

TRANSICIONES

EL MODELO TERAPÉUTICO
DE D.W. WINNICOTT



TRANSICIONES:

EL MODELO TERAPÉUTICO DE D.W. WINNICOTT

SONIA ABADI



TRANSICIONES: EL MODELO TERAPÉUTICO DE D.W. WINNICOTT

© Sonia Abadi

Primera edición digital: julio de 2014

ISBN: 978-612-46467-7-5

© Cauces Editores SAC

Kenko 354, Surco.

Lima, Perú

www.cauceseditores.com

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin permiso escrito de la autora.

Contenido

Introducción

PARTE I La teoría de la transicionalidad

CAPÍTULO 1 La ilusión

CAPÍTULO 2 El objeto transicional

CAPÍTULO 3 El espacio transicional

CAPÍTULO 4 El juego

CAPÍTULO 5 La transicionalidad y el mundo cultural

PARTE II Desarrollo emocional, adquisición de las capacidades, integración del *self*

CAPÍTULO 1 El ambiente facilitador

CAPÍTULO 2 Dependencia y capacidad para estar a solas

CAPÍTULO 3 Integración, personalización, relación con los objetos

CAPÍTULO 4 El desarrollo de la agresión

CAPÍTULO 5 La transición adolescente

PARTE III Los aportes de Winnicott a la psicopatología psicoanalítica

CAPÍTULO 1 La disociación esquizoide

CAPÍTULO 2 El falso *self*

CAPÍTULO 3 Una articulación entre la patología de la transicionalidad y el falso *self*

CAPÍTULO 4 La tendencia antisocial

CAPÍTULO 5 El miedo al derrumbe

CAPÍTULO 6 Algunas observaciones sobre las patologías por conflicto intrapsíquico

PARTE IV La teoría de la técnica

CAPÍTULO 1 Encuadre y regresión

CAPÍTULO 2 Transferencia y contratransferencia

CAPÍTULO 3 Del juego a la interpretación

CAPÍTULO 4 El proceso terapéutico

CAPÍTULO 5 El *squiggle*: la técnica del garabato

CAPÍTULO 6 Habitar el espacio de la salud, una tarea sin fin

Sobre la autora

Introducción

«Lo importante no es acabar una obra, sino permitir que se entrevea en esta obra lo que hará posible que otros empiecen o produzcan en una fecha más o menos lejana».

—JOAN MIRÓ

Este no es un tratado sobre la obra de D. W. Winnicott, ni siquiera un libro de texto. Es apenas una invitación a transitar sus ideas de acuerdo a algunos itinerarios posibles.

Como esas guías de viaje que proponen al lector circuitos para recorrer a pie una ciudad, señalándole los puntos de interés, los que uno sabe que vale la pena conocer, dejando tiempos y espacios para que cada uno descubra y encuentre su propia ciudad, y pueda inventar su propio viaje.

Invitación a recorrer juntos las ideas de D. W. Winnicott, explorar, transitar, re-crear.

También, en un intento algo más ambicioso, el deseo de construirlo e integrarlo. No a partir de lo que podrían llamarse ejes de ideas, ni siquiera conceptos fundamentales; sino de una integración que como la del *self* del niño proviene de un sostén, abrazo, deseo de acoger y contener en sí las ideas, accediendo así a una comprensión global del clima intelectual del autor. Conocimiento empático por proximidad, identificación emocional, encuentro gozoso que nos permite aprehenderlo.

El estilo de D. W. Winnicott tiene características muy personales. Su método de transmitirnos sus ideas se basa en la integración de experiencias con las que sale al encuentro del otro, intentando encontrar resonancia en nuestras experiencias, intuiciones, conocimientos.

De este modo nos invita a acercarnos como personas totales. Por eso, cuando intentamos comprenderlo en forma puramente racional, nos irritan su ambigüedad, sus paradojas, y por momentos su abrumadora sencillez.

Y sin embargo, apenas aceptamos el desafío de participar en el juego de sus ideas, sin temor a perder nuestra rigurosidad científica, empezamos a reconocer como afín con nuestra experiencia clínica y personal, gran parte de lo que D. W. Winnicott nos relata.

Y la convicción llega. Esta idea, próxima a lo conocido, y distinta a la vez, adquiere esa cualidad esencial que suelen tener también las buenas interpretaciones: «Nunca lo había pensado. Pero debe de ser verdad».

Elijo intuitivamente un ordenamiento, creyendo descubrir ciertos ejes integradores en la visión del autor. Pero, para mi sorpresa, cualquiera sea el punto de comienzo, cualquiera el camino teórico, me encuentro con la necesidad de hablar de cosas que ya debiera haber explicado antes de llegar a ese punto.

Esto muestra precisamente la dinámica vital de la obra de D. W. Winnicott, y la riqueza y entrelazamiento de su pensamiento siempre abierto.

Arbitrariamente —porque no hay otro modo—, decidí ordenar de acuerdo a un agrupamiento provisorio las ideas que reflejan la vasta experiencia y variada creatividad de este autor. Estos límites que me impongo me resultan necesarios para poder sostener y explicar lo que quiero contar. Espero no perder la posibilidad de preservar lo que D. W. Winnicott llamó el «gesto espontáneo»: mi propia creatividad al transmitirles esto, conservando a la vez mi fidelidad a las ideas del autor.

Pero sé que en otro sentido esa integración es una ilusión, un juego creado por mi relación personal con las ideas del autor. Otros elegirán quizá otra forma de organizar las ideas, otra manera de desarrollarlas.

He dividido mi relato en cuatro partes que corresponden a diferentes perspectivas teóricas siempre en busca de un mismo objetivo: encontrar sentido a la clínica, comprender el padecimiento de cada uno.

- La transicionalidad: el espacio de encuentro entre el mundo externo y el mundo interno.
- La teoría del desarrollo emocional: algunas «capacidades» básicas. La integración, la capacidad para estar a solas. La agresión y la capacidad para la inquietud.
- La psicopatología en relación al fallo ambiental y las organizaciones defensivas de la personalidad. La disociación esquizoide, el falso *self*, la tendencia antisocial.
- La teoría de la técnica, otra mirada. Significado e importancia del sostenimiento. El proceso terapéutico. Una manera de entender el espacio de la salud.

Hace varios años que juego con D. W. Winnicott en el espacio transicional de su obra, este libro es un objeto creado y encontrado en ella.

La teoría de la transicionalidad

A partir de la observación del uso de los primeros objetos en el bebé, D. W. Winnicott inició la construcción de una teoría que da cuenta del espacio intermedio entre el mundo interno y el externo. De allí surge una nueva mirada sobre la estructuración del psiquismo infantil y sobre la clínica, que se extiende también a la comprensión de los fenómenos culturales.

D. W. Winnicott descubre que los niños y los bebés utilizan algunos objetos de una manera particular. Si bien los objetos son reales y concretos, la relación que el niño establece con ellos está impregnada de subjetividad. Sin embargo, tampoco se puede decir que encuadren en la categoría de objetos internos.

Esta reflexión lo lleva a postular que la relación con las primeras posesiones se realiza en una zona intermedia entre la realidad psíquica y la realidad externa, zona que se encuentra entre el yo y el no-yo y que articula la presencia y la ausencia maternas. Denominará a esta tercer área, «espacio transicional».

A partir de allí se referirá a los objetos como «objetos transicionales» y a toda la experiencia que se despliega en ese espacio como «fenómenos transicionales».

El interés que presenta esta teorización es la posibilidad de detectar, comprender y explorar estos fenómenos en su origen, amplitud, o precariedad, enriqueciendo nuestra concepción del mundo interno y de las relaciones del individuo con la realidad.

Hasta ese momento el concepto de área intermedia no había tenido espacio propio dentro del psicoanálisis de niños y de adultos. La postulación de un área transicional permite registrar el pasaje de los estados subjetivos al reconocimiento de la exterioridad. La ilusión, la aptitud creadora y los matices de este pasaje pueden ser así observados en su surgimiento y vicisitudes. También los fallos y alteraciones de este espacio nos permitirán comprender y explicar ciertos trastornos psíquicos relacionados con la persistencia de estados narcisistas, la dificultad en la construcción de los límites del yo, o aun la concretización de los vínculos con la realidad.

Es a partir de esta concepción, que la crianza de los niños se podrá encarar favoreciendo la aparición y el despliegue de la transicionalidad.

Clínicamente, la posibilidad de detectar y explorar los fenómenos transicionales abre un vasto campo a la investigación del funcionamiento mental. Así, la función del análisis se ampliará hacia la creación y expansión de las experiencias transicionales, cuando éstas se hallan ausentes o empobrecidas.

La lectura de ciertos fenómenos culturales como el juego, el aprendizaje creador, el arte y la literatura serán interpretados desde la superposición de las áreas transicionales individuales, más allá del mundo interno de cada uno, pero también más allá de la realidad concreta y del hacer.

A su vez, el uso compulsivo de ciertos objetos, la inhibición de la originalidad individual, los prejuicios y arbitrariedades del pensamiento colectivo, podrán ser considerados como fracasos en la construcción de los fenómenos transicionales.

Dirá D. W. Winnicott: «Cuando se tiene a mano una teoría sobre los fenómenos transicionales es posible mirar con ojos nuevos muchos problemas antiguos».^[1]

Resulta delicado transmitir el concepto de transicionalidad, ya que al hacerlo corremos el riesgo de perder la cualidad transicional del objeto teórico, al aprisionarlo en un esquema rígido y estereotipado.

Al propio D. W. Winnicott le preocupa esta dificultad. La publicación de su primer artículo sobre el tema dio lugar a una serie de aportes de otros autores cuyas hipótesis teóricas y observaciones clínicas confirmaban su descubrimiento. Sin embargo, en muchos casos se trató de extensiones y aplicaciones que desvirtuaban el modelo original. Recordemos que los fenómenos transicionales son universales y la conceptualización no se agota en una enumeración o clasificación de los primeros objetos usados por el bebé. Se trata en cambio de un modo de uso y de una actividad mental relacionada con la fantasía, que ocupa el espacio intermedio entre el mundo interno y el externo.

Los conceptos de espacio, objeto y fenómeno transicional, claves de la teoría de la organización del mundo interno y del reconocimiento del mundo externo, dan cuenta de la importancia que D. W. Winnicott otorga al campo de lo intersubjetivo en la configuración del sujeto humano. Esta mirada torna más fecundas tanto la perspectiva freudiana como la kleiniana.

Partiendo de los conceptos teóricos de Freud podríamos ubicar los fenómenos transicionales entre:

- El narcisismo y la relación de objeto.
- El principio del placer y el principio de realidad.
- El proceso primario y el proceso secundario.
- La realidad psíquica y la realidad externa.
- El yo y el no-yo.

Para D. W. Winnicott la creatividad humana, así como toda la experiencia cultural, tienen su punto de partida en la relación del bebé con la madre. Es esta relación la que determinará la amplitud y la calidad de las experiencias transicionales.

El espacio transicional se origina en la separación y unión del niño con la madre, y se va abriendo a nuevas experiencias. Este espacio intermedio entre lo subjetivo y lo objetivo permanece a lo largo de la vida. Los primeros objetos que ayudan a lograrlo desaparecen, pero su función se amplía abarcando otros aspectos de la relación del individuo consigo mismo, con los otros y la realidad.

A partir de la observación clínica, D. W. Winnicott destaca la importancia del ambiente como facilitador de la maduración. El rol materno de sostenimiento acompaña la integración del yo y permite el pasaje de la dependencia a la independencia. La experiencia de ilusión–desilusión llevará a la constitución del objeto transicional:

«Los fenómenos transicionales representan las primeras etapas del uso de la ilusión, sin la cual no tiene sentido para el ser humano la idea de una relación con un objeto que otros perciben como exterior a ese ser».^[2]

En la alternancia entre ilusión y desilusión, el bebé crea un puente imaginario que le permite mantener la integridad del yo y la continuidad existencial, a la vez que la ilusión del reencuentro con la madre. La evoca a partir de las huellas de la percepción, de un modo cercano a lo alucinatorio, que representa el inicio de los procesos transicionales.

Estas experiencias son las precursoras de la capacidad para el uso de símbolos, y de la apertura hacia los fenómenos culturales.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. «Introducción». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W: *Realidad y juego*. Cap. 1: «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

La ilusión

La transición de la dependencia a la independencia corresponde en Freud al pasaje del principio de placer al principio de realidad. D. W. Winnicott se pregunta cómo puede tolerar el niño, y luego el adulto, la brecha entre fantasía y realidad sin caer en el abismo de la desilusión. Hablará de la creación y persistencia de un área intermedia de experiencia de la que participan tanto el mundo interno como el externo. Llamará a esto ilusión. Ilusión de omnipotencia en el niño, es decir la idea de haber creado el objeto que encuentra.

El bebé no tiene aún capacidad de reconocer la realidad. Esta capacidad se adquiere gradualmente y es este pasaje el que le interesa a D. W. Winnicott. Aquí el concepto clave es el de ilusión. En la paradoja entre la capacidad para reconocer la realidad y la no aceptación de ésta, se despliega la ilusión como fenómeno que permite articular ambas experiencias de un modo original. Más adelante, en la vida adulta, la ilusión es la marca de la subjetividad, y la ilusión compartida es la que da origen a los fenómenos grupales y culturales.

La experiencia ilusoria sólo puede ser compartida partiendo de la capacidad de ilusión de cada individuo y en la superposición de las áreas transicionales. Sin embargo, el pensamiento delirante intenta imponer la propia subjetividad como si se tratara de una verdad universal, sin tener en cuenta la subjetividad del otro.

a) La experiencia de omnipotencia

Si la madre se adapta suficientemente a las necesidades del bebé, se dan las condiciones para una breve experiencia de omnipotencia. Esta experiencia le permitirá al niño sobrellevar la realidad y, gradualmente, gracias al proceso de desilusión, reconocerla, investirla y tolerarla.

Cuando la adaptación es adecuada, se produce en el bebé la ilusión de que la realidad corresponde a su capacidad de crearla.

«... hay una superposición entre lo que la madre proporciona y lo que el bebé puede concebir al respecto».^[1]

La omnipotencia de la primera infancia no es sólo la del pensamiento. El bebé cree que su poder se extiende a ciertos objetos, como la madre y otras personas cercanas, que responden casi mágicamente a sus necesidades, «apareciendo» cuando él las convoca. Más adelante pasará del control omnipotente al reconocimiento de que hay fenómenos que están fuera de su control.

Es la madre la que lleva a cabo una adaptación activa a las necesidades del bebé.

«Un niño no tiene la menor posibilidad de pasar del principio del placer al de realidad... si no existe una madre lo bastante buena».^[2]

La desilusión gradual sólo es posible si se tuvo suficiente oportunidad para la ilusión.

En caso contrario el bebé se resiste a abandonar el pensamiento mágico y omnipotente, que se hipertrofia defensivamente para no aceptar la frustración, con la consiguiente pérdida de la capacidad de reconocer la realidad. Allí se instaura la omnipotencia como patología.

b) Ilusión–desilusión

Para renunciar a la omnipotencia y afrontar la prueba de realidad, el bebé necesita que entre el adentro y el afuera se despliegue un área de experiencia en la cual elige objetos que serán los precursores del uso de símbolos.

El objeto transicional, primera posesión no–yo, es el modelo del objeto cultural. Es símbolo de unión que permite aceptar la separación, que será a la vez re-unión con la madre.

Sólo cuando existe confianza en el ambiente es posible el despliegue de la ilusión. Esto significa el registro de la ausencia materna y a la vez la expectativa de su regreso, sostenida en la vivencia interna de la presencia constante si no de la madre, al menos del entorno o los objetos que la representan.

La primera etapa es de dependencia absoluta: fusión con la madre, y experiencia omnipotente de completud desde el bebé, que no se siente separado de ella.

Este primer momento es indispensable para la supervivencia del individuo humano. Poco a poco, a medida que el bebé se va desarrollando, se produce la separación entre él y la madre. Esta ya no es capaz de aportar en forma continua y sin interrupción todo lo que su hijo necesita; por lo tanto el bebé comienza a registrar las ausencias y las frustraciones, y su vivencia de completud omnipotente es puesta en cuestión.

En esta dialéctica entre unión–separación, satisfacción–frustración, completud–incompletud, momentos de ir y venir entre un estado y el otro, se origina una brecha, un espacio que tendrá el importante efecto psíquico de instaurar el límite entre el yo y el no–yo.

Ese límite funda el mundo interno y, paralelamente, la capacidad de percibir y reconocer lo que está fuera de él como mundo externo. Poco a poco el niño pondrá en marcha mecanismos mentales que le permitan transitar el espacio entre él y la madre, y, en lo posible, recuperar la vivencia de unión, completud y satisfacción.

c) Elaborando la desilusión

Desde un primer momento se pone en juego el deseo, la aspiración de reencontrarse con el objeto. Pero la primera forma de procesamiento de este deseo es muy simple y breve, ya que implica meramente recargar la huella de la representación del momento donde todo era completud. Este camino, el alucinatorio, tranquiliza rápidamente al niño, porque lo pone en contacto con una representación de algo que ya fue satisfactorio. Su corta duración lo hace poco eficaz para procesar la frustración, ya que la necesidad se hace presente nuevamente.

De allí en más recurrirá a mecanismos más complejos para obtener aquello que lo calme.

Los mecanismos mentales que el individuo pone en juego para elaborar la ausencia del objeto son variados y convergentes: por un lado el recurso a las satisfacciones

autoeróticas, también el reconocimiento de que la frustración no es ilimitada; pero muy especialmente el inicio de la actividad mental que le permite recordar, fantasear, soñar e integrar el pasado, el presente y el futuro.

A partir de allí podrá unir representaciones entre sí, armando ideas con recuerdos de experiencias, y construirá una relación interna con el objeto que no está, que le permita tolerar la ausencia durante un tiempo cada vez mayor.

Más adelante instrumentará conductas y actitudes que lo ayuden a volver a encontrar la satisfacción a través de objetos sustitutivos, investidos por su capacidad de ilusión.

Si todo va bien, se instaura la elaboración simbólica tal como la plantea Freud.

En D. W. Winnicott esta elaboración se apoya en la apertura hacia los objetos transicionales, en un principio tan concretos como el chupete y el osito y, con el tiempo, tan abstractos como la amistad, la música, y otros modos en que el individuo recupera la experiencia de ilusión.

d) Ilusión y realidad

La tarea de aceptación de la realidad es una empresa que nunca concluye, y persiste a lo largo de toda la vida. El conflicto de relacionar la realidad psíquica con la realidad externa, y el riesgo de confundirlas, sólo se ve aliviado por la existencia y aceptación del área intermedia de ilusión, que siempre queda protegida de ataques y cuestionamientos. En el adulto es la continuación del área de ilusión del bebé y del juego del niño.

Es la madre la que inicia al bebé en el complejo problema de reconocer entre sus percepciones subjetivas y las objetivas, si bien sabemos que esta preocupación acompañará al sujeto en toda su vida, apareciendo en forma dramática en algunas situaciones extremas.

Los fenómenos transicionales se originan en esta experiencia de ilusión y son la primera forma de diversas manifestaciones de la vida cultural adulta: arte, religión, capacidad de imaginar, trabajo científico.

Lo original del planteo winnicottiano se halla en la idea de que sólo a partir de la creación de un espacio ambiguo entre el adentro y el afuera, y una investidura ilusoria del mundo, se hará posible y tolerable el reconocimiento de la realidad objetiva.

e) Las patologías de la ilusión. ¿Y si la experiencia de ilusión falla?

Una posibilidad es el replegamiento. La ausencia materna, vivida como pérdida del objeto único que suministraba todo, da origen a una fantasía en que tanto el reencuentro como el reemplazo parecen impensables. El duelo se instala para siempre. Toda la vida quedará marcada por una vivencia de pérdida irreparable y sin esperanza. El objeto es vivido como irrecuperable, la separación como un abismo.

Sin la ilusión, entonces, una alternativa será vivir refugiado en el mundo interno, en un estado de ensoñación y aislamiento, sin poder amar a los otros ni participar en la ilusión compartida que forma parte del amor, el arte, la relación con el mundo en general.

La otra posibilidad es el aferramiento patológico a un único objeto que sustituye a la madre. D. W. Winnicott la llama cronificación patológica del objeto transicional, o fetichización del objeto. No hay proceso simbólico. El cambio es de un objeto único a otro objeto único, no para elaborar la pérdida, sino para negarla.

Esta alternativa lleva a la concretización del vínculo con la realidad y los otros, condenando al hacer y al tener como únicas formas de relación con el afuera, volcados hacia la exterioridad y sin contacto con el mundo interno y la fantasía.

«Los esquizoides son personas tan poco satisfechas consigo mismas como los extravertidos que no logran ponerse en contacto con el soñar. Estos dos grupos de personas acuden a nosotros en busca de psicoterapia porque en un caso no quieren vivir con una irrevocable carencia de contacto con los hechos de la vida, y en el otro se sienten alienados en lo referente a los sueños».^[3]

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Cap. 1: «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Cap. 1: «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Cap. 5: «La creatividad y sus orígenes». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

El objeto transicional

D. W. Winnicott crea el término «objeto transicional» para definir el uso de ciertos objetos en el área intermedia entre lo subjetivo y lo objetivo. Su significado se ubica dinámicamente entre las satisfacciones autoeróticas y las relaciones objetales.

a) Descripción clínica

El niño ha encontrado o elegido entre los objetos que lo rodean, algún objeto blando (un osito, una mantita), que adquiere importancia vital cuando se va a dormir o cuando se aleja de la casa, que lo protege si está triste, se siente mal o extraña.

El vínculo con estos objetos suele prolongarse durante la primera infancia generando una importante dependencia. Sin embargo, en la salud, el interés se amplía a múltiples objetos y actividades.

Los padres reconocen y aceptan el valor del objeto, y lo trasladan junto con el bebé, o se lo ofrecen para calmarlo cuando llora o está inquieto. No lo lavan ni lo reemplazan por otro similar, ya que el desgaste, el olor característico, las roturas o deformaciones son parte de la identidad del objeto y del reconocimiento que el bebé hace de él.

En la salud, al tiempo empiezan a interesarle nuevos objetos y ya no precisa de éste aun si está triste o se siente solo.

Si en algún momento aparece una privación importante o alguna situación traumática, podrá intentar recuperar la relación con el objeto recientemente abandonado.

En esta etapa no hay diferencia entre el varón y la nena en cuanto al uso ni al tipo de objeto elegido.

Cuando comienza a hablar, suele ponerle un nombre, que generalmente contiene una parte del nombre que le dan los adultos.

Al bebé le parece que tiene vida y cualidades propias.

El bebé adquiere derechos sobre el objeto, que son aceptados por el entorno. Sin embargo ya existe una cierta disminución de la omnipotencia.

El objeto recibe tanto el afecto tranquilo, como la excitación amorosa y hostil. Tendrá que sobrevivir al amor y al odio.

No es totalmente externo para el bebé, pero tampoco es una alucinación. Importa tanto su valor simbólico como su realidad. No es exterior ni interior, es una posesión.

Finalmente, se descarga en forma gradual, no se lo olvida ni se lo llora. Su recuerdo no se reprime sino que el objeto pierde significación. Los fenómenos transicionales se difunden y amplían a toda la realidad.

b) La significación

La aparición del objeto transicional se relaciona con los ritmos y tiempos del vínculo madre – bebé, y tiene un sentido propio.

Si el tiempo de alejamiento de la madre ha sido intolerable para el bebé, sucede que la brecha resulta demasiado amplia para que pueda cubrirla con sus propios recursos psíquicos sin desconsolarse, sin desesperarse. El peligro es que se descarguen las imágenes mentales del objeto, de tal modo que ya no pueda conectarse con él a su regreso. Esto entraña un riesgo para la vida psíquica y aún para la supervivencia.

En ese caso, la madre ofrece, y el bebé encuentra, a mitad de camino entre ambos, en el espacio intermedio, soportes que le permiten puentear una primera etapa y apoyarse en un objeto para poder continuar el camino hacia la madre y la satisfacción.

Estos son los objetos transicionales. En la primera infancia pueden estar encarnados en un juguete, una almohada, el chupete, objetos todos que permiten al niño esperar sin desesperar el regreso de la madre.

«No estudio específicamente el primer objeto de las relaciones de objeto. Mi enfoque tiene que ver con la primera posesión y con la zona intermedia entre lo subjetivo y lo que se percibe en forma objetiva».^[1]

D. W. Winnicott lo observó y luego lo teorizó. Postuló una paradoja: el bebé crea el objeto, pero el objeto estaba allí. Objeto creado y hallado al mismo tiempo.

Observó que en el área de ilusión aparece algún objeto que adquiere llamativa importancia para el bebé, importancia que es reconocida y aceptada por los padres. Lo llamó «primera posesión no-yo», y dio por supuesto que la manipulación de este objeto va acompañada de una actividad de la fantasía. Al conjunto de estas experiencias las llamó «fenómenos transicionales».

Para que la relación con el objeto transicional se constituya y se mantenga, se requiere tanto la presencia real y concreta de la madre como una representación interna de ella, o del vínculo con ella, firmemente establecido en el interior.

Para el bebé el objeto representa tanto el pecho de la madre como el pecho internalizado.

«El objeto transicional es simbólico del objeto interno, al que la presencia viva de la madre mantiene vivo».^[2]

El objeto interno representa la unión. El objeto externo sostiene la experiencia de ilusión.

Si el objeto interno no es demasiado persecutorio y conserva su vitalidad podrá ser representado por el objeto transicional. A su vez, la permanencia y el significado del objeto interno se mantiene gracias a la presencia y comportamiento de la madre.

Si el objeto externo es insuficiente, el objeto interno pierde significado y también la pierde el objeto transicional.

El objeto transicional tuvo como finalidad conferir significación a los primeros signos de aceptación de un símbolo por el bebé en desarrollo. Este precursor del símbolo es, a la vez, parte del bebé y parte de la madre.

La relación con el objeto transicional se origina en el dominio mágico que se deriva hacia el dominio corporal donde se halla involucrado el erotismo muscular. Se halla fuera del dominio mágico pero más cerca del dominio del bebé que la madre misma.

Estos objetos ayudan a desarrollar la capacidad de espera, a tolerar la frustración y a re-unirse, en la fantasía, con la madre que no está. El objeto que la re-presenta, mantiene el vínculo con la madre ausente.

¿Qué objeto puede cumplir una función transicional? Aquel que ocupe el lugar de la madre, pero que de ninguna manera la reemplace totalmente. Así se elabora la ausencia.

En el niño hay un registro de que ese objeto lo acompaña en ausencia de su madre, pero no es la madre. Representarla implica el reconocimiento de la pérdida y su recuperación en la fantasía.

Sobre esta base se construye el pensamiento simbólico, porque el objeto transicional es la primera cosa que en el bebé ya está representando simbólicamente y subjetivamente a otra cosa. Este es el modelo de lo que serán todos los procesos de simbolización.

El destino de los objetos transicionales es la pérdida de la significación. El objeto concreto que cumplió esa función es dejado de lado de diversos modos: puede ser reemplazado pero guardado, puede ser gastado o destruido, perdiendo todo interés. A veces se le exige al niño abandonarlo, lo que interrumpe la experiencia natural de la pérdida de significación. También puede ser la madre quien lo guarde como un recuerdo valorado de esa etapa de la vida.

Sin embargo, la transicionalidad no es un fenómeno evolutivo o propio de una etapa, sino un modo de funcionamiento psíquico que luego es trasladado a otras experiencias. Permite el acceso a la cultura, ya que se pasa de un único objeto a una multiplicidad de objetos abstractos y variables.

El objeto transicional pierde gradualmente significación, no es objeto de duelo y su significado no es reprimido. Simplemente se hace innecesario ya que los fenómenos transicionales se han ampliado hacia la relación con nuevos objetos.

c) La relación patológica

Cuando es excesiva la fijación a un objeto transicional, decimos que existe una patología de la transicionalidad.

Hay una tenue línea que separa el empleo positivo y negativo de estos objetos; entre el juego, la creatividad, la fantasía, el arte y el soñar por un lado; y el fetichismo, la mentira, los robos, las adicciones, el talismán de los rituales obsesivos, el objeto acompañante de las fobias, por el otro. Lo transicional —recordémoslo— no es el objeto sino el uso.

Cuando la relación con estos objetos persiste en forma prolongada y exclusiva, hablamos de una cronificación patológica o de un uso fetichizado. Allí el objeto no sirve para elaborar la ausencia, sino exclusivamente para negarla. Su uso se ha pervertido de la función original.

Esta modalidad de uso empobrece a toda la persona presente, como también a su potencial futuro.

Los objetos transicionales siempre tienen que ser relegados, para dejar lugar a los fenómenos transicionales.

Resulta evidente que lo transicional no es el objeto sino el pasaje del narcisismo a las relaciones con objetos diferentes de sí.

Si la ausencia materna es reconocida, el uso del objeto tendría el sentido de ayudar a elaborar la separación. Si es negada, se dificulta la creación de la representación interna. El uso fetichizado implica la ilusión de que el objeto es la madre, con el consiguiente daño de la capacidad de simbolizar.

El aparato psíquico se verá dificultado en construir las representaciones internas de la madre; el niño y luego el adulto tendrán una tendencia a buscar objetos concretos de los cuales dependerán adictivamente para aplacar el sentimiento de vacío y soledad.

Aquí veremos múltiples consecuencias: las adicciones, ciertas formas de consumismo, una búsqueda de satisfacción directa sin posibilidad de sublimar, la dificultad para estar a solas y por lo tanto para poder pensar.

¿Y esto cuando ocurre?

La cronificación patológica y el uso fetichista de un objeto es un accidente en la construcción de la transicionalidad.

Generalmente el niño oscila de un uso transicional a un uso fetichizado o adictivo, pero es el comportamiento del ambiente lo que va a pautar el estilo de esta experiencia. Si el ritmo de los encuentros y desencuentros con la madre acompaña los tiempos internos y los tiempos madurativos y capacidades elaborativas de cada etapa, el niño será capaz de usar los objetos en forma transicional, transitoria, provisoria.

Si la experiencia excede sus posibilidades, habrá una tendencia mayor al aferramiento patológico y, por lo tanto, a la concretización de la relación con los objetos.

La alternativa patológica es la renegación de la separación, acompañada de fantasías de fusión y de la pérdida de la posibilidad de establecer la comunicación.

En la salud, entre el mundo interno y el externo se creará un espacio que permita la constitución del pensamiento simbólico. Los objetos transicionales son precursores simbólicos, ya que con ellos el niño empieza a desarrollar la capacidad de usar símbolos, cuya doble función será la de reemplazar al objeto ausente y a la vez favorecer el reencuentro con el objeto al cual representa.

La paradoja reside en que el objeto transicional protege tanto de la pérdida de la madre como del riesgo de fusión con ella. Su función es la de mantener unidos y a la vez separados a ambos para permitir el despliegue de las capacidades psíquicas del niño.

