



WINNICOTT Y LA PERSPECTIVA RELACIONAL EN EL PSICOANÁLISIS

Francesc Sáinz Bermejo

**COLECCIÓN
SALUD MENTAL**
dirigida por la
**Fundació
Vidal i Barraquer**

Herder

Francesc Sáinz Bermejo

Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis

Herder

Diseño de la cubierta: Dani Sanchis

Edición digital: José Toribio Barba

© 2016, *Fundació Vidal i Barraquer*

© 2017, *Herder Editorial, S. L., Barcelona*

1.ª edición digital, 2017

ISBN DIGITAL: 978-84-254-3922-3

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com).

Herder

www.herdereditorial.com

A Pepi, Laura, Gemma y al recuerdo de mis padres

Índice

[Agradecimientos](#)

[Prólogo](#)

[Introducción](#)

[1. Los límites de la comprensión](#)

[1.1. Epistemología para la comprensión de la salud mental y la psicopatología](#)

[1.2. Factores causales multidireccionales](#)

[1.3. Cuestionamiento de los reduccionismos](#)

[1.3.1. El peligro del reduccionismo biólogo](#)

[1.3.2. El peligro del reduccionismo psicólogo](#)

[1.3.3. El peligro del reduccionismo sociólogo](#)

[1.4. El problema de los estudios empíricos y la importancia del método científico](#)

[1.5. Revisión del concepto de «salud»](#)

[1.6. Contribución de la sociedad al desarrollo de la psicopatología](#)

[1.6.1. El positivismo, la apología del éxito y del máximo rendimiento, y el rechazo de los vínculos](#)

[2. Winnicott. Bases del pensamiento relacional](#)

[2.1. Winnicott en persona. Trayectoria personal y profesional \(1896-1971\)](#)

[2.2. Concepto de «individuo sano» en Winnicott](#)

[2.3. La adaptación al entorno: el falso *self*](#)

[2.4. Winnicott y la crítica a la teoría pulsional independiente de la experiencia relacional](#)

[2.5. La mente y la relación con el psique-soma. Winnicott, precursor de la mentalización](#)

[2.6. El bebé no existe sin los cuidados de una figura adulta estable y responsable](#)

[2.7. La madre, el padre y el entorno suficiente e insuficientemente bueno](#)

[2.8. La relacionalidad a través de las experiencias transicionales. Experiencia construida y compartida](#)

[2.9. El importante papel del juego como fenómeno generador de las experiencias transicionales](#)

[2.9.1. Evolución de la capacidad compartida de jugar](#)

[2.10. Los procesos de maduración. Base del pensamiento relacional](#)

[2.11. La función del espejo. Pilar del psicoanálisis relacional](#)

[2.11.1. Análisis de un caso clínico de Winnicott](#)

[2.12. Ser, hacer, estar a solas. El origen de la creatividad](#)

[3. Aportaciones de Winnicott a la psicoterapia](#)

- [3.1. La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno](#)
- [3.2. Comunicar y no comunicar. La búsqueda del verdadero *self*](#)
- [3.3. Transferencia y contratransferencia en Winnicott](#)
- [3.4. Experiencias transicionales y mentalización](#)
 - [3.4.1. El papel del trauma y de las carencias afectivas en los procesos de mentalización](#)
 - [3.4.2. Los ángulos ciegos de la personalidad. Otro escollo para la mentalización](#)
- [3.5. El *squiggle*, paradigma gráfico de la intersubjetividad winnicottiana](#)
- [3.6. La regresión. Winnicott y Balint](#)
- [4. El psicoanálisis relacional e intersubjetivo](#)
 - [4.1. Introducción](#)
 - [4.2. La matriz relacional](#)
 - [4.3. Relacionalidad e intersubjetividad](#)
 - [4.4. El vínculo afectivo como regulador de la biología y de los contextos sociales](#)
- [5. Cerebro y vínculo afectivo. Apuntes para una neurobiología relacional](#)
 - [5.1. El papel del estrés en la mente y el cerebro del bebé](#)
 - [5.2. Las neuronas espejo. Empatía e identificación con el otro](#)
 - [5.3. La psicoterapia, reguladora de la bioquímica del sistema nervioso y del cerebro](#)
- [6. Aplicaciones de la obra de Winnicott y del psicoanálisis relacional intersubjetivo para la práctica psicoterapéutica](#)
 - [6.1. La experiencia terapéutica. Una construcción entre lo nuevo y lo viejo](#)
 - [6.2. Ampliación del concepto de contratransferencia: contratransferencia inversa y paracontratransferencia](#)
 - [6.3. La psicoterapia como una experiencia relacional implícita y explícita](#)
 - [6.4. Empatía, espontaneidad y *enactment*](#)
 - [6.5. Colusionar, colisionar y la reacción terapéutica negativa](#)
 - [6.6. La realidad externa como una forma de investigar la subjetividad](#)
 - [6.6.1. Ejemplo clínico](#)
 - [6.6.2. Comentarios](#)
- [7. Déficit, conflicto y trauma. Aproximación a la comprensión del sufrimiento](#)
- [8. Algunos puntos de reflexión para el trabajo del psicoterapeuta](#)
 - [8.1. La analizabilidad no solo depende del paciente](#)
 - [8.2. Detectar las tendencias estructurales de la personalidad](#)
 - [8.3. Máximo aprovechamiento de la primera entrevista](#)
 - [8.4. La empatía o no empatía con la narrativa del paciente](#)
 - [8.4.1. Ejemplo](#)
 - [8.5. ¿Podemos reflexionar con libertad, sin excesivas ataduras?](#)
 - [8.6. Pacientes con experiencias devastadoras o traumáticas](#)
 - [8.7. Tratamos a las personas, no los síntomas ni las enfermedades](#)
 - [8.8. La estructura mental no suele cambiar, pero sí su disposición](#)

- [8.9. La búsqueda de la autenticidad es fundamental en psicoterapia](#)
 - [8.9.1. Un breve ejemplo de Winnicott](#)
- [8.10. Ajustar objetivos terapéuticos a la realidad del proceso](#)
- [8.11. Cogniciones, afectos y conexiones](#)
- [8.12. Cuando el narcisismo disminuye, puede aumentar la autoestima](#)
- [9. Algunas propuestas para la formación de psicoterapeutas](#)
 - [9.1. Salud, psicopatología y factores etiológicos intervinientes](#)
 - [9.2. No debemos confundir causalidad con terapéutica y sufrimiento con sintomatología](#)
 - [9.3. La psicoterapia personal](#)
 - [9.4. La supervisión individual y grupal](#)
 - [9.5. Temas que hay que estudiar](#)
 - [9.5.1. Temas teóricos y prácticos de la psicología y la psicoterapia](#)
 - [9.5.2. Temas necesarios cercanos a la disciplina](#)
- [10. Epílogo. Winnicott más allá de la psicoterapia y del psicoanálisis](#)
- [Referencias bibliográficas](#)

Agradecimientos

A Víctor Cabré, por la confianza que me muestra, por impulsar la publicación de este libro y por tres décadas de amistad.

