

De l'enquadrament a les regles del joc

Xavier Ametller

Ponència presentada a la primera trobada del Nou Espai Obert a l'abril de 2015, a Barcelona.

Resum

La transferència i l'enquadrament tenen un lloc central a la comesa clínica i són motiu de preocupació i discussió, ateses les circumstàncies adverses i inestables en què sovint es desenvolupa el nostre treball.

Proposo un canvi d'accent cap a considerar l'enquadrament no com un estàndard prefixat sinó com un conjunt de regles del joc, de condicions bàsiques que han de donar cabuda a les nostres intervencions i que són secundàries en el temps i derivades de l'establiment de la transferència i que és dins d'aquest vincle que es crea que adquireixen sentit i rellevància.

Amb aquest objectiu, cal que es produeixi un engranatge entre quatre factors:

- L'existència d'un patiment.*
- La consideració digna d'aquest patiment.*
- La disposició a confiar en algú que pugui ajudar.*
- El compromís necessari per sostenir i tirar endavant el tractament.*

Paraules clau: *Enquadrament, transferència, marc de referència, vincle, engranatge, compromís.*

Abstract

The transfer and the setting have a central place in the clinical work and they cause concerns and discussions starting from the unstable and adverse circumstances in which we often develop our task.

I propose changing the highlight to consider the setting not like a predetermined standard but

a set of game rules, basic conditions, which drive our actions and they must be secondary in time and derivated from the establishment of transfer and they get meaning and relevance inside this created link.

To point to this objective it is necessary to produce a special gear between four factors:

- The existence of a suffering state.*
- The worthy consideration of this suffering.*
- A disposition to trust in someone who can help.*
- A necessary engagement to hold and advance the treatment.*

Keywords: *Setting, transfer, reference frame, link, gear, engagement.*

La transferència i l'enquadrament són dues qüestions que tenen un lloc central dins la comesa clínica i que són motiu de preocupació i discussió, ateses les circumstàncies adverses i inestables en què sovint es desenvolupa el nostre treball.

Aquestes circumstàncies són producte de canvis profunds des del 2007 cap aquí pel que fa a les relacions laborals, el repartiment de la riquesa, la possibilitat d'accedir a un habitatge digne, de poder fer plans de vida, tot això junt amb el deteriorament del clima social i polític que amenaça els puntals mateixos del sistema democràtic.

Tal com recorda Josep Ramoneda (2012), la democràcia es basa en dues premisses fonamentals: el poder del poble, com a conjunt sobirà de la ciutadania, i la llibertat dels individus. Sense un d'aquest dos puntals la democràcia va coixa i risca de caure en alguna mena de totalitarisme, com la dictadura del mercat.

Afegeix el paper fonamental de l'economia i el caràcter constituent que té el conflicte en la història humana. Sense conflicte d'interessos, probablement no hi hauria història ni progrés. Anteposa, doncs, el

conflicte com a motor de la història a la negació del conflicte com a forma de dominació i anestèsia de la ciutadania.

Precisament, la psicoanàlisi és una teoria i una pràctica que pren el conflicte com un dels seus eixos centrals, en la mesura que el considera inherent a la constitució subjectiva. I és dins el seu exercici que sorgeix la interrogació i la preocupació que apareix en els diversos espais de trobada i en articles com els recents d'Anna Segura i Alberto Grinberg, (2012) «Encuadre para un tiempo de crisis» i de Carlos Blinder (2013) «Las transferencias feis buc», publicats a la revista *Intercanvis, papers de psicoanàlisi*.

Segura i Grinberg apunten encertadament que la pregunta que se'ns planteja és en quina mesura es pot desenvolupar el mètode psicoanalític en tractaments de baixa intensitat, quin és el límit per a poder pensar que s'està desenvolupant un procés psicoanalític com a tal. I assenyalen que tal vegada avui, més que mai, necessitem anar a l'encontre dels nostres pacients amb la ment oberta i receptiva, admetent que les condicions per dur a terme el nostre treball són lluny moltes vegades de les que podrien considerar-se òptimes.

