

La significación del espacio.
Tópicos del Seminario, 24.
Julio-diciembre 2010, pp. 55-70.

La estratificación del espacio psicoterapéutico¹

Ivan Darrault-Harris
Universidad de Limoges

Traducción de Dominique Bertolotti Thiodat

La problemática de la *significación del espacio* puede ser abordada semióticamente desde múltiples campos de investigación; esto se explica porque la dimensión espacial es coextensiva a todas las actividades y producciones significantes humanas. Y la fenomenología ha insistido suficientemente sobre nuestra primera realidad, la más corporal: nuestro cuerpo es, antes que nada, un volumen en movimiento, volumen que se desplaza en el espacio. A su vez, este último es percibido por el cuerpo a partir del centro que formamos gracias a nuestra propia presencia en el espacio: “Mi cuerpo va hasta las estrellas”, escribía magníficamente M. Merleau-Ponty.

El espacio de la terapia

El campo de investigación que hemos escogido, con el propósito de lograr un avance en la descripción y análisis de la

¹ Este artículo retoma un tema que fue parcialmente analizado en la sesión del Seminario Intersemiótico de París el pasado 9 de enero de 2009.

significación del espacio, es el de una práctica: la del cuidado, tal como entendemos la práctica de la terapia.²

Evidentemente, podríamos iniciar estas reflexiones por el estudio de aquellos lugares que se destinan a albergar el ejercicio de la terapia, lo que produciría entonces una semiótica de la arquitectura de los espacios dedicados al cuidado. Como se puede comprender, no es éste nuestro proyecto; en primer lugar, por falta de competencia en semiótica arquitectónica pero, sobre todo, porque la significación del espacio reservado a los cuidados, que elaboramos y estudiamos, tiene una relación muy específica, pero a la vez indirecta, con el espacio concreto y construido que lo acoge.

En efecto, la arquitectura del hospital, de la clínica, o del consultorio médico se nos presenta de inmediato como si estuviera concebida, engendrada, a partir de una tipología de las patologías que aquejan al paciente. Esto constituye una nosología que se elabora a partir de una segmentación del cuerpo humano, de los órganos y de las funciones orgánicas. El espacio terapéutico se edifica, pues, sector por sector, pabellón por pabellón, servicio por servicio, en función de las configuraciones espaciales deseadas, de las exigencias técnicas de la medicina asociada a cada órgano o función: oftalmología, neumología, hematología, gastroenterología, nefrología, urología, cardiología, etc.; a las patologías: neuropatías, hemofilias, enfermedades metabólicas, cancerología (u oncología), etc.; al ejercicio de los exámenes o intervenciones necesarias:

² Los semiotistas asiduos de la Escuela de París conocen nuestro interés, desde los años 80, en este preciso campo semiótico con el que hemos podido comenzar a realizar el deseo de Greimas de crear una *psicosemiótica* (Cfr., entrada “Psicosemiótica”, en A.-J. Greimas y J. Courtés, 1979). Ésta se prolongó y se extendió en una *etosemiótica*, semiótica del comportamiento humano, normal y patológico. Nuestros primeros trabajos han versado sobre sesiones de terapia corporal, psicomotriz, en las que el uso del espacio por la pareja terapeuta-paciente —que proporcionaban al espacio dado significaciones tan ricas como inesperadas— parecía fundamental.

radiología, resonancia magnética, escáner, intervenciones quirúrgicas especializadas según las partes del cuerpo.

