

## MANEJO CLÍNICO DE LA TEMPORALIDAD, ENCUADRE INTERNO DEL ANALISTA<sup>1</sup>

Luis J. Martín Cabré\*

Desearía transmitir a través de estas páginas algunas reflexiones sobre un tema apasionante como es el de la dificultad clínica que suscita el complejo problema de la temporalidad y los procesos mentales del analista con respecto a ella y a los que se derivan de ella.

### **El desafío de las nuevas patologías, la temporalidad y su manejo clínico**

La teorización psicoanalítica sobre la temporalidad ha producido desarrollos intermitentes a lo largo del tiempo con las consiguientes repercusiones en la técnica y en el manejo clínico.

Freud, que inicialmente estaba convencido de que el inconsciente no conoce ni el tiempo ni la muerte y que los procesos inconscientes son atemporales y no se alteran por el paso del tiempo, introduciendo el concepto de *Nachträglichkeit*, que empezó a desarrollar en el *Proyecto* (1895), planteó que la memoria se retranscribe como consecuencia de experiencias sucesivas y el recuerdo no permanece fijo sino que reaparece junto a aspectos nuevos que no estaban presentes en el momento del evento.

Este concepto de *Nachträglichkeit*, fundamental en la teoría freudiana sobre la temporalidad, permite tanto afirmar que el pasado puede ser percibido a través de las asociaciones del paciente, como asegurar que el pasado “sobrevive” en el presente a través de la transferencia o de los sueños que permiten su retorno. Desde esta perspectiva, el pasado no es inamovible, no está fijado a ninguna

---

1. Trabajo presentado en el Diálogo Interfederativo. Desafíos de la clínica contemporánea: temporalidades y vínculos. Organizado por Sociedad Brasileña de São Paulo. Marzo 2018.

\* Miembro titular con función didáctica de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. Analista acreditado de niños y adolescentes. Miembro del equipo editorial del *International Journal of Psychoanalysis*, del *American Journal of Psychoanalysis* y de la *Revista Italiana de Psicoanálisis*. Desde 2015 representante europeo en el Board de la IPA.  
ljmartin@telefonica.net

escena real. Es, por el contrario, el presente quien influye en el pasado. Como sabemos, años más tarde, Ferenczi, al teorizar en su famoso trabajo *Confusión de Lenguas* (1933) la relación entre el trauma y la temporalidad, llevará al extremo esta inversión postulada por Freud, y Bion la configurará con su famosa tesis sobre el psicoanalista *sin memoria ni deseo*.

Con la formulación de la segunda tópica su concepción se modificó. Freud (1920) introdujo un elemento fundamental como la compulsión a la repetición, no como una resistencia a la rememoración sino como un efecto de la pulsión de muerte y como un intento extremo de negar la acción del tiempo. Desde esta perspectiva, el tiempo y la temporalidad pasaron a ser considerados una función del yo y del proceso secundario en clara contraposición con la atemporalidad del ello y de los procesos inconscientes. Pero ¿qué implicaciones tuvieron y tienen todas estas modificaciones teóricas en la práctica clínica?

Considerar que, en el trabajo analítico, esté en juego algo diferente a la rememoración, que es solo una de las formas de temporalidad, nos permite contemplar otros tiempos presentes que abren al sujeto a otras modalidades de existencia. La "muerte presente", el "dolor presente" implican la salida de un cierto tipo de temporalidad, introducen una serie de interrogantes fundamentales sobre la técnica psicoanalítica y sitúan el problema de la temporalidad desde una perspectiva clínica radicalmente nueva. Más que de una temporalidad histórica, se trata de una temporalidad rabiosamente presente, como si el sujeto tuviera necesidad de organizar un espacio del no lugar y de la no existencia.

¿Y cómo podemos como psicoanalistas comprender y revelar el "tiempo" de determinadas experiencias traumáticas, de desgarros psicóticos, de escisiones extremas o de ciertas patologías perversas, narcisistas o estados límites, cuando, en ocasiones, no son representables o no poseen la mínima dimensión histórica?