Aquesta línia de posar les condicions per propiciar encontres profitosos, és també la que enuncia Fernando De Vicente (1912), que recorda la dificultat de transmetre el saber i que proposa «construir sense parar camins, recorreguts diversos, ponts. Aquest saber que podrà d'aquesta manera facilitar l'encontre, els intercanvis, tal vegada transferències, facilitador al mateix temps de nous materials, que donaran lloc a un altre saber sobre el subjecte».

Blinder per la seva part, exposa la fragilitat de la relació entre pacient i analista en els temps actuals, el poc valor de la paraula donada, la inconsistència de l'intent de tractar-se, les interrupcions sense dir res, com a obstacles per a la posta en marxa i prossecució dels tractaments.

El que he pensat per posar en comú és una reflexió al voltant del mateix concepte d'enquadrament. Aquesta reflexió gira al voltant de dos eixos: un canvi d'accent i un engranatge. Un canvi d'accent des de l'anomenat enquadrament cap a l'establiment de les regles del joc, d'unes condicions bàsiques. I un engranatge entre quatre factors que promoguin la situació idònia, que no ideal, per a poder establir aquestes regles del joc.

Aquests quatre factors són:

- L'existència d'un patiment.
- La consideració digna d'aquest patiment.
- La disposició a confiar en algú que pugui ajudar.
- El compromís necessari per tirar endavant i sostenir el tractament.

En proposar un canvi d'accent en la traducció habitual de *setting* per enquadrament vers a donar prioritat a les condicions bàsiques, tracto d'obrir una reflexió sobre les implicacions que aquests conceptes tenen en la praxi. Enquadrament em remet a quadrar, quadre, «¡cuádrese!», entre altres coses. En aquest punt és adient apropar-se a les diferents accepcions del terme.

Les traduccions que he consultat, tant en català com en castellà no recullen l'expressió «enquadrament», que ja donem per feta i no ens qüestionem.

De *setting* trobem: col·locació, fixació; medi, ambient (d'una narració); armadura, marc, guarnició, entorn. En joieria és la muntura, l'encast d'una peça. És l'ajust d'un aparell o l'arranjament musical. Al teatre, al·ludeix al decorat, a la posta en escena. *Setting point* és el punt de solidificació, en què, per exemple qualla la gelatina o s'endureix el ciment.

Per la seva banda, *set* és tant un nom, un adjectiu, com un verb. Com a nom vol dir joc (*set of tools*, joc d'eines) i col·lecció (de segells, de discos). Com a adjectiu: fix, establert. Preparat, assenyalat (un lloc, una hora), inflexible (una opinió). En tant que verb: posar, col·locar, acomodar, ficar, aplicar, adaptar.

Aquesta amplitud dels termes ens dóna diverses línies per a una redefinició. Per una banda, hi ha una clara direcció cap a posar, fixar, ajustar, encastar. Per l'altra, hi ha diverses referències a l'àmbit: medi, entorn, ambient, escena.

Amb tot això apuntaria a una traducció com a marc de referència, o com a marc simplement, que em sembla més entenedora.

És clar, que es pot dir que el que compta és com s'ha entès i com ha circulat dins la psicoanàlisi, des de la seva enunciació fins al seu llarg recorregut, com succeeix amb tants dels conceptes que fem servir.

A tal efecte, contrastaré el que recull Etchegoyen (1986) en el seu monumental tractat amb el que proposava Freud en el seu esforç clarificador dels anomenats *Escrits Tècnics* (1912-1915). És una sort comptar amb textos tan sistemàtics i clars que

són una referència didàctica i una font de constant recerca.

En la seva compilació, H. Etchegoyen defineix i diferencia enquadrament, situació analítica, aliança terapèutica i contracte psicoanalític. Ho fa amb un rigor i precisió que són molt remarcables. Excedeix el que m'he proposat, entrar en aquestes diferenciacions però hi recomano una passejada que serà molt productiva a qui la faci.