De algún modo, estos espacios técnicos preexisten en su significación a la llegada continua de los pacientes que se integran a ellos, así que los diversos profesionales de la salud —ayudantes, enfermeros, médicos, y pacientes— no son, a nuestro modo de ver, generadores de espacios significantes, sino que participan de una puesta en escena espacial al recibir de un espacio preprogramado lo esencial de su significación como actores, de pacientes del cuidado terapéutico.³

Un cuestionamiento necesario

Sin embargo, existe un sector terapéutico que, a nuestro juicio, debe cuestionar e invertir esta relación de engendramiento de la significación del espacio. O, más bien, este sector terapéutico no podría contentarse, para existir e inducir un proceso de cura, con una arquitectura técnica del cuidado, por más acondicionada y mejor equipada que sea. Incluso cuando, por desgracia, en una gran cantidad de casos, la relación con el espacio puede permanecer idéntica a la que rige los servicios de medicina estrictamente orgánica.⁴

Este sector tan específico, desde el punto de vista de su organización semiótica deseable, es el campo en el que se ejerce la psicoterapia, disciplina que ciertamente requiere de un *espacio visible*, convenientemente proyectado y habitable, pero también y sobre todo de un *espacio invisible* que se tiene que generar y

³ Evidentemente, las cosas son más complicadas y sería ingenuo creer que un espacio técnico, eventualmente perfecto, basta para engendrar un espacio terapéutico perfecto. El hacer humano interviene siempre de manera determinante, como lo demuestran las evaluaciones contrastadas de los pacientes en cuanto a la calidad de los cuidados recibidos.

⁴ Anteriormente habíamos desarrollado una crítica de la institución psiquiátrica del asilo que iba en este sentido (*Cfr.*, Darrault-Harris, I. y Klein, J.-P., 2007: cap. II).

mantener, incluso restaurar. Ambos espacios,⁵ de naturaleza muy distinta, uno engarzado en el otro, constituirán el espacio psicoterapéutico *stricto sensu*.

Necesidad del encuadre, espacio invisible

Los psiquiatras, psicoanalistas, psicoterapeutas, psicólogos, sea cual sea su corriente, poseen y utilizan un término: el de *encuadre*,⁶ que designa muy bien a este espacio invisible y siempre en construcción, espacio indispensable para llevar a buen término un tratamiento de esta naturaleza.

Entonces, este *encuadre* se tiene que crear en el seno mismo del espacio material, por ejemplo, de un servicio hospitalario. Aunque, paradójicamente, el encuadre invisible de la psicoterapia puede, en algunos casos, estar *desubicado*, esto es, en lugares inesperados, totalmente exteriores al espacio institucional del hospital.⁷ Estos ejemplos de transformación espacial de un

⁵ Habría, aquí, que extender el análisis a otros casos en los que una práctica humana requiere la puesta en lugar, en un espacio visualmente ubicable englobante, de un espacio englobado e invisible. Pensamos, aquí, en las construcciones que albergan las artes vivas del espectáculo, por ejemplo. Aun cuando se desarrolle en un espacio arquitectónico suntuoso, tal representación teatral será un fracaso si el espacio invisible de la relación teatral necesaria no se forma, que engloba a los espectadores y a los actores en la misma “burbuja”. Un análisis semiótico ya antiguo de la arquitectura del Palacio Garnier de París (la Ópera) mostraba que la escalera monumental que da acceso a la sala, permitía constituir, a partir de los individuos reunidos para una función nocturna al azar, un *actante colectivo*, factor, justamente, de constitución de este espacio invisible, como condición del éxito de la representación.

⁶ No podemos sino evocar aquí el gesto del augur romano que traza, con la ayuda del báculo ritual, en el cielo insignificante, banal —espacio infinito— el rectángulo invisible en el que el vuelo aleatorio de los pájaros tomará un sentido profético.

⁷ Nos viene a la memoria un ejemplo preciso de desubicación: uno de nuestros pacientes en psicoterapia, un adolescente, se había fugado de la familia que lo había recibido. Nos llamó al servicio, pidiendo ayuda y, junto con nuestra colaboradora, tuvimos que improvisar, en el área de comida de la estación de

espacio⁸ son de gran interés para el semiotista y se agregan a otros ejemplos similares del mismo proceso: una compañía de actores de la calle puede, en un abrir y cerrar de ojos, transformar temporalmente un espacio público trivial en una escena de teatro.