A Jorge Tizón, que me enseñó el camino psicoanalítico y por todo lo compartido.

A Toni Talarn, por sus aportaciones, su ayuda sincera y la amistad que nos une.

A Saïd El Kadaoui, por su amistad, cariño y por compartir cenas y afectos a lo largo del tiempo.

A Joan Creixell, por su sonrisa, su afecto, su sentido crítico y por salir al encuentro de las cosas que escribo.

A mis amigos de ternuras, Teresa Rossell, Joan Fortuny, Guillermo Salvador, Aurora Leal y Rosa Clúa, por las cenas, la poesía, las conversaciones y tantos afectos compartidos. A Teresa Rossell por su delicadeza, inteligencia y por hacerme sentir que tengo cosas buenas que dar. A Joan Fortuny, por sus poesías, su generosidad y por su amistad, única para conmigo.

A Rogeli Armengol, con quien comparto muchos años de conversación e intercambio, y con quien he aprendido mucho de lo que soy. A Víctor Hernández por su enseñanza, su afecto y los años que llevamos juntos compartiendo docencia.

A Joan Coderch, por sus libros, por su evolución personal, por transmitir el psicoanálisis con tanta devoción de forma tan didáctica, y por darme su consideración y afecto.

A Neri Daurella, por insistirme en que los relacionales debemos relacionarnos, por su afecto.

A Alejandro Ávila, por ser un buen líder y un buen amigo, y también por cuidar y divulgar el psicoanálisis relacional como nadie, y por su manera de mostrarme su apoyo y afecto.

A Ramón Mon, querido amigo panameño que viene a tu encuentro siempre que lo llamas, como hacen los buenos amigos.

A Melva Palacios, por sus cuidadosos consejos llenos de afecto y porque me dijo: «Paco, tú escribe, escribe».

A Carles Pérez, por su sentido del humor, su bien hacer y sus comentarios sobre el libro.

A Rosa Royo, por todos los años compartidos de formación, trabajo profesional y amistad.

A Trini Pérez, por su forma especial de dar apoyo y cariño.

A los miembros de la junta directiva de la Associació Winnicott Barcelona: Angela Toscas, Desirée Sanz, Silvana Capitani, Laura Villarreal, Gisela Navarro, Nadalina Barat, Roser Hurtado, Nick Cross y Carlos Giménez

A Nick Cross por su ayuda con el inglés y por estar siempre ahí con su amistad.

A Carlos Giménez y Lucía Bover, por darme su opinión sobre el libro, con afecto, sencillez y cariño.

A Paco Calvo, por la ayuda personal, su sencillez profunda y su amistad.

A Nelson Ferreira, por su ayuda, su amabilidad, su disponibilidad permanente y su incorporación a la familia.

A tantas personas que han sido pacientes, alumnos, compañeros y amigos, que no he nombrado pero que forman parte de lo que soy como profesional y como ser humano.

Por último, pero en primer lugar, mi agradecimiento a mis padres y a mi *tieta* por su humildad y por haberme cuidado con sencillez y con un amor suficientemente bueno.

Prólogo

Es un placer y un honor prologar esta obra de Francesc Sáinz, a quien conozco desde su participación en las jornadas que celebramos en 2002 en Almagro (Ciudad Real), las primeras en España dedicadas a la teoría de los sistemas intersubjetivos y el psicoanálisis relacional, que contaron con la presencia de Robert Stolorow y Gianni Nebbiosi. En esas jornadas, Francesc Sáinz ya presentó un trabajo sobre el tema de este libro: «Winnicott, un psicoanalista intersubjetivo», que más tarde fue publicado en la revista que yo había fundado sobre esta línea de pensamiento: *Intersubjetivo*. Resalto también el valor que tiene que esta obra se publique en la excelente colección que la Fundació Vidal i Barraquer copatrocina en la editorial Herder, bajo la cuidada selección de Victor Cabré.

Las jornadas de Almagro fueron un momento de encuentro de las personas que se interesaban por la emergente perspectiva relacional, que en sus múltiples facetas recogía diferentes tradiciones de renovación del psicoanálisis. Estábamos quienes procedíamos de la tradición del psicoanálisis social, grupal y vincular que recogía el pensamiento y la interrogación clínica y psicosocial de Pichon-Rivière y Fromm, las propuestas dialécticas y la teoría del campo que emanaron de Bleger y los Baranger, así como el reconocimiento a los planteamientos interpersonales de Sullivan y el trabajo con los trastornos graves de Fromm-Reichman y Searles; también los ávidos lectores identificados con las propuestas de Winnicott, así como los reivindicadores del pensamiento clínico de Ferenczi. Se unían también los ecos de la psicología del *self* contemporánea a partir de la segunda etapa del pensamiento de Kohut, y muchos de nosotros leíamos, debatíamos e incorporábamos a nuestra clínica las obras de Mitchell, Stolorow, Brandchaft, Atwood y Orange. Este renacimiento del pensamiento social e intersubjetivo que fue inherente al psicoanálisis desde sus primeros tiempos, aunque siempre controvertido, nunca fue relegado a un segundo término, y renacía una y otra vez, hasta que en la década de 1990 fue ya imparable su ascenso y la perspectiva relacional del psicoanálisis ocupó el lugar destacado que le corresponde, entre las tendencias principales de cambio en el psicoanálisis contemporáneo. En Estados Unidos, Inglaterra, Italia, Canadá —entre otras áreas culturales—, desde el año 2000, y en España desde 2002, no se ha cesado de hacer aportaciones y desarrollar ideas y experiencias que han transformado nuestra práctica clínica y también nuestra manera de ver el mundo. Francesc Sáinz pertenece, por derecho propio, a esta generación de pioneros que abrió el camino y ha seguido recorriéndolo sin descanso.

Aquí nos encontramos con la trascendental importancia de Winnicott. Un hombre sencillo, que miraba su entorno y a las personas en lo real, trascendiendo sus carencias y necesidades a través de la esperanza en la capacidad de jugar y ser persona. Quizás era necesario que alguien que amaba a los niños los mirase como seres completos, aunque

construyendo su subjetividad; que observase sus procesos en el contexto de sus vínculos y cómo creaban el mundo desde su mirada y su acción. No como «objetos a educar y socializar», sino como agentes del mundo intersubjetivo que despliegan con su existencia. Winnicott, escasamente identificado con el mundo médico o los teóricos del psicoanálisis, sabía mirar a su alrededor como mira un bebé que explora conexiones intersubjetivas y despliega su agencia vincular desde el nacimiento. Miraba a los niños (y al niño escondido en el adulto) y esperaba encontrar la manifestación natural del juego (donde se da la conexión intersubjetiva), el acto creador y la vida saludable. Winnicott no fue un teórico de la locura o la crisis mental, sino el teórico de la ilusión y la creación de vida-cultura.

