producción de conocimiento como de eficacia para la resolución de determinadas problemáticas. En este último campo, que es el de la clínica psicoanalítica, el dispositivo analítico abarca *diversos encuadres* desde Freud hasta la actualidad que no tuvieron definición ni discusión en diccionarios como el de Laplanche y Pontalis.

Encuadre analítico es un *marco* espacial y temporal donde se crea un *campo* y se produce un *encuentro* reglado explícitamente por un *contrato* cuya invariante es *confidencialidad* (“lo que hablemos es absolutamente entre usted y yo”); *intimidad* (“nos dedicamos con exclusividad y sin interferencias a usted”); *libertad* (“usted se expresa de la manera que quiera en forma y contenido”) y *seguridad* (“este ámbito es suyo y eso no varía”) y cuyo objetivo es producir un efecto terapéutico.

Sobre esta base común este marco comprende metafóricamente dos grandes conjuntos de operatoria psicoanalítica (ver *Figura 2*).

- a) *Encuadre “Laboratorio”*: campo reglado donde se trata de mantener fijas la mayor cantidad posible de variables para *investigar* las



producciones sintomáticas de uno de los miembros del encuentro. Se trata por lo general de un encuadre propuesto persuasivamente por el analista. La metáfora “laboratorio” pretende expresar dos conjuntos de condiciones: las de “experimento” y las de “asepsia”. En este sentido, en este encuadre se propone una suerte de experiencia que consiste en asociar libremente y escuchar con atención flotante mientras se practica la abstinencia y la neutralidad. Este experimento procura crear condiciones regresivas y lograr un efecto conocido como *insight* que le indica en principio su éxito independientemente de la condición sintomática. Aquí adquiere particular valor la fijeza de las variables de modo tal que en la historia del psicoanálisis se han estudiado lo que implican las variaciones de los horarios, de la forma de pago de los honorarios, del aspecto del consultorio, del manejo de feriados y vacaciones, de los fines de semana, etc., para todo tipo de pacientes;

- b) *Encuadre “Fábrica”*: campo reglado donde se mantienen fijas ciertas variables para intentar resolver determinadas problemáticas y *producir* nuevas condiciones psíquicas que generen alivio y bienestar. Se trata por lo general de un encuadre acordado entre analista y paciente. La metáfora “fábrica” alude a dos conjuntos de condiciones: la recolección de “materia prima” y la “manufactura” de un nuevo producto. Implican una serie de caminos de distintas direcciones —regresivos y no regresivos— que constituyen un trabajo en el cual suelen producirse focos cambiantes y cuyo éxito se define en principio por el cambio sintomático sostenido. Aquí adquiere particular valor la adaptación de algunas variables a la evolución clínica de modo que distintos pacientes pueden ser atendidos dentro del dispositivo analítico con distintas modalidades, o el mismo paciente en diferentes etapas del proceso.

En realidad, en la práctica clínica habitual ambos encuadres están superpuestos, porque el proceso lo impone ya que es insostenible in-

investigar sin producir y producir sin investigar, y esto hace que estos encuadres puedan compararse entre sí solo en condiciones extremas.

Por otra parte, ambos encuadres pueden o no interseccionarse con otros dispositivos, diferenciándose en todo caso por el hecho de que el encuadre fábrica es más interdisciplinable que el encuadre laboratorio, dado que este por definición implica una condición hermética.

5. Características e intervenciones: las seis preguntas

Existen dos grandes componentes de ambos encuadres: las características del *vínculo* y las características del *setting*¹⁷. Las primeras — a mi modo de ver — son definitorias del proceso y sus resultados en relación con las características de la alianza terapéutica (efecto transferencial, sugestivo y de persona real), mientras que las segundas son responsables de la generación de *confort mutuo* para el establecimiento y evolución de las primeras (ámbito físico, modalidad, frecuencia de sesiones, duración, etc.). Esta diferenciación es importante porque el vínculo sólo se puede establecer y desarrollar dentro de un contexto y normas que sean suficientemente confortables para la pareja terapéutica. Por lo general, en el encuadre “laboratorio” las variables fijas del *setting* son mayores que en el encuadre “fábrica”, que a veces se limita a mantener las invariantes del dispositivo psicoanalítico y del encuadre en general.

