

Modificación forzada del encuadre, reacciones defensivas y el vínculo terapéutico¹

Antonio A. Tinajas Puertas²

Centro Auxanô de psicología clínica, psicoterapia y neuropsicología, Cáceres, España.

La irrupción *violenta* del virus SARS-CoV-2 en nuestras consultas de atención psicoterapéutica afectó disruptivamente a la *situación psicoanalítica* definida por Bleger como “*la totalidad de los fenómenos incluidos en la relación terapéutica entre el analista y el paciente*” (Bleger, 1967). Se somete a revisión, desde la clínica, la incidencia de la pandemia COVID-19 y del confinamiento obligatorio sobre los distintos encuadres -internos y externos- que configuran el *setting* terapéutico y se analizan sus consecuencias en el paciente, en el terapeuta, en el vínculo terapéutico y en el centro físico que los acoge.

Palabras clave: COVID-19, situación psicoanalítica, encuadre, encuadre interno, encuadre externo, *setting*.

The *violent* irruption of the SARS-CoV-2 virus in our offices disruptively affected the psychoanalytic situation defined by Bleger as “*the totality of the phenomena included in the therapeutic relationship between the analyst and the patient*” (Bleger, 1967). The incidence of the COVID-19 pandemic and confinement on different settings -internal and external- that make up the therapeutic setting are reviewed from a clinical perspective. And their consequences for the patient, the therapist, the therapeutic bond between them and the physical center that welcomes them are also analyzed.

Key Words: COVID-19, psychoanalytic situation, framing, internal framing, external framing, setting
English Title: *Forced modification of the frame, defensive reactions and the therapeutic bond*

Cita bibliográfica / Reference citation:

Tinajas Puertas, A.A. (2023). Modificación forzada del encuadre, reacciones defensivas y el vínculo terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 17 (1): 157-176. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2023.170110

¹ El presente trabajo es una versión modificada de la Comunicación presentada por nosotros en las XXI Jornadas Nacionales y II Internacionales de la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, ANPIR (rebautizada en estas mismas Jornadas como Sociedad Española de Psicología Clínica): *Una amenaza común, diferentes posibilidades de respuesta*, celebradas en Murcia (España) los días 27, 28 y 29 de octubre de 2022.

² Antonio A. Tinajas Puertas. *Centro Auxanô de psicología clínica, psicoterapia y neuropsicología*, Cáceres, España. Psicólogo clínico y psicoanalista, psicoterapeuta de grupos, didacta y supervisor (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, FEAP). Co-fundador, miembro titular y vocal de la Junta Directiva del Instituto de Psicoterapia Relacional (IPR), miembro de la Association for Relational Psychoanalysis & Psychotherapy, vocal de la Junta Directiva de su Capítulo Español (IARPP-E) y corrector de la e-revista *Clínica e Investigación Relacional* (CeIR). Es director clínico y psicoterapeuta del *Centro AUXANô Psicología Clínica, Psicoterapia y Neuropsicología* de Cáceres (España). Contacto: atinajaspuertas@gmail.com psicoterapia@auxano.cc

"A veces me pregunto por qué continúo descendiendo a los infiernos. Creo que lo hago para encontrarme con el ser humano"

Svetlana Alexivich (2013)

Introducción

Pretendo exponer mis impresiones sobre las causas y efectos de la ruptura del encuadre terapéutico provocada por la enfermedad COVID-19, generada por el virus [SARS-CoV-2](#) (en adelante COVID-19) en nuestras terapias y en nuestro centro Auxanô de asistencia psicoterapéutica de orientación psicoanalítica.

Debo advertir que serán consideraciones personales, es decir, sólo tendrán el valor de la reflexión individual -más o menos acertada- de un clínico, pero mi intención no es otra que sugerir posibles pistas para pensar. Al fin y al cabo, el pensamiento, como afirmara Lacan, no es sino una idea en movimiento. Pensar -y sentir- es condición *sine qua non* en nuestro trabajo sea como terapeutas o como pacientes.

Si consigo mover tus ideas, lector(a), si puedes jugar al billar con las mías, entonces el objetivo principal que motiva este trabajo habrá sido logrado, habremos generado pensamiento en recuerdo de las personas que se fueron.

Existen estudios publicados respecto a los efectos psicológicos causados por el COVID-19, sea en la población española general (por ejemplo, *Las consecuencias psicológicas del COVID-19 y el confinamiento*, informe realizado por distintas universidades españolas y publicado por la Universidad del País Vasco (2020), o el estudio *Resiliencia, bienestar y estrés postraumático en población española ante el confinamiento y pandemia del COVID-19*, patrocinado por la Universidad de Murcia y publicado en *Revista de Psicoterapia* en marzo de 2022); en la población clínica (por ejemplo, *Efectos psicológicos de la pandemia COVID 19 en el personal de ámbito sanitario* publicado por la Universidad de Jaén (2021)); o incluso trabajos limitados a la población de los psicoterapeutas, por ejemplo, el *Estudio FEAP COVID19: el impacto psicológico en psicoterapeutas españoles*, publicado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (2020).

Estudiar estos y otros interesantes trabajos, tan recientes, nos ofrece una perspectiva muy válida respecto de su objeto de estudio. Gracias al esfuerzo de sus autores podemos escapar del error, del enorme sesgo de la óptica individual.

Sin embargo, es importante legitimar la consideración personal cuando se ofrece como alternativa de pensamiento y no como verdad científica, si tal cosa existe. Esta discusión nos llevaría al eterno dilema de quienes debaten sobre la cientificidad, que, siendo de enorme interés, ahora mismo no es objeto de mi preocupación.

Más bien al contrario, el *caso único*, es decir, en mi individualidad es donde se fundamenta el análisis subsiguiente como un intento de elaboración reactiva frente a la violencia inopinada de la pandemia sobre la sociedad global y sobre nuestra consulta en particular.