Es este Winnicott el que nos presenta Francesc Sáinz, quien lleva décadas dedicado al estudio y a la docencia de su pensamiento y clínica, pero que en vez de constituirse como un winnicottiano (un psicoanalista con etiqueta), mira su mundo personal y su labor clínica con los ojos del que busca la salud allí donde el dolor, el vacío o la repetición se hacen presentes. Lo que le lleva a Sáinz a Winnicott, y a la par al psicoanálisis relacional, son las identidades naturales de ambas lecturas. Mitchell sí leyó y citó a Winnicott, pero si Winnicott hubiese leído a Mitchell se habría reconocido plenamente en él. Hoy, para nosotros, la secuencia de pensamientos clínicos (y psicoanalíticos) que va desde Ferenczi a Sullivan (con Fairbairn, Balint y Bowlby) y a Winnicott y Kohut (en sus caminos paralelos, más radical el inglés que el austroamericano), sin olvidar a Fromm y su comprensión del papel de la sociedad y la cultura, nos ha dejado abiertas las puertas que hemos venido a habitar clínicos de diferentes generaciones. Unos han sido capaces de sintetizar los conceptos para pensar esta vieja realidad de la intersubjetividad, consustancial al ser humano (Mitchell, Stolorow, Bromberg, D. B. Stern, Fosshage, Orange, Buechler...) mientras que otros nos han aportado las evidencias desde la investigación del desarrollo y la neurociencia (D. N. Stern, Tronick, Beebe, Lichtenberg, Lachmann...). Cuando, desde 1990, empezaron a sucederse las aportaciones que desarrollaba la perspectiva relacional contemporánea, acá y allá, leer a Winnicott no ha dejado de ser una fuente de vida inagotable. De esta fuente de vida nos habla Francesc Sáinz.

No es, en mi opinión, función de un prólogo resumir las ideas y experiencias que el lector ha de vivir con esta obra, y rehúso, por tanto, hacerlo, pues reseñas habrá que den cuenta de los detalles. No es un resumen más de Winnicott, de entre los varios y brillantes que hay, ni un ensayo epistemológico o la labor de un historiador. Lo que Sáinz aporta es su experiencia con Winnicott, que es lo que hace única esta obra, que trasciende a Winnicott y nos hace pensar con él, de la mano de Sáinz.

Winnicott y Sáinz —como su intérprete y portavoz— nos hablan en esta obra de las vías para encontrar una oportunidad para la vida, del papel que el psicoanálisis (en su acepción relacional y winnicottiana) tiene como un sistema de cuidados intensivos para devolver a la vida a la persona que está muerta en vida o que no se habita a sí misma, sino que vive las vidas de otros en lugar de la suya propia, de cómo puede reparar el narcisismo primario dañado y crecer en la estima de su genuinidad subjetiva, vivir las

emociones y crecer con ellas, descubrir que podemos pensarnos y pensar a los otros, sentir y compartir con los otros y, a la vez, cuidar con el giro ético que acompaña al otro que sufre (Orange).

La vida de la que nos hablan Winnicott y Sáinz es una apertura e interrogación comprometida con la experiencia cotidiana. Cuando Sáinz cita a su admirado Joan Manuel Serrat, recupera de nuevo esa mirada inocente y profunda del «loco bajito» que todos llevamos dentro. Es lo que las personas con las que ejercemos nuestra labor clínica esperan encontrar en nosotros, para poder hablarnos de tú a tú: una participación mutua y éticamente comprometida con nuestra humanidad.

Alejandro ÁVILA ESPADA
Lubián, agosto de 2016

Introducción¹

*Si hay algo de verdad en lo que les digo,
los poetas del mundo lo habrán dicho antes.*

D. W. WINNICOTT

*Si hay algo de verdad en lo que los poetas y los artistas
nos enseñan, probablemente Winnicott lo habrá tenido en cuenta.*

F. SÁINZ

La perspectiva relacional en psicoanálisis ha estado presente desde su fundación como método clínico. Se comprende que la base de nuestra identidad viene determinada por la relación humana que se establece desde el inicio de la vida, incluso desde las experiencias intrauterinas. Por tanto, entrar en el psiquismo pasa por estudiar las interacciones relacionales. Estudiar la infancia, las primeras relaciones y el punto de vista genético desde la perspectiva psicoanalítica es un hecho incontestable hoy en día para comprender la vida mental, lo que no quiere decir que la infancia pueda explicar la totalidad de los fenómenos de la vida.

Desde una comprensión epistemológica es imposible que cualquier disciplina, conocimiento, o fenómeno específico pueda explicar la totalidad de cualquier fenómeno humano complejo. Somos tan enrevesados que una sola disciplina no puede abordar la magnitud de esta condición (Nogués, 2003).

El ser humano tiene la tarea de relacionarse consigo mismo (relación intrapsíquica) y también con los demás (relación interpersonal), y ambas formas son indivisibles e interdependientes. Freud pone el acento en los instintos, y la relación con el otro debe ayudar a domarlos. El entorno inmediato del niño procura cuidados y herramientas para que la criatura sea un ser social sano, de igual manera que la cultura impone un malestar que es necesario para el desarrollo de la civilización (Freud, 1930).

Freud partía de la idea de que la lucha interna (la relación con uno mismo) era muy dura, dado que el humano está dotado de impulsos muy primitivos e indómitos, lo que le produce un conflicto consigo mismo y con el entorno. Para Freud, la defensa de estos conflictos da lugar a la existencia del inconsciente. Esta idea lleva a responsabilizar al humano de sus actos y sus acciones, que incluyen pensamientos, sentimientos y emociones, y conducen a un argumento paradójico: el humano es responsable de lo que hace y siente, al mismo tiempo, que las razones que lo llevan a actuar pueden ser inconscientes.

El psicoanálisis freudiano se basa en la idea de que es necesario conocer a la persona y a su inconsciente. Para llevar a cabo esta tarea propone la herramienta de la interpretación, que da lugar a un psicoanálisis de la hermenéutica (Armengol, 2001), que, como tal, es difícil de rebatir y validar, pero es cuestionable desde el punto de vista científico.

El psicoanálisis relacional ha estado presente desde los inicios de la disciplina, aunque adquiere protagonismo en la actualidad a partir de Greenberg y Mitchell (1983), y Mitchell (1988), a pesar de que son muchos los autores que han contribuido a su desarrollo, desde los antiguos, como Ferenczi, y el psicoanálisis británico independiente, Fairbairn, Balint, Bowlby y Winnicott, a la psicología del Self, desarrollada en América del Norte por Kohut, algunas contribuciones de Fromm a la humanización del psicoanálisis, que concede mucha importancia a lo social, y las aportaciones al enfoque interpersonalista de Sullivan, hasta llegar al enfoque intersubjetivo actual, representado por Stolorow, Atwood y Orange, entre otros.