Com a mostra, i perquè té estreta relació amb tot el que estem dient, em faig ressò del que diu de la situació analítica: «una particular relació entre dues persones que s'atenen a certes regles de comportament per a realitzar una determinada comesa que inclou dos rols ben definits, d'analitzat i analista» (Etchegoyen, 1986: p. 460). Recull una definició de Lagache (1951: p. 130), que està molt en sintonia amb aquell sentit de *setting* que fa referència a un entorn: «l'ambient psicoanalític és el conjunt i la seqüència de les condicions materials i psicològiques en les quals es desenvolupen les sessions de psicoanàlisi».

Pel que fa a l'enquadrament, tema que ens reuneix avui, diu que consisteix en el conjunt d'estipulacions que assegurin el mínim d'interferències a la tasca analítica, al mateix temps que ofereixen el màxim d'informació que l'analista pot rebre. Seguint a Bleger (1967), el defineix com el conjunt de constants gràcies a les quals pot tenir lloc el procés psicoanalític. Diu que l'enquadrament és el marc que inclou un contingut, que és el procés.

Hi ha un passatge d'Etchegoyen (1986: p. 472) que em va sorprendre per les seves ressonàncies:

Al principi, com diu el Gènesi, era el caos, tot eren variables. Arriba Freud i posa ordre: les sessions seran sis per setmana, una cada dia; l'hora pertany al pacient i ni aquest ni Freud la canvien. Aleshores, Freud transforma arbitràriament algunes variables en constants; en podria haver fixat d'altres. Però les que va fixar són les que fan possible el tractament analític i per això tothom diu que expressen un cop més el seu geni. Gràcies a aquestes estipulacions, la cura pot tenir lloc, perquè el lloc de la cura, és a dir la situació analítica, es troba just entre aquestes constants.

Accentua aquesta manera de presentar-ho quan afirma que la modificació de l'enquadrament, que es fa més rigorós en virtut de la teoria de la

transferència, permet una precisió més gran, en tant que «un enquadrament més estricte i estable evita contaminar-lo i el fa més nítid, més transparent».

És a dir, com llegim, com més estricte, millor.

Ja us estareu preguntant en quants casos podríem treballar així actualment, en quines situacions seria viable, més enllà que hi estiguem més o menys d'acord.

Com que fa aquesta referència amb tanta solemnitat i ressonància bíblica a Freud, em sembla oportú anar al que ell mateix ponderava en un dels escrits tècnics, a *Iniciació de tractament* (1913: p. 1666):

Em proposo reunir algunes d'aquestes regles per a ús de l'analític pràctic en la iniciació del tractament. Entre elles n'hi ha que poden semblar insignificants i que tal vegada ho siguin. En disculpa, he d'al·legar que es tracta de regles de jocs que han d'extreure la seva significació de la totalitat del pla. A més les presento només com a simples «consells», sense exigir-ne estrictament l'observança.

I tot seguit, afegeix:

L'extraordinària diversitat de les constel·lacions psíquiques, la plasticitat de tots els processos psíquics i la riquesa dels factors que hem de determinar, s'oposen a una mecanització de la tècnica i ocasionen que un procediment generalment justificat no produeixi a vegades cap resultat positiu o, inversament, que un mètode defectuós aconsegueixi l'objectiu desitjat. De totes maneres, aquestes circumstàncies no impedeixen assenyalar al metge normes generals de consulta.

Podem copsar la diferència de to entre un escrit i l'altre, entre l'enaltiment del que és estricte i el reflex d'una complexitat, d'una diversitat i un moviment que defugen la sistematització.

En el mateix escrit es pregunta quin és el moment adient per iniciar el que anomena les explicacions a l'analitzant i diu el següent (p. 1672):

Mai abans d'haver-se establert en el pacient una transferència aprofitable, un *rapport* en tota regla amb nosaltres. La primera finalitat del tractament és sempre lligar el pacient a la cura i a la persona del metge. Per això cal només deixar-li temps.