Y en verdad se trata del impacto de la *violencia* del virus y no de su *agresividad*, dado que, como nos enseña Benyakar (2018), en la *agresividad* existe una fuente de agresión identificada que moviliza nuestras defensas, algo o alguien frente a quien podemos oponernos. Sin embargo, la *violencia* nos encuentra indefensos, nos sorprende, nos noquea, no logramos articular defensas o protecciones más o menos adecuadas porque no existe un agresor frente al cual podamos articular nuestra organización defensiva. Ni podemos, ni sabemos hacerlo. Y esto es lo que sucedió en los tiempos de la expansión del virus, en la pandemia: la violencia sacudió sin piedad nuestra vida y nuestra consulta.

Por tanto, con la conciencia de hablar desde mi subjetividad, desde la limitada singularidad de mi experiencia, trataré de exponer los efectos que sobre mi encuadre como psicoterapeuta, como psicoanalista, tuvo, tiene, aun hoy, el COVID-19.

Y lo haré al modo de aproximaciones sucesivas.

Iré considerando pues, las abruptas modificaciones producidas en la *situación psicoanalítica* por el COVID en marzo de 2020.

La *situación psicoanalítica*, definida por Bleger como “*la totalidad de los fenómenos incluidos en la relación terapéutica entre el analista y el paciente*” (Bleger, 1997, p. 237) contiene, siguiendo al autor, fenómenos propios de un *proceso* -el proceso terapéutico que es objeto de estudio- y elementos de un *encuadre*, esto es, un *no proceso* o aquellas constantes que conforman el marco dentro del cual transcurre el proceso que es objeto de análisis e interpretación. Entre ellas destacan el rol del analista, el contrato de trabajo (que a su vez incluye la utilización del diván, los horarios, honorarios, periodos de interrupción, etc.) o el denominado *ambiente analítico*.

Mi exposición avanzará invirtiendo los aspectos conceptuales, las coordenadas teóricas que sostienen mi trabajo como psicoanalista, con mi experiencia atravesando el tiempo de pandemia, y por aquella que mis pacientes, y mis compañeros, tienen la generosidad de compartir conmigo.

Surgirá la reflexión sobre la consecuencia de la convergencia de las rupturas de todo tipo de encuadre de los sujetos implicados en la psicoterapia, la dinamitación de los encuadres externos y de los encuadres internos efectuada por el COVID-19.

Finalmente se abrirán paso las alternativas terapéuticas apoyadas en la *esperanza*, sentimiento que se destila cuando se considera sin prisa el concepto de *confianza básica* (Balint, 1979). *Esperanza* entendida, no tanto como virtud teologal, sino como la actitud (y aptitud) para realizar una *modificación intencional del presente* (Fromm, 1968; Erikson, 1977; Abraham & Torok, 1987) hacia un futuro mejor.

Acerca del encuadre

Si escuchamos a Donnet (Donnet y Green, 1973) y con él consideramos que la relación dinámica entre el *encuadre interno* del paciente y el del terapeuta -la dialéctica entre ambos- es la red que de fondo sustenta el proceso terapéutico, tal matriz, generativa de los cambios terapéuticos, se ha visto gravemente conmocionada por efecto del virus.

El resultado final de esta incidencia no puede ser sino un cataclismo clínico que deberá ser debidamente valorado y trabajado.

A diferencia de lo que sucede con el encuadre externo, delimitar conceptualmente el *encuadre interno* no es sencillo. Deberíamos recurrir a Green cuando define su idea de *estructura encuadrante*. El autor, pensando en Winnicott, se pregunta qué son, en la realidad del bebé, los brazos de la madre: "*¿Qué quiere decir hold y handle para el bebé que es sostenido? ¿qué significa? Pues bien, se trata de una estructura encuadrante. Cuando el bebé es separado de su madre, lo relevante no es el recuerdo de su rostro, de su sonrisa, sino las huellas del encuadre que representaba el contacto de su cuerpo. En ese momento, ellas determinan el encuadre para la representación. El rostro y la sonrisa de la madre pueden desaparecer o ser reemplazadas. El encuadre permanece*" (Green, 2005).

Será, cuando hayan existido esos brazos -ese sostén-, cuando el bebé podrá negativizar -al modo de un negativo fotográfico- la presencia de la madre.

Sin tal experiencia de ser sostenido, la negativización positiva resulta imposible y lo negativo, lo blanco, habitará en su vacío. Es decir, cuajará en su interior la experiencia de muerte representada por la desinvestidura fatal del objeto primario, circunstancia que, inevitablemente, afectará a su narcisismo. Ese inefable "*no estás para mí*" deja agujeros psíquicos en la experiencia de continuidad existencial del bebé como si de un queso de gruyere se tratara: "*si tú no estás más allá de lo soportable por mí, yo no soy, yo muero*".

Agujeros en el inconsciente del neonato -del bebé o del infante- conformados por la experiencia de muerte, resultado del desinvertimiento masivo del objeto, de su desaparición -su muerte- en la realidad y en la mente.

En este sentido, Winnicott y Green nos advierten de que la vuelta del objeto no supone su resurrección en la mente del bebé: "*Lo que se produce luego es que, incluso si el objeto reaparece, la realidad del objeto sigue estando ligada a su no existencia. El retomo de la presencia del objeto ya no es suficiente para curar los efectos desastrosos de una ausencia demasiado larga.*" (Green, 2007, p. 56).

Lo único real es lo que no es, afirmará Winnicott.

Nácher, en la misma línea, describe el proceso desencadenado como una suerte de metástasis psíquica: "*la marca de tales experiencias se extiende sobre toda la estructura psíquica y llega a independizarse de las futuras apariciones o desapariciones del objeto externo de tal manera que la presencia del objeto es incapaz de modificar ese modelo negativo. Lo negativo se impone como una relación de objeto organizada e independiente de tal ausencia o presencia*" (Nácher, en Green, 1998, p. 19).

El vacío -la oquedad de muerte- permanecerá.

Y su zarpa de fiera esperará, paciente, cualquier oportunidad, *cualquier abandono real o imaginado*, para descargarse brutalmente sobre la nuca del desdichado.

Sin embargo, si los abrazos -los brazos- han existido en el tiempo, al menos suficientemente, el bebé podrá crear, a partir de esa presencia, a partir de su *huella psíquica*, una *estructura encuadrante* capaz de constituirse en la matriz donde se inscribirán sus representaciones, generando una memoria. Espacio en blanco, sí, pero que, negativizado sobre la experiencia de sostén, en un primer tiempo será ocupado por el autoerotismo del bebé, para albergar, en un segundo tiempo, sus relaciones de objeto que determinarán un narcisismo imprescindible para la vida -*narcisismo de vida* (Green, 1986)-.