«El humano culpable» del psicoanálisis instintivista (diremos «ortodoxo» o «clásico») pasa a ser considerado «el humano trágico» (Kohut, 1984), con la idea principal de que las personas organizamos nuestra identidad en función de la adaptación al entorno, que en un niño son las personas que cuidan de él.

El psicoanálisis relacional estudia las interacciones y las adaptaciones mutuas del niño con los adultos cuidadores, es decir, cómo se ha ido abonando el terreno del sufrimiento y de la psicopatología desde el origen de la vida.

Para el psicoanálisis relacional, la herramienta terapéutica fundamental no es la interpretación, sino la vinculación afectiva y cómo ayudar a establecer nuevas formas de vinculación. El clásico concepto de «transferencia» se utiliza como elemento de cambio experiencial, es decir, la relación con el psicoterapeuta es ya en sí un fenómeno de modificación. La psicoterapia basada en el psicoanálisis relacional se fundamenta en el estudio de la propia relación interpersonal entre psicoterapeuta y paciente, así como en la experiencia vivida entre ellos. Las emociones, los sentimientos y los afectos que tienen lugar directamente en la sesión de terapia, protegida por los elementos controlados por el profesional (*setting*), son como un entrenamiento para modificar la relación del paciente consigo mismo y, por tanto, con los demás. Es evidente que los resultados dependen en gran medida de la plasticidad mental del paciente y de su psicopatología, pero también de la relación terapéutica que tiene lugar entre ellos. Como en otros enfoques terapéuticos, siempre hay límites, indicaciones y contraindicaciones.

Dada la actual importancia del psicoanálisis relacional como modelo emergente del psicoanálisis, consideramos necesario estudiar cuáles son los antecedentes teóricos de esta corriente. Para ello, nos basaremos sobre todo en la obra de Winnicott por las razones que se expondrán más adelante.

Para estudiar la infancia desde la vertiente cognitiva, intelectual y emocional, se debe tener en cuenta a los diferentes autores ya clásicos sobre estos temas (Piaget, Vigotsky, Gesell, etcétera). Con respecto a la emocionalidad, las relaciones afectivas y las carencias, como el hospitalismo, la separación de la figura materna y paterna, y sus

repercusiones psicopatológicas, hay que estudiar, entre otros, a Spitz (1965), a Stern (1977) y, especialmente, a Bowlby (1951, 1969, 1973, 1980). Este último, auspiciado por la OMS, sentó las bases de la importancia de los cuidados maternos en relación con la salud mental y la psicopatología. La teoría del vínculo afectivo de Bowlby (*attachment*) fue continuada por Ainsworth (1967), que realizó estudios observacionales sobre la reacción del niño que es separado de la figura vincular y es acompañado por la presencia de una persona extraña, lo que determinó diferentes tipos de vinculación afectiva en la infancia que establecerán el tipo de vínculo que tendrá el adulto durante su vida. La comprensión de los vínculos afectivos tanto en niños como en adultos ha llevado a la creación de herramientas psicoterapéuticas para su abordaje clínico.

En el Reino Unido, otro autor tuvo una relevancia especial en el mundo de la infancia y, por extensión, en la psicoterapia de adultos: Donald W. Winnicott, pediatra y, posteriormente, psicoanalista de adultos. Este autor será el punto de partida y en el que basaremos nuestro proyecto. Todos los conocimientos sobre la infancia han constituido la base para la comprensión del psiquismo adulto, considerando que cada uno de los dos ámbitos precisa técnicas específicas. A partir de la mitad de la década de 1940 se produjo un fenómeno sociológico de gran importancia, un cambio de paradigma en la concepción que se tenía sobre la infancia y la crianza. Se abrió una nueva manera de entender los derechos de los niños, en especial los emocionales y afectivos, y la necesidad relacional de los niños como fundamento de su salud mental. Se argumentó que la calidad de las relaciones afectivas va más allá de la presencia de figuras reales, que si bien son importantes, lo es más la calidad con la que se relacionan. Un tema tratado hace más de cincuenta años adquiere hoy una relevancia de primera magnitud. Este cambio de paradigma tuvo un exponente en un libro, publicado en 1945 con el título de *Tu hijo*, del pediatra estadounidense Benjamin Spock. Ha sido traducido a muchos idiomas y continúa editándose en la actualidad, de manera que se ha convertido en un fenómeno sociológico insólito. El libro de Spock es un manual de pediatría práctica para padres, por lo que es una herramienta de divulgación. En él, sin embargo, se encuentran los principios del cambio paradigmático. Las necesidades emocionales infantiles solo se pueden entender a partir de las relaciones y vínculos afectivos.

Spock estuvo directamente influido por Bowlby y por Winnicott, con los que mantuvo relaciones epistolares continuadas. Las repercusiones sociológicas de esta forma de pensar la infancia llegaron al punto de que un senador estadounidense denunció que la actitud de los jóvenes de finales de la década de 1960 de no querer alistarse en el ejército para luchar en la guerra de Vietnam era culpa de Spock y sus enseñanzas sobre la importancia del cuidado afectivo de los niños. Para el senador, los niños que se cuidan con afecto no desarrollan la necesaria capacidad (masculina) para decidir defender los intereses de su país (Spock, edición castellana de 1989).

Tal como decíamos, el trabajo psicoanalítico de Winnicott se desarrolló desde la década de 1940 hasta su muerte, en 1971. El método seguido por Winnicott con sus pacientes (como pediatra y como psicoanalista) fue el método clínico, en especial la observación participante. Estudiamos su obra con atención y propusimos introducirla en

la formación de postgrado de psicólogos y psiquiatras, tal como se hacía en otros países, como el Reino Unido, por ejemplo, en la Tavistock Clinic de Londres. Desde el año 1994, el autor de este libro imparte un seminario sobre Winnicott en la Fundación Vidal i Barraquer, en el Instituto Universitario de Salud Mental de la Universidad Ramon Llull de Barcelona.

Por otro lado, nuestra experiencia asistencial en psicoterapia y psicoanálisis, y la supervisión de equipos y profesionales de la salud mental nos ha permitido calibrar la vinculación entre los conocimientos teóricos y la práctica clínica.

Consideramos que las bases teóricas de Winnicott representan los fundamentos del movimiento internacional actual conocido con el nombre de psicoanálisis relacional y la corriente intersubjetiva. Sin embargo, es necesario agrupar los postulados de esta corriente, dada la dispersión conceptual y la diversidad de autores. Asimismo, los estudios neurocientíficos actuales sobre la emocionalidad, la afectividad y las relaciones humanas aportan una base neurológica y biológica a muchas de las hipótesis planteadas por autores como Winnicott, fruto de sus observaciones y experiencia clínica. Consideramos útil poder establecer algunas comparaciones entre ellas.