Si li demostrem un seriós interès, apartem amb cura les primeres resistències i evitem certes errades possibles, el pacient estableix aviat, espontàniament, aquest enllaç i afegeix el metge a una de les imatges d'aquelles persones de les que estava habituat a ser ben vist. En canvi, si adoptem des d'un principi una actitud que no sigui aquesta d'un carinyós interès i simpatia i ens mostrem rígids, moralitzants, o apareixem als ulls del pacient com a representants o mandatariis d'altres persones (de la parella o dels pares) destruïrem tota possibilitat de resultat positiu.

Novament ens apareix amb notable claredat el que pot ser l'actitud afavoridora de l'analista i aquella altra, freda, rígida, moralitzant, que pot impedir el teixit del vincle que és el fonament de tot tractament.

També ens interroga, pel que veiem actualment, amb haver-n'hi prou amb cert temps i que l'enllaç amb una figura estimada i protectora ja es produirà de manera espontània. Molt sovint hem de bregar amb dificultats des del principi i amb elements adversos.

És per això que se'm va acudir que la situació és com l'articulació d'un engranatge, aquell del que he fet esment al principi i sobre el qual ara entraré en detall.

1. El primer factor és l'existència d'un patiment

Aquest patiment es pot expressar de les formes més variades. Hi ha una prevalença de l'ansietat i la depressió com a motius de consulta, prenent nota literal del que se'ns diu, seguida dels conflictes de parella i d'altres derivats de relacions familiars o laborals.

Aquí entra la simptomatologia que el pacient porta i que és el factor impulsor cap a una intervenció possible.

És important, ja ho sabem, determinar-ne els detalls, el moment d'aparició, el seu desenvolupament i el perjudici que ocasiona al subjecte en la seva capacitat funcional i, més encara, en la vivència de si mateix: quines limitacions i ombres li suposen en la seva vida quotidiana, com minven les seves capacitats. Si els diversos símptomes són de fa molt temps, és possible que ja formin part del seu caràcter i és important esbrinar què ha impedit que es consultés fins ara i què ho ha provocat en aquest moment.

Si més malestar, més retall en la vida a causa dels símptomes, suposés una actitud més favorable a tractar-se, transitariem un camí més planer del que acostumem a trobar. Cal que s'aplegui aquest patiment amb els altres factors, però a més tenim un primer obstacle, unes primeres forces contràries: l'adherència al patiment, el benefici secundari, el gaudi associat als símptomes.

Aquests obstacles ja es van posar de manifest als principis de la clínica psicoanalítica i, de fet, són inherents a tot intent de canvi. El subjecte vol deixar de patir, però alhora es resisteix a canviar, vol desempallegar-se d'allò que el condiciona i al mateix temps s'hi enganxa.

Com a obstacle important cal comptar amb el benefici secundari: tot allò que la persona obté d'atencions i dedicació dels altres pel fet d'estar malalt i tot allò del que queda exempt, tot el que s'estalvia de fer o acomplir a causa de la seva situació.

Aquests elements són sempre presents com a joc de forces i faran que la balança s'inclini cap al sofriment reconegut més determinació de canvi o bé cap a la instal·lació en la queixa i els avantatges obtinguts. I això condicionarà en bona mesura la possibilitat d'engegar un tractament.

2. El segon factor és la consideració digna del patiment

Dins d'aquesta consideració hi ha atorgar als símptomes la importància que tenen, poder trobar-hi una explicació possible i, principalment, sentir que un mateix forma part del que li passa, que hi ha una implicació personal.

És cert que això depèn molt del tipus de símptoma i del temps de la seva aparició: si s'ha tractat d'un sol episodi intens, o bé d'una angoixa permanent, d'unes pors persistents o d'una recaiguda en un estat de tristor i apatia, que es creia haver deixat enrere. Cal un cert temps per adonar-se que el que passa no és cap fotesa, cap cosa intranscendent.