Este mismo espacio, una vez que se hayan ido los comediantes, regresará luego a lo que era: espacio-camaleón que se encarga, así sea de manera efímera, de la significación de los comportamientos y de las palabras de los actores que allí se instalan, al conferir a los constituyentes del espacio urbano (banacas, árboles, faroles, banquetas, etc.) una significación⁹ metafórica provisional integrada en el espectáculo.

Funciones del encuadre: del peligro de la repetición

Antes de detenernos más largamente en las operaciones semióticas que generan este espacio invisible,¹⁰ así como en las que son propias de su naturaleza, nos parece importante asir las razones que imponen a cualquier psicoterapeuta su construcción y su mantenimiento.

ferrocarril, un espacio terapéutico inédito. La “sesión”, de hecho, se desarrolló de manera tan eficiente como dentro de los locales del servicio hospitalario.

⁸ En la Isla de la Reunión (situada en el Pacífico) hemos podido estudiar de cerca una práctica de terapia tradicional (la terapeuta era la célebre Sra. Visnelda) en la que precisamente una de las características consistía en convertir instantáneamente un lugar inocuo, casi público, en un espacio terapéutico. Este espacio que recibía cada mañana un pequeño centenar de pacientes a lo largo del día de consulta, se convertía nuevamente durante el fin de semana en el lugar del baile popular (que allá se llamaba curiosamente “el baile del polvo”).

⁹ Este fenómeno se equipara al, muy conocido, de la *ocupación* de un lugar, público o privado, que se toma como sede de una manifestación de carácter político: una fábrica ocupada ya no es del todo una fábrica, una plaza urbana, una simple plaza, una iglesia, ya no sería un espacio únicamente dedicado a la oración y al culto. Sería pertinente analizar con precisión este proceso de intento de conversión semiótica de un lugar.

¹⁰ La naturaleza y la función efímera de este espacio lo convierten en un espacio *protético* que será desconstruido y abandonado en su momento.

Así, podremos comprender que, en la misma medida en que la relación psicoterapéutica no se vincula con un espacio técnico (como otras especialidades terapéuticas), resulta muy tentador instaurar esa relación de manera “burda” fuera del encuadre.

Tocamos aquí un punto delicado, el de la competencia, debidamente reconocida, del psicoterapeuta, el primer elemento constitutivo de este encuadre necesario. Y conocemos muy bien todo lo borroso que sigue reinando en el estatuto de los “psi” de toda índole y de los peligros de la “charlatanería”.¹¹

Ahora bien, como lo veremos más adelante, la competencia modal del psicoterapeuta no alcanza a ser suficiente. Además, habría otros factores de gran importancia cuya presencia convergente y sincrética engendra este espacio, esta “burbuja” diáfana indispensable para el desarrollo y el éxito del tratamiento psicoterapéutico.

Pero, ¿cuál sería el riesgo que enfrenta la pareja terapeuta-paciente al tejer una relación terapéutica fuera del encuadre, aun cuando esta relación se instale materialmente en los locales institucionales de un lugar en el que se procuran cuidados? Este riesgo cabe en una palabra: la de *repetición*, la de *reproducción* de otro espacio anterior, el propio del paciente, de su entorno privado, el de los *síntomas* molestos que lo hacen sufrir, tanto a él como a los que lo rodean. Espacio del que el paciente, aun siendo un alienado, es el centro vivo ya que lo lleva con él, al introducirlo en el espacio de los cuidados, con el riesgo de anexar este último.

Un ejemplo¹² permitirá ilustrar este riesgo mayor que impide a la relación del cuidado introducir todo cambio positivo, toda cura.

¹¹ En fechas recientes tuvo lugar en Francia una tentativa de regular la cuestión del estatuto tanto de los psicoanalistas como de los psicoterapeutas, que desencadenó un sinnúmero de exaltadas reacciones.