Todos los encuadres son marcos dentro de un dispositivo que mantiene una estabilidad básica (las características de la escucha) de modo tal que la noción de “ruptura del encuadre” se refiere a situaciones muy definidas que hablan más bien de la imposibilidad de

¹⁷ El término se suele usar sin traducir pero sus significados incluyen: medio ambiente (de un relato), fondo o marco (musical), decorado, decoración, escena (en teatro), montadura, armadura (en joyería). Además puesta u ocaso del sol.

sostener el dispositivo o la definición misma de encuadre analítico. Por la dinámica propia de los dos encuadres citados, los mismos pueden constituirse en diferentes etapas no jerárquicas dentro de un proceso, y su patología se define cuando se cristalizan en cualquiera de los dos sentidos, sin que exista cambio psíquico, constituyéndose entonces en *rituales*. En este sentido, hay rituales de laboratorio y de fábrica. Los primeros giran alrededor del analista como una voz interpretativa bajo toda circunstancia y los segundos alrededor del analista como un consultor incondicional a toda hora.

Las intervenciones del analista son correlativas al tipo de encuadre predominante pero todas ellas, en última instancia, van a depender de algún nivel *diagnóstico*, de las particularidades de la *demanda* y de la *disponibilidad* contratransferencial. Diagnóstico implica una evaluación que se produce como respuesta a las preguntas ¿quién es? y ¿qué padece?; demanda es aquello que se traduce en ¿qué quiere?, y disponibilidad consiste en responder-se a tres preguntas: ¿qué puedo,

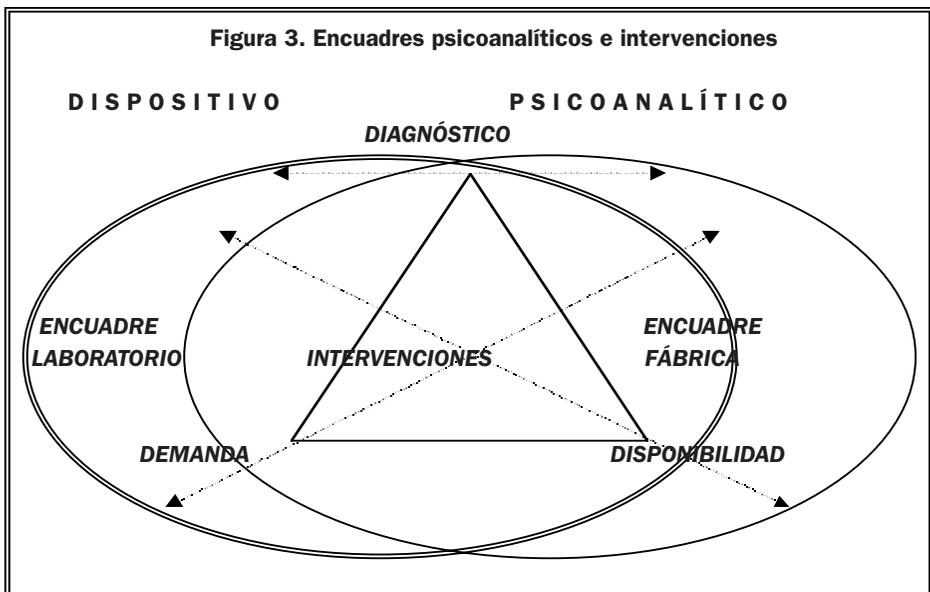


Figura 3

qué quiero, qué debo? Estos tres vértices se definen dinámicamente por la articulación y equidistancia de este conjunto de interrogantes, como se puede apreciar en la *Figura 3*.

En el esquema el triángulo equilátero alude a que el vértice diagnóstico circula a lo largo de un eje vectorial que lo encuadra hacia la “fábrica” o el “laboratorio”, como lo hacen también el eje de la demanda y el de la disponibilidad.

La segunda hipótesis de este trabajo es *que la equidistancia entre las distintas líneas de tensión que generan estas seis preguntas son las que van a ir definiendo la posición del encuadre*. Esto significa, por ejemplo, que establecer *a priori* un encuadre responde sólo al vértice de la *disponibilidad*⁸ —que incluye la contratransferencia— pues para este modelo hay además tres preguntas que responder sobre diagnóstico y demanda. El vértice de la disponibilidad es en realidad el que se trabaja en los distintos niveles de la formación analítica porque en él se juega el desarrollo de una habilidad, la conciencia de un deseo y la conformación de una ética. Por otra parte, dado que los tres vértices aluden a condiciones dinámicas, la equidistancia es una meta teórica pero acercarse a ella incrementa la probabilidad de desarrollar un buen proceso terapéutico en cualquiera de los encuadres.