Porque, escuchando con atención el discurso de nuestros pacientes, descubrimos que, en muchas ocasiones, la reacción al dolor, a este tipo de dolor, pertenece al orden de lo irrepresentable y es inaccesible a la memoria y al recuerdo. La presencia de este dolor psíquico incontenible no pertenece a ningún presente, incluso destruye el presente en el que parece introducirse. Es un presente sin presencia, un presente loco, en el que el sujeto sale del tiempo intentando situar su impensable sufrimiento en una mayor unidad temporal fuera de la simple cotidianidad y de la temporalidad histórica. Se trata de un presente infinito e inagotable pero al mismo tiempo encorsetado y completamente vacío. Más aún, podríamos decir que esta dimensión temporal está momificada y, actuando como un tejido muerto, evita y paraliza la función del *après-coup*.

A diferencia del presente histórico, que fija una presencia y una identidad, en este presente traumático todo se disuelve: no hay ni sujeto, ni oposición entre sujeto y objeto. En esta dinámica transfero-contratransferencial se insinúa algo

que tiene que ver con la muerte. Pero tal vez, más que con la muerte que fija un límite, tiene que ver con el morirse indefinidamente, en un tiempo, como dije anteriormente, en el que nada comienza y en el que no se produce ninguna posibilidad de iniciativa.

En los últimos años de mi trabajo he ido constatando una serie de características comunes entre los pacientes denominados borderline, con patologías narcisistas, con trastornos psicósomáticos, con situaciones de falso self, con experiencias intensamente traumáticas y con aspectos psicóticos en general. En todos ellos he percibido estados intensos de angustia, fuertes depresiones y una total ausencia de la dimensión de futuro. Pero al mismo tiempo, no recuerdan nada del pasado, ni los sueños; no tienen fantasías ni lapsus y viven en este presente eterno, al que me he referido, en el que nunca empieza nada nuevo. Tienen una relación extraña con el propio cuerpo como si no les perteneciera, aunque paradójicamente es la única prueba de su existencia. Dan la impresión de que el psicoanálisis no pueda ofrecerles utilidad alguna.

Como sabemos, la elaboración del sufrimiento mental constituye un eje esencial en el desarrollo de todo proceso analítico pero pone en primer plano también el dolor mental del propio analista que debe elaborar el sufrimiento proyectado por parte del paciente y que debe poder tolerar y contener la rabia, los ataques y las seducciones sin quedar paralizado en el propio pensamiento. Todo analista puede encontrar pacientes que viven la imposibilidad de experimentar el dolor y utilizan mecanismos muy primitivos para evitar el sufrimiento. Se tornan silenciosos, inmóviles, sarcásticos, insensibles y borran cualquier rastro de emotividad en su discurso. Algunos tienen la ilusión de parar y anular el tiempo, de hacer que el tiempo no exista y no les obligue a cambiar ni a tener en cuenta su edad. Una consecuencia es el empobrecimiento de su vida mental y de su relación analítica pero también la compulsión a actuar estos sentimientos congelados en actos autodestructivos, o perversos, especialmente en ocasión de separaciones o interrupción de las sesiones. ¿Cómo manejar el encuadre en este tipo de situaciones clínicas?

### **Reflexiones sobre el encuadre interno del analista**

El tiempo es esencial para reflexionar sobre el encuadre. Quien no se hace preguntas sobre los 45-50 minutos como parte integrante del encuadre, del número de sesiones semanales, de cuántos años debería durar un análisis, de si es un grave error apresurar el final del proceso o continuar "ad eternum" favoreciendo una relación de dependencia o incluso fusional, de si es aconsejable o no el uso del diván ante ciertas situaciones regresivas que pueden acentuar sentimientos de desvalimiento o de soledad insoportables. ¿Y qué decir sobre la edad de los

pacientes, sobre las características técnicas que debe tener el análisis de niños o de adolescentes? O, ¿cómo abordar la cuestión de los segundos o terceros análisis, o el problema de las interrupciones temporales?, etcétera.