¹² Retomamos aquí el caso de Béatrice, desarrollado en nuestra obra *Pour une psychiatrie de l'ellipse* (1975: 125-175). El lector que desee conocer el desarrollo completo de la psicoterapia podrá referirse a este texto.

Béatrice es una niña de diez años y medio que va a consulta por problemas somáticos graves y un estado depresivo muy inquietante. Lloro frente a la foto de su cuñada, Frédérique, muerta de manera muy prematura debido a la enfermedad de Guillain-Barré. Esta joven madre (que proviene de la asistencia pública) deja a su hija de dos años, Evelyne, a los padres de Béatrice quienes la educarán, como lo hicieron ya con tantos niños.

En efecto, la madre de Béatrice es una nodriza de la institución oficial de colocación de menores: recibe a niños abandonados o separados de sus padres conforme a la decisión de un tribunal. Descubrimos pronto que estos niños acogidos son víctimas de una cierta cantidad de desgracias (¿seguirá vivo uno de ellos, regresado a su madre legítima?), que constituyen, de hecho, verdaderos “escudos vivientes” que protegen a los hijos legítimos (como Béatrice) de los golpes del Destino. Por supuesto, esta “mitología” familiar es perfectamente inconsciente: sólo se hace transparente para los terapeutas durante las entrevistas. El caso es que una niña recogida, Mélanie, nació el mismo día que Béatrice: es una “gemela”, un escudo perfecto. Sin embargo, ¡oh escándalo!, ¡no es Mélanie quien es golpeada por la desgracia sino Béatrice!

Con el afán de restablecer, siempre de manera inconsciente, un mínimo de equilibrio y de salvaguarda de la mitología familiar, Mélanie no tarda en ir a consulta por los mismos síntomas depresivos que Béatrice. El escándalo, de esta forma, se atenúa un tanto. Durante una reunión del servicio (reunión de control de las terapias en curso), el psiquiatra que atiende a Béatrice reporta un inmovilismo patente de la relación de cura e intenta comprender las razones. Intencionalmente no ha querido indagar sobre las condiciones relativas al doble de Béatrice, Mélanie.

Los profesionales descubren entonces que tanto Béatrice como Mélanie son recibidas, por razones de comodidad, el *mismo* día, a la *misma* hora, con el *mismo* ritmo (una vez por semana) en salas contiguas, por dos psicoterapeutas que llevan el mismo nombre: Jean-Pierre, y ambos con barbas.

Lamentablemente, esta organización es la fiel reproducción del universo familiar en el que han surgido los síntomas y que se caracteriza por la formación de dobles. Una reproducción tal dificulta la eficacia de ambas psicoterapias.

He ahí, pues, un ejemplo espectacular del peligro de duplicación, la cual se realiza, a pesar del profesionalismo de los actores, por la poderosa fuerza de anexión de repetición y de inercia. El descubrimiento del fenómeno es, a todas luces, condicionante de una modificación de la puesta en escena terapéutica con el fin de introducir un verdadero cambio por medio de la construcción paciente y reflexiva de un verdadero espacio psicoterapéutico.

La naturaleza del encuadre

Si bien, podemos ahora captar mejor las razones que motivan el cuidado extremo para la constitución del encuadre, ¿cómo, pues, definirlo? Acordemos, tal como lo hizo Michel Martin al psicoanálisis, la iniciativa de esta definición:

El encuadre es una noción producida por la práctica psicoanalítica aplicada posteriormente a todos los desarrollos de la psicoterapia. El *encuadre analítico* clásico se define por criterios precisos:

1. frecuencia, duración, localización de la intervención;
2. posición de las personas (*setting*);
3. relación contractual (pago de las sesiones);
4. modalidad de intervención (esencialmente verbal y libre);
5. confidencialidad, secreto;
6. la regla de abstinencia (negación de responder en el lugar del otro, de ponerse en el lugar del paciente cuando éste desea colocar al analista en la transferencia);
7. La regla de neutralidad (ningún juicio, ningún consejo, ninguna directiva).