Reflexiones finales

Creo que lo importante a señalar aquí es que permanentemente estamos hablando de un dispositivo analítico y sus variaciones de encuadre que dependen de la clínica psicoanalítica. El énfasis en este aspecto está dado porque pienso que la teoría en general sostiene el dispositivo, pero es la clínica la más decisiva para el diseño del encuadre. Esto quiere decir que se construyen encuadres analíticos “a me-

¹⁸ Es decir sólo a lo que el psicoanalista desea, puede y debe, lo que de hecho conlleva el riesgo de desoír la demanda e ignorar el diagnóstico.

da” sobre la base común de la definición general que se tenga del mismo y que planteamos anteriormente. De este modo, se configuran dispositivos psicoanalíticos con sus distintos encuadres en consultorios, instituciones públicas y privadas y otros ámbitos donde se atienden todo tipo de pacientes, condición sólo posible en la medida que se tenga la convicción —y existan evidencias— de que el psicoanálisis es una práctica viable en el campo de la salud.¹⁹

Cada uno de estos avatares clínicos implica obstáculos y desafíos con otros dispositivos, pero las más de las veces es posible generar complementariedades en lugar de antagonismos en la medida que se superen prejuicios de ambas partes. En este sentido, el mayor obstáculo no suele estar en las patologías a tratar o en el eficientismo y las presiones de los sistemas de salud, sino en el peso que en cada uno de los psicoanalistas puede estar ejerciendo el movimiento psicoanalítico.

Y cuando decimos “movimiento” nos referimos a cualquier corriente psicoanalítica que se autoadjudique ser el “verdadero” psicoanálisis y cuya actividad sea más propia de misioneros o apóstoles que de científicos y/o trabajadores de la salud mental. Una manera de diagnosticar este problema es cuando se percibe demasiada preocupación en la clínica por la “identidad” psicoanalítica: allí es donde el “cirujano de almas” se aliena en el brillo de su bisturí y no repara en la sangre del enfermo. Es natural que, en sus orígenes, en cada momento fundacional o inclusive en la adhesión inicial de un joven profesional esto sea así, ya que existe una adolescencia —a la que se le suele adosar el término *crisis*— que por definición implica una búsqueda de identidad.

Pero la adolescencia del psicoanálisis, a mi modo de ver, ha terminado.

Hoy en día la clínica psicoanalítica necesita que el movimiento

¹⁹ Esta cuestión es importante porque si no interesa esa viabilidad el problema del encuadre es mucho más sencillo.

devenga en disciplina y en esta transformación interesa más la producción de conocimiento que la reafirmación de identidad. Cuando esto se empieza a producir, las teorías funcionan más como *referencia* que como *pertenencia* de modo que lo que interesa es su coherencia y su aplicación más allá del peso intelectual de sus enunciantes. De allí la diferencia entre una clínica “referenciada en” y una clínica “perteneciente a”. Si, por lo contrario, predomina la necesidad de reaseguro identitario, las costumbres, tradiciones o ideas rutinarias pueden instalarse como ideales sobre los que gira la autoestima del analista o de grupos de analistas.

¿Por qué? Porque cuando predomina la necesidad de pertenencia los “ismos” y los “ianos” requieren por lo general prácticas propias de la lealtad autoafirmativa, la coherencia forzada y la exégesis laudatoria, modalidades típicas de movimientos, causas y en última instancia religiones. En este sentido, es importante evitar —como señalaba Webster en 1999— el riesgo de adoptar “[...] teorías nuevas de la naturaleza humana que no son sino ortodoxias judeocristianas que se han reinterpretado de forma religiosa, resguardadas así de los ataques de la ciencia, porque precisamente *son presentadas como ciencias*”.²⁰

En este sentido, presentar como ciencia lo que es tradición no es bueno obviamente para la ciencia pero tampoco es bueno para la tradición que tiene sin duda sus méritos propios: la transmisión de tradiciones es un componente fundamental de la cultura y el dispositivo analítico —especialmente en su aspecto artístico y artesanal— es también un producto cultural. Por otra parte, las tradiciones tienen un aspecto trófico por su poder regulador y limitante del “todo vale”, que en diversos momentos ha engrarecido la práctica psicoanalítica con cierto pragmatismo silvestre.