Donnet y Green (1973) conceptualizan así la necesidad -para el desarrollo- de una *estructura encuadrante* generadora de un marco o *encuadre interno*, donde se inervarán las relaciones de objeto estructurantes de la personalidad.

Cuando aludamos al encuadre interno -bien del paciente, bien del analista- debemos tener en mente que su fundamento radica en estas, las más tempranas experiencias relacionales de la vida psíquica.

Pero para pensar el devenir del encuadre interno sometido a las agresiones de COVID-19 también debemos recurrir a Bleger cuando afirma que el encuadre del paciente "*es su fusión*"

más primitiva con el cuerpo de la madre y (que) el encuadre del psicoanalista debe servir para restablecer la simbiosis original, pero justamente para modificarla (...) la dependencia y la organización más primitiva del paciente sólo pueden ser analizadas dentro del encuadre del analista, que no debe ser ambiguo, ni cambiante, ni alterado" (Bleger, 1997, p. 248).

Ocasionalmente puede suceder una convergencia entre la ruptura del encuadre interno del paciente y el del analista, sea, por ejemplo, una situación de grave pérdida personal en el mundo familiar del paciente y su coincidencia con una grave pérdida en el entorno familiar del terapeuta. La relación terapéutica temblará y se verá amenazada, pero podrá sostenerse apoyada en los elementos que permanecen estables tanto en los encuadres internos como en el encuadre externo, considerado en términos de *setting* -o sumatorio de todos los detalles de la técnica- tal y como inicialmente lo definió Winnicott.

En efecto, fue Winnicott el primer autor que concibe y define la matriz del *setting* en la díada madre-bebé, matriz que estará presente en cualquier relación humana: *"El bebé necesita primero que nada todas estas experiencias calladas (...) necesita ser sostenido amorosamente, es decir, de una manera viva, pero sin agitación, angustia ni tensión. Ese es el setting. Más tarde o más temprano se producirá algún tipo de contacto entre el pezón de la madre y la boca del bebé. No importa qué ocurre exactamente. La madre está allí en la situación, es parte de ella y lo disfruta particularmente de la intimidad de la relación. Ella llega sin nociones preconcebidas respecto a cómo se debería comportar el bebé"*. (Winnicott, 1949).

El autor, *"transmite la importancia de una atmósfera sosegada para que se produzca un contacto íntimo en un encuentro particular. Para cualquier manifestación de crecimiento emocional es fundamental que exista un setting. Éste lo instaura la madre o quien cuida al bebé, a través de su capacidad de rêverie inspirada en la necesidad del bebé de cuidados físicos y emocionales, por un lado, y por otro, animada por su propio deseo de hacerlo"*. (Labarthe, 2012, p. 90).

"... animada por su propio deseo de hacerlo", ahí es nada.

Freud, en sus escritos, no abordó explícitamente el concepto de encuadre, sin embargo, como señala Ávila, *"debemos a Freud (1913) el establecimiento del encuadre analítico, una de sus contribuciones más importantes a la técnica psicoanalítica, y que a la vez ha pasado más desapercibida entre el conjunto de sus aportaciones, precisamente porque en Freud las indicaciones sobre cómo es la situación en la cual conducir el análisis y su propia manera de interpretarla y usar los límites (relatada en muchos documentos) cae en aparente contradicción. Probablemente hemos de asumir que Freud operaba implícitamente asumiendo que la relación de objeto entre analista y analizando se transforma (se ajusta silenciosamente) en función de las necesidades del contexto de relación real (Lipton, 1977; Momigliano, 1987)*.

El vínculo intersubjetivo entre analista y analizando es el "lugar" donde se ejerce la acción terapéutica, precisamente porque integra la dimensión de la relación real, la relación imaginaria y la simbólica que les incluye. Freud, por su genio y la posición que ocupó, era probablemente capaz de activar las funciones analíticas aunque tuviese escaso respeto al encuadre formal: operaba así, con más fuerza, el encuadre implícito que el explícito, la efectuación de sus propiedades estructurales sin especial consideración al dispositivo que teóricamente las hacía posibles." (Ávila, 2001, pp.38-39).

Pese a que Freud definiera sólo -y únicamente- de modo implícito el *encuadre psicoanalítico* en sus *Escritos Técnicos* (Freud, 1911-1915), Winnicott sí supo abstraerlo del quehacer cotidiano del maestro, metaforizando su propia idea de la madre *suficientemente buena*.

Así, refiriéndose al encuadre clínico de Freud, Winnicott escribe:

"A una hora prefijada diariamente, cinco o seis veces a la semana, Freud se colocaba al servicio del paciente (la hora era fijada a mayor conveniencia del analista y del paciente).

El analista estaba allí, puntualmente, vivo, respirando.

Durante el breve período de tiempo fijado (cerca de una hora) el analista se mantenía despierto y se preocupaba por el paciente.

El analista expresaba amor por medio del interés positivo que se tomaba por el caso y expresaba odio por su mantenimiento estricto de la hora de comenzar y de acabar, así como en el asunto de los honorarios. El odio y el amor eran expresados honradamente, es decir, no eran negados por el analista.

El objetivo del análisis era el establecer contacto con el proceso del paciente, comprender el material presentado, comunicar tal comprensión por medio de palabras. La resistencia entrañaba sufrimiento y podía ser suavizada por medio de la interpretación.

El método del analista era la observación objetiva.

Esta labor se realizaba en una habitación, no en un pasillo, sino en una habitación que estuviese tranquila y en la que no hubiese riesgo de ruidos súbitos, pero no en una habitación tranquila como un sepulcro y a la que no llegasen los ruidos normales de la casa. La habitación estaría iluminada apropiadamente, pero sin que la luz diese directamente en el rostro y sin que fuese una luz variable. La habitación no tenía que estar a oscuras y estaría confortablemente caldeada. El paciente se tumbaba en el diván, es decir, estaba cómodo, si podía estarlo, y probablemente una manta y un poco de agua estarían a su alcance.