Hi ha un passatge de *Record, Repetició, Elaboració* (1914: p. 1686) que em sembla cabdal per precisar aquest factor:

El subjecte ha de tenir el valor d'ocupar la seva atenció en els fenòmens de la seva malaltia, a la qual ja no ha de menysprear, sinó considerar com un adversari digne, com una part del seu propi ésser, fundada en

motius importants i de la qual en podrà treure un valuós aprenentatge per a la seva vida ulterior.

En rellegir aquest fragment vaig tenir la impressió que resumia de forma magistral el respecte per la malaltia i el dibuix de l'horitzó terapèutic. És atorgar dignitat a la malaltia, és a dir, donar-li el valor que té i no rebaixar-la a una molèstia aliena, sinó donar-li el rang d'incòmode integrant d'un mateix i, a més, és pensar l'anàlisi com un procés d'aprenentatge, com una posteducació tal com la defineix en un altre lloc.

A aquesta consideració afavoridora s'oposarien unes tendències en sentit contrari, que inclourien la negació racionalitzada, la banalització i la inconseqüència. I encara hi podríem afegir la desresponsabilització i la posició victimista. És a dir, que la persona situés tota la causa del que li passa en els altres, en les seves malifetes i defectes, o bé que es tingüés ell mateix com una joguina malmesa del destí. Sens dubte, els errors, les mancances, les agressions dels altres deixen profunda marca i el consultant s'ha de poder esplaiar tant com li calgui. Certa fase catàrtica pot ser necessària i forma part de l'alliberament de poder parlar. Però en algun moment, ha d'aparèixer la pregunta de què hi pot tenir un a veure en el que s'ha esdevingut, en quina mesura hi pot haver contribuït.

La inconseqüència és creure que abordar tot això és cosa simple, innòcua i ràpida i que no cal un esforç perseverant per poder canviar de forma durable el que està passant. Sovint, quan em pregunten «això és molt llarg, oi?», responc que això és molt laboriós i no pas miraculós i que el que és laboriós requereix temps i dedicació.

3. La disposició a confiar en algú que pugui ajudar

De manera molt aproximada i superficial es podria dir que si algú demana hora i acudeix és perquè aquesta disposició ja hi és present. Hi pot ser d'entrada, però tot i així és una mena de brot verd que cal cuidar i fer créixer per veure'n la consistència.

És el punt central del desenvolupament de la transferència, tema de la taula precedent, que tan lligat està amb el que us vull apuntar: que l'explicitació de les condicions bàsiques que

han de regir la sèrie de sessions del tractament són secundàries en el temps i derivades d'aquest establiment de la transferència i que és dins el vincle que es crea que adquireixen sentit i rellevància.

Els elements d'aquesta transferència naixent es veuen en el curs del període d'entrevistes, a vegades des de la primera telefonada per demanar hora. Al que al subjecte li passa, a l'estrall que causa en la seva vida i a la importància que li dóna, ho hem inclòs als apartats anteriors. Aquí tractem d'esbrinar quines són les expectatives, què s'espera de l'ajut que es demana i, sobretot, si creu que pot ser ajudat i si, en un segon moment, veu factible la forma d'abordar els problemes que li proposem.

Em sembla molt adequada l'expressió «fase de recol·lecció dels indicis transferencials» emprada, entre altres pels col·legues del Grup Psicoanalític de Barcelona, perquè parla d'aquests indicadors que informen, *de facto* i no només pel que es diu, del grau implicació personal i del lloc on és col·locat l'analista.

Procuo donar després de la primera entrevista, en cas que em sigui possible, dues o tres opcions calendàries una més propera que l'altra i la tria que el consultant fa em diu alguna cosa de la urgència que sent i de la seva disposició a acudir.

Aquestes entrevistes poden succeir-se fluidament, sense cancel·lacions de visita, la qual cosa considero com un indicatiu favorable, o bé alguna de les entrevistes programades no es produeix. Compta si s'avisa o no i quin és l'inconvenient sorgit.