Desde sus primeras experiencias con pacientes histéricos, Freud (1895) se vio obligado a establecer una serie de procedimientos prácticos, que constituían una condición indispensable para que el trabajo analítico pudiera tener lugar. Esencialmente eran el uso del diván, una cierta regularidad en la frecuencia de las sesiones y la organización de un espacio protegido. Posteriormente estos elementos técnicos junto a algunos otros que se fueron añadiendo adquirieron mayor consistencia y se constituyeron en instrumentos indispensables de la que se terminó denominando técnica psicoanalítica clásica. Sin embargo, esta técnica psicoanalítica clásica, entendida como un conjunto de reglas y medidas necesarias e indispensables para el desarrollo del trabajo analítico, no siempre fue tenida en cuenta, y no solo por autores situados en los límites de la ortodoxia, como Reik (1933) o Alexander (1935)<sup>2</sup>, sino incluso por alguno de los autores considerados clásicos por excelencia. Como botón de muestra baste pensar en la afirmación de Fenichel (1941), en su tratado de técnica psicoanalítica cuando afirma:

*Podemos y debemos ser elásticos al aplicar todas las reglas técnicas, todo está permitido si uno sabe por qué. No son las medidas externas, sino el manejo de la resistencia y la transferencia, lo que guía el criterio para estimar si un método es o no un análisis (p. 974).*

El propio Freud, que posiblemente fue el menos clásico de todos los analistas, no organizó ni articuló en una obra las numerosas ideas que, sin embargo, desarrolló sobre la teoría de la técnica psicoanalítica en diferentes periodos de su vida.

Freud, en efecto, no abordó el tema del encuadre de manera específica pero sugirió una serie de medidas que incluían, junto al uso del diván y la regularidad espacio temporal, la regla de la abstinencia, la neutralidad del analista e incluso modalidades sobre el pago de los honorarios (Freud, 1913). Todas estas reglas estaban destinadas a instaurar una situación de aislamiento que protegiera el trabajo de la pareja analítica, mantener una suspensión de la acción que facilitara la emergencia de la producción emocional y psíquica con mayor intensidad, neutralizar eventuales irrupciones incontroladas de la realidad interna del paciente y del analista y, por último, facilitar el desarrollo gradual de la transferencia y en consecuencia de su resolución.

---

2. Ambos autores alertaban sobre el riesgo de enseñar en los Institutos de Psicoanálisis la técnica pues se corría el riesgo de favorecer una actitud más orientada a la rigidez que a la intuición o la empatía.

Estas reglas sugeridas por Freud (1913, 1914), más o menos ampliadas, enriquecidas o discutidas, han mantenido su vigencia hasta nuestros días. Sin embargo, es evidente que no daban cuenta ni de la articulación ni de la complejidad que la teoría y la práctica psicoanalíticas han experimentado en los últimos decenios. De un modo especial, pensemos en los problemas teóricos y técnicos que se derivan, por ejemplo, de la relación y articulación entre encuadre y transferencia por una parte y encuadre e interpretación por otra, por referirme tan solo a dos de los puntos que se podrían tomar en consideración.

Numerosas señales de la necesidad de una reflexión sobre estos temas aparecieron especialmente en los años cincuenta, cuando se multiplicaron las discusiones sobre las variaciones técnicas, sobre el significado del encuadre y sobre el significado de la interpretación como consecuencia de las nuevas perspectivas abiertas durante los años anteriores y de los desafíos psicopatológicos que se iban configurando.

Por un lado, algunos analistas insistían en la necesidad de respetar una serie de medidas, que de no tenerse en cuenta podían comprometer gravemente la viabilidad del análisis o llevarle a un difícil punto muerto. Glover, por ejemplo, en su conocida obra *La técnica del psicoanálisis* (1955), enunciaba una serie de cuestiones relacionadas con el número de sesiones, la duración de la sesión, el número y duración de las interrupciones festivas, los honorarios y las modalidades de pago, el problema de las sesiones anuladas, y el modo de establecer las comunicaciones de emergencia entre analista y paciente. Se trataba de recomendaciones técnicas cuya aplicación rigurosa permitía el establecimiento de la relación transferencial, favorecía el desarrollo y resolución de la neurosis de transferencia y acentuaba la importancia de la interpretación como instrumento técnico prioritario.

Sin embargo, desde otra perspectiva, se abrió una reflexión diferente. A partir, especialmente, de los trabajos de Freud sobre la melancolía, de Abraham sobre la psicosis maniaco-depresiva, de Ferenczi sobre el trauma y de M. Klein sobre el psicoanálisis infantil, se inauguró la exploración de estadios más primitivos del funcionamiento mental. Esto produjo un notable enriquecimiento de los conocimientos psicoanalíticos y puso en discusión algunas certezas clínicas, como consecuencia del descubrimiento de mecanismos psicóticos en pacientes considerados únicamente neuróticos. Si por una parte este tipo de evidencias clínicas ampliaba la nosografía psicoanalítica y en consecuencia el campo de aplicación terapéutico, por otra, al ponerse en discusión los viejos criterios de analizabilidad, se hacía indispensable una revisión de la función y los objetivos del proceso analítico y como consecuencia de la teoría de la técnica psicoanalítica.