El analista (como es sabido) se abstiene de juzgar moralmente la relación, no se entremete con detalles de su vida e ideas personales y no toma partido en los sistemas persecutorios incluso

cuando los mismos aparecen en forma de verdaderas situaciones compartidas, locales, políticas, etc. Naturalmente que, si hay guerra, se produce un terremoto o muere el rey, el analista se entera.

En la situación analítica el analista es mucho más digno de confianza que el resto de la gente en la vida normal. En general es puntual, está libre de arrebatos temperamentales, de enamoramientos compulsivos, etc.

Hay en el análisis una distinción muy clara entre la realidad y la fantasía, de manera que el analista no recibe ningún daño a causa de algún sueño agresivo.

Es posible contar con la ausencia de una reacción del tali3n. El analista sobrevive.” (Winnicott, 1954, citado por Nemirovski, 2004, pp. 125-126).

Sin embargo, la irrupción brutal del COVID-19 fuerza una situaci3n excepcional. En ella se ve gravemente afectado el *setting* -es decir, la pr3ctica totalidad de los elementos t3cnicos-, o bien, dicho de otra manera, la *situaci3n analítica* se modifica de un modo inopinado y brusco.

La condici3n excepcional hace referencia a un imponente colapso -cuando no una ruptura- del *encuadre externo* y de los *encuadres internos* de la totalidad de los pacientes y del propio *encuadre interno* del psicoterapeuta: *todo y todos* fuimos afectados, *todos* sometidos al mismo orden.

Y fue el orden determinado por una aut3ntica *hecatombe* cuyos efectos en el sujeto concreto, en cada uno de nosotros, hoy estamos tratando de digerir.

Siguiendo el rastro de las dos primeras entradas o acepciones del t3rmino *hecatombe* en el diccionario de la Real Academia de la Lengua, encontramos que, en primer lugar, representa una *mortandad de personas*, siendo *mortandad* una *gran cantidad de muertes causadas por epidemia, cataclismo, peste o guerra*. En segunda acepci3n, *hecatombe* hace referencia a una *desgracia (des-gracia)*, a una *catástrofe*. *Desgracia* alude a su vez a una *situaci3n de quien sufre un suceso doloroso o bien un suceso que produce dolor o pena*. Por su lado, *catástrofe* significa un *suceso que produce gran destrucci3n o daño*, y en segunda acepci3n, un *cambio brusco de un sistema dinámico, provocado por una m3nima alteraci3n de uno de sus parámetros*.

¿Existe una variable m3s diminuta que un virus, capaz de modificar el orden mundial? Variable m3nima causante de una aut3ntica *hecatombe* que irrumpe de manera brutal, asesina, y se concreta, en nuestro caso, en la relaci3n terap3utica.

Por tanto, hablamos hoy, y tratamos de analizar, las consecuencias de una hecatombe en el interior de nuestras consultas y de nuestro ser: *hemos sacrificado más de cien vacas a los dioses*.

En este colapso terapéutico inciden otras variables de difícil ponderación. Entre ellas, destacan al menos dos, que podrían constituirse en el telón de fondo -al mismo tiempo *causa y efecto*- de la ruptura de los encuadres internos:

a) por un lado los efectos de la pandemia que como enfermedad epidémica ha podido afectar directamente al paciente, al terapeuta, o bien a ambos, o verse afectados a través del enfermar de sus familiares. Por tanto, difíciles de ponderar las consecuencias físicas, psicológicas, familiares, sociales, laborales, económicas, etc., como resultado de haber sufrido la enfermedad.

b) por otro lado emergen los efectos del confinamiento obligatorio de la población que, como medida precautoria para impedir la transmisión de la enfermedad, también nos afectó a todos, pero no a todos por igual. Por ello, quizás no resulte absurdo pensar en la necesidad de una reflexión personal del psicoterapeuta en relación a sí mismo -a todo lo que le conforma- y en relación con cada uno de sus pacientes, tarea que se adivina tan importante como titánica.

Estas dos condiciones excepcionales que impuso la pandemia deberían ser consideradas como el incierto tejido sobre el que sucede la ruptura de los encuadres.

Siguiendo a Bleger, el proceso terapéutico solo puede investigarse, es decir, realizarse, cuando ocurre en un encuadre que se mantiene constante dado que tal es la condición del desarrollo: algo sucede dentro de algo que permanece estable hasta que puede ser modificado.

El *algo* que sucede es la relación terapéutica sustentada en la matriz de relación entre los encuadres internos de los protagonistas que encuentra su acomodo en el encuadre externo.

Acerca del encuadre del sujeto

Si las cosas van suficientemente bien, la *estructura encuadrante* -permanencia mental del adecuado sostén materno- será la sede del autoerotismo. En este marco vital podrá el bebé resolver, de modo más o menos conveniente, sus angustias tempranas. Sus angustias ante la separación, su angustia de soledad.

Desde la indiferenciación primaria sujeto/objeto, el estado simbiótico irá cediendo. La adecuada y progresiva capacidad del infante para elaborar la angustia de separación se apoya en su tendencia al desarrollo ("*solo instinto de vida!*", escribió Ferenczi en aquella servilleta de papel) y en la medición justa de los tiempos de ausencia, calibrados por la capacidad de sostén maternal -su capacidad de *rêverie*-, de ensoñar a su bebé en sus necesidades esenciales.

Por tanto, función y contribución de la madre para convertir su ausencia necesaria en una presencia interna imprescindible.

Comienza así la diferenciación no-yo/yo, proceso que posee su correlato en la interiorización de las relaciones de objeto ("*aunque mi objeto no esté, ya está en mi interior, y desde ahí, me sostiene. Voy pudiendo ser en su ausencia porque voy siendo la relación que tengo con él*").

El encuadre interno está conformado por la matriz de relaciones de objeto interiorizadas a lo largo del desarrollo, principalmente -aunque por supuesto, no de modo exclusivo- en los 5 primeros años de vida.

Sandra Bluechler (1998), con la afortunada expresión de "*coro interno*", significa las voces que entonan el *ser en el mundo* del sujeto, su modo de estar y relacionarse con los otros, su *self*, su sentimiento de sí-mismo, su percepción física, su encuadre interno.