Aquests elements factuais expressen més fidelment les forces inconscients en joc, més que expressions del tipus «en sortir de l'entrevista de dimarts passat, vaig sentir com si m'hagués tret un gran pes de sobre». Ben diferent d'aquell que després de la tercera entrevista palesa el seu desencís: «Estic estancat, sento que no avancem i jo ja he explicat tot el que em passava». O bé d'aquell que després de la segona entrevista diu sentir-se molt remogut, que creu que venir a parlar li fa més mal que bé.

I són coses dites que, com a tals, permeten puntualitzar com ho veiem i anar explicitant la nostra forma d'entendre el sofriment psíquic i d'abordar-lo. D'aquesta manera tenim ocasió de copsar si el pacient escolta i quin efecte fa el que li diem.

Aquest pinyó de l'engranatge, tal com anem exposant, troba dues *pedres* freqüents que en dificulten l'articulació: la desconfiança i la suficiència.

Per la seva existència dèiem que no veiem que el desenvolupament de la transferència sigui només qüestió de temps i que es desplegui espontàniament.

La primera s'oposa directament a l'expectativa que algú pugui ajudar amb la seva intervenció a resoldre o reduir el que s'està patint. Com tantes qüestions adverses, és millor que sigui explicitada, que no pas actuada. Pot ser deguda a males experiències en consultes anteriors, que han defraudat les esperances posades, en què la persona no s'ha sentit escoltada ni atesa. Ho trobem en persones que ens arriben després d'un llarg recorregut assistencial en el qual no han trobat cap remei o milloria i vénen decebuts i amb la capacitat d'esperar bastant gastada. Per altra banda, pot mostrar directament un aspecte de caràcter, un tret estructural del seu funcionament mental.

La suficiència és la creença que un mateix ja sap el que li passa, per què li passa i què ha de fer per resoldre-ho. És un impediment de primer ordre, ja que talla moltes vegades d'entrada la possibilitat de demanar ajuda i que, si en tot cas, per pressió de l'entorn, es demana, no es persevera i de seguida es trobin motius per no continuar.

Malgrat que la realitat, tossuda, li mostra repetidament que segueix estant malament, que no se'n surt, el subjecte s'embolcalla en una cuirassa i no deixa entrar ningú. O bé, no troba ningú prou qualificat i expert per poder-li ser d'ajut.

Ambdues posicions, la de desconfiança i la de suficiència, són reaccions a la ferida narcisista de veure que hi ha coses negatives que insisteixen i que un no pot controlar, que clarament s'escapen del seu domini.

Si aquestes pedres no es fiquen pel mig, o són de mida reduïda, si en el transcurs de les entrevistes es va desenvolupant la confiabilitat, assolint que no són coses senzilles i que, per tant, no tenen una resolució fàcil, aleshores s'està al punt d'explicitar les característiques i regles del tractament que es proposa.

4. Establiment del compromís terapèutic

Perquè tot l'anterior tingui l'efectivitat requerida ha de materialitzar-se en un acord pel que fa a la dedicació, temps, esforç, pressupost, requerits per fer front a aquest *adversari digne* que aplega les manifestacions de la malaltia.

Si apliquem el que insta a fer Stephane Hessel (2010-11) en front de la passivitat, de la indiferència de la ciutadania davant els excessos del sistema financer i la corrupció institucionalitzada, si ho apliquem a la revolta interior que fa prendre consciència que no es pot seguir així i que alguna cosa cal fer, aleshores transitem també del «Indigneu-vos» al «Comprometeu-vos». És a dir, la indignació seria el grinyol egodistònic, allò que apareix com estrany i motiu d'un malestar persistent que ja no pot ser negat i el compromís seria la necessitat d'actuar en conseqüència i tractar de posar-hi remei.

Aquest compromís, al meu entendre, marca el pas del període d'entrevistes a l'inici del tractament pròpiament dit.

Un problema que ens trobem freqüentment és la prolongació del període d'entrevistes, per les circumstàncies canviant de les persones, les transferències fràgils. Aleshores s'endarrereix el fonament del compromís terapèutic i es poden difuminar certes regles mínimes que cal implementar.