Cuando esto se logra, se establece una comunicación con alguien reconocido como diferente y separado de sí.

Finalmente serán el mundo interno y el externo los que quedarán unidos y separados por los fenómenos transicionales, lo que brinda al individuo la posibilidad de experimentar en el área intermedia entre lo subjetivo y lo objetivo.

Notas

[1] Winnicott, D.W. *Realidad y juego*. Cap. 1: «Objetos transicionales y fenómenos transicionales». Gedisa. Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D.W. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Primera parte. Cap. 11: «El destino del objeto transicional». Paidós, Buenos Aires, 1991. [[REGRESAR](#)]

El espacio transicional

a) El origen del espacio potencial

Existe un camino que lleva de los fenómenos transicionales al juego, del juego al juego compartido, y de allí a las experiencias culturales.

D. W. Winnicott llamó «espacio potencial» al área intermedia en que se desarrolla el juego. Esta es mucho más que el área de ilusión en la que se seguía sosteniendo la omnipotencia. Implica que el bebé puede empezar a experimentar frustración. Allí se despliega la capacidad creadora como una transacción entre dos necesidades: la de sostener la omnipotencia del pensamiento, y la de colmar la brecha dejada por la desilusión y la inclusión del principio de realidad.

«Se trata de una zona que no es objeto de desafío alguno, porque no se le presentan exigencias, salvo la de que exista como lugar de descanso para un individuo dedicado a la perpetua tarea de mantener separadas y a la vez interrelacionadas la realidad interna y la exterior».^[1]

En un primer momento, el bebé y la madre están unidos en una relación de contigüidad —no de continuidad porque no son uno sino que están adosados. Poco a poco, en la medida en que el bebé crece, y la madre deja de aportar la totalidad de lo que él necesita, se va produciendo un espacio entre ambos.

Entre la presencia y la ausencia se crea una brecha entre el niño y su madre (desde el punto de vista del niño entre el yo y el no-yo, entre el mundo interno y el mundo externo).

En el comienzo el espacio no es otra cosa que una brecha. Con el despliegue de los procesos mentales el bebé comenzará a transitarlo. A su vez la madre lo recorrerá con sus cuidados y su adaptación. Se originan así los fenómenos transicionales. Este espacio

punteado por la capacidad creadora de ambos, habitado por los fenómenos y objetos transicionales será entonces un espacio transicional. Deseo, pensamiento y palabra son algunos de los puentes posibles.

D. W. Winnicott define al espacio transicional como espacio virtual o potencial.

La idea de espacio virtual o potencial implica un espacio que se va generando en la medida en que va siendo ocupado.

b) Intrusión y abandono

Una madre intrusiva impide la apertura del espacio potencial, una madre abandonante también. Esto da lugar a dos posibles patologías en el espacio transicional.

Puede suceder que el «continente materno» sea poco elástico. Sucederá que el bebé no se va a poder desarrollar. Cuando intenta su expansión, la madre no se retrae lo suficiente como para que el niño comience a experimentar, y el desarrollo queda ahogado. En este caso hablamos de intrusión.

El otro riesgo es que el sostenimiento materno sea excesivamente holgado para los procesos mentales del niño, que quedará «colgado», sin soporte, como en un espacio ingravido. En este caso hablamos de abandono.

Si la madre se aleja durante un tiempo demasiado largo para el momento madurativo del bebé, éste no podrá organizar desde su mundo interno, la capacidad de crear puentes para tolerar el alejamiento, ni de apoyarse en objetos como soportes provisionarios.

A su vez, la capacidad de representar internamente a los objetos fracasará tanto si la ausencia materna es excesiva, como si su presencia es permanente.

La falta del espacio potencial puede ser reemplazada por el vacío angustioso o la tendencia a llenarlo demasiado con actividades y objetos.

¿Cómo pensar el espacio que se genera entre satisfacción–frustración, completud–incompletud, de tal forma que ese espacio favorezca el uso transicional de los objetos y por lo tanto la aparición del pensamiento simbólico?

El ambiente facilitador, tiene esta cualidad de virtualidad que permite el desarrollo y la posibilidad de experimentar tanto con las pulsiones del ello como con la creciente destreza del yo. Un buen entorno será entonces aquel lo suficientemente flexible como para ir tomando en cuenta el desarrollo individual, ampliándose según este ritmo.

Notas

[1] Winnicott, D.W: *Realidad y juego*. Cap. 1: «Objetos trasicionales y fenómenos transicionales». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

El juego

El estudio del juego en la obra de D. W. Winnicott se basa en la observación del jugar del niño como actividad creadora, trascendiendo tanto la idea del juego reglado, como la utilización diagnóstica que el psicoanálisis hace de éste. La noción de jugar, intrínseca a todo el quehacer humano que involucra la espontaneidad y la originalidad, se hallaría en la fuente de las producciones culturales.

D. W. Winnicott diferencia entre la actividad de jugar libre e improvisada (*play*) del juego reglado (*game*). Es siempre el «*play*» el objeto de sus elaboraciones, y en particular la dinámica descrita por el gerundio «*playing*».

a) El juego en relación con la satisfacción instintiva

Si bien el impulso motor de la actividad de jugar proviene del instinto, la satisfacción depende del uso de símbolos. Es la posibilidad de representar y reemplazar un objeto la que da sentido al juego.

Es debido a esto que en el juego deben tomarse en cuenta tanto la satisfacción de las pulsiones del ello como la integración de las experiencias del yo. Los impulsos del ello son significativos sólo si se hallan contenidos en el vivir del yo, y lo refuerzan sólo si tienen lugar dentro de la estructura del yo.

Existe un aspecto de la relación del bebé con la madre que D. W. Winnicott denomina «relación del yo». En ella lo predominante no es la búsqueda de la satisfacción instintiva a través del objeto, sino el vínculo tranquilo que sobrevive a la descarga pulsional y consolida una relación estable con el otro. Este mismo modo de relación es el que da origen a la amistad y a la transferencia positiva.

Al desarrollar el tema de la capacidad para estar a solas, D. W. Winnicott hablará de la «relación del yo» y el «orgasmo del yo».

El orgasmo del yo corresponde a vivencias como el éxtasis y la plenitud emocional, espiritual o estética.

Experiencias satisfactorias que se despliegan en ciertos momentos de empatía con el otro, en la relación amistosa, o en el vínculo amoroso fuera de los momentos de perentoriedad del deseo sexual. También en el campo creativo o cultural. Se caracterizan porque la descarga pulsional es mínima y sin embargo la vivencia de placer es máxima. El orgasmo del yo es el punto culminante de una buena relación del yo.

Trasciende el concepto de sublimación freudiano ya que aquí no se trata sólo de las pulsiones del ello eróticas y agresivas sublimadas, sino de una calidad particular de placer que proviene del yo. El placer del ello necesita de la cantidad de descarga, el del yo depende de la cualidad.

En los juegos infantiles del niño sano, observamos que no hay un incremento de excitación perturbador, ni culminación física. Hay una satisfacción placentera y tranquila que proviene de la destreza con el objeto, la alegría por el placer del juego, y la confianza en la seguridad del entorno.

El juego compromete al cuerpo por la manipulación de objetos, y por cierto grado de excitación corporal. Sin embargo es satisfactorio sólo cuando no se ve amenazado ni de adentro ni de afuera.

Esta es la razón por la que el juego de los niños debe ser comprendido más allá de la masturbación y del concepto de sublimación de la sexualidad. Del mismo modo que es reduccionista pensar en la excitación sexual del niño sublimada en el juego, sería empobrecedor creer que la ejecución de un instrumento musical o la realización de una escultura son formas de masturbación sublimada.

Tan es así que el exceso de excitación interrumpe el juego del niño o, en el adulto, perturba e inhibe una actividad placentera del yo, obligando a la represión pulsional o a la descarga directa.

b) El significado del jugar

El juego es un logro en el desarrollo emocional, y se inicia como símbolo de la confianza del niño en el ambiente.

*«El juego es una elaboración imaginativa en torno de las funciones corporales, relacionada con los objetos y con la angustia».*¹¹

La capacidad de jugar se desarrolla en una secuencia:

- Al comienzo el niño y el objeto están fusionados. Su visión del objeto es subjetiva. La madre favorece esta omnipotencia.
- Luego el objeto es repudiado y así pasa a ser percibido en forma objetiva. A partir de allí puede ser reconocido y aceptado. La madre participa devolviendo al bebé lo que éste le ofrece. Gracias a esto el niño vive una experiencia de control mágico.
- El paso siguiente es la posibilidad de jugar solo en presencia de la madre. Esta lo acompaña, lo tranquiliza respecto del riesgo de desborde pulsional y de las intrusiones externas, le refleja sus experiencias de juego.
- Finalmente jugarán juntos, en la superposición de dos áreas de juego: la del bebé y la de la madre.

Así se inicia el juego compartido en una relación, donde cada uno introduce su propio modo de jugar.

En la actividad de jugar el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de la realidad interna. Muestra su capacidad de fantasear y la despliega adueñándose de un fragmento privilegiado de la realidad externa.

Al jugar manipula fenómenos exteriores al servicio de los sueños, e inviste a algunos de ellos de significación. Junto con el control y los límites, descubre los alcances ilimitados de la imaginación.

Por eso el juego favorece la noción de que la vida puede ser usada y enriquecida.

El juego cumple una función esencial en el manejo de la agresión y la destructividad, cuando éstas son procesadas y pueden ser expresadas de manera simbólica: el objeto puede ser dañado o destruido y luego reparado, ensuciado y vuelto a limpiar, matado y revivido. Ayuda a integrar los sentimientos ambivalentes, en vez de mantener la disociación en objetos buenos y malos.

El jugar tiene un lugar y un tiempo. No se halla adentro ni afuera. No forma parte del yo ni del no-yo. Está más allá del dominio mágico.

«Para dominar lo que está afuera es necesario hacer cosas, no sólo pensar o desear, y hacer cosas lleva tiempo. Jugar es hacer».^[2]

El juego concluye cuando supera la capacidad del niño para contener la experiencia.

La culminación se puede producir como frustración cuando el juego es interrumpido, dejando confusión mental y malestar físico. También cuando provoca una reacción del entorno, que se hace cargo de poner el límite, o, en forma natural, cuando el niño desplaza su interés a otra cosa, ya que ha usado el juego hasta agotarlo.

c) La psicopatología del juego

Cuando no es posible jugar, aparecen el sometimiento y el sentimiento de futilidad: el niño se aburre, se aísla o está indiferente. La otra alternativa es la explotación de las satisfacciones instintivas directas: conductas autoeróticas o agresivas.

La capacidad de jugar se pierde si hay desconfianza en el ambiente o angustia ante vivencias de persecución. También se puede instalar un tipo de juego monótono y estereotipado como defensa contra el riesgo de descontrol.

En ciertos casos se produce la huida hacia el ensueño diurno, como una forma de transición fallida entre la fantasía y el juego activo. En el otro extremo observamos el surgimiento pulsional, con la excitación en estado puro, y la necesidad de descarga motora, como en las acrobacias, los juegos violentos, la destrucción de objetos.

En algunos niños, o adultos, aparece la necesidad de dominar al otro imponiendo las reglas y exigiendo la obediencia. Pero como contrapartida, la incapacidad de aceptar juegos reglados, debido a la inquietud, dispersión o necesidad de trasgredir.

d) Actividad creadora y búsqueda de la persona

El juego se desarrolla en el espacio transicional, heredero del espacio potencial entre la madre y el bebé. Su principal sentido, más allá de cualquier intencionalidad, es dar lugar

a la experiencia de «lo informe» ,que sólo puede surgir en momentos de no integración.

Por lo tanto, no sólo es motor de la creatividad sino también del encuentro con el propio sí mismo.

Es en el uso de la creatividad que el individuo se conecta con el núcleo de su persona y despliega sus aptitudes. Lo esencial no es la creación terminada, sino la actividad de crear.

Muchas personas producen logros en el terreno artístico o intelectual por los que reciben el reconocimiento de la sociedad. Esto no asegura que el sujeto se sienta realmente en contacto consigo mismo. Más aún, a veces la búsqueda de reconocimiento se origina en una falla en la vivencia de existir como individuo. La repetición y multiplicación de las realizaciones concretas no hace más que alejar al individuo de su propia experiencia creadora. Se pueden realizar grandes creaciones y no sentirse creativo en la experiencia de vivir.

Cuando un individuo es «incapaz de llegar al estado de reposo en el cual se puede producir una búsqueda creadora», diagnosticamos enfermedad. La libre asociación de ideas no aparece, y en su lugar encontramos una coherencia excesiva del pensamiento que revela una organización defensiva.

En la salud existen momentos de relajación, amparados por la confianza de no haber sido perseguido durante los estados de no integración. Allí se despliega la actividad creadora con libertad física y mental, o sea el juego. La reiteración e instauración de estas experiencias en diferentes situaciones y momentos vitales, produce el sentimiento de existir como persona.

Sólo desde la experiencia informe sin exigencias externas ni internas, se accede a los estados de no integración. La creatividad que surge de esos estados expresada de diferentes modos y reflejada por el entorno, dará lugar al sentimiento de existencia. Es así como la persona se reconoce y conserva la capacidad de encontrarse a sí mismo cuando está solo y a través de los productos que ha creado.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Primera parte. Cap. 12: «Notas sobre el juego». Paidós, Buenos Aires, 1991. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Cap. 3: «El juego: exposición teórica». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

La transicionalidad y el mundo cultural

Existe un recorrido desde la ilusión individual a los fenómenos culturales, como trama vital que protege de la consolidación patológica de un sistema de ideas, de una institución, de una sociedad.

Los fenómenos transicionales aparecen así como verdadero motor de la creatividad y el cambio, preservando tanto la libertad individual como el potencial original de la civilización.

a) La ilusión necesaria

A partir de la experiencia de ilusión–desilusión, se hacen presentes dos necesidades: la de sostener la omnipotencia del pensamiento y la de aceptar el principio de realidad. Esta es para D. W. Winnicott la función de la ilusión.

La actividad mental y sus construcciones creativas o sintomáticas se hallan al servicio de reconocer, negar y a la vez elaborar las primeras separaciones, lo desconocido, y, en última instancia, la muerte.

La vivencia de desilusión genera el anhelo de reencontrar aquel objeto único que satisface todas las necesidades y remite a la madre de los primeros tiempos de vida. A partir de la primera separación este objeto sólo podrá hallarse como promesa que responde al ideal de completud. Ante la separación y la pérdida, se originan movimientos que marcarán el funcionamiento afectivo e intelectual, el deseo y la posibilidad de pensar a través de símbolos.

La nostalgia por el objeto perdido genera dos estilos de elaboración.

Uno de ellos accede a la capacidad de sustituir, creando nuevos caminos para el deseo, a través del desarrollo de los fenómenos transicionales.

El otro aspira al reencuentro total y absoluto con el objeto primario, reencontrarlo todo en el mismo lugar, a través de la persistencia de la omnipotencia.

Así es como desde el principio de la vida las rupturas en la continuidad del sí mismo generan la instrumentación de recursos de integración y elaboración, en procura de la completud y la unión perdidas, por caminos más o menos creativos y simbólicos, o por atajos que llevan directamente a la ilusión omnipotente de reencuentro con el objeto único. Los síntomas, las adicciones, las construcciones delirantes, son sólo algunos ejemplos.

En esta búsqueda aparece la posibilidad de investir nuevos objetos, concretos o abstractos, que servirán para elaborar el espacio y poblar el mundo simbólico. Estos objetos podrán poseer cualidades transicionales, como soportes provisorios de la libido, o cronificarse como objetos fetichizados que emparchan al yo y sueldan su relación con el mundo.

b) Creatividad y creación

La creatividad de un individuo se halla en estrecha relación con su capacidad simbólica, es decir con la posibilidad de colmar el espacio dejado por el objeto primario por medio de diferentes objetos, y accediendo a distintos modos de satisfacción, a través de la ampliación de los fenómenos transicionales.

En la teoría winnicottiana existe una continuidad entre la creatividad primaria, la ilusión y la actividad creadora del adulto. A su vez, el espacio transicional entre la madre y el bebé se continúa en el juego compartido y se amplía hacia las actividades culturales.

En el origen, es la calidad del ambiente temprano la que brinda la oportunidad para la creatividad y el despliegue de la ilusión, generando un modo de vivir característico que deriva en la riqueza personal del mundo interno y en la capacidad para ser original y aportar algo a la cultura. Más allá de las aptitudes innatas, y de la extensión de la realidad social en la que le toca vivir, el espacio transicional es patrimonio de cada individuo.

Para D. W. Winnicott la creatividad es inherente al hecho de vivir, y no una cualidad exclusiva de algunos pocos. Lo original es el gesto creador. Aquello que no queda sujeto a adaptaciones ni formalizaciones.

Desde el bebé que escucha su respiración o goza con el sonido de su propio llanto, hasta el artista que crea en su fantasía y concreta en la realidad una obra terminada, se halla presente la actividad creadora.

Clínicamente, observamos que sólo la oportunidad de funcionar creativamente brinda al individuo el sentimiento de estar vivo. Cuando este impulso no existe o se ha perdido, surgen el vacío y la sensación de que la vida no tiene sentido.

Algunas personas que han sido creativas en distintos momentos de su vida han perdido esta posibilidad. Las enfermedades psíquicas o ciertas exigencias y limitaciones impuestas por la realidad social o laboral, pueden ser la causa de esta devastación. Estas personas refieren un intenso sufrimiento: son capaces de recordar y añorar aquella capacidad perdida sin la cual no se sienten existir.

Sin embargo, la creatividad si bien dañada o reprimida, nunca es destruida totalmente. Suele mantenerse secreta, y la insatisfacción proviene tanto del ocultamiento como de la falta de inventiva. Aparecen el sentimiento de futilidad, y aún el impulso al suicidio.

c) La experiencia cultural

Toda la experiencia cultural se ubica en el espacio potencial entre el individuo y el entorno. El vivir creador, el juego y la experiencia cultural forman una unidad y una continuidad.

El individuo puede hacer síntomas en sus intentos de resolver sus conflictos, pero la sociedad también produce síntomas: las guerras, los regímenes totalitarios, los dogmas, las ideologías fanáticas, son intentos de resolver un conflicto de manera rígida y esquemática, con la simplificación patológica de los matices y transformaciones del mundo cultural. El *slogan* publicitario, el dogma religioso o ideológico responden a una misma significación: un discurso simbólico congelado en un solo sentido y que ha perdido la cualidad transicional.

En el mundo adulto cada uno se relaciona con el otro desde la superposición de sus espacios transicionales. La ilusión compartida es el origen de los grupos. Sin embargo, la cohesión puede ser forzada por la imposición de la subjetividad de algunos que, funcionando como líderes, estrechan el campo de la libertad y creatividad individuales. En esos casos, hablamos de sistemas de pensamiento en los que el discurso se ha fetichizado.

La cultura entendida como espacio transicional funciona como garante de la salud de un sistema social, ante el riesgo de consolidación permanente de las estructuras

institucionales y sistemas de poder.

d) El juego como figura de lo transicional

Si el juego es la experiencia transicional por excelencia, la cultura será entonces un juego «en serio» esencial para la vitalidad de los individuos y la civilización. La actividad lúdica no sólo es un campo privilegiado para sostener la paradoja entre reconocer y negar la realidad, sino también un antídoto ante el potencial patógeno de las organizaciones que cohesionan el campo social.

D. W. Winnicott no es el único que se interesó por el tema del juego como experiencia humana. Sociólogos y antropólogos han investigado las formas del jugar, desde los pueblos primitivos hasta la civilización tecnológica.

Uno de ellos, Jean Duvignaud, nos resulta particularmente cercano ya que ha buceado en la teoría winnicottiana articulándola con otros aportes.

En la comprensión del espacio del juego en la civilización, resulta enriquecedor «hacer jugar» las ideas de estos dos autores. Ambos reclaman un modelo teórico que permita ubicar el juego, así como los fenómenos de la cultura.

D. W. Winnicott: «Sugiero que ha llegado el momento de que la teoría psicoanalítica rinda tributo a esta tercera zona, la de la experiencia cultural que es un derivado del juego».^[1]

Duvignaud: «Probablemente se necesite otro paso distinto, otra epistemología para hacer frente a esas manifestaciones irrepetibles e inopinadas que son la fiesta, la creación artística, los sueños, la práctica de lo imaginario que es el juego».^[2]

La naturaleza fugaz y cambiante del objeto de estudio hace complejo crear una teoría que de cuenta de éste. Al igual que en el juego, la búsqueda de un modelo teórico estructurado limita la posibilidad de dar cabida a fenómenos que son esencialmente inasibles.

Sin embargo, tanto el juego como la experiencia cultural existen por derecho propio, y pueden ser pensados como fondo sobre el cual se dibujan las figuras de la estructura social.

Si bien para jugar es necesario contar con un entorno seguro y confiable, debe dejarse en suspenso la seguridad de los referentes fijos y relaciones estables.

La búsqueda del juego y del placer sin utilidad escapan a las reglas, por lo tanto, no pueden consolidarse como adquisiciones definitivas. Si bien los fenómenos que en él ocurren son siempre efímeros, el espacio transicional es permanente e indestructible.

Es posible pensar que en todas las culturas existen experiencias que están más allá de la funcionalidad y la productividad. Experiencias relacionadas con lo inédito, lo inútil, lo azaroso, finalmente el juego. Estas experiencias definirían a una cultura más allá de las estructuras establecidas.

La eficacia y la funcionalidad aparentan ser los pilares del progreso. Sin embargo, cabría preguntarse si el motor de los cambios culturales se oculta en fuentes más sutiles y secretas: la improvisación y la creatividad.

Son parte del universo lúdico ciertas actividades de la vida colectiva que escapan a la razón y la productividad. A la cantidad de trabajo, el capital y la rentabilidad. También al tiempo medido en rendimiento.

El jugar y la experiencia cultural tienen la función de vincular el pasado, el presente y el futuro; ocupan tiempo, espacio y energía. Sin embargo, se caracterizan por la falta de exigencia y de obligatoriedad.

Cuando se dejan en suspenso las defensas, se despliegan el ejercicio de la libertad y la ilusión. Espacio potencial que permite imaginar lo imposible.

Afirma Duvignaud: «¿Habrá que admitir que existe una región en que el hombre dispone libremente de sí mismo, en que se anticipa por amplio margen a lo que aún no es?». ^[3]

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Cap. 7: «La ubicación de la experiencia cultural». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

[2] Duvignaud, Jean: *El juego del juego*. Fondo de Cultura Económica. México, 1982. [[REGRESAR](#)]

[3] Duvignaud, Jean: *El juego del juego*. Fondo de Cultura Económica. México, 1982. [[REGRESAR](#)]

Desarrollo emocional, adquisición de las capacidades, integración del *self*

D.W. Winnicott afirma que en el desarrollo emocional son necesarias ciertas condiciones externas para que los potenciales de maduración se hagan realidad.

Toda su teoría del desarrollo psíquico se origina y articula alrededor del concepto de *self*, del ser o sí mismo (que usa a su manera). Este concepto integrará elementos de la teoría kleiniana, de la teoría freudiana, elementos de la psicología del yo, y aun de la filosofía y la literatura.

El de *self* es un concepto central, que va sufriendo transformaciones y variaciones de sentido, según el contexto en el que D. W. Winnicott lo utiliza. Sin embargo, la idea de una identidad personal única, integrada y original está siempre presente. En ese sentido, D. W. Winnicott se apoya en la noción de yo freudiano, para hacer derivar de él la idea de un *self*, que implica el sentimiento de identidad que aparece con la percepción de la propia existencia.

Este *self* central, que está en germen en el individuo desde el comienzo, se transformará poco a poco en lo que D. W. Winnicott llamará el «verdadero *self*» o núcleo de la persona. Al mismo tiempo, se desarrollan una serie de mecanismos adaptativos, que darán lugar al «falso *self*», y que comprenden desde las adaptaciones necesarias, hasta las estructuras defensivas patológicas, cuando el falso *self* predomina sobre el verdadero.

«Se podría decir que el núcleo del self es el potencial heredado que experimenta una continuidad de existir y que a su modo y a su ritmo adquiere una realidad psíquica personal y un esquema corporal personal».^[1]

Potencial heredado significa para D. W. Winnicott la tendencia al desarrollo, innata al individuo, que corresponde al crecimiento del cuerpo y a la aparición gradual de las funciones. En este desarrollo están presentes la integración psíquica, la integración psicosomática —que D. W. Winnicott llama «personalización»— y la capacidad de relacionarse con los objetos y con el ambiente en general.

Del *self* verdadero, surgen el «gesto espontáneo» y la creatividad, y sólo desde él. No es el ello, ya que no se trata de las pulsiones exclusivamente, sino de experiencias del sujeto en relación a sus pulsiones. Es así como, nos dirá D. W. Winnicott, las pulsiones del ello son al principio externas al yo, y tienden a desorganizarlo. Gradualmente, gracias al apoyo ambiental, se constituye un *self* que engloba la noción de yo. Es el *self* quien vive las experiencias y permite que cada nueva satisfacción instintiva del ello devenga en una adquisición que contribuye a la mayor fuerza del yo y que lo prepara para encarar, sin desorganizarse, cada vez mayores demandas pulsionales, y cada vez con mayor prescindencia del sostenimiento ambiental complementario.

Es importante destacar que el yo infantil es aún precario y con escasa capacidad de ligar y elaborar. Tanto las pulsiones como los estímulos externos conservan el poder de desorganizarlo. Sólo un yo fuerte e integrado es capaz de capitalizar la energía pulsional a su servicio. La situación es compleja y en cierto sentido paradójica. Si el yo precario se desorganiza, parece imposible llegar a un grado de estructuración suficiente para tolerar y ligar el embate pulsional. Esta es la razón por la que el soporte ambiental se hace indispensable. Funcionando como apoyo transitorio del yo infantil, prestando representaciones y palabras, la madre permite la ligazón de las pulsiones a través de experiencias no traumáticas, consolidando así el núcleo del yo.

El *self*, entonces, madura del interior hacia el exterior, amparado por un ambiente humano, que a la vez que asiste a las necesidades fisiológicas, facilita la integración del yo y por lo tanto el recorrido desde la dependencia a la independencia.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte. Cap. 3: «La teoría de la relación paterno-filial». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

El ambiente facilitador

«No existe nada que pueda denominarse bebé»,^[1] afirma D. W. Winnicott.

Esta original declaración intenta transmitirnos la idea de que un bebé no es una entidad autónoma y sólo se lo puede comprender amparado por la madre y articulado con el ambiente que lo rodea.

«El niño pequeño y el cuidado materno forman conjuntamente una unidad...en las primeras fases, el niño pequeño y el cuidado materno se pertenecen mutuamente y son inseparables».^[2]

a) La experiencia de mutualidad madre–hijo

Durante el último período del embarazo y el primer tiempo después del parto, la madre y el bebé comparten ciertas experiencias. Estas favorecen la identificación de la madre con su bebé y les permiten a ambos constituir una «experiencia de mutualidad».

Por esta razón, la madre natural se ve favorecida para cumplir esta función. Sus vivencias corporales y emocionales le hacen experimentar una continuidad y una conexión con la vida de su bebé.

Además, para D. W. Winnicott la experiencia del propio nacimiento e infancia, si bien reprimidos, son parte de la madre y aportan su cualidad al cuidado materno.

A partir de las propias experiencias y el deseo de la maternidad se desarrolla en la mujer la capacidad de crear en la fantasía un hijo vivo.

«El comienzo de los niños es en el momento en que son imaginados».^[3]

b) La preocupación maternal primaria

Este concepto fue utilizado por D. W. Winnicott para describir el estado psicológico especial en que se encuentra la madre durante el primer tiempo de la crianza del bebé. Son los cuidados corporales y la elaboración imaginativa de la relación con el hijo los que caracterizan a este estado.

A partir de una identificación creciente, la madre le brinda sostenimiento emocional y apoyo yoico en la etapa de dependencia absoluta, previa a la integración del yo infantil.

A su vez es capaz de preservar al bebé de sus experiencias y sentimientos personales de frustración o enojo. Trata de no ser vengativa, y si se halla alterada por razones ajenas, espera hasta recuperar su equilibrio antes de relacionarse con su hijo. No lo invade con sus estados de ánimo ni sus ansiedades.

c) El *holding*

Según las diferentes versiones este término ha sido traducido como «sostenimiento» o «amparo».

El concepto de holding fue utilizado por D. W. Winnicott para describir una conducta emocional de la madre respecto del bebé, que involucra aspectos tanto físicos como emocionales.

En la etapa de sostenimiento, el bebé precisa ciertas condiciones ambientales que satisfagan sus necesidades fisiológicas. A su vez, necesita que este sostenimiento sea estable y digno de confianza, más allá de la estabilidad real del entorno. Esto se logra gracias a la identificación emocional de la madre.

Cuando el sostenimiento funciona adecuadamente, la criatura no es capaz de reconocer la provisión ambiental. Sólo cuando falla, el niño toma conciencia, no del fallo sino de los resultados de dicho fallo.

Este *holding* es esencial para el desarrollo emocional temprano, tanto que sus fallos originarán distintas estructuras psicopatológicas.

La no integración es característica del bebé así como su potencial tendencia al desarrollo. Estos sólo son posibles con el adecuado sostenimiento.

El soporte materno sostiene al yo inmaduro, que puede experimentar sin desorganizarse, sentando las bases para la integración.

Las funciones de sostenimiento implican proteger contra la irrupción pulsional, tomar en cuenta la sensibilidad del bebé en términos corporales (tacto, temperatura, audición, visión, acción de la gravedad). Reconocer y aceptar el estado narcisista, con el consiguiente desconocimiento del no-yo por parte del bebé. Adaptarse al ritmo único y original de cada criatura. Acompañar los sutiles cambios, tanto físicos como psíquicos, que aparecen durante el crecimiento, implementando «una adaptación viva a sus necesidades».

A esta adaptación dinámica se refiere D. W. Winnicott cuando define la función de la «madre suficientemente buena».

No se refiere a un ajuste perfecto sino a un movimiento flexible de adaptación–desadaptación que acompaña los ritmos y cambios del bebé.

Habitualmente esta aptitud surge en forma natural e intuitiva desde la madre, generando en el bebé la experiencia de continuidad de existir.

Si el *holding* fracasa, la continuidad existencial se interrumpe y el sujeto vive amenazado por las angustias primitivas. Esta amenaza daña tanto la integración como el desarrollo, promoviendo defensas tempranas de desintegración o una tendencia al autosostenimiento precoz y defensivo.