Si las voces del coro interno están suficientemente afinadas, si no distorsionan demasiado la melodía, entonces puede resultar "*acogedor y lo suficientemente estimulante como para animar al uso creativo de la soledad*" (Bluechler, 1998).

Es decir, un *coro interno* amable para construir un mundo -un encuadre externo- que en parte será el resultado de la proyección del mundo interno, contribuyendo tal mecanismo a la necesaria ficción de una realidad, igualmente fundamentada en nuestras necesidades, nuestros deseos, en esa estructura externa tan necesaria como vulnerable que responde a nuestro modo de vivir, tan contingente como el sentido de la vida.

Y fue nuestra contingencia lo que denunció COVID-19.

Acerca del encuadre del analista

El analista, como miembro de la pareja terapéutica, aportará a la matriz relacional su encuadre, que, a su vez, se desdobra en dos:

a) por un lado, el conformado por sus vínculos primarios -su *personalidad*-metabolizados por su análisis didáctico, que permite el acceso a contenidos primitivos de su personalidad

para poder ayudar, desde ahí, a su paciente: “*El espacio analítico interno es un espacio que el analista necesita para en verdad escucharse analíticamente a sí mismo. Es el espacio privilegiado también para poder discernir el tipo de contratransferencia que se manifiesta en la clínica.*” (Labarthe, 2012, p. 101).

b) por otro lado, la extensa formación clínica del analista, sus experiencias de supervisión, los diferentes recorridos transferenciales y sus derivaciones hacia la internalización y la identificación con sus grupos de pertenencia, producen una modificación de la personalidad del analista que Bleger denomina *encuadre implícito*. Es este encuadre implícito el que posibilitará mantener el encuadre externo y llevar adelante el tratamiento. Para Donnet (1973) sería el auténtico encuadre, la *conciencia clara* del analista de su posición como tal.

Pero el *encuadre implícito es mudo*, como la simbiosis infantil entre la madre y el bebé.

Ser mudo significa que “*solo se manifiesta cuando se rompe a amenaza romperse*” (Bleger, 1997, p. 239), del mismo modo que ocurre con el esquema corporal. Existe en el paciente una necesidad absoluta de permanencia del encuadre -equivalente a la presencia del objeto para el bebé- hasta que, muy poco a poco, el encuadre pueda ser modificado (y en su momento, su análisis formará parte del proceso terapéutico) en la justa medida en la que el paciente pueda ir integrando sus transformaciones, igualmente imprescindibles para el desarrollo -para la ruptura de la simbiosis- hacia la adquisición de la identidad, de su individualidad.

Recordemos: “*la dependencia y la organización más primitiva del paciente sólo pueden ser analizadas dentro del encuadre del analista, que no debe ser ambiguo, ni cambiante, ni alterado*” (Bleger, 1967, p. 248).

Y este es un elemento muy importante en nuestro trabajo de hoy, porque si no hay percepción de lo que siempre está ahí, si sólo es percibido cuando falta, el COVID-19 afectó al encuadre interno del analista de un modo brutal (es decir, disruptivo, traumático, en términos de Benyakar (2016)) en sus dos aspectos: en modo de amenaza personal a su vida -la de los suyos, el paciente incluido- y en el ataque a su encuadre implícito, puesto que puso en jaque la práctica totalidad de sus apoyaturas.

Así, el COVID-19 movilizó en el terapeuta angustias paranoides y de muerte, al tiempo que desalentadores sentimientos de impotencia para poder mantener el encuadre externo y, por otro lado, supuso la sumisión a las condiciones que imponía la nueva realidad sanitaria.

En este juego de equivalencias encuadrantes necesarias, entre lo intrínseco y lo extrínseco, el encuadre es definido como un *elemento transicional*: está construido de tal

manera que *"no sabríamos definir sus límites en un sentido estricto, sino solamente decir lo que no es: ni la realidad externa al campo analítico, ni el campo mismo."* (Donnet, 1973, citado por Izquierdo, 2013, p. 8).

"El encuadre, ya no entendido como interno, sino como inconsciente y preconsciente, construido en la relación con el otro-analista, mediatizada por la implicación institucional de las subjetividades en juego y fundamentado en el aporte winnicottiano de la transicionalidad, puede ser entendido como una zona intermedia de experiencia, ni propiamente interna, ni propiamente externa. Se trata de un encuadre que puede ser concebido como desplegándose, jugándose en ese espacio potencial, a la vez que simbólico y estructuralmente abierto a la alteridad." (Jiménez, 2013, p. 8).

Es así que, *eso* (el encuadre analítico) fue atacado de un modo grave, y tal vez, en algún momento, no estuvo *ahí* para responder de modo *suficientemente* adecuado a la necesidad del paciente, de los pacientes.

Es muy probable este hecho contribuyera a la interrupción brusca de algunos tratamientos.

Porque sabemos que más allá del tiempo de tolerancia, la ausencia deviene en muerte psíquica.

Sin embargo, como trataremos de fundamentar en nuestras conclusiones, en otros casos, allí donde se percibe la incompletud, en la falta del otro significativo -de su encuadre interno- puede abrirse la puerta a la esperanza: si *"aquello que existe para la percepción del sujeto es aquello cuya experiencia le ha mostrado que puede faltarle"* (Bleger, 1997, p. 239), se abre paso la posibilidad de la reestructuración del vínculo -sin duda, desde posiciones diferentes- con la posterior gratificación parcial de la falta, lo que puede dar lugar al crecimiento.

Es en este sentido que aun hoy trabajamos con las réplicas del terremoto que supuso la irrupción del COVID-19 en nuestras vidas.

Ciertamente, la medida del desarrollo individual vendrá dada por la resolución de la ecuación establecida entre el grado de frustración producida, aquella tolerable por el psiquismo, el nivel de satisfacción posterior y la elaboración realizada por el (los) sujeto(s) implicado(s).