Por otro lado, a raíz sobre todo de algunas de las aportaciones de Winnicott (1956), que recogió como Balint (1952) la herencia de algunas de las innovaciones

de Ferenczi (1928) sobre la empatía y la elasticidad de la técnica, el reconocimiento de nuevos modelos de regresión permitidos por el encuadre analítico enriquecía pero al mismo tiempo complicaba el significado y la función de la transferencia, planteaba nuevos problemas sobre la posibilidad de verbalizar contenidos emocionales relativos a estadios preverbales del desarrollo y animaba la discusión sobre la práctica indiscriminada de la interpretación. Por ejemplo, mientras en la concepción clásica de la neurosis de transferencia, el pasado re-aparece en la relación analítica y es interpretado, en algunas de las situaciones clínicas descritas por Winnicott (1956) es el presente el que retorna al pasado, es más, el presente es el pasado. La situación analítica se organiza de manera que el pasado del paciente sea el presente y se le brinde la posibilidad, por vez primera, de poder descongelar una situación primitiva que no habría podido evolucionar. En este planteamiento teórico, los elementos del encuadre no tienen nada de ritual ni son una condición formal del trabajo analítico. El rigor y la flexibilidad son una expresión directa de la responsabilidad que el analista asume con sus pacientes y, lejos de estar en contradicción, son como en los cuidados maternos dos aspectos complementarios de la adecuación del analista a las necesidades del paciente

Años más tarde, apoyándose en las aportaciones de Winnicott, Bleger (1967) desarrolló una hipótesis muy sugerente sobre el encuadre como contenedor de algunos aspectos esenciales de la función analítica y sobre las profundas analogías existentes entre el encuadre y la relación fusional primitiva con el cuerpo materno. Desde su perspectiva atribuye a la condición de estabilidad del encuadre un papel tanto evolutivo como terapéutico.

Todas estas aportaciones teóricas, acentuaron de manera especial el interés por la situación analítica y por su carácter relacional y condujeron a una mayor valorización de los aspectos menos formales del encuadre.

Precisamente, en torno al encuadre se plantea una discusión interesante, y no solo de técnica. Durante mucho tiempo el encuadre analítico se convirtió en una bandera capaz de reunir a analistas de los más diferentes esquemas referenciales en una identidad común e incluso en un arma en defensa de la ortodoxia psicoanalítica. De alguna manera el encuadre era uno de los aspectos que diferenciaba lo que era psicoanálisis de lo que no lo era. Pero, ¿podría hoy aceptarse sin reservas esta afirmación?

Ciertamente, Freud tenía la autoridad para decidir qué era psicoanálisis y qué no lo era, pero después de él ¿quién tiene la potestad de decidirlo? No existe ninguna autoridad que pueda decidir por todos los analistas y tampoco hay evidencias clínicas inequívocas que prueben, en el tema del encuadre, la supremacía de un planteamiento teórico sobre otro. Y, curiosamente, las dificultades que afrontamos para encontrar un terreno teórico común, suelen escamotearse

apelando a lo que denominamos “técnica clásica”, “técnica rigurosamente analítica”, “ortodoxia técnica” y sinónimos equivalentes, que termina convirtiéndose en el ancla de salvación ante la disparidad de modelos, teorías y esquemas referenciales existentes.

Tal vez por esto, la cuestión del encuadre se convierte en un argumento espinoso y difícil de abordar. Detengámonos por un instante en esta reflexión. Posiblemente es más arriesgado, desde el punto de vista de la pertenencia institucional, proponer o defender modificaciones en el encuadre, fácilmente tachables de concesiones, complicidades o trampas en las que habría caído el analista, que sostener posiciones teóricas radicales o incluso contrarias al *establishment* oficial o predominante. Y, sin embargo, creo que todos estaríamos de acuerdo en que una práctica clínica que se sostuviera solo en la aplicación de unas reglas inmodificables y definidas de una vez para siempre pondría en evidencia una identidad profesional muy frágil que intentaría encontrar en dichas reglas una seguridad inexistente.