Esta experiencia de haber estado en contacto con las angustias primitivas y las vivencias de confusión y desintegración, deja una marca traumática en el psiquismo. La organización de defensas tempranas de emergencia genera una escisión del *self* con el fin de mantener sitiado al trauma, que queda así inscrito en el inconsciente no reprimido, sin acceso al recuerdo ni a la palabra, pero con la potencialidad de actualizarse en vivencias angustiosas. El temor de «ser dejado caer» y de perder la unidad psicosomática se reactivarán a lo largo de la vida.

d) La función del padre y la familia

D. W. Winnicott afirma que si bien el padre como persona, puede cumplir funciones afines a las de la madre, es importante en cuanto a ciertas cualidades especiales que configuran una función paterna diferente a la materna.

El papel del padre, además de su colaboración en la función de sostén, representa al «ambiente indestructible» que acompaña a la unidad madre–bebé y más adelante a la relación madre–hijo.

Las primeras nociones de la función paterna se organizan en el niño a partir de ciertas cualidades de la madre: la firmeza, la severidad, el orden, la autoridad. Gradualmente estará en condiciones de reconocer al padre como persona diferente de la madre.

La presencia del padre permite a la madre cumplir su propia función, sin tener que hacerse cargo de las características paternas, y dejando lugar al despliegue de diferentes sentimientos y experiencias en el niño, en relación a cada uno de sus progenitores y al vínculo entre ellos.

Más adelante, el padre podrá aportar nuevos aspectos del entorno a las experiencias infantiles. Así incluirá su lugar en el mundo social, sus intereses laborales, sus valores e ideología.

También, la posibilidad de abrirles el mundo a los hijos, acompañándolos en sus salidas, en sus juegos, y en el aprendizaje de nuevas experiencias.

La estructura familiar, fundada en la pareja parental, funciona como espacio transicional entre el niño con sus relaciones más próximas, y la vastedad del mundo social. Cumple la doble función de protegerlo frente a las exigencias del medio y a la vez de abrirle el camino hacia nuevas relaciones.

A partir de allí, se instaurarán tanto los vínculos afectivos más íntimos y confiables, como la posibilidad de desenvolverse en ambientes más amplios y de establecer relaciones de amistad, de esparcimiento compartido y más adelante, de intereses laborales.

Así como la madre organiza la aparición gradual de la realidad en el psiquismo del bebé, la familia administra la transición entre el mundo íntimo y cercano y la realidad social circundante. Permite una gradual permeabilización de los vínculos con el entorno a través de la incorporación de los miembros de la familia ampliada: abuelos, tíos, primos.

También acompaña en el ingreso a la escolaridad y a las actividades sociales y culturales, ampliando así el mundo del niño, que se encuentra a la vez protegido del exceso de estímulos externos y acompañado en su exploración del mundo e inserción en la sociedad.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte. Cap. 3: «La teoría de la relación paterno-filial». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte. Cap. 3: «La teoría de la relación paterno-filial». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte. Cap. 3: «La teoría de la relación paterno-filial». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

Dependencia y capacidad para estar a solas [*]

Para D. W. Winnicott, el bebé como entidad no puede ser estudiado sino en relación a la unidad de cuidado madre-bebé. Esto es así porque la dependencia es, en un principio, un hecho ineludible de la realidad. La dependencia es absoluta en el momento en que el niño no es capaz de reconocer el cuidado materno ni a la madre como objeto. La dependencia es relativa, cuando el objeto es reconocido y los fallos ambientales comienzan a ser percibidos como tales. Hay también un «camino hacia la independencia», que nunca llegará a ser absoluta. En su transcurso el individuo desarrolla recursos propios para prescindir del apoyo ambiental, a partir de la confluencia de varias experiencias: la acumulación de recuerdos, la introyección de los cuidados maternos, la comprensión intelectual, la confianza en el ambiente.

Aquí surge otro de los conceptos clave de la teoría winnicottiana: el desarrollo de la capacidad para estar a solas. Esta capacidad, dice D. W. Winnicott, se basa en una experiencia paradójica de la primera infancia: la de estar solo en presencia de la madre.

La adquisición de esta capacidad sería un signo importante de madurez, y es transicional en la medida en que se preservan tanto la relación con el mundo interno como la conexión con la realidad. La noción de la existencia del otro es esencial.

Al comienzo, la inmadurez del yo es compensada por la presencia de la madre. Gradualmente ésta será introyectada, y esta introyección podrá acompañar en los momentos de soledad real.

En la etapa intermedia, la figura de una madre no intrusiva pero presente permite al niño experimentar con sus impulsos sin riesgo de desborde, a la vez que sin temor al abandono ni a la persecución externa.

En el camino de la dependencia absoluta a la independencia, D. W. Winnicott señala tres hitos: la integración, la personalización y los comienzos de la relación de objeto.

Estos logros no se alcanzan consecutivamente, ni de manera definitiva: se superponen, se hallan y pierden, se alimentan entre sí, a lo largo de toda la vida de un individuo.

Las patologías de la capacidad para estar a solas son, en un extremo, el aislamiento esquizoide o narcisista, y en el otro la dependencia patológica, las adicciones a sustancias, objetos o personas.

Estas pueden comprenderse desde distintos ejes teóricos.

a) En relación con la transicionalidad y el objeto transicional

Existe un estilo adictivo que se expresa tanto en las relaciones interpersonales como en otras formas de adicción.

En estas personas predominan la dependencia emocional o formas reactivas de independencia que enmascaran adicciones secretas.

En la relación adictiva los otros son utilizados para aplacar una sensación de ansiedad intolerable y un persistente sentimiento de soledad.

Esta vivencia de soledad se origina en el tipo de relación que se establece con los objetos —más allá de que muchas veces la persona termina realmente sola. Las expresiones «me siento solo, estoy solo, tengo miedo a la soledad», aparecen con frecuencia en el padecimiento de estos pacientes.

Clínicamente observamos una extrema dependencia, a la vez que una explotación o abuso respecto del objeto, con la compulsión a consumir, incorporar o poseer perentoriamente a éste.

Se establece un lazo especial, intenso y exclusivo, amoroso y despótico entre el sujeto y el objeto. Objeto deseado y temido, idealizado y siniestro. Odiado y amado. Relación pasional de dependencia y fascinación, pero también de temor y sometimiento. Esta es la marca de la relación con el objeto transicional patológico o fetichizado.

El objeto de la adicción es vivido como un objeto omnipotente que puede brindar la totalidad de la satisfacción: puede aplacar la angustia, colmar el deseo, calmar la necesidad, como la madre en los primeros tiempos de vida.

Aquí el objeto «fetichizado» impide el reconocimiento y la elaboración de la ausencia. El telón de fondo será la angustia de separación.

Este estilo de relación se origina en un accidente particular durante la elaboración de los pares satisfacción—frustración, unión—separación. Recordemos que en el desarrollo

humano algunos objetos son ofrecidos desde la madre y elegidos por el niño para favorecer esta transición y proteger al sujeto tanto de la pérdida del objeto, como del riesgo de fusión con él.

En la estructura adictiva los objetos transicionales, que debieron abrir el camino al deseo y al pensamiento se hallan sobreinvertidos, ocupando un lugar de privilegio en la dinámica psíquica y obturando el despliegue simbólico.

En el origen de esta conducta se encuentran ciertas experiencias infantiles: la crianza se produjo en un estilo en donde la relación se establece más con las cosas que con las personas. Desde ese momento el individuo aprende a depender de objetos concretos que le alivian las necesidades a la vez que le aplacan la ansiedad. Aquí vemos un fallo en lo que D. W. Winnicott denominó «presentación del objeto».

La adicción sería entonces consecuencia de una falla en la relación de objeto, negada por la interposición de objetos concretos. Las características de la relación son la voracidad, la posesividad, la desconsideración por el objeto, la alternancia permanente entre idealización (cuando la necesidad se incrementa) y denigración (cuando la necesidad disminuye).

Paralelamente, el adicto no establecerá una relación verdadera con el otro que implicaría el compromiso de reconocerlo y cuidarlo. Sólo utiliza objetos que supuestamente controla y puede tomar y abandonar a voluntad. Finalmente tratará a las personas como cosas, que sólo tienen valor en la medida que él las necesita.

b) A partir de la capacidad de preocuparse por el otro

Aquí nos remitimos al concepto que D. W. Winnicott llamó capacidad para la inquietud, o capacidad para preocuparse por el otro. Esta surgiría como una necesidad de poner un límite al amor despiadado, aquel que no toma en cuenta al objeto.

El desarrollo de la capacidad para la inquietud, favorecida por el entorno temprano, es la que permitirá la conservación del objeto, al tiempo que cierto grado de satisfacción posible. Para esto será necesario que los componentes agresivos puedan sufrir una transformación en el sentido de la sublimación, que lleva implícito un reconocimiento e integración de los sentimientos ambivalentes. En caso contrario estos persisten no integrados y adquirirán modos de expresión sintomáticos como la formación reactiva o

en este caso en particular, el funcionamiento alternante idealización–denigración del objeto.

En ciertos casos, cuando el medio ambiente ha fallado en ayudar al niño a tolerar en sí los sentimientos contradictorios, para permitirle resguardar de su agresión a las personas que le importan, la ambivalencia adquiere características extremas e intolerables. Así, estas personas demandan todo de aquellos a quienes quieren, y no toleran ninguna frustración, ya que en ese caso aparecen la rabia y la destrucción.

En las personalidades adictivas donde el encuentro amoroso con la madre falló en la infancia y la capacidad para estar a solas no se instauró, persiste una necesidad y dependencia extrema de los otros al mismo tiempo que una intensa rabia por tener que depender y una gran intolerancia a que el otro falle. Esas personas usan a los otros sólo para calmar su ansiedad y no pueden tolerar una verdadera relación con ellos.

c) Respetto del uso del objeto

Aquí ubicamos, según D. W. Winnicott, el fallo en el pasaje de la relación (subjetiva) al uso del objeto (externo y diferente) y, en general del pasaje del objeto de la satisfacción pulsional al objeto amoroso, o también del objeto parcial al objeto total. Es en este punto donde se genera la dependencia o adicción con sus particulares características de urgencia, incapacidad de espera, intolerancia a la frustración, irreemplazabilidad.

Cuando el estado de necesidad es extremo la otra persona aparece como idealizada y valiosa, surgiendo sentimientos de desesperación por estar junto a ella.

Apenas esta necesidad es saciada, el individuo avergonzado de su dependencia, siente rencor hacia aquel a quien tanto necesita. Se desprecia a sí mismo y para calmar su sentimiento de inferioridad, desprecia altaneramente a aquel al que «ya no necesita» en un alarde de autosuficiencia vengativa, a la manera de un triunfo maníaco.

La permanente explotación de los otros donde se alternan idealización y desprecio produce intensa angustia, en primer lugar a causa del sentimiento de culpa generado por la agresividad y el miedo de haber destruido al objeto; pero también por temor a la venganza y al abandono de los otros.

Podríamos decir que la angustia tendrá entonces un componente más depresivo —la culpa— y un componente más persecutorio —el miedo— que pueden reforzarse o aparecer en forma alternada, según las características de la personalidad total.

Aquí aparece el sentimiento de soledad —a veces disfrazado bajo la apariencia de independencia—, y la búsqueda desesperada de nuevos objetos acompañantes que aplaquen la angustia. Pero el individuo no puede evitar repetir este modelo de relación. Con lo cual el ciclo necesidad idealización desprecio angustia soledad se realimenta nuevamente.

d) Las dos formas clínicas

En algunos individuos aparecerán la ansiedad, la dependencia, el sometimiento, la necesidad extrema de estar con alguien sentido como único e irremplazable. En otros tomará la forma de arrogancia, de autosuficiencia y de desapego, como modos reactivos de independencia. También se observa la alternancia de las dos formas en un mismo sujeto: períodos de intensa dependencia y otros de cambio compulsivo de objetos.

En ambos casos observamos con frecuencia adicciones paralelas o aún alternativas, que aparecen o se agravan ante los fracasos afectivos: cigarrillo, alcohol, pero también las compras compulsivas, la TV, el teléfono, y aún la actividad física excesiva; todas cosas que pueden tener un funcionamiento de reemplazo, ocupando el lugar del objeto faltante.

Comprar, comer, consumir, usar, funcionan como actos-síntoma que condensan múltiples sentidos: la descarga de la pulsión, la autorreparación amorosa por la privación afectiva, la apropiación vengativa a la manera de un robo, los componentes autodestructivos en busca de castigo: comer lo que hace daño, alcoholizarse o drogarse, los *acting* sexuales compulsivos y promiscuos. La ferocidad y la depredación son los rasgos centrales del vínculo con el otro.

De cualquier modo ambas formas clínicas remiten a una ausencia de un buen objeto interno, y necesitan desesperadamente del otro para incorporarlo o negarlo.

La presencia constante del objeto real externo resulta indispensable debido al fallo en la constitución del objeto interno y por lo tanto de la capacidad para estar a solas.

Existe una incapacidad de establecer vínculos verdaderos con los otros que implicarían la estabilidad, la aceptación de los límites y las diferencias y el reconocimiento sin rabia de la dependencia recíproca que toda relación humana implica.

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo presentado en las VIII Jornadas Psicoanalíticas de la APU. Montevideo, 1993. [[REGRESAR](#)]

Integración, personalización, relación con los objetos

Al nacer, el bebé es una persona en potencia. Este potencial tiende a desarrollarse, tanto en crecimiento físico como en la parte psíquica. Las tendencias heredadas se hallan en ambos aspectos, y de parte de la psique incluyen las que llevan a la integración. El propio ser del bebé comienza cuando comienza su yo, y esta primera organización, que trae por resultado la continuidad de existir, es el fundamento de la identidad.

«Resulta útil pensar que la integración surge de elementos motores y sensoriales, es decir, de la materia básica del narcisismo primario. Esta adquiriría una tendencia hacia un sentido existencial».^[1]

Al comienzo, el bebé no puede separarse del ambiente, no percibe la diferencia entre lo que es yo y lo que es no-yo.

Si el ambiente es bueno, la continuidad de la línea de la vida origina una totalidad, que comienza cuando el bebé alcanza una condición unitaria. Esta le permite el «yo soy», el estado de integración que surge gradualmente en el momento de la dependencia absoluta. Al principio no existe la vivencia de un *self* propio integrado.

Aquello que D. W. Winnicott llama globalmente procesos de integración, se halla en realidad configurado por tres mecanismos que se articulan y superponen entre sí: La integración, la personalización y la relación con los objetos.

a) La integración

Integrarse significa la reunión de los componentes psíquicos y somáticos de las experiencias emocionales. Gradualmente esto incluye la orientación espacial y la noción

del tiempo.

El ambiente podrá ser reconocido como externo y a la vez permanente, independientemente de la omnipotencia del niño.

Aquí, el sostenimiento materno (*holding*) es el que provee las condiciones para la integración. Sostener significa cuidar al bebé de la irrupción de situaciones externas traumáticas, y también cubrir sus necesidades y contener la irrupción pulsional. Así, el yo inmaduro se fortalece transitoriamente gracias al soporte materno, que permite tanto la integración gradual como el retorno sin riesgo a situaciones de no integración.

Cabe aquí aclarar la articulación del concepto de integración con el de desintegración por una parte, y el de no integración por la otra.

La desintegración corresponde a un mecanismo de defensa muy primitivo, organizado por el bebé ante un fracaso masivo del sostenimiento. Implica la producción activa del caos por el psiquismo infantil, como un intento de controlar la angustia inconcebible provocada por la ausencia de auxilio del yo materno.

La no integración corresponde a un estado normal del bebé, que puede permitirse permanecer relajado en tanto la madre se hace cargo de la función de sostén. La integración no es necesaria en forma permanente. Si el ambiente es confiable, la integración psíquica normal conservará la capacidad de regresar a estados de no integración. Estos serán precursores de la capacidad del adulto para relajarse y disfrutar de la soledad, experiencia que provee las condiciones para la creatividad.

Es importante aclarar que el yo materno no funciona como una prótesis en la función de *holding*, sino que provee el marco contenedor para que el yo débil ejercite las experiencias instintivas. Sólo de este ejercicio totalmente personal surgirá una integración verdadera y autónoma.

Esto mismo lo observamos en el tratamiento de pacientes graves, en relación al encuadre terapéutico. No se trata de proveerle al paciente aquello que le faltó en su entorno temprano, sino de instaurar las condiciones de confianza y sostén que le permitan organizar los límites de su propio yo.

b) La personalización

El proceso siguiente a la integración es la personalización. Este término, en el contexto de la obra de D. W. Winnicott, significa integración psicosomática o, en palabras del

autor, «que la psique habite el soma». De este modo el niño tiene un adentro y un afuera, y también un esquema corporal.

Las funciones de incorporar y expulsar adquieren sentido, y se reconoce una realidad psíquica propia.

D. W. Winnicott relaciona la personalización con otro aspecto de la provisión ambiental: el *handling*, traducido por los términos «manipulación» o «asistencia corporal».

«Sin una manipulación activa y adaptativa satisfactoria, es muy probable que realizar la tarea desde adentro resulte difícil o, de hecho, imposible para que quede instaurado como es debido este desarrollo de una interrelación psicosomática».^[2]

Una manipulación adaptativa supone que la persona que cuida al niño es capaz de tratarlo junto con su cuerpo, dando por sentado que ambos forman una unidad. (no como un muñeco, sino como una persona).

El logro de la personalización dará como resultado una buena coordinación psicomotora, disminuyendo el riesgo de las enfermedades psicosomáticas, y a la vez será fuente de una relación con los objetos, donde cuerpo y objetos se hallen presentes y no disociados.

c) La relación con los objetos

La última etapa de los procesos de maduración tempranos es la capacidad para relacionarse con los objetos.

Aquí la función del entorno se hace importante en cuanto a la forma de presentar los objetos. Ya hemos visto en relación al fenómeno de ilusión y los objetos transicionales, la capacidad materna para ofrecer objetos que el niño pueda crear y a la vez descubrir.

En este sentido la función materna no se reduciría a satisfacer al bebé, sino que implicaría la posibilidad de que éste «descubra al objeto y se las arregle con él». El niño experimenta desde la omnipotencia primaria, libre de intrusiones y, por lo tanto, sin

necesidad de reaccionar a ellas, y así vive la experiencia de crear los objetos que luego podrá amar.

La noción de omnipotencia primaria no corresponde a la idea de alucinación sino al concepto de creación, en que fantasía y realidad se corresponden. Es la madre con su adaptación casi perfecta, la que proporciona al bebé la oportunidad de vivir una «breve experiencia de omnipotencia». La desadaptación gradual lo hará ingresar al principio de realidad.

En esencia, no podemos hablar de evolución gradual. La posibilidad de funcionar por momentos de acuerdo al principio de realidad, conservando otros de omnipotencia, permite la instauración de una relación adecuada con la realidad, preservando tanto el principio del placer como la capacidad de ilusión.

Sintetizando, recordemos que tres son las funciones que adquiere el yo infantil, y cada una de ellas forma un par con un aspecto de la provisión ambiental. La integración se produce gracias al *holding*, la personalización por obra del *handling*, y la capacidad de relacionarse con objetos se desarrolla gracias a la aptitud materna para la presentación de objetos.

d) Las angustias primitivas

D. W. Winnicott llamó «angustia inconcebible» a aquellas ansiedades muy primitivas a las que se halla expuesto el bebé en la etapa de dependencia absoluta, en ausencia del soporte ambiental. Estas son la matriz de las angustias psicóticas.

Las clasificó según varias modalidades de vivencia subjetiva: fragmentarse, caer interminablemente, no tener relación con el cuerpo, no tener orientación en el espacio.

Estas generan una reacción en el bebé que interrumpen la continuidad de existir, produciendo defensas de desintegración o integraciones precoces e inamovibles. Todos estos mecanismos llevan a deformaciones del yo que darán lugar a distintas patologías.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte. Cap. 4: «La integración del ego en el desarrollo del niño». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte. Cap. 4: «La integración del ego en el desarrollo del niño». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

El desarrollo de la agresión [*]

La otra línea que D. W. Winnicott recorre para explicar el desarrollo emocional es la de la agresividad, sus transformaciones y destinos.

Del manejo de la agresión derivan en gran parte la capacidad creadora y constructiva del ser humano. Estos impulsos innatos sufren una serie de modificaciones. Su destino estará en estrecha relación con el comportamiento ambiental. La madre, al decir de D. W. Winnicott, deberá ser capaz de contener la descarga agresiva del bebé, recibiendo tanto su impulso cruel como su capacidad de aportar algo, «sin morirse ni vengarse».

Varias son las formas patológicas posibles de la agresión, desde la inhibición neurótica hasta la psicopatía.

Pero un destino es esencial, y hace tanto al desarrollo del individuo como al de la civilización: la capacidad de construir, heredera del impulso destructor. El uso de la agresión libidinal que no se vuelve contra sí mismo ni destruye al otro, que no es melancólica ni paranoide, que se expresa con plena conciencia de su necesidad de ser utilizada, sin culpa ni miedo, también sin rabia ni rencor, «sin morirse ni vengarse».

a) Los orígenes de la agresividad

Para D. W. Winnicott, la agresión y la destructividad tienen origen en la vitalidad y actividad muscular primaria del bebé, aportando su intensidad a los impulsos eróticos.

Es una fuente pulsional esencial junto con el amor. En un segundo tiempo podrá corresponder a una reacción airada ante la frustración.

Al comienzo la destrucción sólo puede ocurrir en forma involuntaria, como componente desconsiderado de la avidez por el objeto. Acompaña al amor instintivo, y no tiene una intencionalidad en el sentido de la ira o el odio. D. W. Winnicott lo llamará «amor despiadado».

El ejercicio de la agresividad resulta placentero y excitante por la satisfacción pulsional. Más tarde, a partir de la integración del yo y los objetos podrá ser vivenciada y comprendida en términos de sentimientos de odio.

A estos impulsos primitivos fusionados con los impulsos eróticos se le agregarán impulsos destructivos hacia los objetos, seguramente acompañados de fantasías. Aquí surge la originalidad del enfoque de D. W. Winnicott: cuando el objeto sobrevive al conjunto formado por la fantasía y el impulso de destrucción, adquiere cualidad externa y, a la vez, cualidad de permanencia. Este es el momento en que el objeto podrá ser usado como otro diferente del yo, y es el origen de las relaciones de objeto.

El objeto es destruido en la fantasía inconsciente, pero sobrevive en la realidad. La supervivencia del objeto permite descubrirlo y relacionarse con él, accediendo a las relaciones objetales y al reconocimiento de los otros como diferentes y externos al yo.

El primer objeto será la madre —catectizada primero en forma narcisista, destruida luego en la fantasía inconsciente y sobreviviendo a la omnipotencia infantil—, quien ofrecerá la oportunidad de pérdida y reencuentro con el mundo a través de la ruptura de la continuidad narcisista y la recuperación del objeto externo por medio del vínculo afectivo.

La relación es al comienzo subjetiva, el objeto es sólo soporte de proyecciones. Si sobrevive a la descarga agresiva, el otro podrá ser encontrado y percibido objetivamente. A partir de allí se puede establecer una relación verdadera con él.

A diferencia de las teorías psicoanalíticas clásicas, en donde es el encuentro con el objeto externo el que desencadena la agresión, aquí es la agresión quien crea la exterioridad. En un segundo tiempo podrá darse el caso de que la imposibilidad de controlar omnipotentemente al objeto externo, con la consiguiente frustración, genere realmente un ataque de ira.

Solemos creer que el odio y la destructividad son una reacción al encuentro con el principio de realidad. Sin embargo es la agresión la que permite reconocer al objeto externo.

Para D. W. Winnicott, existe un primer tiempo en que el impulso destructivo crea la exterioridad, y un segundo tiempo en el que la agresión surge como consecuencia de la frustración que impone la realidad.

A partir de allí postulará el desarrollo de una nueva capacidad: la capacidad para la inquietud (o capacidad de preocuparse por el otro), proceso que comienza durante el

segundo semestre de vida, y se consolida alrededor de los dos años. Este proceso sería preedípico, y sólo si se ha instaurado adecuadamente, la organización del superyó edípico tendrá un sentido compatible con la salud psíquica.

Esta capacidad —que para D. W. Winnicott implica reconocer la propia responsabilidad en las relaciones en las que están involucrados los impulsos instintivos— se hallaría en la base de muchos juegos y fenómenos constructivos. En la etapa de dependencia relativa, el bebé busca la satisfacción instintiva sin interesarse por el destino del objeto que lo satisface. Gradualmente, estará en condiciones de reconocer que aquello que él destruye cuando está excitado es lo mismo que valora en los intervalos de quietud. A partir de allí, logrará la integración de la ambivalencia, y la posibilidad de inquietarse por el objeto y preservarlo de su propia destructividad.

b) La respuesta del entorno

La agresión es innata, junto con el amor. Sin embargo la actitud del ambiente del niño hacia estos impulsos básicos marcará el destino de la agresividad y la capacidad de amar de cada uno.

Solemos pensar que la posibilidad de reparar surge como consecuencia de la culpa por el daño causado. Sin embargo, en la infancia, cuando el niño no es aún consciente de sus actos, la situación puede ser vista a la inversa.

Es la oportunidad de reparar brindada por los padres, la que hace posible para el niño la confianza en su aptitud amorosa, favoreciendo la adquisición de la capacidad de preocuparse por el otro, mientras se hace responsable de los propios impulsos destructivos. Allí aparece el interés por el autocontrol como forma de preservar lo que se ama.

D. W. Winnicott usará una imagen original para indicarnos la calidad de las relaciones del bebé con la madre: hablará de una madre–objeto y de una madre–ambiente. La madre–objeto sería la poseedora del objeto parcial que satisface la necesidad urgente. Es el blanco de la experiencia excitada respaldada por la descarga pulsional. La madre–ambiente será la persona total, que satisface además necesidades del yo. Es la que recibe el afecto del bebé en una relación más tranquila, la que permanece viva aún cuando la necesidad pulsional ya ha sido satisfecha. El niño se alimenta de la

madre–objeto, la madre–ambiente sostiene la experiencia y sobrevive a la descarga instintiva.

Dirá D. W. Winnicott:

«Conforme a esta terminología, la madre–ambiente recibe todo cuanto pueda llamarse afecto y coexistencia sensual, en tanto que la madre–objeto pasa a ser el blanco de la experiencia excitada, respaldada por la burda tensión de los instintos».^[1]

En cierto momento, y a partir de la repetición continuada de esta experiencia, el niño comienza a sentir angustia por la destrucción de la madre–objeto, a la vez que una creciente confianza en su capacidad de ofrecer algo a la madre–ambiente. Esta posibilidad —próxima a la idea de reparación en Melanie Klein— se diferencia claramente en la teoría de D. W. Winnicott, ya que él no hablará de sentimiento de culpa, sino de una inquietud que implica dejar en suspenso el sentimiento de culpa por un breve período, en el que sigue siendo posible la oportunidad de reparación. En este esquema no hablamos de reparación en sentido estricto sino de la posibilidad de aportar algo a la relación.

Sólo si esa oportunidad desaparece, el sentimiento de inquietud surgirá como tristeza o culpa. Es evidente que el lapso de suspensión de la inquietud hasta su transformación en culpa, depende del momento madurativo del niño, y de su capacidad para mantener viva la imagen interna del objeto, a la espera de la reparación.

Es la madre–ambiente la que brinda la oportunidad de reparación y la madre objeto la que sobrevive. En estas circunstancias el bebé adquiere la capacidad de preocuparse por el objeto. Cuando la madre real fracasa en su función, aparecerán las defensas primitivas de escisión y defusión de la agresividad.

Si la madre es capaz de recibir la contribución, que en un momento puede estar representada por la sonrisa del bebé luego de haber sido alimentado por el pecho, se instaura lo que D. W. Winnicott llamará un «ciclo benigno». Un ciclo benigno es lo contrario de una relación paranoide, en la que la persecución y la desconfianza se realimentan. Aquí la madre confía en la capacidad reparadora del bebé, lo cual acrecienta en el bebé la confianza en su propia capacidad reparadora, no necesitando del despliegue

de sentimientos persecutorios respecto de la madre, y realimentando su confianza en el ambiente.

Cuando la madre no responde adecuadamente, los esfuerzos reparatorios resultan inútiles, el niño se ve invadido por un sentimiento de culpa patológico que lo lleva a perder parte de su espontaneidad o se instala la ausencia del sentimiento de culpa con conductas agresivas y sin confianza en el ambiente.

En todo este proceso está implícita la percepción por parte del niño de su propia integración en el tiempo, y de la permanencia temporal del objeto.

Este planteo lleva a D. W. Winnicott a una construcción paradójica que complementa en forma interesante la teoría kleiniana de la posición depresiva:

«No es el reconocimiento de la propia destructividad el que produce la posibilidad de reparación, sino que son las experiencias constructivas y creativas las que permiten reconocer la propia destructividad».^[2]

c) Las alternativas patológicas

La agresión puede tomar varios caminos, que para D. W. Winnicott se hallarán en estrecha relación con la respuesta ambiental: el desarrollo normal de la capacidad para la inquietud, y dos alternativas patológicas.

La primera es la no adquisición de la capacidad para la inquietud. El niño pierde la esperanza en su propia capacidad de reparar, cuando desde el ambiente no se le brinda la oportunidad para hacerlo. La falta del sentimiento de culpa es característica de los antisociales y psicópatas. Falla también la capacidad de reparación.

Si además, en la historia edípica, el superyó no se ha estructurado adecuadamente, los impulsos quedan en estado anárquico y no hay control de ninguna clase: ni el autocontrol que provenía del yo, ni el control impuesto por el entorno.

En estos casos, el individuo no es capaz de dominar su agresividad, y lo único que puede contenerlo es el límite externo real o el miedo al castigo. Muchas veces, sólo el encierro o las rejas de una cárcel ponen freno a una destructividad que el propio sujeto no puede manejar.

La otra alternativa patológica se orienta en el sentido de la neurosis. En ese caso el niño ha sido sometido a valores que no tienen relación con su mundo interno. Allí se instaura la neurosis con un desproporcionado sentimiento de culpabilidad.

En este caso, la posibilidad de experimentar con las propias pulsiones queda coartada por la represión ambiental. En vez de un yo fuerte que disfruta con el autocontrol, se desarrolla un superyó cruel y acusador.

Aquí veremos un cuadro que puede tomar rasgos obsesivos o melancólicos.

El sujeto se halla atemorizado por sus pulsiones eróticas y agresivas y por sus propias fantasías, que son entonces reprimidas.

El comportamiento hacia los objetos es sumamente cuidadoso y obediente, pero el individuo pierde la capacidad de amar y crear.

En esta alternativa aparece el sentimiento de culpa exagerado y enfermizo, con aspectos positivos y destructivos. En este caso, la ley de la cultura y las prohibiciones que la vida en sociedad impone, no se han construido sobre la capacidad infantil de cuidar a quienes quiere, sino desde afuera como mandato.

En esos casos, el niño contiene su agresividad a través de un excesivo control, volviéndose rígido y formal. Sus impulsos quedan inhibidos y la consecuencia es la pérdida de la espontaneidad y la creatividad.