Si lo que existe para el yo es lo que falta -lo que *no es*-, por su parte, la relación estable, permanente, "inmovilizada", las "no-ausencias" son las que *"organizan y mantienen el no-yo y forman la base para estructurar el yo en función de las experiencias frustrantes y gratificadoras. El que no se perciba al no-yo, no quiere decir que no existe (sic) psicológicamente para la organización de la personalidad. El conocimiento de algo sólo se da*

en la ausencia de ese algo, hasta que se organiza como objeto interno. Pero lo que no percibimos existe" (Bleger, 1997, p. 239).

La irrupción de COVID-19 provoca una brusca ruptura del encuadre externo en la totalidad del mundo de la clínica, esto es, de las normas establecidas en el funcionamiento de un centro psicoanalítico y en las establecidas en lo concreto del contrato de trabajo terapéutico.

En primer lugar, se produce una interrupción forzosa de la presencialidad de las consultas sin opciones para su elaboración y por un tiempo indeterminado, exigiendo, en algún caso, alternativas terapéuticas completamente nuevas (para el paciente y para el terapeuta) como consultas telefónicas o vídeo-conferencias.

En segundo lugar, una vez finalizado el confinamiento, los parámetros externos y relacionales previos al mismo han cambiado de forma absoluta: el reencuentro físico se produce en un centro clínico que ha modificado su fisionomía, su estructura y su funcionamiento, amén de las condiciones forzosamente introducidas dentro de la sesión, como por ejemplo la implantación de mascarillas, pantallas protectoras, distancias, etc.

En efecto, ahora existe aforo máximo en la sala de espera, han desaparecido las revistas y los cuentos de los niños, ya no hay alfombras, ni cojines, ni telas. Hace frío y hay ruido porque las ventanas están abiertas. Por doquier pululan la impersonalización de los geles hidroalcohólicos y las toallitas antisépticas, los W.C. están cerrados por decreto. Todo es más frío, plastificado el diván. Separaciones regidas por el metacrilato. Las caras de los protagonistas, atravesadas por lo acontecido durante el aislamiento, no se pueden reconocer porque están cubiertas por mascarillas. El encuentro se produce, sí, pero ni siquiera las voces suenan igual atravesadas por la sordina impuesta por las FP-2.

La consulta, y el Centro entero, ha dejado de ser un *lugar seguro* y se ha convertido en un espacio donde la amenaza de ser contaminado no solo está presente -para el paciente y para el terapeuta-, sino que podríamos decir que está *excepcionalmente presente* dado que, en realidad, la potencial exposición al virus es más probable en un espacio (aunque ventilado, cerrado) por el que transitan distintas personas consumiendo el mismo aire. Y el terapeuta compartiendo el aire de todos a lo largo de su jornada laboral, se erige, sin querer, en el contaminador por excelencia. Y, por si fuera poco, los aerosoles, desde su invisibilidad, nos convierten -a todos- en *carne de cañón*.

No obstante, el analista aporta su -inevitablemente afectado- *encuadre implícito*. En él se entremezclan distintas tonalidades que, a pesar de todo, permanecen: las constituídas por su formación teórica, por sus horas de supervisión, su experiencia previa, por la

interiorización de aquellas normas que antaño, como joven terapeuta, le acompañaban y facilitaban el tránsito por la inevitable soledad de *estar con* su paciente, solo delante del inconsciente del paciente.

El terapeuta se ha visto forzado a recolocar su condición psíquica, su *encuadre implícito*, que, *tan mudo como el amor* -nos dice Bleger-, únicamente se le escucha en su ausencia (o en su crujido). Y crujió.

No es fácil el manejo contra-transferencial de las intensas ansiedades paranoides desatadas en la mayoría -no en todos- de los pacientes cuando uno mismo está revuelto por dentro. El empuje del virus amenazó, en la práctica totalidad de los tratamientos, con precipitar el necesario estado de simbiosis hacia una ruptura traumática.

Nuestra experiencia es que, en algunos casos lo consiguió dinamitando el tratamiento en forma de interrupción definitiva. En otros, el colapso terapéutico pudo ser reconducido hacia el preciso y lento proceso de individuación.

En la mayor parte de los casos, transcurridos dos años y medio desde el terremoto inicial, la reconstrucción del encuadre ha pasado a formar parte del trabajo cotidiano.

Este trabajo diario se ha visto afectado, también, por el protagonismo social de la pandemia que condujo, inevitable y complementariamente, al fenómeno que Puget y Wender (1982) estudian y denominan como *mundos superpuestos*.

Se trata esta de la situación en la que el paciente y el terapeuta comparten una información que, siendo en principio ajena al proceso terapéutico, se incorpora al mismo como "*por derecho propio*". Este fenómeno distorsiona tanto la emergencia del material en el paciente como la escucha psicoanalítica en el terapeuta, y de manera especial en la irrupción del COVID-19 dado que, con la dolorosa información cotidiana, se comparte una angustia, una amenaza, un afecto intensamente desorganizador donde cada sujeto anónimo, el otro cercano y conocido, el hermano o uno mismo, podría ser el agente de un contagio, en su momento, mortal.

Hoy vamos admitiendo, vamos haciendo hueco a la presencia ineludible de estos *mundos superpuestos*.

Quizás, paradójicamente, esta condición que en principio se nos presenta como un elemento distorsionador en la terapia, finalmente nos acerque, nos hermane, nos haga más humanos y más compasivos con nuestros pacientes.

Acerca del encuadre del paciente

El paciente, por su parte, va a proyectar, en el encuadre propuesto por el analista, su propio encuadre interno. Mediante este potente y primitivo mecanismo de defensa se simbiotizará con él, tal y como portador de la simbiosis maternal no resuelta se presenta inicialmente en la consulta.

Es, en este sentido, que Bleger afirma: *“el encuadre es la parte más primitiva de la personalidad, es la fusión yo-cuerpo-mundo, de cuya inmovilización depende la formación, existencia y discriminación (del yo, del objeto, del esquema corporal, del cuerpo, la mente, etc., etc.)”* (Bleger, 1997, p. 243).

Por tanto, COVID-19, atacando al encuadre del paciente, ataca también a su esquema corporal, en la medida en que este no se ha estructurado y diferenciado, en la medida en que es parte de la madre simbiótica, por tanto, de su espacio y de su ambiente.

El esquema corporal, aquello que sólo se percibe en su ausencia, es directamente atacado. ¿Y qué pasa cuando lo que no es percibido, porque siempre está ahí, falta?