La justificación del proyecto se basa en la idea de acotar las aportaciones actuales sobre psicoanálisis relacional, utilizando como punto de partida la obra de Winnicott.

Nos parece significativo que el premio Nobel del año 2000 en medicina y fisiología, Eric Kandel (1999), sostenga que el psicoanálisis sigue siendo la perspectiva más coherente e intelectualmente satisfactoria de la mente. Partiendo de esta premisa, en el transcurso de nuestro trabajo pretendemos argumentar que esto es así siempre y cuando el psicoanálisis construya su edificio siguiendo los postulados del psicoanálisis relacional, es decir, anticartesiano, relacional, interpersonal e intersubjetivo, ya que consideramos que la mente no es nunca una construcción aislada, sino que está en continua interacción desde el inicio de la vida del individuo.

En nuestro ámbito geográfico se trabaja en el estudio y difusión de la corriente relacional en psicoanálisis desde hace unos años. Destacamos en especial a Alejandro Ávila y su grupo, con importantes publicaciones sobre el tema (Ávila, 2005 y 2011; Ávila *et al.*, 2007), además de a Abelló y Liberman sobre Winnicott (2011 y 2008), la creación del Instituto de Psicoterapia Relacional y la editorial Ágora, que publica con asiduidad libros de autores nacionales y traducciones de autores extranjeros. En Barcelona son especialmente relevantes los trabajos de Coderch, que ha publicado varios libros de lectura fundamental sobre el psicoanálisis, la psicoterapia relacional y las neurociencias (2001, 2006, 2010, 2012, 2014). Velasco, Daurella, Riera, Sáinz y Hernández, entre otros, han difundido el psicoanálisis relacional e intersubjetivo con sus obras.

Queremos destacar a Armengol (1994, 2001, 2006, 2010, 2014; Armengol y Hernández, 1991), pues aunque él no se ha ubicado formando parte del psicoanálisis relacional, lo consideramos un auténtico pionero del cambio de paradigma y distanciamiento con el psicoanálisis oficial. Sus textos sobre pensamiento filosófico tienen un gran valor para el trabajo clínico (2010, 2014).

Paradigmas y perspectivas

El psicoanálisis relacional actual está representado por un extenso abanico de autores, teorías y pensamientos cuya característica principal es la pluralidad de ideas. Consideramos que muchas de las propuestas teórico-clínicas que hace Winnicott a lo largo de su obra lo convierten en un precursor del enfoque relacional e intersubjetivo actual. Nuestro propósito es adentrarnos en el conocimiento de todo ello a través de preguntas y reflexiones, sin la finalidad explícita de demostrarlas o validarlas, pero dando cuenta del estudio riguroso del pensamiento contenido en la obra de Winnicott y en las aportaciones de muchos otros autores que nos sirven para relacionar a este importante psicoanalista con las más actuales aplicaciones del psicoanálisis.

Nuestra primera impresión es que con Winnicott se inicia un proceso de transformación del psicoanálisis, en conexión con otros autores anteriores como Ferenczi, contemporáneos como Fairbairn y Bowlby, y posteriores como Mitchell y Stolorow, entre muchos otros.

Para algunos, este proceso transformador representa un cambio paradigmático, mientras que para otros tiene un sentido perspectivista. El psicoanálisis de Freud, independientemente de las intenciones que tuviera su autor, dejó abierto un mundo lleno de posibilidades a desarrollar. Así, la transformación y la heterodoxia se iniciaron al mismo tiempo que las bases inaugurales de la disciplina. La ortodoxia y la heterodoxia compartieron tiempo y espacio en el pasado, de la misma manera que ocurre en el presente. Otra cuestión es si las ideas innovadoras de muchos de sus autores no arraigaron en las instituciones psicoanalíticas oficiales. Podemos pensar entonces que el cambio paradigmático se ha dado al mismo tiempo que la construcción del paradigma base, cuestión dudosa desde el punto de vista epistemológico. Por este motivo, hablar de perspectiva relacional puede ser acertado, aunque no descartamos que esta perspectiva represente un cambio en el paradigma predominante.

La obra de Winnicott está presidida por la creatividad, tanto en sus concepciones teóricas como en su manera de proceder. La creatividad parece ser la forma más acertada de enfrentar la cruda realidad. Vivir, el hecho de estar vivos y el morir no son asuntos nada fáciles para las personas, sino más bien todo lo contrario; son muchas las trabas con las que nos encontramos en el camino. Los poetas y los escritores escriben y piensan, al igual que los filósofos, los psicólogos y los ensayistas en general. La ciencia investiga con toda la coherencia que le es posible y con el deseo de ampliar el conocimiento sobre lo humano.

El sujeto corriente se nutre de lo que él mismo experimenta y de lo que aprende de las fuentes de enseñanza. Todos y cada uno de nosotros hacemos lo que podemos para vivir nuestra propia vida. La creatividad y la capacidad para jugar que Winnicott nos propone nos permiten atrevernos a vivir la vida en primera persona e ir encontrando motivos por los cuales merece ser vivida. Tenemos el reto de enfrentarnos a nuestra propia subjetividad a la vez que tratamos de entender los fenómenos con la mayor objetividad posible, y para ello es necesario compartir con los otros humanos nuestras vivencias. La

esencia de la creatividad reside en compartir y construir experiencias entre individuos. La soledad forma parte de la relacionalidad y se dan sentido entre sí. Por todo ello, jugar con Winnicott es tratar la creatividad y la intersubjetividad, las presencias y las ausencias, elementos todos ellos esenciales para el ejercicio de la psicoterapia y el psicoanálisis.

¹ Este libro está basado en la tesis doctoral de F. Sáinz titulada «La influencia de la obra de Donald W. Winnicott en las bases conceptuales del psicoanálisis relacional actual. Una contribución a la psicoterapia y una propuesta para la docencia», dirigida por Víctor Cabré y leída el 5 de febrero de 2016 en la Universitat Ramon Llull de Barcelona, con la que obtuvo la calificación de excelente *cum laude*.

1. Los límites de la comprensión

1.1. Epistemología para la comprensión de la salud mental y la psicopatología

Nos parece necesario mencionar la epistemología, porque partimos de la base de que nuestro enfoque representa una manera específica de entender lo referente a la psicología y al tratamiento psicológico de las personas que nos consultan. Creemos firmemente que cualquier modo de pensamiento y de aplicación práctica requiere ser revisado y acotado como una forma de evitar la omnipotencia y el reduccionismo.

La epistemología nos permite validar el conocimiento que tenemos de los fenómenos, las explicaciones que nos damos de estos y el análisis que hacemos para llegar a las conclusiones. La epistemología es la metodología necesaria para ejercer un control de calidad sobre las disciplinas encargadas de producir conocimiento. Una de las funciones es introducir factores explicativos, elementos de discusión y promover la conexión interdisciplinar, y, por tanto, impedir en la medida de lo posible los reduccionismos sobre las causas y las consecuencias que tienen los fenómenos estudiados, por motivos ideológicos o intereses de otra índole, como, por ejemplo, los económicos o de poder.