Pero el problema no es en realidad la tradición. El problema es si la tradición obstruye el avance de la disciplina con ejercicios sutiles

²⁰ Héctor Fiorini me ha comentado que Umberto Eco ha escrito sobre el “contrabando religioso en intelectuales ateos”.

de poder que “brechtianamente” empiezan con terminologías, continúan con comportamientos y pueden culminar en descalificaciones y... , ya es tarde.

En definitiva, pensamos que existe una práctica ejercida por psicoanalistas formados para desarrollar un dispositivo con diferentes encuadres donde en forma variable se investiga y se trata, de modo que su actividad clínica puede llamarse indistintamente psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica. Pero lo más importante es poder disminuir el peso identitario y desarrollar una actitud científica para evitar caer en las ideas rutinarias o prejuiciosas que obstaculizan los avances terapéuticos. Este “caer” es el blanco central de las críticas modernas al psicoanálisis como religión laica (Webster, 2001) y por ello lo presentaremos finalmente como un “caer en el pecado”. Así es que el acróstico de la *Figura 4* ejemplifica algunos de los obstáculos a la actitud científica y a la posibilidad terapéutica:

**Figura 4. Obstáculos a la actitud científica
y posibilidad terapéutica en psicoanálisis**

- a) **P**ostura conceptual cristalizada
- b) **E**xtrapolación sistemática de experiencia personal
- c) **C**ostumbre arraigada de grupo de pertenencia
- d) **A**utoridad de maestros y/o autores valorados
- e) **D**eseos o necesidades de dinero prioritarias
- f) **O**mnipotencia terapéutica

- a) Se refiere a la existencia de certezas no asumidas o no diferenciadas de las convicciones necesarias para el ejercicio de una práctica dentro del campo de las disciplinas “blandas”;
- b) Alude a un fenómeno natural e intrínseco a la formación analítica pero que, al convertirse en una modalidad explicativa general, dificulta la comprensión y/o valoración de experiencias diferen-

- tes. Corresponde a un exceso inductivo;
- c) Los sesgos en los grupos de psicoanalistas y sus sociedades suelen producir ciertos códigos valorativos y exclusión informativa que pueden obstaculizar la reflexión crítica y el conocimiento;
 - d) Se trata de la conocida situación donde los esquemas referenciales se transforman en esquemas reverenciales y sus habituales citas de autoridad;
 - e) Una práctica profesional que nace como actividad privada y cuyo instrumento es la persona que la desarrolla implica una relación con el dinero con una serie de particularidades que pueden deformar su actividad clínica;
 - f) Es claro que el acantonamiento narcisista que se autoadjudica un saber absoluto con cualquier encuadre constituye un riesgo para los procesos terapéuticos, pues en nombre del psicoanálisis pueden no hacerse intervenciones necesarias o hacerse intervenciones innecesarias;

Como resulta que “el que esté libre de pecado que arroje la primera piedra” la tarea futura es ser consciente de esos obstáculos y recordar permanentemente cuál es la “patria de origen” del psicoanálisis, sabiendo que es claro su valor revolucionario en la concepción del hombre y de la cultura, así como su influencia definitoria en otras disciplinas. Pero lo que aquí está en juego es su valor terapéutico que es en última instancia el que puede mantener su prestigio y liderazgo en el campo de la salud, que es de donde proviene. ◀

Bibliografía

- ALTMANN, M., GARBARINO, A., [2001] “Alta y baja frecuencia en nuestra práctica psicoanalítica actual”. Presentación en SAP, Agosto, 2003.
- AVILA ESPADA, A & POCH, J., [1998] *Investigación en psicoterapia*, Paidós, Buenos Aires.