Aquest compromís, que obliga ambdues parts, ha d'estar basat en una entesa sobre la validesa d'algunes condicions que són bàsiques per poder desenvolupar el tractament de forma continuada. I els mitjans a emprar han de guardar proporció amb la magnitud del que s'enfronta.

Aquestes condicions fan referència al lloc, a la durada i freqüència de les sessions, als honoraris i la forma de pagament i altres qüestions com les sessions a les que no s'assisteix (si cal recuperar-les o pagar-les), els festius, els períodes de vacances.

Crec que han de ser explicades i argumentades com a mitjans que sostenen el tractament, com a procediments que permeten l'abordatge continuat dels determinants inconscients i els conflictes que provoquen els símptomes.

Poden ser acompanyades d'alguns advertiments, que es poden dir en el moment oportú, sobre fets probables durant el curs de les entrevistes i del procés terapèutic.

- Que no és tasca fàcil ni planera.
- Que li cal un esforç perllongat.
- Que en alguns moments es pot fer un camí aspre i costerut.
- Que de la mateixa manera que hi ha sessions que poden produir un notable alleujament,

n'hi ha d'altres que poden provocar inquietud i incrementar momentàniament el malestar.

- Que després de millores substancials, poden reaparèixer angúnies o símptomes que es creien ja superats i que aleshores hom pot sentir que no s'ha avançat gens i caure en el desànim.
- Que amb tot això s'hi ha de comptar perquè forma part de la naturalesa mateixa de la comesa que està en joc: de tractar amb temes mobilitzadors, amb qüestions pendents, amb mocions inconscients potents, la cara de les quals no coneixem encara suficientment.

De totes aquestes qüestions, que mereixen ser tractades amb deteniment, en triaria, per obrir el debat amb vosaltres, dues:

- a) La dificultat per cobrar les sessions a les que no s'assisteix.
- b) La freqüència reduïda de sessions.

Pel que fa a la primera, sovint és tan complicat, que en desistim. No és el que hauria de ser, però és el que acaba passant. Costa perquè representa quelcom impopular o contra els usos predominants que ja sabem que incideixen en tota relació interpersonal. Està relacionat amb algun dels advertiments anteriors sobre la dificultat intrínseca del procés analític i com a vegades es fa molt ardu continuar. Es pot considerar que les sessions avisades amb temps que no es pot assistir i permeten trobar una alternativa, serien una altra opció. Però al cap i a la fi un dels esglaons en el llarg camí de fer-se grans és responsabilitzar-se (és a dir, respondre) dels afers de cadascú, fer-se càrrec d'un mateix i de les seves coses. I si tant és acudir com no, sense més, no es va precisament en aquesta línia.

Després, com tot, s'ha de valorar en cada situació particular, atès que hi ha persones que treballen en una cadena de producció i van dues setmanes de matins, dues setmanes de tardes i dues setmanes de nit, o bé un representant comercial que pot ser enviat durant dies a altres regions.

La freqüència de les sessions s'ha anat reduint en les darrers anys, passant de les tres o quatre sessions setmanals d'algunes anàlisis, a un modus de dues sessions per setmana, que s'ha mantingut durant temps, fins que darrerament s'ha anat imposant la sessió setmanal, havent casos de plantejament quinzenal. És evident que tot això, ens agradi o no, incideix directament en la possibilitat de fer

un treball analític. I no es resol dient que unes són psicoteràpies i l'altra psicoanàlisi pròpiament dita.

Ens planteja problemes clínics de primer ordre, com per exemple si un estat d'ansietat generalitzada o bé un insistent insomni poden ser abordats amb aquesta freqüència, o bé una fòbia en una fase creixent, en la que el radi d'acció de la persona es va veient reduït dràsticament perquè cada vegada són més les situacions que li provoquen ansietat. O quan en una primera entrevista advertim el que puguin ser els pròdroms d'un brot psicòtic. En aquestes i altres situacions hem d'avaluar amb quins altres recursos podem comptar, sigui proposar una primera fase d'entrevistes més seguides, realitzar alguna entrevista familiar, o bé derivar a un col·lega metge o psiquiatra perquè valori una medicació que pugui ajudar en aquest tràngol.