1.2. Factores causales multidireccionales

Consideramos que los factores que intervienen en la construcción de la persona en sus dimensiones son biológicos, psicológicos (relacionales consigo misma y con las personas de su entorno) y sociales, entre los que se incluyen los culturales. El funcionamiento de estos tres macrofactores es de influencia mutua, no lineal, sino multidireccional, es decir, los unos influyen en los otros de forma que se modulan y se modifican entre sí.

Cada macrofactor funciona como un sistema y, a la vez, se divide en multiplicidad de elementos que también actúan de forma sistémica, es decir, influenciándose y modificándose entre sí. Si se extrae uno o más de los componentes siempre se corre el riesgo de desfigurar el todo que se pretende estudiar. Veamos la opinión de Coderch (2014):

Hace falta abandonar el objetivo de la ciencia cuando pretende reducir los fenómenos a sus componentes básicos para así llegar al máximo grado de simplificación y creer que de esta forma todo se puede explicar con conceptos seguros, leyes no refutadas de manera simple y elegante. (p. 238)

Es muy importante reconocer que el estudio de una totalidad es una labor imposible desde el punto de vista epistemológico que abordaremos más adelante. La propuesta que

hacemos es que aceptemos como hipótesis válida la complejidad de los fenómenos que estudiamos en lugar de caer en una simplificación reductiva. Para realizar estudios empíricos conviene acotar las hipótesis y reducir los factores que intervienen; de lo contrario, las conclusiones no pueden ser definitivas. Sin embargo, lo que proponemos al aceptar como hipótesis fundamental la complejidad de los fenómenos es tener la humildad de reconocer que los resultados no serán definitivos ni concluyentes de una forma universal.

A la vez, no podemos limitarnos a que el estudio de la complejidad sea un simple cúmulo de opiniones no contrastadas por la experiencia. Creemos que es mejor, desde el punto de vista epistemológico, aceptar la dificultad antes que dar por evidentes resultados solo por el hecho de que estén basados en la verdad estadística. Partimos de la base de que la verdad estadística siempre tiene sesgo y, por tanto, ya no puede ser una verdad absoluta.

Si entendemos que los factores biopsicosociales están presentes en la construcción de la persona y comprendemos que se combinan y se transforman, nos queda ver en cuáles podemos incidir desde nuestro campo de acción y reconocer la contribución posible de otros campos de acción necesarios. Es lo que llamamos la interdisciplinariedad. Comprender los fenómenos y proponer medios para su tratamiento precisa una visión lo más holística posible, reconociendo como una posible verdad que en realidad los factores suelen ser interdependientes, aunque consideramos que es necesario aceptar la limitación que tienen nuestras disciplinas para abordar la totalidad y la globalidad, es decir, a veces solo se puede tratar lo más emergente y decidir lo más adecuado en función de la capacidad de incidencia que se tenga en esos momentos. Al disminuir el ideal terapéutico aquilatamos mejor nuestros instrumentos a la realidad de lo que queremos tratar.

Hemos decidido que nuestro campo de trabajo sea la psicología que basa sus explicaciones en la relación humana desde el inicio de la vida, incluyendo la vida intrauterina. Ponemos el énfasis en las necesidades afectivas del ser humano. Por afectivas entendemos la necesidades emocionales básicas que se irán describiendo a lo largo del trabajo. La hipótesis fundamental es que solo un humano puede cuidar a otro humano. Los cuidados iniciados desde el mismo momento de nacer actúan como disparadores del potencial biológico. Lo constitucional se despliega en la interrelación con el/los sujeto/s cuidador/es.

No pretendemos utilizar la experiencia relacional como causalidad directa de psicopatología, sino como un fenómeno imprescindible para la comprensión de la persona en su salud mental y en sus características psicopatológicas.

1.3. Cuestionamiento de los reduccionismos

Tratamos de ser coherentes con el rechazo al reduccionismo causal que criticamos en otras formas de pensamiento. No todo es biológico, social o cultural; ni todo es mental o relacional. Por definición, algo particular no lo engloba todo.

Consideramos que el problema fundamental de los reduccionismos reside en emplear la unidireccionalidad de los factores y la sobredimensión de uno de ellos sobre el resto.

Proponemos algo más lógico, que es entender los fenómenos causales en su dimensión bidireccional, incluso multidireccional, como una forma de reducir su parcialidad. Según Bourdieu, «nada hay más dogmático, paradójicamente, que una *doxa*, conjunto de creencias fundamentales que ni siquiera necesitan afirmarse en forma de dogma explícito y consciente de sí mismo» (citado por Baranger, 2004, p. 183).

Se entiende por «doxa» un conjunto heterogéneo, aunque articulado, de supuestos aceptados sin discusión. Es una creencia o una opinión convertida en verdad.

Para Bourdieu, las verdades científicas se caracterizan por estar asentadas en «el veredicto de la experiencia», es decir, de lo «real». Pero esta «realidad objetiva», lejos de ser considerada como preexistente al sujeto, es —en un sentido epistemológico, no ontológico— solamente aquello a lo que «todo el mundo se refiere de manera explícita o tácita; nunca es más, en definitiva, que aquello que los investigadores en un momento dado acuerdan considerar como tal, y no se manifiesta en el campo más que a través de las representaciones que de ella producen quienes invocan su arbitraje» (Baranger, 2006, p. 171).

Los criterios de realidad a los que remite la ciencia son también una construcción, producto del acuerdo de los mismos científicos: «Lo que funda la especificidad del campo científico es que los competidores se ponen de acuerdo sobre los principios de verificación de la conformidad a lo “real”, sobre métodos comunes de validación de las tesis y de las hipótesis; en suma, sobre el contrato tácito, inseparablemente político y cognitivo, que funda y rige al trabajo de objetivación (Baranger, 2006, p. 183).

Podemos reducir la enfermedad a sus componentes biológicos eliminando cualquier posibilidad de analizar las causas psicológicas, biográficas, relacionales, sociales y culturales. De esta forma, la única terapéutica posible solo puede ser de carácter farmacológico u orgánico.

Esta visión fragmentaria solo podrá ponerse en cuestión mediante la deconstrucción sistemática del dispositivo productor de los saberes que la originan.