Es así que *“ahora podemos reconocer mejor la situación catastrófica que siempre, en grado variable, supone la ruptura del encuadre por parte del analista (vacaciones, incumplimiento de horarios, etc.), porque en estas rupturas (las rupturas que forman parte del encuadre) se produce una “grieta” por la que se introduce la realidad, que resulta catastrófica para el paciente: “su encuadre”, su “mundo fantasma” quedan sin depositario y se pone en evidencia que “su” encuadre no es el encuadre psicoanalítico”* (Bleger, 1997, p. 243).

La des-simbiotización de la relación analítica (que es tanto decir como la des-simbiotización del paciente respecto de su *madre interna*) devendrá cuando suceda -en los tiempos y ritmos precisos- el análisis sistemático del encuadre.

Pero lo que ocurrió en marzo de 2020 impidió cualquier elaboración adecuada de la separación.

Cabe decir que *cada cual hizo lo que pudo*.

La casuística responde a cada respuesta individual.

Y cada respuesta responde a la estructuración particular de la personalidad, a cada momento de la relación terapéutica concreta, a las apoyaturas externas, a la afectación real por la enfermedad COVID-19, a, en definitiva, un sinfín de imponderables.

Sin embargo, en tal desbarajuste, quizás el denominador común, en mayor o menor grado, haya sido el recurso a medidas defensivas intensamente regresivas.

Los casos más desafortunados cortaron con el tratamiento. La simbiosis se resolvió "*cortando por lo sano*": la angustia fue insoportable ("*angustias inimaginables*", dice Winnicott) y los mecanismos esquizoafectivos entraron en juego.

¡Cómo no recordar a quienes la vida se empecina en robarles la oportunidad de decir adiós! Este trabajo va por ellos.

He de decir que, en nuestro centro, estos casos se reducen a un porcentaje mínimo. No por ello menos doloroso. Personas que no volvieron a su tratamiento, pese a que nos pusiéramos en contacto telefónico con ellas no tanto para retomar, como para saber cómo se encontraban en relación al virus. En esa llamada también decíamos: "seguimos vivos".

En los pacientes donde los fondos psicóticos predominan, la utilización de mecanismos defensivos rígidos como la negación de la realidad ("*a mí no me va a pasar*", "*esto de la pandemia es una mentira, el virus no existe*"), la proyección ("*no vuelvo a comer en un chino*", "*en la vacuna nos van a meter un chip para controlarnos*") y la identificación proyectiva ("*la vacuna es tan mentirosa como el virus, solo funciona el dióxido de cloro*", "*voy a ir al hospital y la voy a montar. La culpa de este caos la tiene el miedo de los sanitarios, están aterrados*") ha sido común.

El trabajo actual sigue siendo muy delicado.

En los casos mejor amalgamados, la racionalización ("*yo voy tranquilo porque siempre llevo mi FP-2*", "*en mi trabajo abrimos las ventanas, el aire está limpio*") o la negación neurótica ("*yo no tengo miedo, de algo hay que morir*", "*yo me monto en el bla-bla-car y con mis cascos, abro la ventanilla y voy tan a gusto*") han sido mecanismos recurrentes.

El trabajo actual sigue siendo, igualmente, muy delicado.

Conclusión

La esperanza como alternativa terapéutica

Labarthe, resumiendo las ideas de Schroeder (2010) en relación al proceso psicoanalítico, afirma: "*El trabajo analítico propiamente dicho es encontrar una manera de comunicar al paciente lo que el analista va entendiendo, no como una conclusión acabada, sino como una invitación a explorar lo que va pasando en el paciente y entre ellos. Plantea el autor que la intención del analista es doble. Por un lado, se trata de ayudar al paciente a observar su experiencia interna siendo éste un proceso colaborativo aún en los momentos más tormentosos de la transferencia negativa o de las defensas muy activas para evitar el dolor y la vergüenza. Por otro lado, comunicar al paciente que él es el agente activo de la investigación*

de lo que teme conocer en sí mismo. Las elaboraciones psíquicas que el analista hace con la percepción de las palabras del paciente son el paso intermedio para que él logre sentir y reconocer su propio mundo interior. Para este autor, el éxito de un análisis tiene que ver con la apropiación de la función analítica por parte del paciente. En otras palabras, el establecimiento de un espacio interno en el paciente.” (Labarthe, 2012, p. 97).

Pensando sobre esta definición de la tarea del analista, tal vez el legado de la hecatombe COVID-19, que se precipitó sobre ella, no sea del todo negativo.

Una afirmación semejante parece poco menos que irrespetuosa para con el sufrimiento que ha generado en tantas vidas, en tantas familias. Tal vez lo sea. En tal caso pido disculpas a quien ofenda.

O tal vez no sea sino un brindis al sol.

Pero yo siento hoy, de un modo mucho más consciente que antes del confinamiento, de modo mucho más presente, como una constante a la sombra de cada sesión, aquello que Sartre denomina *contingencia*, el “ahora estamos y fantaseamos que luego vamos a seguir estando como defensa necesaria para seguir adelante”, porque, de lo contrario, no disponer de esta fantasía compensatoria, conllevaría que *la náusea* nos asfixiaría.

La conciencia de este sentimiento, de mi vulnerabilidad radical, me acerca más al *desconocido que sufre* (Orange, 2013), me hace tomar conciencia de nuestra esencial semejanza. Y así, me hace más humilde. Relativiza más cualquier anhelo de seguridad que pueda buscar en los rincones de mi encuadre -de mi soledad- y siento que me presento más desarmado -menos engreído- frente a aquel que me hace responsable de su sufrimiento porque demanda mi ayuda.

Porque él mismo se quedó sin defensa alguna frente a su dolor, frente al sin sentido de su vida. Y yo podría ser él, en un instante. De hecho, ¿no soy él?

Y siento que la relación, conservando su asimetría, se ha vuelto más democrática.

Pero, ¿qué sentido real tiene la asimetría de nuestra relación?