Planteemos, a título de ejemplo, algunas cuestiones que aparecen habitualmente en nuestras discusiones. ¿Puede considerarse como válido un análisis de menos de cuatro sesiones semanales? ¿Serían suficientes tres? ¿Cómo comportarse en relación con los cambios de sesión que pueden solicitarnos los pacientes? ¿Sería razonable conceder una sesión extra? ¿En qué circunstancias? ¿Se pueden aceptar mensajes puntuales de los pacientes, solicitud del nombre de un colega para el tratamiento de un familiar, cartas, pequeños regalos? ¿Qué hacer con las llamadas de los pacientes y con las llamadas a los pacientes? ¿Cómo han de establecerse, si se establecen, los contactos con la familia del paciente? ¿Qué criterios seguir con las sesiones a las que el paciente no acude? ¿Cómo establecer la cuantía de los honorarios?

A la luz de estas preguntas, parecería razonable suponer que existe una relación entre el encuadre formal o externo propuesto por el analista y su propio modelo o encuadre interno que se referiría a su concepción de la naturaleza humana y de su desarrollo, a la actitud con relación a su profesión, a sus esquemas referenciales teóricos y a las características de su personalidad.

Este planteamiento nos conduce a subrayar la importancia no solo de la aplicación de una serie de reglas técnicas, el encuadre externo, sino de la disposición mental del analista, el encuadre interno, que representa y configura los aspectos peculiares de un modo de trabajar y de favorecer el proceso psicoanalítico.

El analista asume, en el desarrollo de su trabajo, una disposición mental particular que se activa en el contacto con los pacientes y que se caracteriza por una actitud natural de la mente, asumida voluntariamente y que se mantiene constante a través de un esfuerzo intencionado y que se traduce, como todos sabemos, en un cansancio físico y mental considerable al final de una jornada de

trabajo. Esta disposición mental consiste además en una fluctuación constante. El analista, inmerso en todo cuanto acontece en la sesión, vive las emociones y al mismo tiempo las observa; escucha lo que dice el paciente y simultáneamente escucha todo lo que ello le suscita; capta los significados manifiestos y al tiempo explora otros significados menos evidentes; controla las emociones más inmediatas que se suscitan en él y al mismo tiempo contiene las que el paciente no puede; y todo esto activando lo más posible su capacidad de empatía y su resonancia afectiva.

Ciertamente, el *encuadre externo* debe favorecer el mantenimiento de esta disposición mental y el desarrollo del trabajo analítico. Casi siempre es así. Freud lo inventó precisamente por ello. Pero puede también ocurrir que la necesidad de adaptarse a un encuadre, codificado y considerado "psicoanalítico" solo si se establece de una determinada manera, entorpezca y dificulte la función psicoanalítica de la mente. La imposición rígida de reglas por parte de un grupo externo o de un ideal del yo, puede convertirse en una "camisa de fuerza" que bloquee esa parte tan importante de la mente del analista que consiste en escuchar al paciente libremente y en explorar junto a él aspectos de su mundo interior de los que tal vez no conoce su existencia.

Para concluir, lo que hace que un proceso se considere psicoanalítico no es la aplicación de una serie de reglas externas sino el mantenimiento de la capacidad y de una disposición mental del analista que garantice la constitución de un espacio interno en el que el paciente pueda sentirse acogido y en el que pueda desarrollar una nueva manera de pensar.

Estamos muy lejos aún de haber llegado a unificar y a integrar todos los parámetros que se abren y desafían a la teoría psicoanalítica en los comienzos del siglo XXI. El nuevo tipo de pacientes que acuden a nuestras consultas y que desarrollan actitudes, mecanismos y una organización de las emociones y los sentimientos de tipo perverso, psicopático o psicótico, el problema de la anorexia y la bulimia, las nuevas formas de maternidad, la cuestión inexplorada del incesto, el problema del maltrato físico y de la humillación a niños y mujeres, la crueldad gratuita practicada contra personas en situación de debilidad o sumisión, la tortura en todas sus formas aberrantes de aplicación, el racismo y la xenofobia, el fanatismo, la guerra, el odio, el terrorismo y tal vez en definitiva, la constatación de estar inmersos en un mundo que no está dispuesto a renunciar a una sola pulsión, nos obliga a interrogarnos como psicoanalistas qué experiencias desgarradoras están acumuladas en el inconsciente para generar tanta violencia y destrucción.