- BERNARDI, R., [1995] “La focalización en psicoanálisis”, en Defey, D., Elizalde, J. H. y Rivera, J., (Eds.) *Psicoterapia Focal*, Roca Viva, Montevideo.
- BRAIER, E., [1990] *Psicoanálisis. Tabúes en teoría de la técnica.*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- ETCHEGOYEN, H., [1986] *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* Amorrortu, Buenos Aires.
- FIORINI, H., [1995] “Focalización y Psicoanálisis” en Defey, D., Elizalde, J. H. y Rivera, J. [Eds] *Psicoterapia Focal*, Roca Viva, Montevideo.
- [2003] Comunicación personal.
- FERSCHTUT, G., [2004] “Psicoanálisis y psicoterapia, algunos comentarios”. Presentación en SAP, Mayo, 2004.
- FOUCAULT, M., *Microfísica del poder*, Ediciones La Piqueta, Madrid, 1980.
- FREUD, S., [1912] “Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico”, *OC*, TII, S. Rueda Biblioteca Nueva, 3ª edición, Madrid, 1973.
- [1913] “La iniciación del tratamiento”. *OC*, TII, S. Rueda Biblioteca Nueva, 3ª edición, Madrid, 1973.
- [1918-9] “Los caminos de la terapia psicoanalítica”, *OC*, TIII, S. Rueda, Biblioteca Nueva, 3º Edición, Madrid, 1973.
- [1922-3] “Psicoanálisis y teoría de la libido. Dos artículos de Enciclopedia”, *OC*, TIII, S. Rueda, Biblioteca Nueva, 3º Edición, Madrid, 1973.
- GALLI, V., [2004] Intervención en reunión científica en SAP, Julio, 2004.
- ISSAHAROFF, E., [2004] “Comunicándonos en sesión”, en Revista de la SAP, N° 6, agosto 2003.
- KAPLAN, C., [2004] “Indicadores fin de psicoterapia y psicoanálisis”. Presentación en SAP, Junio, 2004.
- JIMÉNEZ, J. P., [2001] “¿Sobrevivirá?: una visión comprometida de los desafíos actuales del psicoanálisis”, en V Conferencia Interregional de Psicoanálisis IPA, Buenos Aires, Junio, 2001.
- [1993] “El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada”, en Defey, D., Elizalde, J. H. y Rivera, J. (Eds.) *Psicoterapia Focal*, Roca Viva, Montevideo.

- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. P., [1971] *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, Barcelona.
- LEIBOVICH DE DUARTE, A., [2004] *Multiple Approach to the clinical case*, Presentación en panel en 43º Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPA, New Orleans, Marzo, 2004.
- OJMAN DE KITAINIC, H., [2004] “Psicoanálisis y psicoterapia. Finales e indicadores de terminación”. Presentación en SAP, Junio, 2004.
- PANCEIRA, A., [2004] Presentación en SAP, Julio, 2004.
- PAZ, R., [2004] Intervención en Reunión Científica SAP, Julio, 2004.
- RATHGE, E., [2004] “Indicadores de proceso psicoterapéutico”. Presentación en SAP, Mayo, 2004.
- SERRANO DE DREYFUS, O., [2001] “Psicoanálisis, psicoterapia y psicoterapia breve: diferentes alternativas frente a múltiples desafíos”. IV Congreso de AUDEPP, Montevideo, Mayo, 2001.
- SZWARC, N., Intervención en Reunión Científica SAP, Agosto, 2004.
- THOMÄ, H & KÄCHELE, H., [1989] *Teoría y práctica del psicoanálisis. 1 Fundamentos*, Herder, Barcelona.
- WEBSTER, R., [2001] *Por qué Freud estaba equivocado. Pecado, ciencia y psicoanálisis*. Ediciones Destino, Barcelona, 2002.
- WINOGRAD, B., [2004] “Psicoanálisis y psicoterapia focal”. Presentación en SAP, Mayo, 2004.
- ZUKERFELD, R., [1990] “Transferencia y sugestión”, en Braier, E. *Psicoanálisis Tabúes en teoría de la técnica*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- [2001] “Alianza terapéutica y encuadre analítico: investigación empírica del proceso y sus resultados, VERTEX”, en *Rev. Arg. de Psiquiatría*, XII, 45, 211-220.
- [2003] “Prejuicios psicoanalíticos”. Premio del Concurso 40ª Aniversario XXVI Symposium AEAPG. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 28, 215:229, 2002.
- [2004] “Dispositivo y encuadres psicoanalíticos”. Presentación en SAP, Abril, 2004.