El que es tracta és si es pot oferir un marc de contenció suficient en aquestes condicions, que és un dels aspectes cabdals de tota intervenció terapèutica.

Per això cal procedir amb cura i claredat durant el període d'entrevistes, quant a l'afinament diagnòstic i les possibilitats d'engegar i organitzar un tractament.

Si us parlava d'aquest engranatge de quatre pinyons, ara hi podem afegir aquest altre, que ha de comandar les intervencions de l'analista: cura i claredat; prudència i franquesa.

Cura, d'anar amb compte fins que ens podem fer una idea al més precisa possible del que està passant, del temps que fa que està passant, de la seva incidència en la vida, de l'organització psíquica de base. Cura en les nostres intervencions, mesurant el *timing*, el que el pacient pot escoltar i assolir en el decurs de les sessions.

Claredat en les qüestions que calgui abordar, en els fets als quals calgui sortir al pas, en una apreciació realista del que es pugui esperar del tractament, en la mesura dels mitjans de què es disposi i també al llarg del procés terapèutic a l'hora d'assenyalar i interpretar.

Reiterem que aquests engranatges no s'articulen senzillament ni automàticament, que trobem en cada pinyó poders inconscients que s'hi oposen, abans que s'hagi pogut constituir una transferència prou sòlida que permeti treballar-los.

Àdhuc hi ha casos en què aquestes condicions que hem anat enumerant, a penes es donen, en què es fa un pas endavant i un pas enrere, en què hi ha molta ambivalència en joc, en què la transferència

té més de repetició destructiva que d'esperança dipositada. Trobem situacions de molt poca apertura, no ja a la lliure associació, sinó a deixar-se anar tot parlant, estils en què es vol controlar el conjunt de la situació.

És decisió de cada analista si es dóna l'opció de treballar en aquestes condicions, o millor dit no condicions, considerant que, a vegades, és l'única manera que tenen certes persones d'accedir a una possibilitat de tractament, o bé de decidir que no és viable una intervenció d'aquesta manera i poder-ho explicitar amb la franquesa de la qual fèiem esment en el moment oportú.

Per acabar, el que hem de tenir sempre present és que tota consulta és una oportunitat que s'obre i de la qual hem de procurar que tingui l'abast més ampli possible. És amb aquest punt de mira que caldrà anar construint un marc de referència, unes condicions bàsiques, basades, no tant en allò fix per preestablert, sinó en allò acordat per idoneïtat.



Xavier Ametller Moreo

c/ Laforja, 102, Pral 2^a, 08021 Barcelona

[T] 687329004

[@] xavier@centrelaforja.com

Referències bibliogràfiques

- BLEGER, J., (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. *Revista de Psicoanálisis*, vol. 24, pp. 241-258, 1967.
- BLINDER, C. (2013). «Las transferencias feis buc» En *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, núm. 31, 2013.
- ETCHEGOYEN, H. R. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1986.
- FREUD, S. (1913). *La iniciación de tratamiento*. Obras Completas (OC), vol. V, Madrid: Ed. Biblioteca Nueva, 1972.
- . (1914). *Recuerdo, repetición, elaboración*. OC, vol. V.
- HESSEL, S. (2010). *Indigneu-vos*. Barcelona: Ed. Destino, 2010.
- . (2011) *Comprometeu-vos*. Barcelona, Ed. Destino, 2011.
- LAGACHE, D. (1951). Le problème du transfert. *XIV Conferencia de Psicoanalistas en Lengua Francesa*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 1975.
- RAMONEDA, J. (2012). *La izquierda necesaria*. Barcelona: Ed. RBA, 2012.
- GRINBERG, A. y SEGURA, A. (2012). Encuadre para un tiempo de crisis. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, num. 29, 2012.
- VICENTE, F. De (2012). *La parole en psychiatrie. Encore efficace?* Cour-Cheverny: Ed. Institutions, 2012.