El encuadre analítico se enuncia desde el principio, se recuerda si es necesario, y es constantemente “pensado” por el analista. Es el garante de la marcación espacio-temporal y la continuidad, el derecho a la enunciaci3n libre, protegida o separada, de las intervenciones externas; garantiza tambi3n que la adhesi3n al proyecto pueda ser puesta en cuesti3n por el paciente. El encuadre se coloca, desde el inicio, como una preocupaci3n expl3cita: posteriormente, se convierte en impl3cita, se interioriza, como una instancia ps3quica, y no vuelve a ser expl3cito sino en los

momentos de ruptura o de crisis del proceso [« Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte) »: 107].

Pero Michel Martin agrega, para actualizar esta noción:

En todas las formas de psicoterapias derivadas: psicoterapias de inspiración analítica, psicoterapias breves, psicoterapias de apoyo, de reconstrucción, etc., existirá un reajuste, una 'apertura' con relación a las reglas de la cura analítica.

Retomemos los criterios del encuadre analítico (*vid., supra*) y precisemos dichas "aperturas" (encuadre reajustado):

1. Sin cambios;
2. La posición de las personas va desde el cara a cara al acompañamiento en todo tipo de situaciones externas al consultorio;
3. Además del pago, a veces es necesario precisar las condiciones de subvención o de mandato; la exoneración permanece como excepción;
4. La modalidad de intervención puede permanecer como puramente verbal y libre, pero también puede convertirse en algo más o menos dirigido, "con un proyecto" o bien incluyendo aspectos cognoscitivos sistemáticos (racionalidad causalista, biografía...) o corporales, o incluso intervenciones administrativas obligadas (informes);
5. Regla del secreto sin cambio, pero las condiciones que llamamos aleatorias, es decir marcadas por la posible intrusión de factores externos (justicia, abogado, informatización, patrón, seguro...) pueden amenazar esta regla, incluso de manera violenta, en el contexto social y cultural actual, pero esto lo trataremos adelante;
6. La regla de abstinencia puede ser menos estricta, lo mismo que, fuera de la psicoterapia de inspiración analítica estricta, el análisis de la transferencia no es explícita, salvo raras excepciones;
7. La regla de neutralidad se convierte en este punto, generalmente, en inadecuada en cuanto a su aplicación estricta.

Dicho esto, conviene definir en adelante el espacio mismo del encuentro con el paciente.

Didier Anzieu¹³ lo define como una

¹³ Sabemos que el pensamiento de Didier Anzieu inspiró la elaboración, por Jacques Fontanille, de una semiótica del cuerpo (*Cfr.*, Fontanille, J., 2008 [2004]).

‘aprehensión sensorial’ global del terapeuta por el paciente que tiene necesidad “de escucharlo, de verlo, de tomar sus puntos de referencias en sus mímicas, sus actitudes, sus gestos, es decir, de alguna manera de tocar su cuerpo por medio de la mirada, de la imitación de su postura... Al mismo tiempo y recíprocamente, el paciente satisface en esta situación su propia necesidad de ser tocado, sostenido, reconfortado, manipulado... a una distancia corta gracias a la presencia visible y tangible del terapeuta, gracias a su sonrisa, su estabilidad, sus mensajes, sus reacciones en espejo y en eco (Anzieu, D., 1986: 12-24).

Asimismo, Anzieu, D., (1987 [1985]: 39) también comparó el marco del encuentro con un “continente materno”, pues en esta envoltura protectora, elaborada y garantizada por el terapeuta quien tiene, según estos términos, el papel de “una segunda piel psíquica los pensamientos del sujeto pueden desplegarse” y su excitación, ya sea de origen interno o externo, se limita a efectos desorganizadores.