Quizás ahora, con mi óptica dimensionada por el COVID-19, pueda entrever mejor, sólo entrever mejor, lo que Lévinas denomina la *“curvatura del espacio intersubjetivo”* (Lévinas, 1961): la relación ética no se establece entre iguales, sino que *“es radicalmente asimétrica, vale decir, desde “el interior de esa relación, mientras está teniendo lugar, en este preciso momento, colocas una obligación sobre mí que te hace más que yo, más que mi igual”* (Critchley, 2002, p. 14)” (Orange, 2013b, p. 14), la *responsabilidad infinita* que deposita en mí el rostro devastado que me mira desde su sufrimiento.

La inmanencia de esta certeza me serena y aturde a la vez.

En paralelo, el encuadre externo de nuestro Centro ha cambiado en relación al tiempo previo a la pandemia. Y ha cambiado a un estado que parece que va a mantenerse estable por tiempo indefinido, o, en todo caso, los nuevos cambios hacia la situación anterior se van introduciendo muy lentamente.

¿Y no ha sucedido lo mismo en los encuadres internos? ¿no se han producido cambios, por tanto, en la relación terapéutica?, algunos ¿no serán definitivos? Y, por cierto, ¿no serán definitivamente positivos?

Si definimos la *esperanza* (Fromm, 1968, 1973; Erikson, 1968, 1987) como una actitud activa que supone la potencialidad, el fundamento básico para una actitud que trate de modificar la situación actual hacia una mejor, tal potencialidad es un elemento fundamental del encuadre interno del psicoterapeuta.

Si la esperanza, a su vez, se fundamenta en el sentimiento, antes mencionado, de *confianza básica* conceptualizado por Balint, y si, con Winnicott, el crecimiento se produce en la posibilidad de realizar nuevos contratos, nuevos acuerdos relacionales que posibiliten las nuevas posiciones subjetivas, una vez se ha producido la necesaria ruptura de los contratos que formaban parte del momento anterior, y si al fin, concebimos etimológicamente la *crisis* provocada por COVID-19 como *algo que ha roto algo y es preciso analizar*, y en su acepción médica, como el momento que puede separar la vida de la muerte, entonces estamos en una situación crítica cuyo devenir sólo el tiempo esperanzado y las posibilidades de trabajo irán definiendo.

REFERENCIAS

- Abraham, N. & Torok, M. (1987). *La corteza y el núcleo*. Barcelona, Amorrortu, 2005.
- Alexivich, S. (2013). *Discurso*. Premio de la Paz. Feria del Libro de Fráncfort.
- Ávila, A. (2001). Reglas, vectores y funciones del encuadre: su papel generador del proceso analítico, *Intersubjetivo*, junio 2001, nº 1, vol. 3, 29-43.
- Balint, M. (1979). *La falta básica, aspectos terapéuticos de la regresión*. Barcelona, Paidós, 1982.
- Benyakar, M. (2018). *Entrevista al Dr. Moty Benyakar*, (Parte 1 y Parte 2). <https://fb.watch/gBRjgDZCd8/>
- Benyakar, M. & Lezica A. (2016). *Lo disruptivo y lo traumático. Vicisitudes de un abordaje clínico*. (Comps.: Ramos, E., Taborda, A. y Madeira, C.). San Luis, Argentina. Nueva Editorial Universitaria. Universidad de San Luis.

- Bleger, J. (1967). *Simbiosis y ambigüedad. Estudio psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Buechler, S. (1998). The Analyst's Experience of Loneliness, *Contemp. Psychoanal.*, 34 (1), 91-113.
- Critchley, S. (2007). *Infinitely demanding. Ethics of commitment, politics of resistance*. Londres: Verso.
- Donnet, J.L. (1973). Le divan bien tempéré, *Nouvelle Revue de Psychanalyse* n° 8, Paris, Gallimard.
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Barcelona, Paidós, 1977.
- Erikson, E. (1987). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires, Paidós, 2000
- Freud, S. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento* (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I). AE XII, 121-144. En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986 (2a ed.).
- Fromm, E. (1968). *La revolución de la esperanza. Hacia una tecnología humanizada*. Barcelona, Fondo de Cultura Económica, 2018.
- Fromm, E. (1973). *The Anatomy of Human Destructiveness*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Green, A. (1973). *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*. Valencia, Promolibro, 1998.
- Green, A. (1980). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Buenos Aires: Amorrortu, 1986.
- Green, A. (2005). *Jugar con Winnicott*, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.
- Izquierdo, A. (2013). *Módulo III: La técnica del inicio de la psicoterapia psicoanalítica*. Curso de Introducción a la Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. Trabajo presentado en Ágora Relacional, Máster en Psicoterapia Relacional, Madrid.
- Labarthe, C. (2012). El encuadre interno del analista, *Psicoanálisis* n° 10, Lima.
- Lévinas, E. (1961). *Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad*, Salamanca, Ediciones Sígueme, 2012.
- Lipton, S. D. (1977). The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man, *Int. J. Psychoanal.* 58, 255-273.
- Momigliano, L. N. (1987). A spell in Vienna-but was Freud a Freudian? *Int. J. Psychoanal.* 14, 373-389.
- Nemirovsky, C. (2004). Encuadre, salud e interpretación. Reflexiones alrededor de conceptos de D.W. Winnicott. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000233>
- Orange, D. (2013). *El desconocido que sufre*. Santiago de Chile, Cuatro Vientos.
- Orange, D. (2013b). Hospitalidad Clínica: Acogiendo el Rostro del Otro Devastado. *Clínica e Investigación Relacional*, 7 (1): 11-24. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]
- Puget, J. & Wender, L. (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos, *Psicoanálisis*, 4 (3), 503-536.
- Sánchez-Hernández, O., Canales, A. & Everaert, N. (2022). Resiliencia, bienestar y estrés postraumático en población española ante el confinamiento y pandemia del COVID-19. *Revista de Psicoterapia*, 33 (121), 253-265. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.1103>

Schroeder, D. (2010). Repensando el encuadre interno. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, nº 110, 144-160.

Winnicott, D.W. (1949). *The Child, the Family and the Outside World. Close-Up of Mother feeding Baby*. London: Penguin Books.

Winnicott, D.W. (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico en *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona, Laia, 1979.

Original recibido con fecha: 8/11/2022

Revisado: 30/3/2023

Aceptado: 30/4/2023