Cuando las reglas y normas son impuestas desde afuera sin la experiencia previa de «preocuparse por el otro», la crianza y la educación tendrán el estilo de un adiestramiento, internalizando una serie de funciones sin que estas sean procesadas por el yo. Con esto, el sujeto logra una adaptación razonable a la sociedad, cumpliendo con normas básicas de comportamiento, pero no tiene participación creativa en la capitalización de sus logros, por lo tanto no le pertenecen, quedando éstos a la manera de corteza como «falso *self*». Las relaciones objetales y la capacidad de amar se limitan debido a la pérdida del componente agresivo ligado al amor.

El correlato de este exceso de control artificial es un yo frágil e inmaduro que apenas puede sostenerse, y expuesto a la vivencia angustiosa de temor a la pérdida del control.

d) La agresividad en el mundo social

D. W. Winnicott nos revela el componente agresivo implícito en cada intento de relacionarse con los objetos eróticos. Tanto la relación amorosa como el aprendizaje o la

adquisición de bienes se hallan teñidos y reforzados por el impulso agresivo.

Sin embargo, a las personas y a la sociedad les cuesta aceptar que todo acercamiento a un objeto de amor involucra un aspecto voraz y destructor.

Habrà una normalidad y una patología, según el grado de defusión de lo agresivo, o su integración con los componentes eróticos, en las relaciones objetales.

A su vez, existen múltiples disociaciones de lo agresivo ocultas en los comportamientos sociales.

D. W. Winnicott nos llama la atención sobre las formas desplazadas de la agresión en la vida social, develando facetas agresivas en el comprar, el poseer, el comer compulsivamente como formas de satisfacer una necesidad de apoderamiento que implica voracidad y crueldad.

La agresión contenida crea conflictos en el individuo, también la proyectada sobre los otros ya que origina sentimientos persecutorios. Es innecesario enfatizar los resultados de la agresión que se actúa en forma directa.

D. W. Winnicott se interroga acerca de los posibles destinos del impulso agresivo en el individuo y sus consecuencias en el ámbito social.

La represión de la agresividad en los niños impide su elaboración e integración adecuada, generando en el individuo adulto comportamientos que agreden a la sociedad. Es por eso que el procesamiento de la agresividad, de tal modo que no se reprima ni se actúe, se hace esencial para la salud individual y la tranquilidad del mundo social.

En ese caso habrá una falta de integración de los elementos agresivos por intolerancia a la ambivalencia, la dirección por vías separadas del amor y del odio, y la represión de la agresividad con consecuencias individuales y sociales características.

La escisión de los objetos en malos e idealizados alivia la culpa, sin embargo, impide la fusión del componente agresivo con el amor dejando a su vez al odio en libertad de aparecer en forma disruptiva.

El otro destino implica una agresividad ligada al amor, a partir de la fusión de los elementos agresivos de la ambivalencia y de la configuración de una relación con objetos totales.

Esta alternativa preserva, sin embargo, la potencialidad de disociación y recuperación de lo agresivo al servicio del ataque y la defensa.

«En la salud, el individuo puede ir atesorando la maldad en el interior con el fin de utilizarla en un ataque contra las fuerzas externas que parecen amenazar lo que él percibe que vale la pena preservar. Así pues, la agresión, tiene un valor social. Este valor... reside en el hecho de que la objetividad se ve preservada y al enemigo se le puede hacer frente con economía de esfuerzos. Entonces para atacar al enemigo no hace falta amarle».^[3]

e) Creatividad y construcción

Los distintos modelos familiares y culturales de crianza y educación no sólo originan las dos modalidades patológicas sino también un punto de esperanza no utópico para el ser humano: la responsabilidad.

La capacidad para la inquietud —término que D. W. Winnicott utiliza para hablar de la responsabilidad— es la alternativa que permite tanto el desarrollo personal, como una vida en el mundo.

La actividad constructiva se originará entonces en una encrucijada donde participarán el ello, con sus pulsiones eróticas y agresivas, y el yo, con su capacidad de control.

¿Qué actitud del entorno puede inhibir el desarrollo normal de la capacidad de construir?

D. W. Winnicott utiliza el término «sentimentalismo» para referirse a una modalidad de crianza o educación basada en la negación de la agresividad infantil y construida sobre formaciones reactivas de aquel adulto que no puede reconocer su propia agresividad. Estas actitudes «sentimentales» generan culpa en el niño y le impiden la aceptación de la agresión y su utilización constructiva.

Cuando el medio ambiente es sentimental, el niño no encuentra espacio para expresar y hacer reconocer sus sentimientos agresivos y elaborarlos con algún tipo de actividad constructiva o reparatoria. En su lugar, puede mostrar conductas destructivas como una provocación al medio que parece negar y desconocer la agresividad.

El deseo de construir se apoya tanto en la satisfacción sublimada de los impulsos destructivos, como en la creciente capacidad de autocontrol lograda por el yo.

La experiencia de sublimación de la agresión aparece siempre que se realiza una tarea creativa. El control es también, en la medida en que surge de una necesidad interna del sujeto y no de una imposición represiva, fuente de una calidad particular de placer, el que deriva de la destreza, del desarrollo de las propias habilidades, de los logros propios.

Así se desarrolla el mundo interno y la capacidad de autocontener los impulsos y las fantasías.

Esta capacidad sirve al individuo para llevar a cabo acciones constructivas y preservar objetos amados de su propia destructividad.

El autocontrol comienza a resultar placentero por los beneficios que aporta; la destreza en todos sus campos: físico, intelectual y artístico. La consecuencia será el incremento de la fuerza del yo, y por lo tanto de la autoestima:

«Finalmente, toda la agresión que no se niega, y por la que es posible aceptar responsabilidad personal, puede utilizarse para fortalecer los intentos de reparación y restitución. En el trasfondo de todo juego, de todo trabajo y de todo arte, hay un remordimiento inconsciente por el daño realizado en la fantasía inconsciente, y un deseo inconsciente de comenzar a arreglar las cosas».^[4]

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo entregado para el libro *Winnicott en Latinoamérica*. [[REGRESAR](#)]

[1] Winnicott, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte, Cap 11 «El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro». [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Primera parte, Cap 6: «El desarrollo de la capacidad para la inquietud». Laia, Barcelona, 1975. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Tercera parte, Cap 6 «La agresión en relación al desarrollo emocional». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[4] Winnicott, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte, Cap 10 «La agresión y sus raíces». Paidós, Buenos Aires, 1990. [[REGRESAR](#)]

La transición adolescente ^[*]

Atravesado por la experiencia de cambio, el adolescente, desorientado e impaciente, busca un espacio para vivir.

Entre la destructividad y la creatividad, entre la marginalidad y la sobreadaptación, aún sin la posibilidad de aceptar transacciones.

El adolescente transita por una zona de alto riesgo vital, alternando actitudes y modelos hasta el logro de la integración, la creación de compromisos y el descubrimiento de la propia identidad.

«Fundamentalmente es un período de descubrimiento personal, en el que cada individuo participa de manera comprometida en una experiencia de vida, un problema concerniente al hecho de existir y al establecimiento de una identidad».^[1]

D. W. Winnicott llamó a esta etapa «fase de desaliento malhumorado».

a) Cambio, fantasía de muerte y muerte real

Los enormes cambios y replanteos vitales en el adolescente ponen en movimiento impulsos y fantasías en relación con la muerte. Si bien esta es una fantasía que acompaña a todo cambio, aquí el riesgo de suicidio o accidente se vuelve real.

Esta preocupación reaparece desde diferentes perspectivas, en la obra de D. W. Winnicott.

Sabemos que las fantasías de muerte acompañan a los sentimientos de odio del niño en la etapa edípica, sin embargo, su agresividad aun no resulta peligrosa para los padres y el mundo adulto.

En la fantasía inconsciente del adolescente, el crecimiento aparece ligado a la agresión y la fantasía de muerte se transforma en fantasía de asesinato, con el agravante de que el adolescente tiene ya capacidad y fuerza física suficientes para llevarlo a cabo. Por otra parte, el adolescente teme por su propia vida.

La vivencia de riesgo es una variable que abarca varios sentidos: riesgo de perder la identidad por sumisión al medio social y familiar, riesgo de perderse y desmoronarse como individuo, riesgo de fracasar en el logro de un lugar valorado en el mundo, finalmente riesgo de aniquilarse en el camino de encontrar la propia persona como objetivo tan esencial que puede hacer peligrar la vida misma.

También bajo la forma de síntomas o conductas autodestructivas en un amplio espectro que va desde actos simbólicos de destrucción, hasta las formas más dramáticas de autodestrucción.

Aquí pueden aparecer impulsos suicidas y aun llegar al suicidio real.

Desde los fracasos en los estudios, hasta el maltrato del propio cuerpo: bulimia, anorexia, lesiones cutáneas por agresión directa sobre un brote de acné, mutilaciones y marcas como los tatuajes, ciertos cortes de pelo, aritos, etc.

Maltrato a los objetos amorosos, no sólo a los padres sino también a la pareja y los amigos, con su consiguiente pérdida e inevitable sentimiento de soledad.

Violencia sobre los objetos concretos: descuido y destrucción de las cosas propias y ajenas que pueden llegar hasta actos de vandalismo.

También las salidas, vacaciones o viajes con alto contenido de riesgo. La velocidad en motos o automóviles, y sin duda el consumo de alcohol y de drogas.

El adolescente es esencialmente un ser aislado y las relaciones que establece son de tipo narcisista. Sin embargo, son la repetición y la superposición de estos vínculos las que lo llevarán gradualmente a la capacidad de reconocer y tolerar las relaciones objetales.

«... en un grupo de adolescentes las diversas tendencias suelen ser representadas por los individuos más enfermos. Un miembro del grupo toma una sobredosis de una droga; otro guarda cama, afectado por la depresión; un tercero echa mano fácilmente a su navaja. En cada caso, detrás del individuo enfermo, cuyo síntoma

extremo ha hecho intrusión en la sociedad, se agrupa una pandilla de adolescentes aislados».^[2]

Por otra parte debemos destacar la vitalidad y riqueza del mundo adolescente, expresada a través del respeto por valores esenciales y sensibles.

El amor por la música, el apasionamiento, el idealismo y la lealtad. Las amistades y amores intensos e incondicionales. La generosidad y la valentía.

Al mismo tiempo lo creativo: renacer, recrear, inventar.

La originalidad en el vestir y el hablar. Cierta mirada irreverente sobre los prejuicios y solemnidades del mundo que los rodea. Un humor ácido y ocurrente que enfrenta al adulto a su falta de libertad y a sus propias limitaciones.

b) Los tres ejes vivenciales

D. W. Winnicott destaca tres ejes de vivencia de cambio que generan a su vez diferentes estilos de síntomas.

Esto son la necesidad de desafío, la búsqueda de un nuevo comienzo, y la intransigencia ética.

En primer lugar, el desafío: la sensación de vacío, el sentimiento de irrealidad y la incertidumbre del propio ser, los llevan a actuar sobre la realidad concreta en forma destructiva o autodestructiva, como intento de afirmarse a través del desafío.

Dirá Winnicott: *«Se sienten irreales... y eso los induce a hacer ciertas cosas que son demasiado reales desde el punto de vista de la sociedad».*^[3]

Luego, la búsqueda de un nuevo comienzo para todo, como si no pudiesen aceptar nada de nadie. La idea es descubrirse, inventarse, sin someterse a nada ajeno.

El adolescente alterna identificaciones en busca de su identidad pero teme quedar atrapado en la identidad de otro y por eso rechaza todos los modelos. En realidad, buscando un modelo único y original que no repita nada de lo conocido, y le permita encontrar el sentimiento de sí. Esto los lleva a la vivencia de soledad, de no poder ser comprendidos ni ayudados, que puede llegar hasta la desesperación.

Es una búsqueda ansiosa e impaciente, con la necesidad imperiosa de descartar cualquier identificación demasiado estable. Debe desechar la herencia cultural así como

los modelos parentales. Lo hace a través de la utilización compulsiva de experiencias nuevas, rápidamente decepcionantes, que lo impulsan a seguir explorando.

El temor a quedar atrapado, endeudado, encasillado, o sometido a los deseos de otros lo lleva muchas veces a buscar el fracaso o la marginalidad, como protesta ante la vivencia de que sus logros pueden ser explotados o robados por los padres.

Esto reaparece en el análisis de pacientes adolescentes, donde es frecuente la irrupción de una reacción terapéutica negativa, cuando el analista intenta atribuirse los logros de su paciente, o incluso cuando espera recibir reconocimiento por su ayuda.

Finalmente, la intransigencia ética. Esta «feroz moralidad» no tolera la falta de autenticidad ni las soluciones falsas. Esto los hace exponerse a los peligros sin medir las consecuencias, y hasta preferir morir antes que ceder en algo que consideran injusto o falso.

Sólo con la gradual maduración el individuo podrá encontrar formas de flexibilizar sus verdades sin ceder en lo esencial.

Más allá del malestar y los reclamos de los padres, ellos no se hallan preocupados por su actividad o inactividad. Su objetivo esencial es ser fieles a sí mismos, y cualquier actividad que pueda hacerlos sentir sometidos a la voluntad de otros les resulta inaceptable. La intransigencia ética los lleva a descartar soluciones de compromiso. La paradoja está en que buscan ser fieles a sí mismos y a la vez intentan encontrar ese sí mismo al que poder serle fiel.

c) El final de la adolescencia

¿Cuáles son las alternativas de resolución de la crisis adolescente?

En la salud, la estructuración de una personalidad coherente a la vez que flexible, hecha tanto de identificaciones como de experiencias originales.

En los casos más graves, el derrumbe depresivo, con toda la sintomatología y las actuaciones que conocemos, hasta el riesgo de muerte real.

Pero también, y esto es importante detectarlo, la organización de un falso *self* reactivo y sumiso, con el empobrecimiento emocional y creativo de todo el ser. Exitosos aparentes que pagarán más adelante, en la vida adulta, el precio de la pérdida de la espontaneidad y el sentimiento de existir.

Afortunadamente, una gran mayoría de los adolescentes logra atravesar esta etapa y volver a encontrar un lugar propio en el mundo, conectándose con la vida y los proyectos personales. Estos sólo necesitan la presencia estable y coherente de los padres y el entorno: ni la comprensión benevolente, ni las acusaciones vengativas, sino la confrontación honesta y clara: sostener los propios puntos de vista, poner los límites necesarios.

Algunos más frágiles no resisten la inmensa presión de sus nuevos impulsos, conflictos y contradicciones, y precisarán de cuidados especiales de los padres, o de un apoyo terapéutico.

d) Algunas reflexiones respecto de lo familiar

D. W. Winnicott propone sostener y tolerar la crisis, ofreciendo así las condiciones para el mejor desarrollo de la persona. Mantenerse firmes en la responsabilidad, y no abdicar del rol adulto, lo que los dejaría impotentes y desarmados, sin un rival digno con el que competir, al cual desafiar, en parte vencer y en parte valorar e identificarse.

El sostén parental y ambiental se hace indispensable para que dentro de él se desplieguen la libertad y la impulsividad del adolescente. Si este sostén falla, el adolescente se ve condenado al autocontrol excesivo o al descontrol.

También reconoce los celos implícitos del adulto ante el potencial adolescente, el dolor de descubrir las nuevas oportunidades de las que éstos se benefician, la renuncia que implica acompañarlos, la delicada calidad de la tardía gratificación.

El reconocimiento vendrá con la comprobación de que los jóvenes comienzan a desplegar sus aptitudes y a ser capaces de aportar algo al mundo que los rodea.

e) El reto a la sociedad

¿Cómo se ve interpelada la sociedad por el fenómeno adolescente?

Es justamente la adolescencia quien mantiene vigentes el desafío, el idealismo, el valor de la identidad individual.

Y sin embargo, lo más complejo de aceptar es lo más obvio: la adolescencia sólo dura un tiempo y estos jóvenes, tan irritantes hoy, son los adultos que mañana se

preocuparán lúcidamente por los problemas de nuestra sociedad. Desde siempre los adultos responsables de una sociedad han atravesado y sobrevivido a esa etapa.

A su vez la sociedad deberá confiar en la aptitud del adolescente de acceder a la adultez, y apostar a que será capaz de esta doble misión: preservar y a la vez modificar el mundo que le está siendo entregado.

Si damos por sentado que la elaboración de la adolescencia es un proceso natural y parte del crecimiento, tendremos que considerar que ese proceso concluye en la estructuración de un individuo estable, responsable y maduro.

Quizá la paradoja más difícil de sostener es la que nos proponen en su demanda alternante o coincidente de desafío y de dependencia. Es frecuente que las estructuras sociales, familiares e institucionales queden entrampadas en esta paradoja.

La tentación puede ser comprenderlos demasiado. Empresa tan imposible como empobrecedora, ya que no sólo mutila el desarrollo original de la adolescencia, sino que priva a la sociedad de su aporte inédito.

D. W. Winnicott nos alerta contra el riesgo de ser comprensivos. La posibilidad de sostener el desafío permite al joven atravesar la «fase de desaliento malhumorado» y entrar en el mundo adulto identificándose con él, y preservando sus cualidades personales.

Finalmente, el tema de la confrontación:

«Puede que la frase "enfrentar el desafío" represente un regreso a la cordura, porque la comprensión es reemplazada por la confrontación. Que los jóvenes modifiquen la sociedad y enseñen a los adultos a ver el mundo en forma renovada; pero donde existe el desafío de un joven en crecimiento, que haya un adulto para encararlo. Y no es obligatorio que ello resulte agradable».^[4]

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo presentado en el «Congreso Latinoamericano de niños y adolescentes» FEPAL, Villa Carlos Paz, Córdoba, 1994. [[REGRESAR](#)]

[1] Winnicott, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap 17: «Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado». Paidós, Buenos Aires, 1990. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap 17: «Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado». Paidós, Buenos Aires, 1990. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap 17: «Luchando por superar la fase de desaliento malhumorado». Paidós, Buenos Aires, 1990. [[REGRESAR](#)]

[4] Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Cap 11: «Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente, y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior». Gedisa, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

Los aportes de Winnicott a la psicopatología psicoanalítica

Freud, al estudiar la vida instintiva formuló, en primer lugar, la teoría de la sexualidad infantil y, luego, las etapas de la sexualidad pregenital. Así estableció los conceptos de puntos de fijación y de regresión a los puntos de fijación.

La clasificación de las enfermedades psíquicas quedó entonces relacionada con el predominio de ciertos puntos de fijación y los mecanismos de defensa del yo. En el centro de la problemática se hallarían la angustia de castración y el complejo de Edipo.

A partir de la teoría del narcisismo, surge en Freud una inquietud respecto de las enfermedades no neuróticas. Estas implicarían un trastorno del yo, trastorno que dificulta el análisis por la incapacidad del paciente para instaurar una neurosis de transferencia.

Es en ese punto donde el psicoanálisis recibió el auxilio de los aportes de Melanie Klein, quien se ocupó del estudio del psiquismo temprano y sus trastornos. Pero, quizás apegada a la doctrina del conflicto intrapsíquico, no destacó la importancia de la dependencia real del niño, y por lo tanto la influencia del comportamiento del entorno real en el desarrollo emocional. Este es el punto de partida de la elaboración winnicottiana.

D. W. Winnicott pone el acento en la influencia del factor ambiental y sus fallos, lo que daría como consecuencia una intrusión traumática del entorno en la configuración del psiquismo infantil.

Esto lo lleva a postular ciertas modalidades de funcionamiento psíquico que podrán originar tanto rasgos de personalidad como estructuras psicopatológicas, y cuya característica fundamental son las deformaciones defensivas del yo. La deformación acontecería en un momento temprano de dependencia máxima en relación a la madre, y estas estructuras son previas a la organización de una neurosis. Estas últimas implican ya un aparato psíquico estructurado, capaz de enfermar por la presión de los conflictos intrapsíquicos y capaz de reaccionar mediante defensas y síntomas característicos.

¿Cómo explica D. W. Winnicott el trauma? El bebé interactúa con el ambiente desde sus necesidades e impulsos espontáneos. El ambiente materno satisface sus necesidades, a la vez que ofrece el soporte para el yo. No olvidemos que en el comienzo tanto los estímulos como las pulsiones son externos al yo. Sin el apoyo ambiental, conservan la capacidad de desorganizarlo.

Si este soporte falla, el ambiente y el mundo pulsional hacen intrusión en el bebé, que está entonces obligado a reaccionar. Así, la continuidad existencial se interrumpe.

Cuando estas intrusiones traumáticas se acumulan en la etapa de dependencia, la salud mental está en peligro.

Ante la dificultad de existir, la alternativa será reaccionar; reaccionar interrumpe el existir y aniquila el desarrollo del yo. La función del holding (sostenimiento o amparo) es reducir al mínimo las intrusiones traumáticas.

La imagen sería la de un país en guerra cuya prioridad será la de defender sus fronteras. Toda su energía y sus recursos estarán destinados al ministerio de defensa. La salud, la educación, la cultura y el crecimiento en general se verán empobrecidos.

Al faltar el sostenimiento se experimentan las angustias inconcebibles, que D. W. Winnicott llamó agonías primitivas (fragmentarse – caer interminablemente – no tener relación con el cuerpo – no tener orientación espacial). Estas agonías primitivas serán la matriz de las angustias psicóticas.

Recordemos que cuanto más impotente se halla un individuo para modificar la magnitud traumática que le impone la realidad externa, más primitivos serán los mecanismos de defensa que utilizará, y esto aún en la vida adulta. A su vez los mecanismos de defensa más primitivos son aquellos que imponen al aparato psíquico un costo más elevado en términos de deformación y mutilación.

En el caso del fallo ambiental temprano se organizan defensas primitivas de emergencia. La consecuencia será la inhibición del desarrollo emocional, la pérdida de los procesos de integración y el empobrecimiento de toda la vida psíquica.

La funcionalidad propia del yo se pierde, así como la plasticidad, la permeabilidad, y la posibilidad de crecimiento y expansión del *self*.

La clasificación de D. W. Winnicott no contradice la psicopatología psicoanalítica clásica, sino que la amplía hasta abarcar aquellos cuadros en donde lo predominante es el trauma temprano por fallo ambiental y las defensas organizadas contra éste. Cuadros que delimita según el tipo de fallo y el momento madurativo en que se produce. A grandes

rasgos, son tres estructuras, y cada una de ellas puede presentar diferentes grados de enfermedad.

La primera es la disociación esquizoide desde una perspectiva que la relaciona con la privación emocional en una fase previa a la capacidad del individuo para percibir tal privación. La diferencia sujeto–objeto no se instauró aún, y el fallo ambiental es sentido como pérdida del sí mismo.

La segunda se relaciona con la idea de que existe un verdadero *self* y un falso *self*. El falso *self* puede corresponder a una estructura normal o configurar un cuadro psicopatológico claramente identificable.

La tercera hace derivar la tendencia antisocial y la psicopatía de una privación emocional en una etapa en que ésta puede ser percibida por el individuo como externa.

La disociación esquizoide y la constitución de un falso *self* patológico corresponderán a la fase de dependencia absoluta; en tanto que la organización de una tendencia antisocial remite a la fase posterior, de dependencia relativa.

La disociación esquizoide

a) Etiología

D. W. Winnicott afirma que la psicosis se origina en las regresiones, confusiones y deformaciones del psiquismo en las primeras fases de la relación medio–individuo.

La personalidad esquizoide, así como la esquizofrenia y el autismo infantil estarían relacionados con la falta de provisión ambiental en la fase previa a la capacidad del individuo para percibir que el fallo proviene del ambiente. Cuando éste ocurre en la etapa de dependencia absoluta, se lo denomina «privación».

La estructuración de la enfermedad psicótica se produce debido a la organización de defensas primitivas ante las angustias impensables que se desencadenan por el fracaso ambiental. Estas defensas, normales en esa etapa, no precisarían organizarse ni cronificarse si la provisión fuese adecuada.

Como consecuencia de las defensas primitivas se origina un trastorno en la organización de la personalidad y en la instauración del *self* unitario. La deformación del *self* así originada produce una escisión que llamamos esquizofrenia.

La confusión y falta de integración que aparecen en las etapas tempranas ante el fallo ambiental serán de la misma calidad que las que configuran el cuadro de la esquizofrenia adulta.

Al fallar el sostenimiento ambiental, el bebé queda expuesto a los ataques del medio y se ve obligado a reaccionar contra ellos. Se producen vivencias de aniquilamiento del *self*, que intenta recuperarse a través del aislamiento: éste es el origen del mecanismo de disociación esquizoide.

Cuando el medio no se adapta adecuadamente, la intrusión ambiental irrumpe en el psiquismo infantil, dañando la continuidad existencial y la integridad de *self*. El replegamiento tiene allí una función protectora.

b) El mecanismo de disociación esquizoide

El mecanismo de disociación esquizoide tendría el sentido de configurar una organización hacia la invulnerabilidad. Es decir, el intento de no volver a experimentar jamás las agonías primitivas que se experimentaron al fallar la provisión ambiental. El niño autista, dice D. W. Winnicott, ha alcanzado casi la invulnerabilidad. El sufrimiento queda a cargo de los padres.

La disociación esquizoide es un mecanismo común a diferentes cuadros clínicos, desde la personalidad neurótica con núcleos esquizoides hasta la esquizofrenia.

D. W. Winnicott desarrolla el concepto de fantaseo (*fantasying*), como modelo de funcionamiento mental, para explicar la disociación esquizoide, y lo diferencia de la actividad de la fantasía tanto consciente como inconsciente.

«El fantaseo corresponde a una función mental diferente de la fantasía, la imaginación, o incluso los sueños; se adscribe al estado de disociación».^[1]

En tanto la fantasía es un estado integrado que enriquece la vida psíquica, se conecta con la realidad y a la vez con los objetos y deseos del mundo interno, pensada siempre en un espacio y una secuencia temporal, el fantaseo es un estado disociado que empobrece la vida psíquica, está desconectado de la realidad, implica una fuga estática, una ausencia sin espacio ni tiempo, cercana al campo de la alucinación.

La fantasía tiene alto contenido simbólico. Anclada en el deseo inconsciente provee libido, modificándose a lo largo de la vida. El fantaseo, por el contrario, no tiene contenido simbólico ni provee energía al vivir, sino que la absorbe, sin aportar libido a las actividades del individuo, ni modificarse nunca.

El fantaseo se mantiene estático a lo largo de la vida. No evoluciona con las nuevas experiencias ni la aparición de nuevos deseos acordes a cada etapa.

La fantasía se relaciona con el mecanismo de represión. Al reprimirse los deseos originarios, aparece en su lugar la fantasía consciente como formación sustitutiva. El fantaseo, en cambio, se relaciona con la disociación, no sucumbe a la represión.

El fantaseo resulta inaccesible tanto para el analista como para el propio sujeto, se halla disociado tanto del resto del funcionamiento mental como de las actividades en

relación con la realidad.

La fantasía, en su dinamismo, se conecta con el mundo interno y el externo y, en este sentido, se halla cerca de los fenómenos transicionales; el individuo es consciente de su refugio en la fantasía, en la cual ocurren cosas, planea, proyecta y elige, otorgando base a la actividad del jugar, el soñar y el vivir.

En el fantaseo, la desconexión se produce tanto con el afuera como con el adentro. No hay un yo que pueda registrar la disociación, por lo tanto no puede haber conciencia de ese estado que se le impone. No hay actividad, ni proyectos reales. Es un estado inerte que inhibe la acción.

La realidad psíquica no se integra adecuadamente debido a la escisión del fantaseo. Este tampoco aporta a las actividades vitales y culturales. Paradójicamente, este mecanismo psíquico puede estar oculto por una actividad o por palabras. Esto es muy frecuente en los trastornos esquizoides encubiertos por una buena adaptación social, en los que la persona mantiene diálogos aparentes sin conectarse emocionalmente, o despliega una gran actividad «con la cabeza en otra parte».

Respecto del abordaje técnico, D. W. Winnicott señala que la fantasía se puede y se debe interpretar, porque tiene un significado inconsciente. Al interpretarla recuperamos el sentido secreto que está siendo representado en ella.

Por el contrario, el fantaseo no es interpretable porque no tiene contenido simbólico. Sólo se lo puede señalar, con la intención de que el paciente comience a registrar los momentos de ida y vuelta a ese estado.

c) El cuadro clínico

La psicosis se origina en un deficiente apoyo del yo por parte de la madre en la etapa de dependencia absoluta. D. W. Winnicott desarrollará el estudio de diferentes cuadros clínicos derivados de la privación temprana.

En primer lugar la esquizofrenia infantil o autismo. Aquí se deben tomar en cuenta los trastornos neurológicos hereditarios o congénitos, pero también los fallos en las primeras etapas de maduración debidos al fracaso del apoyo yoico por el ambiente. D. W. Winnicott considera que en cierto número de casos no hay indicio alguno de enfermedades o defectos neurológicos, sino de reacciones producidas por el fracaso del apoyo del yo.

En estos casos, la disociación, la escisión y hasta la desintegración son mecanismos defensivos ante las amenazas de persecución e intrusión del ambiente. Como un ejército vencido que tiene que elegir entre encerrarse indefinidamente en una fortaleza, o dispersarse para no ser destruido en su totalidad.

Las ansiedades paranoides de las primeras etapas generan una defensa de replegamiento o introversión. A su vez, el mundo interno permanece en estado disociado como otro modo de defensa ante el riesgo de persecución.

Resulta evidente que todos los procesos que impiden la integración del yo tienen el sentido de protegerlo de la aniquilación, que sólo se haría posible si el ataque ambiental pudiera afectar a la totalidad del *self*. El recurso extremo lo brinda la introversión que en su versión más lograda se denomina autismo.

El mundo interno permanece aislado y no recibe estímulos de la realidad externa ni tiene aptitud para comunicarse con el afuera.

El cuadro siguiente en la descripción es el de la esquizofrenia latente.

Esta puede aparecer en niños aparentemente normales que a veces manifiestan gran precocidad y capacidad intelectual. Sin embargo estos logros son muy frágiles y las tensiones de otras fases del desarrollo pueden desencadenar la enfermedad.

D. W. Winnicott habla de una «prostitución de la actividad mental» en aquellos individuos que han reaccionado frente al fallo ambiental con un derrumbe interno ocultado y protegido por un sobredimensionamiento de los procesos de pensamiento. Sin embargo persiste la amenaza del derrumbe esquizofrénico.

El otro cuadro descrito es el de personalidad esquizoide. Esta implica algún elemento esquizoide oculto en una personalidad normal o neurótica.

D. W. Winnicott dirá que los esquizoides ya tienen fijada la tarea de toda su vida: el establecimiento de sí mismos, cada uno de ellos como individuo con sentimientos de identidad y de realidad.