Sin embargo, la escucha y la reflexión atenta, honesta, auténtica y constante de estas nuevas patologías puede permitirnos pensar que el psicoanálisis seguirá teniendo siempre la oportunidad de existir y de situarse como una alternativa a las terapias express o farmacológicas, porque siguiendo las ideas de Piera



Aulagnier (1986) podríamos decir que los pacientes la mayor parte de las veces no vienen a nuestras sesiones buscando un valor intelectual o el desciframiento de una verdad, vienen simplemente porque necesitan contar con la ayuda de una experiencia humana que sea capaz de comprender su dolor pero que sobre todo sea capaz de permitirles poder seguir viviendo.

### Referencias bibliográficas

- Alexander, F. (1935). The Problems of Psychoanalytic Technique. En *The Psychoanalytic Quarterly*, 4 (4), 588-611.
- Aulagnier, P. (1986). *Un intérprete en busca de sentido*. México: Siglo XXI, 1994.
- Balint, M. (1952). *Primary Love and psychoanalytical technique*. London: Hogart Press.
- Bleger, J. (1967). Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. En *Simbiosis y ambigüedad* (pp. 237-250). Buenos Aires: Paidós, 1987.
- Ferenczi, S. (1928). Elasticidad de la técnica psicoanalítica. En *Psicoanálisis* (tomo 4, pp. 59-72). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- \_\_\_\_\_. (1932). *Sin simpatía no hay curación. El Diario Clínico de 1932*. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
- \_\_\_\_\_. (1933 [1932]). Confusión de lengua entre los adultos y el niño. En *Psicoanálisis* (tomo 4, pp. 139-149). Madrid: Espasa-Calpe, 1984.
- Fenichel, O. (1941). Problemas de técnica psicoanalítica. En *Obras escogidas* (pp. 955-1052). Barcelona: RBA, 2006.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. En *Obras Completas*, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985, pp. 323-440.
- \_\_\_\_\_. (1899). Sobre los recuerdos encubridores. En *Obras Completas*, Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985, pp. 291-315.
- \_\_\_\_\_. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*, Vols. IV y V. Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985.
- \_\_\_\_\_. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas*, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985, pp. 121-144.
- \_\_\_\_\_. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras Completas*, (Vol. XII, pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985.
- \_\_\_\_\_. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras Completas*, (Vol. XVIII, pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985.
- \_\_\_\_\_. (1933 [1932]). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. En *Obras Completas*, (Vol. XXII, pp. 1-168). Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985.
- \_\_\_\_\_. (1937). Construcciones en análisis. En *Obras Completas*, (Vol. XXIII, pp. 255-270). Buenos Aires: Amorrortu, 1976-1985.
- Glover, E. (1955). *The technique of Psychoanalysis*. New York. International Universities Press.
- Reik, Th. (1933). New Ways of Psychoanalytic Technique. En *The International Journal of Psychoanalysis*, 14, 321-339.

Winnicott, D. W. (1956). On transference. En *The International Journal of Psychoanalysis*, 37, 386-388.

### **Resumen**

El texto aborda como el desarrollo de las nuevas patologías afecta el manejo clínico de la temporalidad y de manera especial al efecto de determinadas experiencias traumáticas en el dolor psíquico en ocasiones de carácter irrepresentable del paciente y del analista.

A partir de esta constatación, el autor desarrolla su concepción sobre el encuadre interno del analista, entendido como una disposición mental que garantiza la constitución de un espacio interno en el que el paciente se pueda sentir acogido y pueda desarrollar una nueva manera de pensar.

**Palabras clave:** traumatismo, temporalidad, nuevas patologías, encuadre interno y externo, técnica psicoanalítica

### **Abstract**

The text addresses how the development of new pathologies affects the clinical management of temporality and especially the effect of certain traumatic experiences in psychic pain, sometimes unrepresentable, both the patient and the analyst.

From this approach, the author develops his conception on the internal setting of the analyst, understood as a mental disposition that guarantees the constitution of an internal space in which the patient can feel welcomed and can develop a new way of thinking

**Keywords:** traumatism, temporality, new pathologies, internal and external setting, psychoanalytical technique