El estudio psicológico y psicopatológico de una persona es posible a partir del análisis de los componentes biopsicosocioculturales. Aunque es necesario conocer las generalidades que tienen los tres componentes en el colectivo humano, abogamos por el estudio científico de lo individual, tal como señalaba Tizón (1978). Es decir, proponemos investigar la idiosincrasia de cada paciente en particular con los métodos clínicos (principalmente entrevista y anamnesis, incluidos los aspectos biográficos). En cada caso podemos trazar hipótesis sobre la causalidad de sus síntomas o la problemática que presente. La verdadera investigación reside en el hecho de poder deducir el peso que cada uno de los componentes ocupa en la persona objeto de estudio. En función de ello podremos indicar el tratamiento más adecuado. Incluso es posible que seamos conscientes de en qué podemos o debemos intervenir y en qué no.

1.3.1. El peligro del reduccionismo biólogo

Llegados a este punto de reflexión, estamos en condiciones de hacer otra afirmación derivada del estudio y la observación clínica: hay un peligro muy alto de reducir la salud mental a la salud biológica. Dicho de otra forma, sostenemos que es un error con consecuencias graves contemplar la salud mental solo como una expresión de un organismo fallido. No existen evidencias definitivas de que la salud mental se deba específicamente a trastornos del área biológica. Afirmar que es así pertenece a la ideología y a intereses económicos y de poder (Kandel, Schwartz & Jessell, 2000; Bentall, 2009).

Entendemos, sin embargo, que la biología y el organismo estén implicados en la etiología de los trastornos mentales, pero otorgarles un valor absoluto que niegue el resto de factores es una omnipotencia mezquina.

Reducir la psicopatología y el sufrimiento psíquico a causas orgánicas puede llevar a privar a la persona de ayuda psicológica y psicosocial. Es un gran error que puede tener consecuencias negativas.

1.3.2. El peligro del reduccionismo psicólogo

Considerar que cualquier expresión psicopatológica tiene una explicación psicológica, emocional y relacional es también una forma de reduccionismo, ya que los factores predisponentes y precipitantes, así como de mantenimiento, de riesgo y de protección, se confunden con la causalidad. Es muy atrevido atribuir a ciertas patologías mentales como el autismo o las psicosis una causalidad únicamente psicológica, incluyendo aprendizaje, biografía y experiencias relacionales. Sin embargo, comprender el funcionamiento psicológico y los vínculos afectivos, ubicarlos en un mundo experiencial y biográfico puede ayudar al paciente. Puede orientar el trabajo terapéutico, de la misma manera que un logopeda puede tratar un trastorno del lenguaje producido por un mal aprendizaje o por una lesión cerebral. Las causas pueden ser en este caso conocidas y distintas entre sí y la terapéutica puede ser parecida. Rompemos así con uno de los tópicos más importantes en el trabajo sobre la salud mental y la psicopatología. Las causas pueden ser anatómicas, orgánicas o, como mínimo, estos componentes pueden tener una gran implicación, pero eso no puede condenarnos a la aplicación de una terapéutica tan solo orgánica. Es un error confundir la etiología con la terapéutica, sobre todo porque en salud mental no hay ninguna demostración concluyente de ninguna causalidad orgánica precisa.

Sin embargo, debemos diferenciar el estudio de la implicación de la mente y de los fenómenos emocionales en el malestar de las personas de la psicogénesis de las enfermedades y de los síntomas. Lo psicológico, por etéreo, se encuentra en todas partes y en todas las circunstancias del vivir. No podemos descartar la psicología, sino encartarla en todo lo que somos y hacemos, pero atribuirle la magnitud de la causalidad

de todos los fenómenos y la capacidad de sanar cualquier enfermedad, del tipo que sea, es epistemológicamente erróneo.

No permitir que una persona diagnosticada de psicosis pueda hacer psicoterapia, debido a que se considera que la causa de la psicopatología es orgánica y, por ello, no susceptible de terapia psicológica, es privarla de una ayuda que puede ser de gran importancia para su salud mental. Es otra forma de confundir persona con sintomatología.

Otro error sería creer que la psicosis puede ser entendida solo desde la vertiente psicológica, emocional, relacional y social y, por tanto, tiene que ver con un diagnóstico construido y subjetivo. Privar al paciente de una terapia dirigida a lo orgánico como, por ejemplo, la psicofarmacológica, es claramente un error.

También entendemos que es posible ayudar a una persona afectada de una enfermedad orgánica grave, como por ejemplo un cáncer, hasta su muerte. Si logramos que esté mejor consigo misma podremos ayudarla, nada más y nada menos, a que fallezca mejor. Asistimos a la persona, a su psicología, a su forma de sentir y de vivir su vida sin que por eso creamos que estamos resolviendo temas tan complejos como la enfermedad orgánica.

1.3.3. El peligro del reduccionismo sociologista

Es muy cierto que la sociedad y la cultura son capaces de construir identidades colectivas e individuales; por tanto, relativizar lo que es sano o insano es un hecho constatado por muchos autores a lo largo de la historia de la psiquiatría y la psicología. En este tiempo que vivimos evidenciamos cada vez más que hay un gran número de personas con cargos políticos importantes y con un poder de decisión sobre los ciudadanos que presentan un funcionamiento sociopático, psicopático o antisocial. La corrupción puede estar estimulada por un determinado sistema social, el capitalismo sin control, y puede fomentar las diferentes formas del funcionamiento narcisista patológico, desde mafias organizadas a estafas llevadas a cabo por los propios servidores del Estado (Tizón, 2014).

Una sociedad con ideas tendentes a la superficialidad, a satisfacer deseos pero no necesidades básicas, como por ejemplo las emocionales, puede coadyuvar a que los ciudadanos que la componen gocen de una escasa salud mental.

El reduccionismo sociológico tiene que ver con el hecho de atribuir una determinada psicopatología a la presión social o a la cultura, dejando de lado componentes de carácter relacional, biográfico, familiar y los elementos biológicos concomitantes. La presión de los medios de comunicación, los acontecimientos políticos, la crisis económica y el contexto social son factores de riesgo para la salud mental de los ciudadanos y actúan como factores precipitantes. Sin embargo, no podemos atribuir de una forma directa la psicopatología a un motivo tan solo social. Una persona puede ser defensora de los derechos humanos aunque haya vivido, o precisamente por eso, en un entorno social despótico, y también puede convertirse en un ideólogo fundamentalista. Entendemos que

todo ello puede deberse a otros factores que se interrelacionan con estos, tal como hemos ido apuntando.

1.4. El problema de los estudios empíricos y la importancia del método científico

Los estudios empíricos han cogido tanta fuerza que las facultades dedicadas a la salud mental, como la Facultad de psicología y la Facultad de medicina en su área de psiquiatría, solo aceptan como válido aquello que se desprende de un estudio numérico. Se desestima cualquier tipo de reflexión y discusión clínica que provenga de un estudio cualitativo y experiencial. El argumento es que lo empírico sí es científico y lo demás es especulativo. Creemos que hay pruebas suficientes para afirmar que tanto un método como el otro siempre resultarán parciales, y que las conclusiones son igual de imperfectas en un lado y en el otro, porque en realidad siempre contamos con el sesgo que pone el propio investigador, su ideología y su punto de partida.