Laplanche (Arfouilloux, J. C., 1996: 10) lo compara con una suerte de

membrana, de doble pared, o doble límite, en la que una representa las condiciones de la realidad exterior [protectora], y la otra volcada hacia el mundo psíquico interno, con sus exigencias pulsionales [como una pantalla en la que se proyectan las representaciones del sujeto].

Y finalmente, Michel Martin concluye:

Así, pues, lo que el encuadre debe garantizar, sin importar el acondicionamiento espacial o verbal de la situación, es la realidad interna, la realidad psíquica, construida sobre la percepción organizada por la memoria, la clasificación, la estructuración en signos y significaciones, coloreada por la emoción (p. 109).

Estratificación del espacio invisible

El análisis de Michel Martin tiene el gran mérito de confortar nuestra concepción semiótica de este espacio invisible, siempre por construirse y que vendrá a incrustarse en el espacio material de la relación psicoterapéutica. En efecto, estamos frente a un estrato importante de este espacio que aparece aquí, la *envoltura*, resultado de la observación de los principios enunciados, aun cuando éstos son, en parte, cuestionados por la evolución contemporánea de las patologías, necesidades y demandas de los pacientes, las cuales entrañan una transformación inevitable de las formas de ayuda. Desde un punto de vista semiótico, la *envoltura* se crea por la conjunción de factores heterogéneos, pero coherentes, que atañen a la dimensión temporal, rítmica (principio 1), proxémica (principio 2), contractual (principio 3), enunciativa y discursiva (principio 4), y deontológica (principios 5, 6 y 7).

Un estrato más profundo, ¿ético?

Siguiendo nuestra reflexión sobre la estratificación del espacio de la psicoterapia y siempre apoyándonos sobre el trabajo de Michel Martin, podemos preguntarnos si no hay lugar para un estrato más profundo, subyacente al de la *envoltura*, que desembocaría en la dimensión *ética*. Michel Martin precisa este estrato del pacto ético, inspirándose manifiestamente en las enseñanzas de Paul Ricoeur (*Cfr., Soi-même comme un autre*):

La ética moderna se basa en la noción de respeto. Kant ve éste como un principio que “impide que nunca se utilice al otro para fines propios”, como límite a una omnipotencia de sí mismo que reduciría el otro a ser sólo la cosa de nuestros deseos. Si se reconoce que el otro existe por sí mismo y para sí mismo, y que está sometido a las mismas contingencias que uno mismo, si se quiere evitar o reducir el conflicto, si se quiere también desarrollar la relación con la humanidad del otro, es necesario escuchar, ver, reconocer lo que es, lo que quiere y lo que puede. Y establecer un *pacto* con él.

El compromiso de no agresión se encuentra en la base de este pacto, pero pide *más*: tiene que contener el *respeto* mutuo. En esta relación, reconocida por uno y otro, el respeto es como una posición psíquica en la que se resguarda al otro bajo una fuerte *atención*, con una reserva consciente que sirve de contención a nuestro narcisismo natural que buscaría el dominio y la posesión sexual.

En este orden de ideas, la ética, tal como la comprendemos, es el conjunto de los signos, conductas, contenidos verbales y no verbales que significan este reconocimiento, que dan testimonio de esta relación de respeto. *La ética se distingue así de la moral ya que descansa sobre un deseo, no sobre una ley* (Martin, M., *op. cit.*, pp. 117-118).

Este pacto, a pesar de formar un estrato fundamental, es vulnerable (retomaremos al final los ataques que puede sufrir el encuadre). Aún más, entrevemos aquí las relaciones lógicas entre el estrato de la envoltura y el del pacto ético: es una relación de presuposición. En efecto, es tan impensable como irrealizable constituir la envoltura del encuentro si ésta no se apoya sobre ese pacto continuamente reafirmado, centrado sobre el respeto del Otro.