En estos casos existe un elemento esquizoide oculto dentro de la personalidad sana. Frecuentemente este elemento esquizoide encuentra un modo de socialización a través de la realización de actividades en las que el aislamiento es valorado y aceptado por el medio cultural. Ciertas actividades que precisan de la soledad darán una apariencia de normalidad a estos comportamientos.

En la esquizofrenia propiamente dicha podemos observar el cuadro clínico estructurado con sus defensas características, o las crisis en que éstas se derrumban

dando lugar a períodos de gran angustia y confusión.

El cuadro psicótico aparece cuando las defensas se derrumban. En ese momento, observamos el llamado brote psicótico o según D. W. Winnicott «colapso mental». En esos casos se hacen necesarias condiciones especiales de sostén, tratamiento, medicación y a veces internamiento. Estas condiciones permiten la reorganización de nuevas defensas que generalmente suelen ser más primitivas que las anteriores.

Cuando los procesos de integración se interrumpen, entran en funcionamiento los mecanismos de escisión y desintegración, como ya dijimos al servicio de la defensa.

En la esquizofrenia observamos procesos inversos a la integración psíquica. En primer lugar la escisión que da el nombre a la enfermedad conocida como esquizofrenia y en un grado más grave la escisión múltiple que denominamos desintegración de la personalidad.

El origen de la psicosis se halla en la relación dual del niño con la madre, antes de la organización del complejo de edipo.

Todos estos procesos se producen en la etapa de relación con objetos parciales, de dependencia con la madre y del camino hacia la integración. Es en esta relación temprana donde se construye el *self* integrado y donde existen los mayores riesgos de daño psíquico con la amenaza de enfermedad psicótica.

La organización de la personalidad está dañada o debilitada, lo que da por resultado una incapacidad para el establecimiento de los vínculos y afectos que surgirán durante el complejo de edipo. No tiene sentido pensar en términos de conflictos intrapsíquicos cuando es el continente mismo, el *self*, quien está deformado y no puede contener ni tolerar sus experiencias tan intensas en esta etapa.

El complejo de edipo no se instaura o se instaura en forma inadecuada ya que las relaciones triangulares no llegaron a establecerse debido al fallo de las etapas anteriores. No nos hallamos aún en el terreno de la represión.

d) Algunas reflexiones sobre el tratamiento

El paciente no está enfermo de sus «contenidos psíquicos» como ocurre en el conflicto neurótico, sino que es el «continente» mismo, el *self*, quien está afectado. Esta es la razón por la que el encuadre, el sostenimiento terapéutico y la presencia del analista cumplen una función esencial.

La función del análisis en estos pacientes es la provisión de un soporte yoico que equivale al holding materno, debido al surgimiento de las angustias primitivas. Es muy posible que el analista descubra gran cantidad de material interpretable. Sin embargo, el paciente no está aún en condiciones de recibir y comprender las interpretaciones hasta tanto el yo se halle suficientemente estructurado.

El objetivo de esta función de sostenimiento no es el de funcionar como una prótesis ni el de ofrecer una experiencia correctiva, sino el de permitir que el paciente pueda regresar a la etapa de máxima dependencia y desde allí acercarse lo más posible a las experiencias traumáticas originales. La nueva fuerza del yo, sumada al soporte que recibe en la transferencia le permitirán acceder a experiencias inaccesibles a través del recuerdo. Estas sólo pueden ser revividas en la relación transferencial y «clínicamente se presentan como locuras localizadas».

Notas

[1] Winnicott, D.W. *Realidad y juego*. Cap. 2: «Sueños, fantasía y vida. Historia de un caso que describe una disociación primaria». Gedisa, Barcelona, 1992. [[REGRESAR](#)]

El falso *self*

D. W. Winnicott utilizó la expresión «falso *self*» para describir una organización defensiva en la cual se asumen prematuramente las funciones de cuidado y protección maternas, de tal modo que el bebé o el niño se adapta al ambiente a la par que protege y oculta su verdadero *self*, o sea la fuente de los impulsos personales. En este caso, el fallo ambiental y el surgimiento de las angustias primitivas son enfrentados a través de una defensa de autosostenimiento precoz y excesivo.

En los casos más severos, el verdadero *self*, aprisionado, es incapaz de funcionar, y estando así protegido, pero inmaduro y oculto, queda limitada su oportunidad para una experiencia viva. No puede expresarse ni hallar satisfacción.

La vida se vive a través del falso y adaptado *self* y clínicamente el resultado es el sentimiento de irre realidad. Si el *self* falso es tratado como real y explotado por el entorno, el individuo experimenta sentimientos de futilidad y desesperación.

a) El origen del falso *self*

La espontaneidad y el impulso original sólo pueden provenir del verdadero *self*, y para que ello ocurra alguien tiene que hacerse cargo de las funciones de sostén y protección durante la primera infancia.

En la etapa de dependencia absoluta, el niño se halla la mayor parte del tiempo en estado no integrado, y precisa del sostenimiento emocional permanente, y en muchos momentos, del sostenimiento concreto.

El término holding implica para D. W. Winnicott ambas formas de sostenimiento. Este es el marco básico de seguridad dentro del cual el individuo puede dar lugar a sus propios impulsos, provenientes del verdadero *self*.

Es la respuesta materna la que permite la expresión del gesto espontáneo, cuya fuente es el verdadero *self*. A la necesidad del holding se agrega aquí la experiencia de ilusión

en las primeras formas de presentación del objeto, en tanto la madre deberá ubicar a éste en el momento y lugar en que el niño los crea.

La «madre suficientemente buena» es aquella capaz de aceptar la omnipotencia del niño y con esto darle un sentido. Al hacerlo repetidamente las expresiones de omnipotencia de ese yo aún inmaduro adquieren ilusión de verdad y el *self* verdadero se consolida.

Cuando la madre es incapaz de sostener la omnipotencia del niño con su reconocimiento, y no va al encuentro de él, en su lugar introduce su propio gesto, que deberá ser aceptado por el niño. Este acatamiento es el primer estadio del falso *self* y se origina en la dificultad de la madre para entrar en resonancia con lo propio de su bebé.

D. W. Winnicott afirma que sólo el éxito repetido de la respuesta materna al gesto espontáneo da vida y sentido al verdadero *self*. En este caso, el niño empieza a creer en esa realidad externa que se comporta como por arte de magia, sin atacar su omnipotencia.

Es a partir de esta primera y breve experiencia de omnipotencia que el niño podrá renunciar gradualmente a ella, preservando la capacidad de gozar de la ilusión de creación y reconociendo a la vez el mundo externo que se halla fuera de su control. Aquí se origina el uso de símbolos que hemos descrito al hablar de fenómenos y objetos transicionales.

La interrupción temprana de la experiencia de ilusión conducirá al bloqueo de la formación de símbolos. El niño se ve reducido a la sumisión, ante una realidad que no deja lugar a la ilusión, y, por lo tanto, a la creatividad.

Sin embargo la función primordial del falso *self* es la defensa contra lo impensable: la explotación y aniquilamiento del verdadero *self*.

El sometimiento a las exigencias del ambiente puede generar un sistema de relaciones que aparentan ser verdaderas, y la introyección de estas relaciones le da apariencia real al falso *self*.

b) El verdadero *self*

Detengámonos un momento a examinar la idea del verdadero *self*. Este, en la fase más temprana, es el lugar de donde provienen el gesto espontáneo y los impulsos personales. Todavía está muy cerca del concepto de ello descrito por Freud. Se origina en el

funcionamiento corporal, ligado a las pulsiones, y funcionando de acuerdo al proceso primario. No se desarrolla por reacción al contacto con los estímulos del mundo externo, sino que se origina espontáneamente en la propia persona. Surge de la experiencia del yo que participa de la satisfacción del ello, preservando su vitalidad y subjetividad.

Cuando el verdadero *self* cumple un rol activo en la experiencia, ésta incrementará la fuerza del yo, en tanto que si es pasivo, la experiencia se inscribe como traumática y enajenante.

Sólo el ser verdadero puede percibirse como real, pero éste no debe estar afectado por la realidad externa ni sometido a ella.

El verdadero *self* primitivo evolucionará hacia la adquisición de un mundo interno original y personal, representante del verdadero *self* a lo largo de la vida.

¿Cómo se adquiere este mundo interno? Cuando la satisfacción de las necesidades no irrumpe en la continuidad existencial, sino que la presentación del objeto favorece el fenómeno de ilusión, reforzando la noción del niño de que sus impulsos le pertenecen, y es él quien crea al objeto. Así se va complejizando y estableciendo relaciones con el mundo exterior, sin pérdida de su autonomía y estilo propios.

Si el funcionamiento del verdadero *self* no es interrumpido precoz ni repetidamente, el individuo así fortalecido estará en condiciones de tolerar las interrupciones a su continuidad existencial sin deformarse, y conservando cierto grado de funcionamiento adaptativo y flexible.

También será capaz de soportar la necesidad de funcionar reaccionando a las exigencias externas, o de actuar adaptativamente en determinadas circunstancias, sin resultar dañado en su esencia. Esto es importante porque esta tolerancia no es ilimitada. Para cada individuo serán necesarias ciertas relaciones o actividades, donde vivir conectado con su espontaneidad y su creatividad propias, sin la exigencia de estar integrado.

Aquí podemos hacer referencia al cuadro característico del «*stress*» originado en una relación permanente y agotadora con estímulos externos, con pérdida de la posibilidad de conectarse consigo mismo. La diferencia con el paciente esquizoide es que éste se halla desconectado tanto de su mundo interno como de la realidad.

c) Los grados del falso *self*

Las organizaciones del falso *self* pueden clasificarse en un gradiente que va desde la estructura de personalidad totalmente artificial y adaptada, con el diagnóstico explícito de personalidad falso *self*, hasta los aspectos socialmente indispensables y que constituyen una parte complaciente en la relación con los otros y la realidad.

En el extremo patológico encontramos la estructura de personalidad característica en la que predomina el falso *self*. En estos casos el falso *self* es tomado por verdadero, ya que el verdadero *self* está totalmente oculto. Al no poder relacionarse con la realidad la vida pierde sentido, y la utilización de símbolos es escasa.

Las actividades culturales son limitadas ya que la fantasía está empobrecida y hay poca capacidad de concentración. En su lugar observamos una marcada tendencia a hacer cosas y una necesidad permanente de estímulos externos.

Desde la primera infancia, estos niños demasiado adaptados parecen «prometedores». Sin embargo, la ausencia de una verdadera personalidad los hace muy frágiles e inconsistentes y expuestos a situaciones de fracaso ante las presiones que irán surgiendo en cada etapa del crecimiento.

En apariencia, estas personas pueden llevar una vida normal, y hasta tener grandes logros. Sin embargo, en las relaciones afectivas, en aquellas situaciones en las que hace falta una persona completa, el falso *self* empieza a fallar. Fracasarán probablemente en la relación con los hijos, en la intimidad sexual y afectiva, en las facetas de su desempeño laboral que precisan de la espontaneidad y la creatividad.

El falso *self* se hipertrofia desmesuradamente, pero además, con el correr del tiempo, el verdadero *self* queda cada vez más aislado y detenido en un estado primitivo, ya que no tuvo oportunidad de vivir experiencias. Es por eso que entrar en contacto con él resulta difícil y riesgoso dada su gran fragilidad e inmadurez, ya que se ha quedado a «años luz» del desarrollo del falso *self* y la relación con el mundo social y laboral o con las responsabilidades afectivas de la vida adulta. Es lo más verdadero que el sujeto posee, pero también lo más primitivo y frágil.

Otra posibilidad es la existencia secreta del *self* verdadero, si bien al costo de un funcionamiento neurótico o de la construcción de síntomas que permitan preservar, detrás del sometimiento, las satisfacciones instintivas. En este caso la significación es inconsciente aún para el individuo, que no es dueño de conocer y disfrutar plenamente de su subjetividad.

Desde otra perspectiva, el falso *self* se ocupa de organizar condiciones que permitan al verdadero *self* conservar la esperanza de expresarse alguna vez. Esto está más cerca de la salud porque es un esfuerzo consciente. Pero si el ser falso se confunde con el verdadero, éste se ve amenazado de aniquilamiento. La desesperanza puede llevar al suicidio como reafirmación del ser verdadero.

También existe un falso *self* edificado a partir de identificaciones con personas protectoras y que permite una vida con cierto grado de dependencia de estas identificaciones, pero preservando el *self* verdadero.

Finalmente, en la salud se ha producido una disminución de la omnipotencia con la posibilidad de aceptar el principio de realidad y reconocer los límites que el entorno social impone, así como también la aptitud para protegerse y no descubrirse innecesariamente.

En la vida adulta, el individuo es capaz de no exponerse a través de la formación de compromisos entre sus deseos y necesidades y las exigencias del mundo social. Los buenos modales son un ejemplo de esta adaptación. Sin embargo, en la salud, existen situaciones vitales en donde resulta inadmisible responder desde el falso *self*. En esos casos, el verdadero *self* necesita expresar su verdad más allá de las consecuencias.

En estos individuos, el aspecto creador y espontáneo se conserva más allá de la sumisión relativa, y esto permite la existencia de una zona intermedia entre el sueño y la realidad, que tiene que ver con la fantasía, con el uso de símbolos y con la vida cultural.

d) Un caso particular: el falso *self* intelectual

Un estilo particular y frecuente que adopta el falso *self* es la hipertrofia de la actividad intelectual. Existe una disociación entre la mente y el psique-soma dando un cuadro reconocible: racionalización, desconexión de los afectos, frecuentemente acompañado de trastornos psicosomáticos.

En la normalidad los fallos de la madre pueden ser gradualmente tolerados debido a la creciente capacidad del bebé de compensarlos y elaborarlos mediante el desarrollo de los procesos intelectuales. La mente es un aliado de la madre y toma a su cargo parte de la función de ella.

Pero si la insuficiencia de la adaptación materna es demasiado precoz, o el cuidado es intermitente e imprevisible, la única salida para el bebé es sobrevivir por medio del

intelecto.

Si el ambiente no funciona normalmente, por una inestabilidad del cuidado materno, se produce una reacción en que el niño asume el control y organiza el cuidado psicosomático. En condiciones normales este cuidado le corresponde al entorno y la mente debiera funcionar sólo para comprender el fallo, y si éste no es excesivo, hasta podría utilizarlo para ejercitar sus capacidades mentales.

En este caso, además del funcionamiento normal de la mente, ésta adquiere una función secundaria, que requiere de un esfuerzo extraordinario y a veces atormentador. Esta nueva función está al servicio del autosostenimiento.

Si la dependencia del bebé respecto de la madre no le brindó condiciones de seguridad, éste tenderá a apoyarse en su propio funcionamiento mental. Es así como la dependencia del pensamiento toma el relevo del sostén ambiental, ofreciendo seguridad y confianza.

Si el bebé tiene un buen aparato mental, la madre tenderá a explotar la capacidad de éste para representar y comprender. El pensamiento como actividad se convierte en un sustituto del cuidado y la adaptación maternos, hace de madre de sí mismo, comprendiendo demasiado.

«...nos encontramos con que el funcionamiento mental se transforma en una cosa por derecho propio, reemplazando prácticamente a la madre buena y haciéndola innecesaria».^[1]

En el caso extremo, la mente y el pensamiento del bebé le llegan a permitir, ahora que está creciendo, funcionar prescindiendo de los aspectos más importantes del cuidado materno de que necesitan todos los bebés: la seguridad y la adaptación a sus necesidades.

Esta defensa es exitosa en la medida en que sostiene y protege al individuo a través del falso *self* intelectual y le permite prescindir del cuidado materno, y en general independizarse de las condiciones ambientales.

En las relaciones personales estos individuos tienen la tendencia a identificarse con el aspecto ambiental, funcionando como soporte para otros, resultando «una madre maravillosamente buena para los demás». Suelen tener condiciones terapéuticas casi mágicas debido a su capacidad de adaptarse a las necesidades de los otros.

Sin embargo, paradójicamente viven con la amenaza permanente del propio derrumbe, que a veces puede concretarse en la realidad.

En términos clínicos, el cuadro del falso *self* intelectual tiene la particularidad de que engaña fácilmente. El mundo observa logros en una personalidad exitosa, y puede resultarle difícil creer en el real sufrimiento de ese individuo, que se siente más falso cuanto más triunfa.

La sensación de impostura es permanente, así como la vivencia de la propia vulnerabilidad.

Si uno de estos individuos se destruye de una forma u otra, esto produce una desagradable sorpresa en quienes habían concebido grandes esperanzas respecto de él.

e) El tratamiento

Adelantemos algunas consecuencias en relación al tratamiento psicoanalítico. Dirá D. W. Winnicott:

«Sólo el ser verdadero puede ser analizado. El psicoanálisis del ser falso, es decir el análisis dirigido a lo que en realidad se reduce a un medio ambiente interiorizado solamente puede conducir a la decepción».^[2]

Al analizar una personalidad falsa hay que tener en cuenta que el analista se ve limitado a hablar del ser verdadero del paciente con el falso *self* del mismo; es como si un adulto llevase a un niño a la consulta y el analista empezase por hablar con él acerca del problema del niño sin establecer contacto directo con éste. El análisis no empieza en tanto el niño quede a solas con el analista.

Pero, para comunicarse con el ser verdadero, es necesario que el analista provea las condiciones para que el paciente pueda transferirle el peso del ambiente interiorizado. En este caso se convierte en un niño muy dependiente e inmaduro, pero real. Así es posible analizar al ser verdadero.

En el punto de transición, cuando el analista comienza a establecer contacto con el verdadero *self*, suele haber un período de extrema dependencia.

El falso *self* se ocupa de encontrar el tratamiento y comprobar si el analista es digno de confianza. Luego podrá pasarle su función a éste y, reanudar la custodia cuando el analista falla. Esto puede ser necesario durante una interrupción del análisis por una enfermedad, o debido a las vacaciones.

Cuando el análisis parece interminable es porque se está trabajando con el falso *self*, quien colabora indefinida e incondicionalmente con el analista en el análisis de las defensas. En estos casos se adelanta más denunciando ciertos fallos básicos en el funcionamiento del paciente que interpretando. Este reconocimiento abre el camino para el encuentro del verdadero *self*, quizá precario pero con existencia propia. Es cierto que el falso *self* puede aparentar un funcionamiento pleno, pero los rasgos que lo delatan son la carencia de espontaneidad y originalidad creadora.

D. W. Winnicott afirma que se requiere gran experiencia clínica y tolerancia para soportar la regresión al analizar este tipo de pacientes. La dependencia extrema es difícil de contener, ya que es real y concreta. Por eso muchos analistas buscan liberarse de estos pacientes.

En el diagnóstico no hay que dejarse engañar por las apariencias. La defensa es maciza y puede ir acompañada de éxito social importante. El indicio de las posibilidades terapéuticas lo brinda la vivencia de irrealidad que lo lleva a pedir ayuda.

Es interesante observar que muchas veces estos pacientes nos llegan derivados por diferentes especialistas médicos debido a trastornos de origen psicosomático: enfermedades de la piel, úlceras digestivas o aún padecimientos cardíacos. El problema radica en descubrir si existe sufrimiento psíquico consciente, que haga posible el tratamiento.

Asimismo, el diagnóstico de falso *self* debe hacerse antes de cualquier otro aspecto de la enfermedad, ya que de no hacerlo, terminaríamos en un falso análisis, estéril y frustrante. Este diagnóstico será clave en aquellos que aspiran a la formación psicoanalítica, ya que la rigidez de las defensas impide tanto el análisis como el aprendizaje y el crecimiento personal.

Muchos individuos que presentan un falso *self*, aparentan una normalidad que intenta disimular un sufrimiento secreto. Esta «hipernormalidad» resulta llamativa, y nos plantea un serio problema clínico y ético.

D. W. Winnicott afirma que a veces el tratamiento promueve la aparición de la enfermedad sin garantías de curación. Sin embargo es difícil inferir qué sucedería sin el

tratamiento. El riesgo de suicidio está siempre presente pero también la posibilidad de logros cada vez mayores, sin llegar nunca al colapso. De cualquier modo, el sentimiento de irrealidad es el acompañante habitual de estos individuos.

A menudo el colapso que lo llevará a la consulta o que se produce dentro del tratamiento es una salida hacia la salud, ya que implica la posibilidad para el individuo de utilizar el soporte ambiental con el fin de intentar acceder a una existencia verdadera. Desafío complejo en el que a veces nos vemos comprometidos.

«Naturalmente esta estratagema dista de salir bien en todas las ocasiones, y la sociedad se queda perpleja al ver cómo un ser sumiso, y tal vez valioso, destruye un buen porvenir al renunciar a toda una gama de ventajas evidentes en aras de otra ventaja oculta consistente en adquirir una sensación de realidad».^[3]

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Tercera parte. Cap. 9: «La mente y su relación con el psiquesoma». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 3: «Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 12: «Los casos de enfermedad mental». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

Una articulación entre la patología de la transicionalidad y el falso *self*^[*]

a) De la transicionalidad al falso *self*

A lo largo de la obra de D. W. Winnicott se va diseñando el modelo del individuo como un potencial dinámico que tiende a la consolidación.

Paradójicamente, la salud implicará la posibilidad de preservar lo virtual sin consolidaciones definitivas.

Este modelo está implícito tanto en el desarrollo de la teoría de la transicionalidad como en la teoría de la estructuración del yo.

A partir de esta observación intentaré el recorrido por los pares objeto transicional–objeto fetichizado y verdadero *self*–falso *self*, con la hipótesis de que el objeto fetichizado es al objeto y a los fenómenos transicionales como el falso *self* es al *self* verdadero.

D. W. Winnicott atribuye un mismo significado a ambos fenómenos: el objeto fetichizado como accidente en el recorrido de los objetos a los fenómenos transicionales; la integración patológica defensiva como accidente en el pasaje de la no integración a la integración del yo.

Pero más allá del modelo metapsicológico existe una verdad clínica: el paralelismo y la confluencia, en el desarrollo del individuo, de la capacidad de usar objetos y la integración del yo.

Hablaré de la transicionalidad y sus destinos: del objeto transicional hacia los fenómenos transicionales y del riesgo de la cronificación del uso de un objeto a la manera del objeto fetichizado.

Luego del *self*, del desarrollo del *self* verdadero a la organización de identificaciones y defensas de autosostenimiento: el falso *self*.

Finalmente, de las construcciones que el individuo instalará para hacer frente a lo traumático: barreras protectoras que son a la vez cicatrices y mutilaciones del funcionamiento psíquico.

b) El ser: lugar de permanencia y transición

Una misma estructura se despliega en tres estados característicos y a veces intercambiables: la adicción a objetos, la estructuración de un falso *self*, las conductas o actividades ritualizadas.

¿Cuál es la función de esta estructura? Defensa, autosostenimiento, acompañamiento, la negación de una ausencia, la neutralización de la angustia.

En el comienzo, el gesto espontáneo. El objeto es encontrado y a la vez creado. Allí surge lo transicional como primer espacio entre el niño y la madre y luego como lugar psíquico en contacto con el mundo interno y el externo.

Si el *holding* falla, la apertura transicional fracasa y se produce el aferramiento patológico a aquellos objetos que originalmente cumplían la función de restablecer el vínculo.

A su vez el *self* verdadero ve interrumpida su continuidad existencial. En su lugar el bebé hace una adaptación al medio, identificándose con un aspecto del cuidado materno e incorporándolo como parte de su persona.

Estos dos incidentes darán lugar a efectos de una sorprendente afinidad. En el primer caso se instaura la relación adictiva con un objeto concreto que mantiene su condición de exterioridad y representa aspectos de la madre: el objeto transicional fetichizado.

En el segundo caso, se originará la incorporación identificatoria de partes del objeto materno en el propio *self*. Ambas serán formas de restablecimiento de la continuidad existencial perdida, a expensas de un cuerpo extraño. Estos «cuerpos extraños» aparecerán en la clínica con varias modalidades.

Cuando la relación con un objeto persiste en forma prolongada y exclusiva, hablamos de una cronificación patológica o de un uso fetichizado. Allí el objeto no sirve para elaborar la ausencia, sino para negarla. Su uso se ha pervertido de la función original. El proceso simbólico se detiene.

Esta forma de uso empobrece a toda la persona presente, como también a su potencial futuro.

Aquí veremos diversas consecuencias: las adicciones, ciertas formas de consumismo, una búsqueda de satisfacción directa que desdeña —por decir así— la posibilidad de sublimar, la dificultad para estar a solas.

Recordemos que D. W. Winnicott: nos mostraba la «tenue línea» que separa el empleo positivo y negativo de estos objetos: entre el juego, la creatividad, el arte y el soñar, por un lado; y el fetichismo, los robos, las adicciones, los rituales obsesivos, por el otro.

En el desarrollo individual, el psiquismo humano, sostenido por un ambiente facilitador, tiende a pasar de un estado de no integración a uno de integración. En esta integración el individuo conserva la capacidad de volver a estados de no integración. Es en esos estados donde, desde D. W. Winnicott, se hacen posibles tanto el gesto espontáneo como la creatividad.

Si el sostén ambiental falla, la integración utilizará recursos defensivos patológicos, generando soldaduras precoces e inamovibles (a la manera de un falso *self*) o desintegraciones defensivas (como en la psicosis).

El falso *self*, aparentemente, confiere consistencia al *self* y sin embargo se halla figuradamente en su contorno, a la manera de una coraza.

Utilizaré como imagen y metáfora aquella diferencia que señala la biología entre los animales vertebrados y los moluscos. Los primeros tienen el esqueleto por dentro y las partes blandas por fuera, en tanto que los últimos tienen el esqueleto por fuera. Se hace claro así que el esqueleto interno funciona como estructura sostén que permite el crecimiento, la movilidad y la flexibilidad. A su vez, las partes blandas externas, favorecen la permeabilidad y la sensibilidad. En el otro caso todas estas funciones están empobrecidas o ausentes; la caparazón es rígida, con el consiguiente riesgo de fractura.

D. W. Winnicott hablará de la integración del yo como un proceso dinámico, y del yo como lugar de transición.

Se referirá a un *self* verdadero fuente de lo espontáneo, y un falso *self*, consecuencia de la adaptación.

El *self*, espacio en permanente cambio, modificado por las experiencias, heredero del *self* verdadero que ha madurado y crecido, es esencialmente transicional.

El falso *self* será entonces un aspecto cristalizado del *self* que ha perdido su cualidad potencial o virtual.

c) El origen de cada uno

En las adicciones observamos el uso fetichizado de un objeto externo que brinda seguridad, protección y completud. El falso *self* es una parte entronizada del *self*, idealizada y utilizada a la manera de un fetiche. Más adelante esta función podrá estar desplazada sobre alguna cualidad personal hipervalorada.

En la patología del objeto transicional el garante del ser se halla en el afuera y a lo largo de la vida será transferido sobre alguna posesión material o estará en el origen de las conductas adictivas.

En un caso hay dependencia de un objeto externo y en otro la dependencia es de un aspecto interno.

¿Por qué un individuo hace una adicción y otro construye una estructura narcisista sobrevalorando un aspecto de su propia persona? ¿Corresponden a distintos momentos del psiquismo o a distintos tipos de fallo?

Creemos que en el caso del objeto transicional patológico, la madre evita la relación personal con el niño: las cosas concretas serán las encargadas de brindarle calma y acompañamiento.

En el otro modo de relación, la madre le transmite al hijo su certeza de que será capaz y maduro para auto sostenerse y prescindir de ella. También se apoya excesivamente en su capacidad de comprender y tolerar las ausencias. Le atribuye cualidades adaptativas que el niño tiene que asumir aunque se sienta frustrado o atemorizado.

d) De la clínica de lo potencial a la de la cristalización

Así como el uso fetichizado de los objetos es la patología de lo transicional y el falso *self* lo es del *self*, existen otras formaciones patológicas que se caracterizan por su inmovilidad y rigidez.

Más aún, podemos considerar que en toda la clínica aparece un efecto de virtualidad con la posibilidad de cambio y crecimiento, y un efecto que he llamado cristalización y remite a una estructura defensiva consolidada e inapelable.

El origen de estas soldaduras inertes deberá buscarse en el fracaso del *holding*. Cuando esto sucede, el ambiente hace intrusión en el psiquismo infantil, generando la

aparición de las agonías primitivas y la vivencia de derrumbe. La continuidad existencial se interrumpe y se ponen en movimiento mecanismos de defensa de alto poder pero también de alto costo. Mecanismos primitivos que tienen un efecto de mutilación para el psiquismo.

Las integraciones patológicas, el autosostenimiento, el uso adictivo de objetos, son algunos ejemplos de esta consolidación cicatrizal cuyo objetivo es la restauración de la identidad perdida.

Las rupturas de la continuidad existencial son una experiencia ineludible del vivenciar humano, generando diferentes reacciones según su calidad, intensidad y duración. También según el momento evolutivo del niño o la fortaleza del yo del adulto.

Finalmente, la capacidad del ambiente de contener la situación de ruptura, influirá favorablemente en la posibilidad de elaboración y el restablecimiento de la integridad.

Si el individuo es inmaduro o frágil, y el ambiente le falla masivamente, la tendencia será el derrumbe y el vacío en sus distintas versiones: desde la depresión hasta la muerte misma.

Si la defensa es posible, la alternativa será una consolidación patológica, generando un espacio demasiado lleno por aferramiento a un objeto transicional fetichizado o estructuración de una coraza sintomática.

Si todo va bien, la elaboración transicional. El individuo recupera la integridad, ampliada por nuevas experiencias y capacidades. Esta posibilidad favorece el desarrollo dinámico del sujeto, ya que implica tanto la capacidad de usar diferentes objetos como la configuración de un *self* de gran plasticidad y capaz de vivir distintas experiencias.

Estos tres modelos persistirán en el individuo organizando la experiencia futura: ante cada ruptura, crisis o pérdida (de referentes, objetos o espacio), recurrirá a alguno de estos tres estilos. Serán creaciones propias: sintomáticas, pobres, invalidantes; o vitales, ricas, originales.

Desde D. W. Winnicott, la transicionalidad: el *self* verdadero como una parte de la persona en permanente creación. Desde Freud la sublimación como transformación de los impulsos primarios para fines diferentes. También la simbolización como posibilidad de trasladar el significado de un objeto a otro. La movilidad de la libido, de las defensas y de las adaptaciones.

Movimiento, cambio, cierto grado de ambigüedad tolerable, cierto grado de no integración posible.

El otro modelo será el de lo estático e inamovible. Allí donde debiera estar lo transicional, aparecerá el objeto fetichizado. Donde estaba el verdadero *self* surgirá el falso *self* defensivo que impide el crecimiento. En lugar de la sublimación, la represión o la actuación, con el consiguiente estrechamiento de la vida psíquica.

e) Esta estructura en las otras patologías

Ejemplifiquemos en las distintas patologías el lugar de lo inerte.

En la neurosis, el síntoma, transacción empobrecedora e invalidante.

En la psicosis, la restitución y las construcciones delirantes que emparchan al yo y sueldan su relación con el mundo.

En las adicciones, la negación del desamparo a través del uso de un objeto «protector».

En general, en todas las patologías narcisistas encontramos una expansión compensatoria del *self* ante la vivencia de desvalorización o fragilidad.

Quiero incluir también la defensa maníaca ante la depresión, y la contra fobia como reacción contra la fobia.

También las perversiones responden a este modo de funcionamiento: la escena perversa en su monótona repetición sería esencial para el equilibrio del yo.

Dijimos que la elaboración simbólica de las rupturas evita tanto el riesgo de derrumbe, como el de la curación cicatrizal que disminuye la funcionalidad.

Finalmente cabe expresar que todo lo que remite a una curación cicatrizal para evitar la angustia o la amenaza de derrumbe se inscribe en el sentido de la muerte. Triunfo de la defensa, que protege la vida al alto costo de encorsetarla o encerrarla en una fortaleza.

Sacrificio necesario de partes del ser para salvaguardar lo que se pueda, lo original y verdadero aún en el lugar más recóndito y secreto. Aún si ese tesoro escondido está condenado a no poder ser utilizado jamás.

Y sin embargo, en cada individuo que recurre al tratamiento, descubrimos intacta la esperanza de recuperar la libertad, de desactivar la enfermedad que alguna vez eligió como refugio.

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo presentado en el III Encuentro winnicottiano, Gramado, Brasil, 1994.

[\[REGRESAR\]](#)

La tendencia antisocial

La expresión «tendencia antisocial» no puede restringirse a un diagnóstico psicopatológico. Puede hallarse presente acompañando distintos cuadros clínicos y se caracteriza por presentar rasgos que provocan una reacción del ambiente.

a) La desposesión originaria

La estructura que D. W. Winnicott describe aquí se origina en la insuficiencia ambiental en la etapa de dependencia relativa. En la dependencia absoluta hablábamos de «privación», aquí hablamos de «desposesión». El reconocimiento del bebé de que el fallo proviene del ambiente provoca una deformación defensiva de la personalidad y la búsqueda de la curación por medio de una nueva provisión ambiental. El grado de madurez del yo de esta etapa es lo que permite el surgimiento de la tendencia antisocial en vez de la enfermedad psicótica.

En las primeras etapas el ambiente funcionó adecuadamente hasta que se produjo un fallo importante. En ese momento el bebé fue capaz de percibir que el fallo provino del ambiente. Todas sus conductas se originan en esta percepción y en el reclamo auténtico que él realiza hacia el ambiente, si bien reclama al ambiente actual un daño producido por un fallo del ambiente temprano.

La provocación para obtener reacciones ambientales parece significar el intento de hallar un marco que represente el cuerpo o los brazos de la madre. Estos comportamientos se expresan a través de dos aspectos fundamentales: la búsqueda de objeto y su destrucción.

Recordemos que en la vertiente erótica, la búsqueda de objeto se acompaña de la búsqueda de satisfacción.

¿Cómo se origina la tendencia antisocial?

Al comienzo la adaptación materna funcionaba adecuadamente, hasta el momento en que se produjo un fallo importante. La pérdida ocurre en un momento en que el niño ya puede discernir su dependencia y por lo tanto percibir que el desajuste proviene del ambiente. Tan es así que en el análisis, este niño es capaz de recordar, a través del juego, el sueño o el relato, los aspectos esenciales de la desposesión original.

No se trata aquí del fallo en la satisfacción de las demandas instintivas, ya que la frustración es parte inevitable de la función materna. Se trata de no fracasar en el sostenimiento: «no dejar caer al bebé», y atender a las necesidades del yo.

D. W. Winnicott describe una secuencia en la estructuración de este cuadro:

En un primer momento el desarrollo se producía adecuadamente y el apoyo materno promovía la integración del yo.

Se presenta luego una perturbación del apoyo yoico por un período demasiado prolongado para la capacidad del niño de conservar la buena relación con el objeto. Esta perturbación puede provenir tanto de una pérdida de adaptación de la madre como de la pérdida del ambiente indestructible que le permitía al niño experimentar y explorar con sus propios impulsos eróticos y agresivos.

En esta situación, aparecen las angustias primitivas y un estado de confusión frente a la pérdida de objeto.

Se inicia entonces una reacción, y una construcción de nuevas defensas yoicas, con el consiguiente daño del proceso de maduración. El contacto afectivo con las personas vivas se pierde y también la capacidad de sentir culpa debido a la falta de oportunidad para la reparación.

Surgen la desesperanza y el sentimiento de desamparo; al principio sin reacciones visibles en la conducta.

Si las condiciones ambientales mejoran, y se vuelven más confiables, el niño recupera la esperanza, y comienza a organizar conductas antisociales. Aquí se despliega toda la sintomatología característica, desde los reclamos o los robos hasta las conductas destructivas, que buscan poner a prueba la fortaleza del entorno y su capacidad de sostenimiento. Todo esto en un intento de recuperar la seguridad perdida. Este es el momento en que se establece la tendencia antisocial.

El cuadro se despliega entre los seis meses y los dos años, y puede hacer fracasar el proceso de socialización del niño.

Aquí cabe recordar el concepto de adquisición de la capacidad para la inquietud. En estos niños, dicha capacidad no se instaura adecuadamente, cerrando el camino hacia la preocupación por el otro y la posibilidad de reparación.

b) El cuadro clínico

En el comportamiento normal del niño son necesarios el despliegue y puesta en escena de sus impulsos tanto eróticos como agresivos.

Cuando el ambiente familiar es confiable, el niño lo pone a prueba permanentemente: reclama, exige, destruye, para experimentar todas sus posibilidades y la consistencia y solidez del entorno. Es interesante observar que antes de jugar tranquilo el niño debe poner a prueba la fortaleza del entorno familiar, para sentirse a la vez libre y seguro.

Esto suele verse con mayor insistencia cuando existen dudas o sospechas acerca de la solidez de la pareja parental o de la estabilidad del hogar.

Los primeros trastornos de conducta, en sus manifestaciones más leves, suelen aparecer en la infancia, ya que remiten al fracaso de los padres en la adaptación. En general estos fallos son corregidos y compensados en la propia familia, generando la curación natural de la incipiente tendencia antisocial.

En este cuadro incluimos las rabietas, la voracidad, los reclamos excesivos, la negativa a separarse de los padres.

Estos síntomas son un intento de lograr la reparación desde los padres, la misma a quien se hace responsable de la desposesión. Potencialmente estos comportamientos pueden ser precursores del robo u otras conductas antisociales, pero los padres suelen ser capaces de curarlos mediante nuevas adaptaciones y actitudes reparatorias.

Es importante aclarar que no se trata aquí de «malcriar» al niño con regalos o con exceso de permisividad, lo que reforzaría la conducta antisocial. Se trata, en cambio, de proveer a sus necesidades yóicas con una disposición conectada y activa que involucre el vínculo personal.

Del mismo modo es esencial que se reconozcan las necesidades reales acordes con cada etapa del crecimiento de los hijos.

«De esto se infiere con claridad que los regalos de cumpleaños, así como el dinero que se da a los niños o adolescentes para sus gastos personales, absorben parte de la tendencia antisocial normalmente previsible».^[1]

Si los padres fracasan en su función de compensar y curar los primeros síntomas, se instala la enfermedad.

La tendencia antisocial será la organización de síntomas y conductas que expresan una reacción ante la desposesión. D. W. Winnicott da como ejemplos la enuresis, el robo, las mentiras, las conductas agresivas, los actos destructivos, la compulsión a la crueldad, ciertas perversiones sádicas, hasta la psicopatía.

Lo que se hace evidente en este tipo de comportamiento es, por una parte, el intento de recuperar el momento previo a la desposesión, cuando el ambiente era sólido, sostenedor y confiable; al mismo tiempo el individuo antisocial busca que el ambiente actual reconozca y repare el daño que le fue infligido.

Se produjo un vacío al interrumpirse la provisión ambiental, y el niño busca el modo de llenar ese vacío.

Es en ese sentido que D. W. Winnicott habla de «esperanza».

El agravamiento del cuadro determinará conductas de tipo delictivo, que pueden comenzar en la infancia y dar lugar a un cuadro de delincuencia juvenil, que para D. W. Winnicott estará directamente relacionado con la falta de vida hogareña.

Cuando el «buen ambiente interno» no ha tenido oportunidad de desarrollarse, se hace necesario un control externo que ofrezca las condiciones de seguridad necesarias para poder desplegar sus actividades personales.

Si el entorno es destruido, el niño se ve invadido por la ansiedad e intenta buscar un encuadre sostenedor fuera de su familia primaria. Pretende hacer reaccionar a los cuidadores, parientes, o maestros.

Cuando esta búsqueda fracasa, puede apelar a la sociedad, provocándola a través de comportamientos agresivos o transgresores.

Los robos en la escuela, y más adelante en el mundo social, tendrán como origen la misma búsqueda del ambiente materno, pero ahora se hallan complicados por la necesidad de encontrar límites o figuras paternas que frenen su destructividad. Ese robo

es entonces un pedido de ayuda que generalmente fracasa, ya que la sociedad comprende poco y tolera mal este tipo de reclamos.

La falta de límites resulta enloquecedora, y aniquila la vivencia de libertad. El ataque a la sociedad tiene el sentido de recuperar el control externo.

Los fallos más graves y los fracasos repetidos en la búsqueda de un ambiente continente, producirán un estado de profunda decepción y desesperanza, cuyo resultado será la estructuración de una psicopatía.

El psicópata es un niño antisocial que no ha sido curado.

En este caso, las defensas se estructuran y la expectativa de reparación desaparece. Se instala la psicopatía con sus características de robo y destrucción dirigidas a la sociedad en general donde la esperanza de ser ayudado es casi inexistente. La probabilidad de ser castigado es mayor, pero también lo es la posibilidad de obtener beneficios.

En estos casos, nos encontraremos ante un cuadro más severo e inmodificable. El *acting* antisocial se vuelve importante para el individuo, debido a los beneficios secundarios que le aporta: el dominio sobre los otros, la ganancia material, la sensación de poder.

Estos beneficios comienzan a ocupar toda la escena psíquica, disminuyendo el sufrimiento y frenando el impulso del individuo a buscar ayuda o a aceptar la que se le ofrece.

c) La desposesión en la neurosis

D. W. Winnicott nos habla de aquellos síntomas y conductas que se juegan en el plano de la relación y buscan provocar una reacción en el ambiente a través de la utilización de ciertos aspectos de la enfermedad.

Cuando los comportamientos antisociales aparecen en la conducta de un neurótico, resulta importante detectar los síntomas de desposesión.

Estos síntomas evidencian daños de origen temprano en la estructura psíquica, y precisan de un sostenimiento yoico.

Las conductas que se observan, si bien pueden tener varios niveles de significación, tienen en común «un elemento que obliga al ambiente a participar».

La bulimia, así como la anorexia, representan aspectos de autorreparación y de venganza hacia el entorno frustrante. En la avidez por el objeto se hallan condensados dos significados: el robo y la destrucción.

«La voracidad es un síntoma antisocial muy común, estrechamente ligado a la inhibición del apetito».^[2]

En ese sentido, todas las conductas compulsivas como la acumulación de objetos, el consumismo, el derroche, responden a una misma necesidad. El robo y la compra tienen una única raíz en el deseo de apoderamiento del objeto.

«Para estudiar más a fondo el robo tendría que referirme al deseo compulsivo de salir a comprar algo, una manifestación común en la tendencia antisocial que encontramos en nuestros pacientes psicoanalíticos».^[3]

Escaparse de la escuela, faltar al trabajo, salir «de levante», implican un doble movimiento de fuga trasgresora y de esperanza difusa de encontrar algo satisfactorio.

«Siempre desde el punto de vista clínico, dentro de la misma categoría a que pertenece el salir a comprar algo, encontramos las salidas sin finalidad alguna, a modo de rabonas, manifestaciones de una tendencia centrífuga que reemplaza el gesto centrípeto implícito en el robo».^[4]

d) El tratamiento

Para D. W. Winnicott hay un primer tiempo en que la desposesión es compensada mediante cuidados especiales dentro del marco familiar. También la escuela u otras instituciones pueden enmendar esta desposesión proveyendo un contexto ambiental reparador. Allí o en la psicoterapia, el auxilio adecuado lleva al niño a retroceder al

momento anterior a la desposesión y a redescubrir el objeto bueno y el ambiente humano contenedor que le permitan experimentar impulsos eróticos y agresivos.

En el tratamiento de distintos tipos de pacientes, el surgimiento de un aspecto de tendencia antisocial se presenta cuando somos convocados a intervenir y responder a demandas y conductas que exigen una réplica directa en forma de indicaciones, puesta de límites o ajustes del encuadre.

Aparece como una modalidad particular de resistencia que desplaza al análisis fuera del campo de la metáfora, del símbolo, finalmente de lo psíquico. Esto genera un problema técnico.

Retomando los conceptos winnicottianos de madre–objeto y madre–ambiente, podríamos hablar aquí de un momento del análisis en que el paciente solicita al analista en su función de ambiente reparador. Pero inevitablemente se halla condenado a utilizarlo como madre–objeto, es decir como objeto parcial.

El paciente precisa de un sostenimiento yoico, pero lo busca a través de irritar al analista, curioseando los objetos del consultorio, creando dificultades con el pago o los horarios, expresando demandas que exigen satisfacciones concretas.

En el caso de la tendencia antisocial como estructura predominante, en pacientes graves propensos al *acting* y a las manipulaciones de estilo psicopático, se requieren encuadres especiales.

En el tratamiento de niños y adolescentes, se debe tener en cuenta que la tendencia antisocial se desplegará con su máxima intensidad dentro de la situación analítica. Ante la confiabilidad del ambiente terapéutico u otros soportes complementarios, debe esperarse que los síntomas se agraven. Además, el analista se verá obligado a hacerse cargo de aspectos del entorno, dar directivas, orientar a la familia, contactar instituciones.

La cuestión esencial es proveer al niño o al adulto de un encuadre que pueda poner a prueba para experimentar con sus impulsos. Esto puede ocurrir tanto dentro de la psicoterapia como en algún marco institucional que ofrezca estabilidad y un nuevo suministro ambiental.

D. W. Winnicott afirma que el marco institucional que permita gradualmente ciertas dosis de libertad es indispensable en el tratamiento de estos pacientes. Tan es así que sin él la psicoterapia es casi imposible. Como contrapartida, si el marco cumple adecuadamente su función, la psicoterapia puede hacerse innecesaria.

¿Cómo opera el análisis?

Al recuperarse la capacidad de sufrimiento existe la posibilidad de un auxilio terapéutico. Esto se ve claramente cuando el paciente siente a su analista como confiable y puede empezar a dirigirle reclamos. Los afectos reaparecen y, si la respuesta del ambiente no es vengativa, pueden surgir sentimientos de inquietud y preocupación por el otro, a la vez que la capacidad de reparación. A esto D. W. Winnicott lo llamó un «ciclo benigno» con aumento de la confianza recíproca y disminución de los sentimientos persecutorios de ambas partes.

En el tratamiento de este tipo de pacientes se requiere la instauración de un vínculo confiable no persecutorio, a la vez que la provisión de un encuadre de apoyo y oico relativamente indestructible en relación al tipo y grado de conductas agresivas que el individuo realiza en esa etapa.

Notas

[1] Winnicott, D.W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap. 14: «La tendencia antisocial». Paidós, Buenos Aires,, 1990. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D.W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap. 14: «La tendencia antisocial». Paidós, Buenos Aires,, 1990. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D.W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap. 14: «La tendencia antisocial». Paidós, Buenos Aires,, 1990. [[REGRESAR](#)]

[4] Winnicott, D.W. *Deprivación y delincuencia*. Segunda parte. Cap. 14: «La tendencia antisocial». Paidós, Buenos Aires,, 1990. [[REGRESAR](#)]

El miedo al derrumbe

Así como en la neurosis lo que subyace a las defensas es la angustia de castración, en el ámbito de los fenómenos psicóticos, lo que se aprecia es el temor al derrumbe del *self* unitario.

a) Descripción clínica

En la infancia, los fracasos del entorno generan la amenaza de desintegración y las angustias primitivas. Es contra éstas que el yo organiza las defensas, ya que nada puede hacer contra el fallo ambiental, debido al alto grado de dependencia real. Estas vivencias tempranas se hallan en el origen de lo que D. W. Winnicott llamó el miedo al derrumbe o *breakdown*. También fue traducido por el término «colapso».

Cuando se produce un colapso real es porque la estructura defensiva del paciente ha fallado; en un segundo tiempo se construirán nuevas defensas. El colapso originario no puede ser recordado pero sí revivido durante el tratamiento gracias a la nueva fuerza yoica y al apoyo prestado por el analista y el encuadre.

Este miedo al derrumbe puede hallarse como fantasía en cualquier individuo, apareciendo en algunos pacientes en forma repetitiva y aguda.

En un sentido es un fenómeno universal, lo que nos permite comprenderlo empáticamente cuando un paciente lo experimenta en forma dramática.

Esta fantasía no siempre se observa desde el comienzo. En aquellos que tienen un sistema defensivo muy bien organizado sólo aparece con el progreso del tratamiento.

El temor al derrumbe es el temor a la falla en la organización de las defensas que mantiene unida la organización yoica.

b) El fallo ambiental

Ya dijimos que se puede describir al ambiente facilitador como un sostén (*holding*) que evoluciona hacia la manipulación corporal (*handling*) a la que se le agrega la presentación del objeto. En dichas condiciones, el individuo se desarrolla hacia la integración, con la aparición de la relación psicosomática o personalización, seguida de la relación con el objeto. Ante el fallo ambiental, reaparecen las agonías primitivas:

- El retorno a un estado de no-integración cuya defensa será la desintegración.
- El caer para siempre cuya defensa es el autosostenimiento.
- La pérdida de la relación psicosomática, cuya defensa es la despersonalización.
- La pérdida del sentido de lo real cuya defensa es la explotación del narcisismo primario y del pensamiento omnipotente.
- La pérdida de la capacidad para relacionarse con los objetos, que dará como defensa los estados autistas y la relación exclusiva con los fenómenos del *self*.

En este sentido, el cuadro psicótico clínico es siempre una organización defensiva, y nunca el fenómeno de derrumbe propiamente dicho.

c) El tratamiento

D. W. Winnicott sostiene como postulado fundamental que el miedo clínico al derrumbe es el miedo al derrumbe ya experimentado en el momento en que el yo era demasiado inmaduro para acoger en sí al fenómeno traumático.

El trauma quedó fuera de la posibilidad de ligazón y elaboración, en el inconsciente no reprimido, sin acceso al recuerdo ni a la palabra.

La pregunta es ¿por qué este temor aparece en lo actual si el derrumbe ya tuvo lugar?

El trauma originario no puede ser experimentado hasta tanto el yo pueda acogerlo en sí y darle sentido. Aparece en forma de repetición o de amenaza futura. Sólo a través del sostén yoico brindado por el analista, la experiencia puede ser revivida, significada y así transformada en pasado.

Un rasgo de transición entre el derrumbe originario y la repetición en la transferencia se suele ver en el recuerdo del paciente de situaciones de derrumbe acaecidas durante la latencia o la adolescencia. Esto sería ya una versión posterior o resignificación del derrumbe primitivo sobre el cual se puede trabajar analíticamente.

D. W. Winnicott afirma que al paciente se le debe comunicar la hipótesis de que su derrumbe ya aconteció en un pasado inaccesible al recuerdo, ya que esto puede aliviarlo de su sufrimiento.

Sin embargo resulta importante que se den en el análisis las posibilidades de experimentar una cuota de este derrumbe que el paciente necesita vivir, para poder incorporarlo a la posibilidad de procesamiento psíquico.

Si los fallos del analista se producen en dosis tolerables, el paciente podrá revivir parcialmente aspectos del derrumbe primitivo y comenzar a darles sentido psíquico. El paciente necesita recordar el derrumbe original y esto no es posible; la única forma es la repetición en la transferencia, y su reviviscencia en la relación analítica equivale al levantamiento de la represión en el análisis del paciente neurótico.

Algunas observaciones sobre las patologías por conflicto intrapsíquico

Cuando el riesgo de las deformaciones del yo debido al fallo ambiental temprano ha sido superado, aún quedan pendientes la estructuración de las relaciones triangulares y la resolución del complejo de edipo.

Esto quiere decir que una vez elaborados en el tratamiento los problemas concernientes a una mejor estructuración del *self* o en aquellos individuos que no han padecido del fracaso ambiental, pueden presentarse conflictos de índole intrapsíquica originados particularmente en la ambivalencia inherente a las relaciones objetales.

Aquí encontramos los cuadros descritos clásicamente como depresión, y las distintas formas de neurosis.

a) La depresión

D. W. Winnicott afirma que la depresión, más allá de sus extremos patológicos, es un trastorno inherente a todos los seres humanos integrados. Para él, sentir las cosas profundamente y asumir responsabilidades puede llevar a vivencias depresivas. Esto significa que el individuo es capaz de reconocer sus aspectos mezquinos, su odio y su crueldad, que conviven con su capacidad de amar y construir. Es así como las personas valiosas tienen la capacidad de deprimirse.

Sin embargo, en las depresiones graves, el individuo se siente responsable de todos los males del mundo, aún de aquellos que no tienen nada que ver con él.

El psicoanálisis reconoce la relación entre la depresión y un aspecto que corresponde a la salud: la capacidad para sentir tristeza y culpa. Corresponde entonces diferenciar los aspectos depresivos de las personas normales y los otros tipos de depresión.

La depresión tiene un punto de origen intermedio entre los puntos de fijación de la esquizofrenia y los de las neurosis.

Las depresiones abarcan un amplio campo de los trastornos mentales, desde aspectos casi normales hasta las depresiones psicóticas.

Más cerca de la normalidad encontramos enfermedades depresivas que implican cierta madurez del individuo y cierta integración del *self*. Aquí lo indicado es el tratamiento psicoanalítico clásico. La diferencia estriba en que en la transferencia la relación madre-hijo va a tener un rol protagónico, y la angustia de separación también. En esta relación el individuo se halla dominado por ideas destructivas, y se hace esencial la supervivencia del analista a los ataques del paciente.

El conflicto tiene que ver con la dificultad de reconocer e integrar los propios impulsos de agresión y destrucción.

En el duelo normal, la aflicción surge por el sentimiento de responsabilidad por la muerte del otro, a causa de los aspectos agresivos que acompañaban al amor.

En la depresión reactiva ocurre lo mismo, sólo que existe un mayor grado de represión y estos procesos son inconscientes.

En los casos más graves aparece la depresión psicótica o «depresión esquizoide», con vivencias de despersonalización y sentimientos de irrealidad. Si bien estamos en el terreno de la pérdida objetal, esta pérdida es más confusa que en la depresión reactiva, y deriva de una fecha más temprana en el desarrollo del individuo. La vivencia es que junto con el objeto se han perdido partes del propio ser. En las relaciones objetales de estos pacientes existen mecanismos primitivos como la escisión del objeto para protegerse de la ambivalencia, lo que lleva a la escisión del yo.

Al diagnosticar la depresión damos por sentadas la fortaleza y la organización yoicas. Analizarla implica comprender los mecanismos de introyección, y la noción de realidad psíquica en el mundo interno.

«El objeto perdido es llevado a este lugar interior y allí se lo somete al odio, hasta que el odio se agota; y la recuperación con respecto a los sentimientos de aflicción o depresión tiene lugar entonces, espontáneamente en el caso de la aflicción y a menudo también en el de la depresión reactiva».^[1]

El odio y el amor necesitan ser soportados dentro del mundo interno; en la depresión se produce un oscurecimiento de todos los fenómenos internos con el fin de mantener

oculta la ambivalencia.

Al disiparse la depresión, los elementos buenos y los persecutorios se hacen conscientes y se encuentran entre sí.

A partir de allí el yo del paciente será capaz de acogerlos en forma integrada y aceptarlos como parte de su ambivalencia.

b) Las neurosis

Para D. W. Winnicott, la neurosis es un trastorno determinado por conflictos internos *«...que se desarrollan en el interior del ser intacto, integrado, personalizado y con relaciones objetales»*.^[2]

A partir de Freud las neurosis fueron descritas dando por sentado una estructuración suficiente del aparato psíquico, en tres instancias: el ello, el yo y el superyó.

En la constitución del aparato resultaron significativos los conceptos de fijación a determinadas etapas de la libido y regresión a ellas, las que configurarían diferentes cuadros clínicos junto con los mecanismos de defensa específicos.

La teoría del desarrollo libidinal nos mostró al niño transitando diferentes etapas pregenitales: oral, anal, fálica, convergiendo todas ellas en la estructuración edípica, con sus variados y a veces contradictorios impulsos afectivos. En la organización de una neurosis, esto significa la aparición de la angustia de castración y de las defensas instauradas contra ella.

Las relaciones triangulares ya se han instalado y el complejo de Edipo funciona a pleno. Los sentimientos ambivalentes y contradictorios que en él se generan dan origen a la enfermedad neurótica.

La principal defensa es la represión. Del mismo modo que la escisión es la defensa característica de la psicosis. La organización y rigidez de las defensas son las que otorgan su forma típica al cuadro neurótico.

Si bien el inconsciente es el origen de los aspectos más valiosos del ser humano, aportando a los sueños, las fantasías y la vida en general, el inconsciente reprimido no puede utilizarse libremente y sólo se manifiesta en forma de amenaza a través de la angustia, o generando síntomas.

El tratamiento de los pacientes neuróticos apunta al conocimiento de la vida instintiva del individuo y al inconsciente reprimido, dando por sentado que la

personalidad se ha construido y la capacidad para las relaciones objetales no está dañada.

En el tratamiento de estos pacientes la técnica clásica freudiana es adecuada y suficiente.

A lo largo del tratamiento, y gracias al levantamiento de la represión, los componentes de la ambivalencia se integran y las fantasías reprimidas se hacen conscientes. Las fijaciones se aligeran y se instauran las relaciones interpersonales con menores componentes pregenitales y con mayor integración de la ambivalencia y de los objetos.

Fundamentalmente en el tratamiento psicoanalítico de las neurosis se trabaja por medio de la interpretación de la ambivalencia y su aparición y elaboración en la neurosis de transferencia.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 13: «El trastorno psicoanalítico en términos de los procesos infantiles de maduración». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 12: «Los casos de enfermedad mental». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

La teoría de la técnica

D. W. Winnicott afirma que para el ser humano existe una tarea que no tiene fin: la de mantener separados y a la vez interrelacionados el mundo interno y el mundo externo. Sólo una zona de reposo permite tolerar esta fatigosa empresa: el espacio transicional, espacio de ilusión donde es posible vivir, en el que la vida adquiere sentido.

Zona de reposo porque no será cuestionada. Allí la pregunta ¿esto pertenece a la realidad externa o ha sido creado por tu fantasía? no tiene razón de ser.

La tolerancia materna a la omnipotencia del bebé y luego la aceptación de la fantasía y del espacio de juego en el niño, inauguran y amplían esta zona.

No hay salud posible, ni actividad creadora, ni sentimiento de ser para aquel que está privado de ese espacio.

Aquí aparece uno de los sentidos fundamentales del tratamiento psicoanalítico: la apertura y expansión del espacio transicional.

El espacio intermedio entre el adentro y el afuera es para D. W. Winnicott no sólo la clave del sentido de la vida, sino también del buen funcionamiento psíquico y de la salud mental.

Si éste llegara a faltar se produciría la confusión entre el adentro y el afuera, como sucede en el caso límite. Quizá el replegamiento esquizoide por exceso de separación entre ambos espacios. También la concretización de la relación con la realidad a través de una adaptación excesiva al ambiente, con pérdida del contacto con el mundo interno, como la vemos en el falso *self*.

La teoría freudiana postula un primer momento de yo realidad con el reconocimiento de lo propio y lo externo, y luego la creación de una zona libre de las presiones del principio de realidad, la actividad de la fantasía.

D. W. Winnicott, en cambio, propondrá lo transicional, la ilusión primaria como indispensable al psiquismo, sin la cual el individuo no podría tolerar el someterse al principio de realidad.

Sólo bajo esta condición, la vivencia de un breve período de omnipotencia, aceptará gradualmente la desilusión y el reconocimiento del afuera, con la posibilidad de preservar la interioridad y a la vez la capacidad de sostener una ilusión transformadora del mundo externo.

A partir de esta concepción del psiquismo se postularán la modalidad y los objetivos del tratamiento psicoanalítico.

El análisis intentará brindar al paciente las condiciones adecuadas para la ilusión cuando el medio ambiente temprano falló en esa función. En él, el individuo podrá desplegar nuevas aptitudes y experiencias; así comenzará a ser dueño de un espacio precario y a la vez permanente, espacio transicional, espacio de la salud.

Me referiré al encuadre y al espacio del análisis como escenario y argumento que sostienen la experiencia transicional. Sostén necesario en el camino hacia la salud, sólo precisan de un analista «vivo y despierto».

El espacio–tiempo del análisis: lugar del cambio, lugar de la cura, soporte para la experiencia de la continuidad existencial. El objeto analista que se ofrece para la experiencia. El sostén que hace posible la regresión. El reconocimiento de las necesidades del ello, la respuesta a las necesidades del yo.

El trabajo terapéutico en D. W. Winnicott puede ser pensado en relación a varios ejes:

- El encuadre que posibilita la regresión.
- La transferencia y la contratransferencia.
- El juego y la interpretación, interactuando en el espacio compartido del análisis.
- Los movimientos del paciente a través del proceso terapéutico, inaprehensibles en su esencia pero accesibles a nuestra mirada a través de algunas instantáneas de momentos de encuentro de un análisis.
- Una técnica original de comunicación: el juego del garabato.
- Por último, una historia sin fin. Aquella que surge al habitar el espacio de la salud.

Encuadre y regresión

a) La función del encuadre

Uno de los principales aportes de D. W. Winnicott a la teoría de la técnica es el significado y uso terapéutico del encuadre y sus variables.

Este cumplirá las funciones de holding, espacio transicional y garante de la continuidad existencial, permitiendo la regresión a la dependencia, la vivencia de no integración y la experiencia del ser en el tiempo.

¿Qué es lo que otorga al encuadre este sentido tan característico? Diferentes desarrollos que surgen de toda la obra:

- La importancia del entorno en el desarrollo psíquico temprano y por lo tanto del encuadre durante las fases de regresión a la dependencia en el análisis.
- El planteo de tres estructuras psicopatológicas (la disociación esquizoide, el falso *self*, la tendencia antisocial), cuya etiología deriva del fallo ambiental, y que no son accesibles ni modificables sólo con las interpretaciones, ya que precisan de un soporte para el yo, que deberá ser provisto por el entorno actual, para así poder dejar en suspenso las defensas que lo han deformado, abriendo la posibilidad a nuevas formas de integración.