Este pacto no puede ser garantizado por siempre, es frágil, es un arreglo. Pero es indispensable. Más aún que el encuadre. Ya que el encuadre contiene el encuentro y es envoltura materna, “piel” de dos [seres] que ahí se acurrucan, es necesario una paz, un respeto de mutuo consentimiento: una voluntad de perjudicar que pase al acto o al insulto y todo se quiebra.

Si el pacto es quebrado por la violencia, por la negación del sentido mismo del encuentro, por el crimen o el delito, por el desprecio, ya nada es posible. No hay relación terapéutica sin pacto, no hay encuadre sin pacto (p. 119).

El último estrato del espacio, enunciativo y discursivo

Una vez asegurados los niveles del pacto ético y de la envoltura “materna”, se pone en evidencia un último nivel por construir con el paciente para terminar la edificación del espacio invisible: es el que le abrirá una actividad enunciativa y discursiva

que le permita crear las condiciones dinámicas de su transformación-cura.

Ya habíamos descrito este nivel¹⁴ que constituye el corazón mismo del espacio psicoterapéutico. Retomemos aquí lo esencial.

El dispositivo enunciativo y discursivo propuesto al paciente respeta fundamentalmente su estatuto de sujeto único por su historia personal y familiar, su economía psíquica (el juego específico de sus síntomas, resistencias y defensas).

Este dispositivo toma prestada la figura geométrica de la elipse para su configuración: los dos focos, suficientemente distantes uno del otro, son centros, fuentes de actividad enunciativa y discursiva. El primero, el de la dicción, estaría caracterizado por lo que Greimas y Courtés denominan “desembrague enunciativo”, apoyado sobre la trilogía {yo, aquí, ahora}. El segundo, por el contrario, “desembrague enuncivo”¹⁵ se basa sobre la trilogía {él, en otra parte, entonces}.

Concretamente, los momentos propicios para practicar el desembrague enunciativo corresponderían a las entrevistas, a los inicios y finales de las sesiones de psicoterapia. La utilización del desembrague enuncivo ocuparía lo esencial de las sesiones, cuando el paciente trabaja, acompañado por el terapeuta dentro de la “burbuja” materna, para la realización de una obra en relación con su realidad sufriente, pero a buena distancia de ésta. Esta obra —no podemos aquí desarrollar este punto que merece largas reflexiones— podrá realizarse en numerosas mediaciones, soportes disponibles, escogidos con rigor en función de la economía del paciente: escritura, pintura, dibujo, música, *collage*, mímica, danza, etc.¹⁶

¹⁴ La descripción y la ilustración de este estrato fue parte del conjunto de la obra escrita con el psiquiatra Jean-Pierre Klein (2007).

¹⁵ *Cfr.* el artículo “Desembrague” (Greimas, A.-J y J. Courtés, 1982).

¹⁶ En cuanto a la elección de la mediación de creación y a la tipología de los soportes, el lector podrá consultar el pequeño y rico libro didáctico de Jean-Pierre Klein (1997).

Mostraremos a continuación una representación de la elipse y de sus dos puntos focales en relación distanciada:

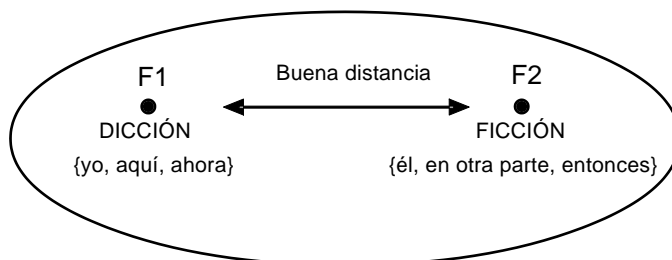


Diagrama 1: La elipse

En el esquema de la estratificación del espacio invisible de la psicoterapia, las flechas indican la doble relación de presuposición entre los niveles:

El espacio psicoterapéutico

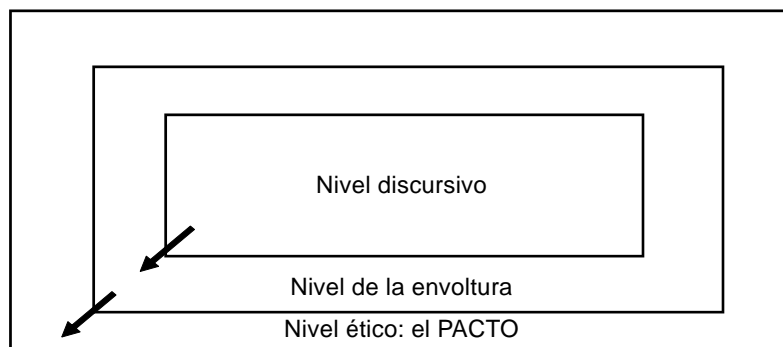


Diagrama 2: Los tres niveles

Para concluir

Es cierto que el esquema precedente es un poco impreciso al no haberlo representado con el anclaje material, arquitectónico del espacio psicoterapéutico. Sin embargo, hemos tenido la experiencia, durante la reinstalación del servicio de psiquiatría infantil donde trabajamos, de intercambios fructíferos con los arquitectos preocupados por adaptar los locales, los espacios, a la especificidad del espacio invisible que hemos intentado analizar (entre otros, la sala de espera). Por ejemplo, está claro que el nivel que hemos denominado *envoltura* no podría instaurarse sin algunas cualidades precisas del espacio arquitectónico. Así, nos vimos en la necesidad de optar por cuartos de pequeñas dimensiones en los que una superficie cálida con cojines mullidos podía acoger a las parejas adultos-niños o adolescentes. El servicio fue instalado con toda intención de que se pareciera mucho a una casa, con su recibidor ocupado por un reloj ruidoso, sus pisos, su sótano y, sobre todo, su “desván” en el que se encontraban maletas repletas de viejos juguetes y ropa usada que daban acceso a un sinfín de disfraces y de juegos, que avivaban el nivel enunciativo y discursivo.

Último punto: notamos, casi constantemente, que el término *espacio* se emplea metafóricamente para designar realidades inalcanzables de otra manera, en específico: *el espacio de tiempo* que es un ejemplo canónico. Pensamos haber librado este defecto, pues los niveles descritos anteriormente recurren al más concreto espacio, en un sentido corporal, por ejemplo, de la presencia, de la copresencia, de la atención procurada al Otro, al respeto de la integridad de su ocupación dinámica del espacio, lugar de irradiación recíproca entre el Paciente y el Terapeuta.

Por ahí retornamos a nuestro punto de partida y a la lección irremplazable de la fenomenología.

Referencias

- ANZIEU, Didier (1986). « Cadre analytique et enveloppes psychiques », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 2.
- _____ (1985 [1987]). « Le Moi-peau ». *Les enveloppes psychiques*. Dunod, spécial.
- ARFOUILLOUX, J. C. (1996). *Cure-type: théorie et pratique, cadre et processus*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie 37-810-F-40.
- DARRAULT-HARRIS, I. et KLEIN, J. P., (2007). *Pour une psychiatrie de l'ellipse. Les aventures du sujet en création*, prefacio de Jacques Fontanille, postfacio de Paul Ricœur, edition revisada y aumentada, PULIM, Limoges.
- FONTANILLE, Jacques (2008). *Soma y sema. Figuras semióticas del cuerpo* [trad. de Desiderio Blanco. Lima: Universidad de Lima].
- GREIMAS, A.-J. y J. COURTES, *Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*, Gredos, Madrid, 1982.
- KLEIN, J.-P., (1997). *L'Art-Thérapie*. París: PUF, col. *Que sais-je?* n° 3137.
- MARTIN, M., « Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte) ». [Disponible en www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=CPC_017].
- RICŒUR, P., (1990). *Soi-même comme un autre*. Seuil: Paris.