A partir de Freud surge la idea de un análisis en el que el material del paciente debe ser comprendido e interpretado. Esto es válido para la neurosis, pero, sin embargo, Freud no descuida los aspectos que hacen al encuadre.

Es así como D. W. Winnicott se detiene con una nueva mirada sobre el encuadre freudiano. Así nos muestra que, si bien Freud privilegió la interpretación como recurso técnico, tuvo gran cuidado en instalar el ámbito adecuado para sostener al paciente y poder trabajar con él.

- el horario fijo, la frecuencia estable; el lugar tranquilo y acogedor; la luz y los ruidos normales, la presencia de un diván;
- el analista puntual y vivo, despierto y preocupado por el paciente; expresando amor y odio (interés y estrictez), reconocidos honestamente y no negados;
- el analista que no juzga, se abstiene de incluirse, no toma partido (neutralidad benevolente); que es especialmente digno de confianza y está libre de desbordes pulsionales: que no se venga y no se muere; que es capaz de distinguir entre fantasía y realidad.

b) La regresión a la dependencia

Para D. W. Winnicott, la regresión, más que a los puntos de fijación, se realiza a las etapas de mayor dependencia. Una de las funciones del encuadre es favorecer la regresión a la dependencia.

En la clínica se hace necesario diferenciar la regresión del replegamiento. La regresión implica el sentimiento de confianza en el ambiente que permite dejar en suspenso las defensas y retornar a estados de no integración.

El replegamiento, en cambio, es consecuencia de vivencias de persecución. Es un estado defensivo extremo en el que se establece una independencia reactiva y patológica a través de la negación de la necesidad de depender del analista.

El encuadre invita a la regresión por su confiabilidad, ya que reproduce la relación temprana con la madre sostenedora.

Permite al paciente regresar a la dependencia y dejar en suspenso sus organizaciones defensivas. El alivio surge de una provisión ambiental especializada en concordancia con el grado y tipo de regresión del paciente. Es particularmente importante y significativo en las patologías graves.

En esos casos el mantenimiento del encuadre es más importante que las interpretaciones. Sólo así es posible la regresión a la dependencia necesaria para establecer contacto con los traumas que deformaron tempranamente al yo.

Durante la regresión nos hallamos en el terreno de las necesidades. Necesidades del ello y necesidades del yo. Casi no es posible hablar de deseo, dado el grado de desamparo y la falta de integración yoica.

A partir de la regla de abstinencia postulada por Freud, resulta claro para cualquier analista que las necesidades del ello, como expresión del mundo pulsional, no deben ser satisfechas.

D. W. Winnicott considera que las necesidades yoicas, de confianza, estabilidad y sostenimiento, sí deben ser tomadas en cuenta y requieren de una respuesta adaptativa del analista.

Si el análisis provee el sostén adecuado, la satisfacción o aun la frustración de las necesidades podrán ser procesadas psíquicamente, y estas experiencias enriquecen y fortalecen al yo.

Para el paciente resulta no sólo penoso, sino también riesgoso exponerse a la dependencia. Tiene que enfrentar el miedo a la desintegración, al aniquilamiento y a ser dejado caer. Por eso, puede tardar mucho tiempo en llegar a ella, ya que precisa poner a prueba al analista, debido al temor originado en el fracaso de las experiencias anteriores.

La dependencia durante esa etapa es extrema, y las demandas al analista durante las sesiones suelen ser urgentes e imperiosas. La transferencia se presenta en forma dramática y el paciente necesita de la incondicionalidad del analista. En muchos casos esta experiencia se mantiene acotada en el marco de cada sesión.

Sin embargo, sabemos que no siempre es así. En ciertos períodos del análisis, la dependencia de la persona real del analista puede ser tan intensa que requiera de éste una disponibilidad permanente, ofreciendo al paciente la posibilidad de encontrarlo fuera de los horarios de sesión e impidiéndole tomarse vacaciones a riesgo de un derrumbe severo. Este puede implicar la aparición de una enfermedad física, los *actings* y aun el suicidio.

En este tipo de pacientes, el desarrollo del tratamiento se hace imposible sin tomar en cuenta las necesidades del yo.

Los intentos de aplicar la técnica clásica fracasarán si el analista se ubica en una posición ortodoxa. D. W. Winnicott no se cuestiona si es correcto o incorrecto modificar la técnica: simplemente plantea que sin estas modificaciones el tratamiento resulta imposible.

También en algunas etapas del trabajo con pacientes neuróticos, cuando se hacen presentes núcleos de funcionamiento muy primitivo, la técnica deberá modificarse estableciendo adaptaciones adecuadas a las necesidades yoicas de ese momento.

«La porción enferma es tan enferma en uno como en otro, y el analista no puede en modo alguno menguar su adaptación a las necesidades del paciente por el hecho de saber que éste cuenta con una cuantiosa porción de personalidad sana. Es con la parte enferma que uno trata, y ésta está tan enferma como es posible».

[1]

Lo importante es que más allá de los intentos del analista, éste estará expuesto a fracasos en la adaptación en muchos momentos del tratamiento. Son estos fallos acotados y dosificados los que permiten al paciente revivir en la transferencia experiencias próximas al derrumbe originario que se produjo con el fallo ambiental temprano.

«Así, en definitiva, triunfamos gracias al fracaso... el hecho dista mucho de la teoría simplista de la curación por medio de la experiencia correctiva».

[2]

El análisis sólo ofrece la oportunidad de un marco seguro para reexperimentar las angustias primitivas y las vivencias traumáticas tempranas, sin demasiado riesgo y con la esperanza de elaborarlas.

«Quiero decir que una cosa es que un paciente simplemente sufra un derrumbe, y otra que lo sufra porque alguna nueva provisión ambiental le ofrece cuidados confiables».

[3]

En la tendencia antisocial esto implicará la aparición de síntomas como el robo o la destrucción, aprovechando la oportunidad de un ambiente que le ofrece límites y contención.

En el falso *self* se produjo un fallo específico del medio ambiente del que el individuo se defiende a través de la «congelación de la situación de fracaso». Existe la expectativa inconsciente de que más adelante habrá una oportunidad para que ésta pueda ser descongelada y reexperimentada durante la regresión en un medio adaptado. La

instauración de un encuadre confiable constituye «prácticamente una invitación al colapso mental».

En la psicosis la solidez del marco permite la posibilidad de llegar al descontrol, a la dependencia extrema, o aún a la desintegración.

c) La adaptación de la técnica

En relación a los cambios en la técnica analítica, D. W. Winnicott clasifica a los pacientes en tres grupos, que requerirán del terapeuta diferentes modalidades de abordaje.

Los neuróticos, que sufren de conflictos intrapsíquicos desplegados en las relaciones interpersonales. Aquí se trabaja con la técnica clásica.

Los depresivos, quienes padecen de las consecuencias de la separación en la relación madre-bebé, aunque con un yo ya estructurado. En estos casos un aspecto técnico fundamental será la supervivencia del analista a los ataques agresivos del paciente.

Los trastornos de origen más temprano por fallos en la fase de sostenimiento, que requieren de un holding especial dado por ciertos rasgos del encuadre y ciertas actitudes del analista.

En los pacientes con trastornos esquizoides, las condiciones de confianza y estabilidad brindadas por el encuadre son inéditas. El paciente no ha tenido experiencias tempranas en ese sentido, que pueda revivir en la transferencia. Es por eso que el mantenimiento del encuadre es esencial, en tanto favorece la instauración de una experiencia primaria faltante.

¿Qué situaciones clínicas requieren cambios en la técnica?

- la existencia de un falso *self* que ha ahogado toda posibilidad de expresión del verdadero *self*;
- el surgimiento de la tendencia antisocial;
- la ausencia o lesión de los fenómenos transicionales con disociación adentro–afuera, y carencia de capacidad simbólica y despliegue de la fantasía;
- los momentos en que el temor a la locura domina todo el cuadro;
- cuando el paciente está a cargo de alguien y ese alguien no puede hacerse cargo;

Es cierto que a veces se hacen necesarios el sostenimiento corporal o la utilización de otros recursos ajenos a la palabra, sin embargo el objetivo del tratamiento es la comprensión y comunicación verbal de las vivencias que el paciente transmite.

Una vez garantizadas las adaptaciones necesarias para contener, acompañar y elaborar estas condiciones, recién se podrá utilizar la técnica clásica.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Primera parte. Cap. 19: «Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis». Paidós, Buenos Aires, 1991. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D.W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 15: «Dependencia en los cuidados de la primera infancia y de la niñez, y en el marco psicoanalítico». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Primera parte. Cap 29: «El concepto de regresión clínica comparado con el de organización defensiva». Paidós, Buenos Aires, 1991. [[REGRESAR](#)]

Transferencia y contratransferencia

Los conceptos de espacio y fenómenos transicionales, de *holding* y fallo ambiental y más aún los aportes de D. W. Winnicott a la psicopatología, redimensionan el sentido de la transferencia y la contratransferencia, su función y su articulación en la dinámica del análisis.

La transferencia es la manera en que se repite en el análisis un modo subjetivo de relación con los objetos. El análisis dispone las condiciones para que este fenómeno aparezca y se despliegue. El objetivo es la interpretación en el momento adecuado.

En la interpretación se enhebrarán la transferencia, un aspecto de la realidad psíquica del paciente y un hecho significativo de su historia.

Interpretar la transferencia implica comprender los elementos instintivos inconscientes que hay debajo de ella, los conflictos que los sentimientos suscitan y las defensas que se organizan contra ellos.

a) Las dos clases de transferencia

¿Cuáles son los aportes de D. W. Winnicott que le dan nuevos sentidos a este elemento del análisis?

Los conceptos de espacio, fenómenos y objetos transicionales, y a partir de allí la postulación del espacio-tiempo de la sesión como un espacio transicional, la idea de la transferencia como fenómeno transicional, el uso del analista como objeto transicional.

El espacio transicional se ubica entre la realidad psíquica y la realidad externa. Así, el análisis es un fenómeno transicional por excelencia, ya que es un recorte aparente de la realidad externa, y a su vez una puesta en contacto con la realidad interna.

En ese sentido, el analista será un objeto transicional, ya que es un objeto subjetivo y objetivo a la vez. A través de él, y de las relaciones establecidas entre ambos, el sujeto puede elaborar y ampliar el espacio transicional.

«En tal posición se hallan presentes en mí algunas de las características de un fenómeno transicional, dado que, si bien represento el principio de realidad y soy yo quien debe estar atento al reloj, no por ello dejo de ser un objeto subjetivo para el paciente».^[1]

Otro aporte se origina en la idea de que la regresión no se dirige a una etapa de fijación de la libido sino a un estado de mayor dependencia. La transferencia entonces, recibe el refuerzo de demandas primarias y esenciales.

A partir de allí D. W. Winnicott sugiere tomar en cuenta dos tipos de transferencia. La que proviene de la estructura neurótica y remite a las relaciones objetales infantiles, y la que surge de la estructura psicótica y precisa de un ambiente sostenedor.

Destaca que el analista debe comunicarse con el paciente desde el lugar en que éste lo ubica desde la neurosis o psicosis de transferencia.

Con este enfoque el concepto de transferencia se amplía para abarcar la transferencia de los pacientes psicóticos o los momentos psicóticos en el análisis de pacientes neuróticos. En el análisis de estas fases, el yo no está instaurado como unidad y estrictamente no existe una neurosis de transferencia.

La transferencia neurótica se caracteriza principalmente por la ambivalencia, y las transferencias más primitivas de los pacientes neuróticos o psicóticos por mecanismos como la escisión, la introyección, la proyección, la persecución, la desintegración.

En la enfermedad neurótica se reviven en la transferencia, situaciones de confianza básica en el entorno, que ya han sido experimentadas. En tanto que en otras estructuras (casos límite, psicosis, falso *self*), la experiencia de confianza que propone el análisis es inédita, y el paciente deberá experimentarla por primera vez para poder hacer uso del encuadre y acceder al desarrollo del análisis propiamente dicho, con la verbalización de las interpretaciones.

Los elementos del encuadre simbolizan para los neuróticos el sostenimiento y el amor materno. Para el psicótico, en cambio, son la prueba tangible del amor del analista. Como si el diván, el calor, los objetos del consultorio en vez de representar algo simbólicamente fueran el cuerpo mismo del analista.

Así, los fallos de adaptación serán vivenciados dramáticamente, lo cual permite comprender la gravedad de las carencias yoicas. La furia y el dolor que éstos generan

son a veces difíciles de contener, exigiendo del terapeuta la capacidad de reconocer sus errores y fracasos, y la honestidad de comunicarlos al paciente.

El paciente utiliza los fracasos de adaptación del analista para revivir y elaborar sus traumas tempranos originados en el fallo ambiental. Este es el motivo por el que el analista debe estar atento a su contratransferencia inconsciente y diferenciarla del significado que cada fallo puede tener para ese paciente en particular.

D. W. Winnicott sostiene que en cada paciente se debe realizar el análisis de ambos tipos de transferencia, la transferencia neurótica y la psicótica, en diferentes momentos del proceso.

«Constantemente me encuentro pasando de la una a la otra, según la tendencia que muestre el proceso inconsciente del paciente».^[2]

Conviene evaluar cuidadosamente en qué momentos el analista debe trabajar enfatizando la interpretación de los conflictos inconscientes, o satisfaciendo una necesidad del yo mediante una adaptación activa.

b) La contratransferencia y la actitud profesional del analista

La utilización del término contratransferencia en el sentido más amplio, tal como lo hacen otros autores, da origen a una clasificación en tres categorías.

En primer lugar las relaciones e identificaciones fijas reprimidas en el analista, con sus conflictos inconscientes no elaborados, que generan una patología en los sentimientos contratransferenciales. En ese sentido debe ser resuelto en el análisis personal del analista. Esta contratransferencia se refiere a los aspectos neuróticos y conflictos reprimidos que afectan la actitud profesional del analista e interfieren en el desarrollo del proceso terapéutico.

En segundo lugar la contratransferencia positiva hecha de identificaciones y tendencias personales y de la experiencia terapéutica y vocación de ayudar. D. W. Winnicott propone reunir bajo el título de «actitud profesional del analista», aquellos aspectos del compromiso del éste con su tarea y con el paciente.

La actitud profesional del analista implica que éste se halla en un estado especial de estabilidad y confiabilidad. Realiza su trabajo en un encuadre profesional y damos por sentado que no tiene trastornos de la personalidad y del carácter cuya intensidad afecte el mantenimiento del vínculo profesional.

Significa que el analista somete a un riguroso examen y selección sus ideas y afectos antes de enunciar una interpretación. Esto no excluye la experimentación de afectos eróticos o agresivos, si bien el trabajo interpretativo se mantiene con autonomía, conservando la capacidad de seleccionar qué decir, cómo decirlo y cuándo decirlo.

El analista debe hacer lo que se espera de su función terapéutica sin reaccionar a la transferencia del paciente. Sin embargo, debe también permanecer vulnerable, y para esto es necesario que no posea un aparato defensivo rígido y estructurado.

Si esto no ocurre nos hallamos en el terreno de la patología, en el que las limitaciones del analista, debidas a sus defensas fóbicas u obsesivas, afectan su capacidad de conectarse emocionalmente o de permitir movimientos inéditos en el paciente. En estos casos el analista está sometido a una fuerte tensión provocada por sus propias defensas neuróticas que lo llevan a funcionar sintomáticamente y disminuyen su capacidad de adaptación y flexibilidad.

En la clínica, dos estilos de pacientes hacen necesarias ciertas condiciones especiales para preservar la actitud profesional.

Los primeros son los pacientes que precisan de una regresión a la dependencia: los esquizoides y las estructuras falso *self*. Los otros son los antisociales que necesitan un encuadre especializado en relación a los límites externos.

La necesidad de fusión de algunos pacientes en regresión severa, complica la tarea del analista, ejerciendo una fuerte presión tanto sobre su persona real como sobre su función en la transferencia.

«Los casos de psicosis atraviesan gradualmente los obstáculos que para mí son la técnica del analista y la actitud profesional, estableciendo por la fuerza una relación directa de tipo primitivo, llegando incluso a la fusión».^[3]

El desafío es aceptar incursionar en la locura del paciente a través de identificarse con él, y a la vez permanecer anclado en el juicio de realidad y preservar la propia

subjetividad.

«El analista tendrá que permanecer orientado hacia la realidad externa mientras, de hecho, se halla identificado con el paciente, incluso fusionado con él».^[4]

La transferencia psicótica es una dura prueba para el analista. Genera sentimientos e ideas que involucran tanto la actitud profesional, como las vivencias subjetivas del analista como persona y los movimientos contratransferenciales inconscientes.

Las reacciones del analista pueden ser conscientes o inconscientes, y si son evaluadas y comprendidas podrán ser utilizadas al servicio del progreso del tratamiento.

Aquí surge la tercera categoría de contratransferencia según la clasificación de D. W. Winnicott: la llamará «contratransferencia verdadera» y se refiere al amor y al odio que siente el analista como reacción ante la personalidad y el comportamiento del paciente.

Ante determinado tipo de provocación, al analista puede resultarle imposible mantener la actitud profesional. Queda claro que esto se refiere a una puesta de límites a situaciones inaceptables aún dentro del marco analítico. Son respuestas o reacciones a algo concreto y objetivo, y no pueden ser atribuidas a la contratransferencia.

Cuando un paciente actúa dentro de la sesión, ciertas reacciones de defensa o de puesta de límites se hacen indispensables. Estrictamente no podemos llamar a esto contratransferencia.

«Así, por ejemplo, una vez una paciente me pegó. Mi respuesta, por supuesto, es impublicable. No fue una interpretación, sino una reacción ante determinado acontecimiento... Pero una reacción no es lo mismo que la contratransferencia».^[5]

c) El odio en la contratransferencia

Dentro de la contratransferencia «verdadera», D. W. Winnicott presta particular atención a los sentimientos de odio del analista, vivenciados en forma directa o a través de

formaciones reactivas del tipo del amor idealizado.

En el análisis de los pacientes psicóticos y antisociales se hace indispensable tener en cuenta este aspecto de la ambivalencia del analista que D. W. Winnicott definió como «odio en la contratransferencia». El análisis se hace imposible a menos que el odio del propio analista sea consciente. Para esto no sólo es necesario el análisis personal sino también comprender que el análisis de un psicótico es incómodo por la propia naturaleza de la enfermedad.

Al analista le corresponde la función de sostener con su presencia y acompañar con su atención flotante el discurso y las vivencias del paciente, sin tomar partido, sin juzgar, sin proponer ideas ni soluciones. De recibir el impacto de la transferencia negativa «sin morirse ni vengarse».

También está expuesto a la intensa ambivalencia que le genera ocuparse de un otro en estado de desamparo. Responsabilidad que es proporcional a la dependencia regresiva del paciente y que por momentos requiere de una casi sobrehumana tolerancia a la frustración por la imposibilidad de expresar demandas o reclamos.

D. W. Winnicott nos recuerda que la devoción que precisa el paciente en regresión se asemeja profundamente a la de la madre con el bebé.

Aparentemente ésta no tendría razones para odiarlo y, sin embargo, la enorme dependencia del bebé así como su incapacidad para reconocer y apreciar los cuidados maternos son fuente de gran frustración para la madre y por lo tanto de sentimientos de odio. Más allá de su amor, la madre tiene múltiples razones para sentir odio hacia su bebé: el bebé difiere de su fantasía, constituye un peligro para su cuerpo durante el embarazo y el parto, interfiere en su vida privada, le provoca preocupación, siente la maternidad como una exigencia de su madre hacia ella. Es desconsiderado, la desprecia, la trata como una esclava, se muestra desilusionado respecto de ella. Su amor es un amor interesado, una vez conseguido lo que se propone la abandona. Ella tiene que amarle a pesar de sus aspectos desagradables. Le impone su ritmo, no registra los sacrificios de ella. Es desconfiado y hace que la madre dude de sí misma. El bebé la excita pero la frustra: la madre no puede comérselo ni tener relaciones sexuales con él.

Cuando esto es activado en la relación con un paciente niño o adulto, en plena regresión a la dependencia, produce intenso malestar. Si este malestar no es elaborado surgirá en diferentes modalidades sintomáticas como la actuación de la agresión

vengadora en forma apenas sublimada: palabras descalificadoras, pasividad, silencios hostiles.

Los pacientes psicóticos son una carga emocional para el analista, quien les teme, los rechaza y por momentos los odia. Es importante que estos sentimientos sean conscientes y aceptados para que sus efectos no surjan en forma disruptiva en el vínculo con el paciente.

La ambivalencia característica del psicótico, vivida como violenta y peligrosa, genera problemas en el análisis, que pueden agotar los recursos del analista. Debe diferenciarse de la ambivalencia de los pacientes neuróticos que ofrece mejores posibilidades de comprensión y manejo.

Sin embargo, el odio justificado y objetivo del analista puede ser utilizado adecuadamente en algunos momentos de la interpretación.

D. W. Winnicott afirma que a veces el paciente busca el odio del analista, y en ese caso debe poder encontrarlo. Sólo si descubre el odio objetivo del analista cuando éste es justificado, confiará en encontrar su amor objetivo cuando cree merecerlo.

Muchas veces el odio del analista no es expresado, ni siquiera experimentado, debido a la vocación profesional que involucra impulsos reparatorios, al deseo de aprender y descubrir, al cobro de honorarios, o a la gratificación por los progresos del paciente.

Sin embargo, una relación tan asimétrica requiere siempre abnegación, y la abnegación implica el riesgo de represión del componente agresivo de la ambivalencia humana normal.

Debido a eso, otro de los destinos posibles del odio es la represión, con la construcción de formaciones reactivas que D. W. Winnicott llama «sentimentalismo». Aquí las formaciones reactivas pueden tomar la forma del sometimiento masoquista: honorarios insostenibles, honorarios simbólicos, intervenciones y actuaciones apaciguadoras.

La agresión se reprime y cuanto más se la reprime más aumenta. Aquí observamos un exceso de cuidado para mantener a raya los propios impulsos agresivos, que puede paralizar al analista generándole sentimientos de desesperanza y depresión.

Más aún este resultado es contraproducente para la mejoría del paciente, ya que la negación de la agresión, presente en el vínculo por derecho propio, le impide entrar en contacto con su propia transferencia hostil y con las posibilidades de expresarla y elaborarla.

En ese momento el concepto de contratransferencia verdadera se pierde. Atraída por los contenidos reprimidos de ambos, la agresión vital y liberadora, originariamente al servicio del análisis, entra a engrosar las huestes de lo reprimido.

Sin el auxilio del odio tampoco el amor podrá ser sentido ni expresado. Paciente y analista sólo pueden coincidir en la idealización de la función del terapeuta.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 7: «Los designios del tratamiento psicoanalítico». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Tercera parte. Cap. 13: «Variedades clínicas de la transferencia». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 6: «Contratransferencia». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[4] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 6: «Contratransferencia». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

[5] Winnicott, D. W. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 6: «Contratransferencia». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

Del juego a la interpretación

a) El juego en el adulto

D. W. Winnicott reconoce que en el análisis de pacientes adultos se hacen evidentes distintos modos de juego que aparecen con ciertas actitudes, inflexiones de la voz, manipulación de objetos.

En el trabajo con pacientes adultos encontramos con frecuencia sutiles formas de juego: los sobrenombres secretos que el paciente utiliza para nombrar a su terapeuta, el uso que hace de los objetos del consultorio, cierta complicidad en la elección de palabras que han adquirido significado para ambos, algunos rituales originales que marcan el comienzo o el final de la sesión.

Para D. W. Winnicott el jugar es una experiencia que acompaña al vivir en todas sus formas, dando al análisis mismo la connotación de un juego inédito y original.

El juego es un fenómeno universal ligado a la salud psíquica. Sirve al encuentro con los otros y la comunicación. El psicoanálisis sería así un juego especializado cuya función es facilitar la comunicación consigo mismo y con los demás.

Así como el educador se ocupa de enriquecer y ampliar la zona de juego del niño, el terapeuta no puede dar por sentada la capacidad de jugar, sino que debe ocuparse de las inhibiciones y obstáculos que ésta padece. Es bueno recordar que el juego es terapéutico en sí mismo, «es una psicoterapia de aplicación inmediata y universal».

Esta observación nos permite entender cómo, a veces, puede efectuarse una psicoterapia profunda casi sin necesidad de la tarea interpretativa.

«La psicoterapia se realiza en la superposición de dos áreas de juego, del paciente y del analista. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se

orienta a llevar a paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo».^[1]

Damos por sentado que el analista es capaz de jugar y de participar del juego sin temores ni inhibiciones.

Si el analista no sabe jugar, por la rigidez de sus defensas, no está capacitado para su tarea.

Lo esencial del juego es que brinda la oportunidad para la creatividad del paciente, y también del analista. Sólo sobre esta base puede producirse la interpretación como un objeto creado y encontrado por ambos.

La creatividad sólo puede surgir de un estado informe y no integrado. Este es el origen del juego.

En el tratamiento buscamos acceder a ese funcionamiento ofreciendo oportunidades para dejar en suspenso las defensas, organizando un espacio que permita jugar en libertad.

La implementación de un encuadre que permita el juego, es responsabilidad del analista. Esto incluye la libertad corporal, la aceptación de modos no verbales de comunicación y la asociación libre.

El relajamiento de las defensas puede observarse cuando el niño juega en el piso o cuando el paciente adulto asocia libremente, recostado en el diván. Los impulsos, ideas y sensaciones son expresados y aceptados sin necesidad de coherencia.

La incapacidad para jugar o la inhibición del juego en un momento de la sesión, permite detectar la aparición de la angustia, de los sentimientos persecutorios y de las defensas.

A veces la asociación libre queda limitada por la ansiedad o la persecución generando un discurso excesivamente lógico y coherente. El juego se ha interrumpido y hablamos de resistencia. La resistencia implica sufrimiento y éste puede ser aliviado mediante la interpretación.

Cuando el analista precisa demostrar su saber por medio de interpretaciones sutiles e inteligentes, la búsqueda creadora del paciente puede verse afectada.

D. W. Winnicott afirma que las interpretaciones «inteligentes» pueden impedir que el paciente muestre su creatividad descubriendo naturalmente sus procesos internos.

El efecto de una interpretación que es evidente para el analista, pero puede estar muy alejada de la capacidad del paciente para sentirla como propia en ese momento, produce un tipo de resistencia que está al servicio de proteger a éste de la sumisión y la intrusión del otro en su mundo interno, con riesgo para su individualidad. En algunos pacientes con tendencia a la idealización, o en momentos de gran dependencia, la resistencia no aparece; sin embargo la interpretación es negativa ya que no respeta la verdad íntima de ese paciente. Sólo la interpretación encontrada en el momento adecuado, ofrece una verdadera posibilidad de cambio.

Para que la interpretación pueda ser utilizada, el paciente debe ser capaz de jugar. Si esto no sucede sólo produce confusión y acatamiento. Cuando la interpretación se hace antes de la posibilidad del paciente de acercarse a ella, se instauran la sugestión y el adoctrinamiento, con la detención del proceso terapéutico. Esto sucede cuando la interpretación es enunciada fuera del área de juego compartido.

b) Los dos estilos de interpretación

En el adulto el contrapunto asociación libre, atención flotante ocupa el lugar del juego como zona de superposición de dos áreas de juego, la del paciente y el analista. Allí la interpretación es como un objeto creado y encontrado a la vez. Esto implica un modo flexible y abierto de interpretar, dejando lugar para los aportes del paciente.

El analista debe interpretar de tal modo que el paciente pueda corregir, ampliar o cuestionar la interpretación. A veces el rechazo no es debido a la resistencia, sino a un fallo en la comunicación del analista o un malentendido en la forma en que el paciente la recibe.

Un paciente obsesivo, con esa típica alternancia de sometimiento y rebeldía, solía responder a mis interpretaciones en una de estas dos modalidades: «es exactamente como usted dice», o sino, «nada que ver con lo que me pasa». Comprendí que habíamos inaugurado nuestro espacio de juego compartido el día en que habiéndole yo formulado una interpretación en tono de puntos suspensivos, me respondió: «Mire, no es exactamente así, pero es algo parecido. Yo le voy a explicar».

Cuando el material presentado por el paciente es verbal, se dan las condiciones ideales para la interpretación clásica. Esto no siempre es así, ya que solemos tomar en cuenta, y a veces interpretar, aspectos no verbales de su comunicación.

Actualmente se toman en cuenta las comunicaciones no verbales: gestos, silencios, conductas.

No siempre se las puede interpretar ya que resultan persecutorias.

Generalmente el material verbal es más adecuado para la interpretación, pero a veces no disponemos de él y debemos trabajar sobre los otros modos de comunicación del paciente o aún sobre nuestra contratransferencia.

Las interpretaciones se hacen por dos motivos: la primera es mantener al analista fuera de los fenómenos subjetivos. Al hablar, aún si se equivoca, conserva cierta cualidad externa. La segunda es que la verbalización en el momento adecuado moviliza las fuerzas intelectuales del paciente, aportando su comprensión.

D. W. Winnicott refiere que suele hacer una sola interpretación por sesión; esto no significa que habla una sola vez, sino que dice lo mismo en varias partes y de diferentes formas.

También indica que el analista sólo debe devolverle o reflejarle al paciente lo que éste ha enunciado, quizá con algunas modificaciones.

Resulta complejo comprender y aceptar la utilidad de este tipo de intervención. Sin embargo, D. W. Winnicott afirma que la comunicación del paciente puede estar originada en un aspecto disociado del *self*. En ese caso la interpretación es comunicada a la persona total.

A partir de una posición disociada el paciente puede ofrecer al analista una muestra de su verdad. Cuando el analista se la devuelve en forma de interpretación, quien lo recibe ya ha salido de la situación disociada.

«...la interpretación puede ser formulada a la persona total, en tanto que el material para ella provino de sólo una parte de la persona total».^[2]

Esta modalidad interpretativa implica para el analista la capacidad de exponerse a lo inédito, de tolerar la espera, y de renunciar a su narcisismo intelectual, aceptando que el hallazgo sea del paciente.

D. W. Winnicott sostiene que con la creciente confianza del paciente y la evolución de la transferencia, éste llega naturalmente a la comprensión de sus vivencias, con escasa

necesidad de interpretaciones. En ese sentido cree que la interpretación puede a veces generar la ruptura del proceso natural de elaboración.

La gratificación proviene del sentimiento de verdad y descubrimiento, con la seguridad de no haber «inventado» al paciente a través de identificaciones con el analista, o del adoctrinamiento desde las propias ideas.

«Si sabemos esperar, el paciente llega a una comprensión en forma creadora y con inmenso júbilo, y ahora disfruto de ese alborozo más de lo que solía gozar con el sentimiento de haber sido penetrante».^[3]

Además de reflejarle al paciente lo que él ya dijo, existe una manera de interpretar encontrando otro sentido a lo dicho, utilizando los procesos intelectuales de ambos para alcanzar un *insight* más profundo. El riesgo es que las interpretaciones inteligentes, aún si son exactas, pueden transformarse en una amenaza para el paciente ya que tocan una fase del desarrollo emocional que él aún no ha alcanzado desde su persona total.

Finalmente, es a través del juego, experiencia en terreno seguro, con la presencia continua y la confiabilidad del objeto que surgirán las capacidades: el uso del objeto, la capacidad de preocuparse por el otro, la capacidad de estar a solas.

También la relación del yo, la creatividad, la apertura del espacio transicional. El crecimiento del mundo interno y la relación con el espacio cultural. La integración de lo psicosomático, de la mente con la psique, de los aspectos masculinos y femeninos. El ciclo benigno en relación a la confianza en el otro, y la propia capacidad de reparación.

Notas

[1] Winnicott, D. W. *Realidad y Juego*. Cap. 3: «El juego: exposición teórica». Gedisa, Barcelona, 1992. [\[REGRESAR\]](#)

[2] Winnicott, D. W. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Primera parte. Cap. 32: «La interpretación en psicoanálisis». Paidós, Buenos Aires, 1991. [\[REGRESAR\]](#)

[3] Winnicott, D. W. *Realidad y Juego* Cap. 6: «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones». Gedisa, Barcelona, 1992. [\[REGRESAR\]](#)

El proceso terapéutico ^[*]

Dentro del encuadre adecuado el proceso terapéutico se desarrolla habitualmente en una secuencia:

- La provisión ambiental que inspira confianza, permite la regresión a la dependencia, acompañada de sensación de riesgo.
- A partir de allí se realiza el descubrimiento del ser verdadero con la posibilidad de nuevas integraciones.
- Al producirse el descongelamiento del fracaso ambiental original, el yo más fuerte puede sentir y expresar la ira y el dolor.
- El yo se fortalece y se integra, las defensas se aflojan y se hacen más específicas, la vivencia de encierro en la enfermedad comienza a disolverse.
- Se inicia así la evolución hacia la independencia con la aparición de necesidades y deseos con posibilidad de expresarse y realizarse.

Esta secuencia no sólo es indispensable en el tratamiento de pacientes más graves, sino que nos ofrece una visión más amplia y profunda del proceso y sus movimientos, también en los pacientes neuróticos.

«Siempre me adapto un poco a lo que el individuo espera al principio. Sería inhumano no hacerlo así. Sin embargo, en ningún instante dejo de maniobrar en pos de la posición que me permita hacer un análisis con todas las de la ley».^[1]

a) Instantáneas de algunos momentos privilegiados de un análisis

Quisiera mostrar a partir de varias viñetas clínicas la influencia de las ideas de D. W. Winnicott en mi propio trabajo y sus consecuencias en el proceso terapéutico, a través de algunos momentos privilegiados de un análisis.

¿En qué consiste el proceso curativo? Es casi imposible describir su ritmo singularísimo en cada análisis. Sólo podría acercarle algunas instantáneas de momentos en que algo bueno sucedió, algo nuevo, del paciente, del analista, que dio lugar a una imagen creada y encontrada. En el centro, la experiencia que llamamos transferencia—contratransferencia. Momentos de ilusión a la vez breves e infinitos que dan sentido a todo el proceso terapéutico. Quizá también al vivir.

b) La integración del yo, el uso de un objeto

Se trata de un paciente grave, a quien yo veía en el consultorio varias veces por semana. Adrián no podía acostarse en el diván, porque se angustiaba. Solamente podía trabajar frente a frente.

Mi paciente se sentaba y fumaba a lo largo de la sesión. En realidad encendía un cigarrillo, y lo olvidaba en el cenicero, dejándolo consumirse solo.

Un día, el cigarrillo cayó fuera del cenicero, y quemó un pedacito de la tela del diván. Al darse cuenta él se preocupó; sin hablar traté de quitar la ceniza del diván, restando importancia al hecho. Me pareció que no tenía sentido interpretar nada al respecto.

Al irse el paciente, comencé a pensar en cómo me había sentido yo, y en que no podía dejar de comunicarle algo.

Temía que si hacía una interpretación, en la que el quemar un objeto mío equivaliera a quemarme a mí, eso resultara muy persecutorio para mi paciente. Por otra parte, ese no es mi estilo de interpretar. Más aún, sabiendo que este paciente, con gran tendencia a la actuación, difícilmente podría contener sus impulsos en un recipiente tan estrecho como un cenicero.

Me di cuenta de que Adrián, sentado frente a mí, fumando, estaba realizando un enorme esfuerzo de autocontrol, y que era inevitable que se le escaparan cosas.

Pensé que allí mi función, más que mostrarle su aspecto agresivo, era contenerlo mejor, por supuesto de alguna forma simbólica.

Dejé pasar el tema, pensando en que ya se me ocurriría como incluirlo en el análisis.

Cuando, la sesión siguiente, el paciente toca el timbre, toda la escena retorna a mi mente. Pensé en que tendría que haber previsto un cenicero más grande, pero no lo tenía. Mientras lo hago pasar, voy a buscar el cenicero a la cocina, y allí se me ocurre darle el cenicero apoyado sobre un plato que sí tenía. Un plato, soporte precario del yo que se desborda permanentemente.

El paciente lo mira con cierta sorpresa, no dice nada. En adelante se establece una suerte de juego entre los dos, en el que yo le entrego el cenicero con un plato debajo.

Durante las primeras sesiones, siempre encontraba cenizas en el plato. Poco a poco, las cenizas del plato comienzan a desaparecer, a la vez que se producen ciertos cambios en la vida del paciente, en particular la disminución de los *actings*. Y nunca más cae ceniza fuera del plato.

Supongo que motivada por este progreso de mi paciente, una vez olvido el plato, y le doy el cenicero solo. Adrián, con una sonrisa tímida, me dice: «Se olvidó de mi plato». Se lo traje.

Así siguió el análisis, sin cenizas en el plato, y con Adrián cada vez mejor en muchas otras cosas. Y un buen día, así como se olvidan los objetos transicionales, y quedan en el limbo, y no se los duela, yo misma volví a olvidar el plato.

Adrián ya no me dijo nada. Y ya nunca volvimos a usar el plato.

Creo que durante un tiempo el plato fue la representación simbólica del holding, brazos y regazo que contienen. Luego su significación fue deslizándose hacia la de espacio transicional, juego, modo de comunicarnos, experiencia compartida, y finalmente hacia la de objeto transicional, primera posesión no-yo.

c) La ilusión, la esperanza, el surgimiento del verdadero *self*

Gustavo es un médico joven, que ha tenido gran éxito en su vida profesional, siguiendo los pasos de un padre prestigioso en la misma especialidad. Pero se siente irreal e insatisfecho. En una sesión: «Tengo miedo de las malas noticias. Siempre estoy esperando que todo fracase».

«¿Se hace a la idea de las malas noticias porque teme hacerse ilusiones?».

«Yo no tengo ilusión respecto de nada. Siempre pienso en la muerte. En este momento podría morirme sin que importe. En realidad me tendría que haber muerto hace mucho tiempo, cuando era chico, porque ya sabía que nunca nada iba a salir bien».

Su tono es depresivo, sus palabras casi inaudibles.

«Siento que mi vida no tiene sentido. Estoy vacío, no me siento real».

Lo escucho, apenada y desesperanzada. Pienso en D. W. Winnicott, en la relación que él establece entre el sentimiento de futilidad y la falta del gesto espontáneo, y me pregunto: «¿Se le puede decir esto? ¿Cómo se lo digo?». Dudando, como si buscara la palabra adecuada, le digo: «¿Será que se siente así por su falta de ... espontaneidad?».

Para mi sorpresa, contesta: «Sí, es exactamente eso. Pero no entiendo como se le ocurrió a usted». Percibo que puse el objeto allí donde el otro fue capaz de crearlo. Sin embargo, por un momento busco justificarme, y le digo: «Bueno, usted me cuenta siempre que tiene que actuar artificialmente, que se siente sometido a los demás, que tiene que representar un papel... Me imagino que viviendo así, no puede ser muy espontáneo».

Con una nueva voz, me contesta: «No sé que me pasó recién. La palabra que usted usó, la idea de espontaneidad. Es como si de pronto apareciera la ilusión, como si empezara a creer que algo va a cambiar. Me siento mejor».

Aquí el tema central fue la explotación de la inteligencia del niño por los padres, que lo llevó a la adaptación excesiva y sumisa. Esto provocó en él la construcción de un falso *self*, acompañado por un sentimiento de futilidad e irrealdad.

La experiencia de ilusión vivida a través de la palabra «espontaneidad» creada y a la vez encontrada, junto con la afirmación de que algo falta, parecen producir el efecto de encuentro con el verdadero *self* y la vivencia de existir.

d) Del sentimiento de culpabilidad a la capacidad para preocuparse por el otro

El paciente de cuarenta años consulta por impotencia sexual. La esposa había muerto joven debido a un tumor ginecológico. La amaba mucho. Cuando intenta volver a salir con otras mujeres, no puede mantener relaciones sexuales con ellas.

Descubrimos la fantasía de Andrés de haber matado a su mujer, de que su amor, su pasión, su sexualidad fueron la causa de la enfermedad.

Su familia era grande, una madre muy rígida y represiva en la educación de sus hijos, sin capacidad de manifestar su afecto, muy estricta, que imponía castigos

desproporcionadamente severos en relación a las faltas de los chicos. Andrés recuerda su frialdad.

Es un hombre de gran fuerza física y voz imponente. En una sesión menciono el tema del miedo a sus impulsos, que él vive como muy destructivos, cargados de excesiva fuerza e intensidad, de su temor a dañar a quienes quiere, y le digo que yo imagino que esto le debe pasar también conmigo. Dos días después viene muy angustiado y me cuenta un incidente que le ocurrió al salir de la sesión anterior.

Iba en su automóvil muy distraído e involuntariamente rozó otro auto y le produjo un raspón. La mujer que conducía se bajó indignada y lo insultó. El trató de aplacarla. Le dio el número de su seguro, el número de su teléfono. Ella seguía acusándolo de «bruto» y «animal».

Mientras me lo cuenta se angustia cada vez más, jura que lo hizo sin querer y dice:

«Le pido que me crea, por favor».

Le contesto que le creo... Se tranquiliza a medias y entonces le digo: «Esto ya le pasó otra vez. Cuénteme».

El paciente, recostado en el diván, recuerda una escena que tenía olvidada.

A sus cinco años había inventado un juego. Le gustaba jugar cerca de su madre en la cocina. Sacaba un clavo de la caja de herramientas de su padre, lo tomaba con unas pinzas, se acercaba a la hornilla de la cocina cuando su madre estaba trabajando allí, lo calentaba al rojo vivo, corría hacia la heladera, abría el congelador y apoyaba el clavito sobre el hielo para ver como se derretía. Sorprendente simbolismo: el chico que juega a poner su clavito al máximo de calor, e intentar derretir a esta madre tan fría.

Este juego se repetía con frecuencia. Mientras me lo cuenta comienza a llorar, y casi sin voz me dice que una vez pasó algo terrible.

Entre sollozos angustiosos y convulsivos, casi gritando, consigue contarme el final de la historia: iba corriendo, clavito en mano, para llegar al congelador, y rozó en el brazo a la madre.

Imagino que cualquier persona gritaría, se asustaría, y daría al chico un lógico reto. La madre le dijo con frialdad: «Sos un animal y un asesino. Me quisiste matar», lo empujó lejos de sí y no le habló durante varios días.

En ese momento del relato, el paciente se levanta entre sollozos, va al baño y tarda más de diez minutos en salir. Yo lo espero sentada en el sillón, y al verlo entrar, tambaleante, me pongo de pie para tratar de sostenerlo, aún simbólicamente.

El paciente, para mi sorpresa, me abraza, me apoya contra su hombro, y me palmea la espalda durante un breve momento. Lo dejo hacer, un poco inquieta pero intuyendo que no debo mostrar ni temor ni rechazo. El se sienta en el sillón frente a mí, ya calmado, y sonríe.

Recordemos a D. W. Winnicott: Cuando la oportunidad para la reparación no es ofrecida desde el ambiente, las alternativas son dos: la conducta antisocial (un hermano de Andrés se dedicó a actividades delictivas) o la inhibición de la agresividad normal y necesaria con el consiguiente empobrecimiento de la creatividad y la potencia personales.

El temor a la destrucción del objeto domina toda la escena y el terapeuta tendrá que ser capaz de sobrevivir tanto al odio como al amor, «sin morirse ni vengarse».

Sabemos que ciertos modelos familiares y culturales de crianza y educación instauran la culpa en el lugar de la capacidad para preocuparse por el otro.

Aquí se enhebran varios aspectos que dan sentido al momento terapéutico: el desplazamiento transferencial con el temor de dañar al analista, el *acting* actual bajo la forma del raspón hecho a una mujer, el recuerdo traumático infantil, la oportunidad durante la sesión de revivir impulsos hiperintensos en un vínculo no persecutorio. Esto llevará a la disolución del síntoma.

e) La salida del replegamiento esquizoide, el surgimiento de la capacidad para estar a solas

Dirá Laura en una de sus últimas sesiones: «No creo que hubiera llegado nunca al punto en que estoy ahora sin el análisis. Ahora me doy cuenta de que el análisis es exactamente lo que yo necesitaba. Porque acá tuve un espacio, un oído y una voz. Pero lo más importante fue el acompañamiento. Y el tiempo. Que te tomes el tiempo de sentarte y escucharme. Eso sólo ya me cambió la vida. Y también pensar. Pensar con otro, que no es lo mismo que pensar sola. Yo antes pensaba mucho, pero pensaba sola. Me encerraba. Claro, era mejor estar sola que en medio del ruido. Pero es mucho mejor estar con alguien que estar sola». «Antes, para llegar de adentro a afuera, yo tenía que recorrer un larguísimo camino. Ahora, adentro y afuera están allí, y yo entro y salgo cuando quiero».

La incapacidad para estar a solas se expresará por medio del aislamiento o las adicciones patológicas. En este caso la madre invasora no permitió a Laura vivir la

experiencia de estar sola en su presencia. El estilo defensivo ha sido aquí el replegamiento esquizoide. El acompañamiento terapéutico, más allá de cualquier interpretación, ha sido la clave para la apertura del espacio transicional como mediador entre el mundo interno y el externo.

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo presentado en el II Encuentro de Winnicott en Latinoamérica, Montevideo, 1993. [[REGRESAR](#)]

[1] D. W. Winnicott. *El proceso de maduración en el niño*. Segunda parte. Cap. 7: «Los designios del tratamiento psicoanalítico». Laia, Barcelona, 1979. [[REGRESAR](#)]

El *squiggle*: la técnica del garabato ^[*]

D. W. Winnicott desarrolla una técnica gráfica que le permite entrar en contacto con los conflictos y fantasías del paciente a través del ofrecimiento de un espacio confiable en el cual desplegar de manera original un modo de comunicación. Este espacio se utilizará para la experiencia de lo informe y del vivir no integrado, favoreciendo el encuentro de lo inédito.

La propuesta se fundamenta en los conceptos de transicionalidad, las experiencias de integración–no integración y el desarrollo de la creatividad en el juego compartido.

Finalmente hará extensivo el concepto de *squiggle* a los diferentes modos de comunicación dentro del proceso analítico.

a) El campo de lo transicional

D. W. Winnicott articula el pasaje desde el principio de placer al principio de realidad con la transición de la dependencia a la independencia. Afirma que este pasaje es difícil y riesgoso debido a la desilusión que implica la aceptación de la realidad.

Es la creación del área intermedia entre mundo interno y mundo externo la que permite la construcción de la ilusión y la fantasía. El origen de estos fenómenos se halla en la experiencia de omnipotencia primaria en la que el niño se siente capaz de crear el objeto que encuentra.

Es la relación madre–bebé la que sostiene la experiencia. En este encuentro entre dos desconocidos todo está por ser descubierto, en una interacción que de entrada no es mucho más que un garabato (¿garabato primario?). El bebé aporta un gesto, la mamá agrega otro y dentro de esa zona que D. W. Winnicott denominó transicional, se desarrolla la primera actividad creativa del ser humano, inédita y original.

Entonces, del espacio ilusional madre–bebé al espacio transicional personal. A partir de allí a la posibilidad de la creación compartida en la superposición de dos áreas de

juego. Dirá D. W. Winnicott: «*Los bebés y los niños y los adultos traen hacia adentro suyo la realidad exterior, como ropaje para revestir sus sueños, y se proyectan en los objetos y personas externas enriqueciendo la realidad exterior mediante sus percepciones imaginativas*». ^[1]

b) De los estados no integrados a la integración: ida y vuelta

En el desarrollo individual, el psiquismo humano, sostenido por un ambiente facilitador, tiende a pasar de un estado de no integración a uno de integración. En esta integración el individuo conserva la capacidad de volver a estados de no integración. Es en estos estados donde, desde D. W. Winnicott, se hacen posibles tanto el gesto espontáneo como la creatividad.

Si el sostén ambiental falla, la integración utilizará recursos defensivos patológicos, generando soldaduras precoces e inamovibles (a la manera de un falso *self*) o desintegraciones defensivas (como en la psicosis).

Este es un accidente en el contrapunto integración–no integración. Allí es donde el garabato primario deja de ser libre, y se produce un corrimiento hacia el «mamarracho». Ámbito de la locura, en sus dos versiones: el caos y la integración defensiva.

En la clínica de la integración sin retorno habrá un gradiente, desde la pobreza de los rituales obsesivos hasta la construcción de un falso *self* grandioso. En la del caos, veremos desde la confusión improductiva hasta la desintegración.

En el mejor de los casos estas alternativas surgirán en el espacio terapéutico.

c) De la creatividad a la creación, un camino de a dos: el *squiggle*

En el espacio transicional, se desarrollan todos los procesos creativos. Esta zona tendrá la amplitud que haya adquirido en las experiencias tempranas. Es en ella donde D. W. Winnicott despliega la técnica del *squiggle*, invitando al paciente a participar desde el área de ilusión.

Las ideas principales son:

- Un paciente, niño o adulto, trae a la primera entrevista una cierta capacidad para creer que obtendrá ayuda y confiar en quien se la ofrece. La función del terapeuta

es ofrecer un encuadre en el cual el paciente esté en libertad de explorar sus posibilidades de comunicación.

- Trabajando en un área restringida se ayuda a la persona en su totalidad:
- La idea de D. W. Winnicott es que si se trabaja en un área del *self* o en un aspecto de su problemática, se producirá una modificación estructural que llevará a un cambio importante en la personalidad total.
- La posibilidad de completar una experiencia en el área de los fenómenos transicionales es terapéutica en sí misma, ya que amplía el espacio transicional individual.
- «*Con frecuencia el resultado de un garabato es satisfactorio en sí mismo, en cuyo caso es como un objeto encontrado*». ^[2]
- El objetivo del juego es la integración de la persona:
- En el juego surgen elementos escindidos del *self* total, que al ser expresados y reconocidos adquieren la posibilidad de integrarse. Esta integración es posible gracias al *holding* terapéutico.

Recordemos brevemente algunas características de la técnica aplicada:

Su función es establecer contacto con el paciente. Está destinada a utilizar el material de la primera entrevista con su potencial de confianza y comunicación. Esto D. W. Winnicott lo denominó «consulta psicoterapéutica».

D. W. Winnicott toma unas hojas de papel y un par de lápices y le explica al paciente que van a jugar a un juego sin reglas.

A partir de allí, él mismo traza un garabato en la primera hoja, y le pide al paciente que lo complete o lo transforme en alguna figura.

En un segundo tiempo, es el paciente quien inicia el garabato, y el analista lo completa.

El juego continúa alternando la participación de cada uno a lo largo de la hora de consulta.

Se reúnen así una veintena de dibujos en los que comienza a comprenderse alguna significación predominante. El paciente siente que está comunicando algo importante.

Con respecto a los garabatos en sí, es interesante señalar que son disparatados y extraños. Es frecuente que los niños los describan como aterradores: recordemos aquel

dibujo de *El Principito* que al adulto le parece un inocente sombrero, y en el que él había representado a una boa que se tragó un elefante.

Pareciera que el sentido del juego se halla en conocer los límites del espacio transicional. En esa primera entrevista con un ambiente sostén no intrusivo ni persecutorio se realiza el diagnóstico del potencial de salud del paciente más que de su patología. Las defensas quedan aparentemente suspendidas o al menos desplazadas hacia los bordes de la experiencia. Por lo tanto detectamos los recursos propios no dañados en el límite en que se tocan con las modalidades defensivas.

d) Un caso particular: el tratamiento psicoanalítico como *squiggle*

El procedimiento terapéutico deberá ofrecer oportunidades para la experiencia informe y los impulsos creadores, que constituyen la esencia del jugar.

Si todo va bien el analista se presta a un juego, que como el *squiggle*, propone un encuentro con el paciente en el contrapunto asociación libre–atención flotante, en una interacción inédita en la que la interpretación será un objeto creado y encontrado.

Si todo va «demasiado bien» nos hallamos ante un análisis falso *self* en el que se juega un juego rígido y estereotipado, el *game*, donde no hay riesgo de que ocurra nada nuevo en ese espacio demasiado lleno. No hay lugar para la experiencia transicional.

Si la integración del *self* es para D. W. Winnicott el objetivo esencial del análisis, esto no se logra con el impulso tentador de imitar una técnica experimentada por otro, en este caso el *squiggle*. El espacio analítico deberá proveer las condiciones para la realización de una experiencia completa. Esto implica aceptar el desafío de inventar un encuentro entre paciente y analista.

«Es esencial la libertad absoluta, de modo tal que cualquier modificación sea aceptada en caso de que resulte apropiada. Tal vez una característica distintiva no sea tanto el uso de dibujos como la libre participación del analista, actuando en calidad de psicoterapeuta».^[3]

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo escrito con el Dr. Jorge Carposi, presentado en el III Encuentro Winnicottiano, Gramado, Brasil, 1994. [[REGRESAR](#)]

[1] Winnicott, D. W. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Primera parte. Cap. 11: «El destino del objeto transicional». Paidós, Buenos Aires, 1991. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W. *Exploraciones psicoanalíticas II*. Primera parte. Cap. 40: «El juego del garabato». Paidós, Buenos Aires, 1991. [[REGRESAR](#)]

[3] Winnicott, D. W. *El gesto espontáneo*. Carta número 116 a: L. Joseph Stone. Paidós, Buenos Aires, 1990. [[REGRESAR](#)]

Habitar el espacio de la salud, una tarea sin fin [*]

Finalmente el concepto de salud, una tarea sin fin. El ser como objetivo que debe ser creado y encontrado permanentemente.

A lo largo de toda su obra, D. W. Winnicott lo expresará de diferentes maneras:

Hablará del vivir integrado, sin escisiones patológicas. De habitar el propio cuerpo y el propio ser. Pero también de la posibilidad de regresar a estados de menor integración en busca de las fuentes de la espontaneidad y la creatividad.

También de la oportunidad para el despliegue del verdadero *self*, lo que da origen al sentimiento de sí, al sentirse real.

«La vida: ¿qué es? Sin que sea necesario dar una respuesta a esta pregunta, se puede convenir en que en algo que atañe más al ser que al sexo. Ser y sentirse real es lo propio de la salud».^[1]

A través de las diferentes etapas de la vida, mantener los lazos con el pasado y el futuro y la conciencia de seguir existiendo como individuo único y original. Esto remite a la experiencia de la continuidad existencial. En el adulto esto no significa la evitación de las crisis o los cambios, sino la posibilidad de elaborarlas en forma transicional, restableciendo los puentes que le dan continuidad a su vida.

Si lo traumático implica una ruptura en la continuidad existencial, sólo la elaboración adecuada de los traumas dará lugar a las vivencias de unidad y de realidad que persisten a través del tiempo y los sucesivos cambios.

La riqueza de las relaciones con el mundo externo y la aptitud para la intimidad, la relación consigo mismo y con los otros, caracterizan a la persona capaz de mantenerse conectada con el mundo interno y el externo.

El adulto sano será capaz de establecer diferentes calidades de relaciones afectivas, y a su vez de relacionarse con su fantasía y sus objetos internos.

De aquí deriva también la posibilidad de gozar de la soledad en compañía de objetos internos y externos, sin dependencia patológica y sin replegamiento.

D. W. Winnicott afirma que la capacidad de disfrutar de la soledad en compañía de otro es un signo de salud.

La posibilidad de un hacer derivado del ser, y este hacer es el que permite el crecimiento del ser. Aquí vemos la articulación entre lo que el individuo hace y lo que es. Los logros originados desde el verdadero *self* son experiencias que enriquecen al *self*. El hacer compulsivo, en cambio, como forma de huida de sí mismo, no aporta nada al crecimiento de la persona y alimenta el sentimiento de irrealidad.

D. W. Winnicott da un valor esencial al sentimiento de libertad.

Tan es así que afirma que más allá de la coerción externa y las limitaciones de la realidad, el individuo sano se siente fundamentalmente libre. La enfermedad mental, en cambio, produce la vivencia de estar prisionero.

La autonomía y la libertad, acompañadas del sentimiento de responsabilidad por los propios impulsos amorosos y agresivos y por la confianza en la capacidad de aportar algo al mundo que lo rodea, son características del pasaje a la adultez.

El adulto normal es capaz de hacerse cargo de sus pensamientos, actos y decisiones, de reconocer sus logros y de aceptar las consecuencias de sus errores y fracasos, sin necesidad de proyectar en otros sus aspectos idealizados o desvalorizados.

Estar sano implicará también la capacidad de jugar y el humor.

El sentido del humor es un espacio psíquico y verbal de libertad. Es una zona sin defensas ni represiones. Zona de juego en el que el individuo se siente libre y es capaz de transmitir esa libertad a los que lo rodean.

La variedad de las experiencias transicionales, tanto en el campo personal como en el cultural derivan de una organización que no requiere de defensas patológicas.

Sin embargo, existe un vivir creador más allá de la enfermedad. La aceptación y elaboración de fracasos primarios irreparables es a veces compensada por importantes realizaciones personales, aún al costo de un gran sufrimiento.

D. W. Winnicott reconoce que existen personas afectadas por traumas tempranos que llevan la marca de severas lesiones psíquicas y la amenaza de angustias primitivas. Sin embargo, acceden a grandes logros o contribuyen con su capacidad al progreso de la

cultura. Estas personas, en cierto sentido enfermas, han logrado a pesar de ello o quizá gracias a ello, superar sus limitaciones e impulsar su vida para elaborar o escapar de la angustia o de vivencias internas de persecución o derrumbe.

El espacio de la salud, precario y a la vez permanente, como todo fenómeno transicional, se encuentra y se pierde, se recrea incesantemente. Nadie mejor que D. W. Winnicott para sintetizar en pocas palabras su inasible riqueza:

«La salud incluye tanto la idea de una vida llena de actividades como el encanto de la intimidad. Todo se funde conjuntamente y contribuye a dar un sentimiento de realidad, un sentimiento de ser, y las experiencias del hacer alimentan, a su vez, la realidad psíquica personal, la enriquecen y amplían su campo. Por consiguiente, el mundo interior de la persona sana se vincula al mundo exterior o real sin dejar de ser personal y capaz de una vida propia. Constantemente se producen identificaciones introyectivas y proyectivas. Por eso, pues, la pérdida, la desdicha y la enfermedad, pueden ser más terribles para personas sanas que para aquellas que son psicológicamente inmaduras o enfermas. Hay que dejarle a la salud el derecho de conllevar sus propios riesgos».^[2]

Notas

[*] Este capítulo es parte de un artículo presentado en el II Encuentro Latinoamericano sobre el pensamiento de D. W. Winnicott, Montevideo, 1993. [[REGRESAR](#)]

[1] Winnicott, D. W; A. Green y otros. *Donald W. Winnicott*. «El concepto de individuo sano» (D. W. Winnicott). Trieb. Buenos Aires, 1978. [[REGRESAR](#)]

[2] Winnicott, D. W; A. Green y otros. *Donald W. Winnicott*. «El concepto de individuo sano» (D. W. Winnicott). Trieb. Buenos Aires, 1978. [[REGRESAR](#)]

Sonia Abadi



Sonia Abadi es médica y psicoanalista con gran experiencia en el tratamiento de adultos y adolescentes.

Es Miembro Titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Miembro de la Federación Psicoanalítica Latinoamericana y de la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Fue Profesora Titular de la Cátedra «Autores Post-Freudianos» en la Universidad de Belgrano y también del Instituto de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Dicta cursos sobre D. W. Winnicott a profesionales de diferentes disciplinas: psicólogos, médicos pediatras, psicopedagogos y docentes.

Ha participado en Congresos Nacionales e Internacionales y dicta conferencias en el interior y exterior del país.

Es autora de varios libros traducidos a diferentes idiomas.

Compiladora en colaboración con el Dr. José Outeiral de «Winnicott en América Latina».

Autora en colaboración con Lorena Kalwill de *Pensamiento en Red. Una nueva disciplina para crear, realizar y vivir*.

Se ha dedicado a la investigación de modelos de pensamiento, desarrollando el modelo transdisciplinario de Pensamiento en Red. En los últimos años ha trabajado en la detección y activación del pensamiento creativo y su aplicación al desarrollo personal y organizacional.

Índice

Introducción	5
PARTE I La teoría de la transicionalidad	8
CAPÍTULO 1 La ilusión	12
CAPÍTULO 2 El objeto transicional	18
CAPÍTULO 3 El espacio transicional	25
CAPÍTULO 4 El juego	28
CAPÍTULO 5 La transicionalidad y el mundo cultural	34
PARTE II Desarrollo emocional, adquisición de las capacidades, integración del self	40
CAPÍTULO 1 El ambiente facilitador	43
CAPÍTULO 2 Dependencia y capacidad para estar a solas	48
CAPÍTULO 3 Integración, personalización, relación con los objetos	54
CAPÍTULO 4 El desarrollo de la agresión	59
CAPÍTULO 5 La transición adolescente	69
PARTE III Los aportes de Winnicott a la psicopatología psicoanalítica	76
CAPÍTULO 1 La disociación esquizoide	79
CAPÍTULO 2 El falso self	86
CAPÍTULO 3 Una articulación entre la patología de la transicionalidad y el falso self	96
CAPÍTULO 4 La tendencia antisocial	103
CAPÍTULO 5 El miedo al derrumbe	112
CAPÍTULO 6 Algunas observaciones sobre las patologías por conflicto intrapsíquico	115
PARTE IV La teoría de la técnica	120
CAPÍTULO 1 Encuadre y regresión	122
CAPÍTULO 2 Transferencia y contratransferencia	129
CAPÍTULO 3 Del juego a la interpretación	138
CAPÍTULO 4 El proceso terapéutico	144

CAPÍTULO 5 El squiggle: la técnica del garabato	152
CAPÍTULO 6 Habitar el espacio de la salud, una tarea sin fin	157
Sobre la autora	161