El profesor Berrios ha llamado la atención sobre la gravedad de usar la «medicina basada en la evidencia» (MBE) como una forma de poder al servicio de intereses economicistas al margen de fomentar realmente la salud de los ciudadanos.

Berrios desglosa el concepto de evidencia de la siguiente forma:

En inglés, «evidencia» posee dos significados centrales. El uso «ontológico» (el más antiguo) remite a «energeia», uno de los términos griegos utilizados para referirse a «verdad» y «objetividad». El segundo significado en inglés es epistemológico y se relaciona con las «razones para creer» en algo, es decir, lo que realmente constituye «tener bases para decir esto y esto...» nunca ha sido parte de la «definición» de evidencia. La razón es obvia: a lo largo de la historia, las causas han sido negociadas y han dependido de la moda epistemológica de la época». (Berrios, 2010)

En lo que Berrios pone énfasis es en que la ciencia matemática se eleva a la categoría de máxima ciencia en detrimento de la experiencia del profesional en relación con sus pacientes. La discusión está centrada en el debate entre la objetividad y la subjetividad; por su parte, los defensores de la «evidencia» creen que es posible la objetividad absoluta.

Cuestionamos el reduccionismo porque se basa en el dogma y aspira a dar una explicación unívoca de la realidad. En general, debido a ello, suele servir al poder y utilizarlo para conseguir fines inapropiados. El reduccionismo es la expresión directa de la ignorancia, aunque esta puede usarse según intereses partidistas.

Hemos llegado a la conclusión de que coexisten muchas maneras de entender lo que llamamos realidad y, por tanto, no hay ninguna verdad total. La utilidad de exponer argumentos sólidos en direcciones distintas es la de limitar el poder del más fuerte, lo cual no resulta fácil. Los argumentos contrarios al poder establecido pueden corregir su abuso.

Por todo lo expuesto, podemos pensar que la medicina basada en la evidencia, especialmente apoyada en los estudios empíricos y estadísticos, merece una profunda reflexión epistemológica.

Cualquier conclusión obtenida por cualquiera de estos estudios debería someterse a la discusión y reflexión de los profesionales con experiencia asistencial, de manera que podamos contrastar la evidencia científica con la evidencia de la experiencia consensuada.

El método científico no es tan solo numérico, sino que debe englobar diferentes metodologías. El objetivo fundamental es evitar la especulación y dar como válidas hipótesis no probadas. Es natural que el método científico trate de reducir la subjetividad en la explicación de los fenómenos. Se basa en los preceptos de falsabilidad y reproducibilidad. Cualquier hipótesis posible debe poder ser falsada y cualquier tipo de experimentación debe poder realizarse en circunstancias distintas. Su inicio se sitúa en el siglo XVII con Galileo Galilei y, desde entonces, ha permitido a la humanidad realizar avances significativos en muchos campos científicos. El método científico bien aplicado no toma en consideración las verdades como absolutas, sino que debe desarrollarse a través de la observación y debe estar sometido a reflexión, e incluso a consenso. El método científico puede emplearse de una manera impropia y al servicio del poder, por lo que conviene preservarlo de la ideología, aunque esto puede llegar a ser una labor imposible.

Debemos recordar que hay diversos métodos científicos, además de la experimentación y lo estadístico: el dialéctico, el histórico, el fenomenológico y el hermenéutico, a los que podemos añadir el método clínico, la experiencia del trabajo terapéutico con diferentes tipos de estructuras mentales. Cualquier investigador debe tener en cuenta que las conclusiones y aseveraciones que defienda deben estar contrastadas y, en cierto modo, consensuadas. También debemos ser conscientes de que las ciencias dedicadas a la salud mental son muy difíciles de acotar y de consensuar; es algo inherente a la propia temática de la que se ocupan.

1.5. Revisión del concepto de «salud»

El concepto de «salud» replanteado por la OMS en 1946 y ampliado a algo más que la ausencia de enfermedad, para incluir también el bienestar mental y social, representó un gran avance que permitió abordar a las personas de una forma más global, teniendo en cuenta muchos más factores. De esta forma, la OMS cumplía de una manera más eficaz con el precepto hipocrático: «no hay enfermedades, sino enfermos que las sufren». En nuestro ámbito, esta forma de entender la salud fue retomada en el año 1976, en el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrado en Perpiñán (Francia). También ha sido recogido en la misma línea por The Hastings Center de Nueva York (1996), poniendo el acento en el bienestar y la integración del cuerpo y la mente.

La evolución del concepto de salud, o de individuo sano, permitió que formasen parte de él otros agentes de salud que no derivaran estrictamente de la medicina organicista; este fenómeno fue decisivo para reconocer a otros muchos agentes de salud: maestros de escuela, trabajadores y educadores sociales, psicólogos, psicoterapeutas, psiquiatras y

médicos en general. La lista puede ampliarse hasta llegar a la importante labor que realizan los sistemas profanos de salud.

La salud se nutre de todos estos aspectos y depende de muchos agentes sociales que están implicados en su cuidado. Sin embargo, es imprescindible realizar algunas afirmaciones:

1. La salud está representada por diferentes factores; en resumen, biopsicosocioculturales.
2. Estos factores se influyen entre sí, se condicionan y se modifican, por lo que son, de alguna manera, inseparables. Son interdependientes.
3. A la vez, cada área representa un sistema propio de contenidos: *lo bio* (lo médico, lo orgánico), *lo psico* (lo mental, lo emocional, lo relacional) y *lo sociocultural* (condiciones externas, presiones, valores colectivos) tienen entidad propia.
4. Proponemos aceptar esta contradicción: los factores que intervienen en la construcción de la salud son interdependientes, pero, a la vez, tienen una identidad propia, por lo que podemos deducir lo siguiente: una persona que padece un cáncer de cierta gravedad puede verse afectada psicológicamente, lo que no quiere decir que por ello cambie su salud mental. Una persona puede estar mal psicológica y psicopatológicamente, y afectar a su organismo, pero no generarle de manera obligatoria una enfermedad definida. Tener condiciones infrahumanas de vida puede hacer un daño importante a la psicología y a la salud biológica de una persona. Son factores de riesgo importantísimos. Pero de acuerdo con Armengol (2006), tener una buena salud mental no evita tener una enfermedad orgánica. También podemos tener una mala salud social y, sin embargo, tener una buena salud mental; la combinación puede ser variada. Lo solidario siempre es tratar que las personas tengan las condiciones suficientes para llevar a cabo una vida lo más saludable posible. Desde nuestra perspectiva psicológica ponemos el énfasis en la necesidad de cuidar los vínculos afectivos y, por supuesto, proteger a los que deben ser cuidados.

Debemos, entonces, diferenciar los factores de riesgo de los factores causales. Como profesionales de la salud y como ciudadanos debemos luchar para que las condiciones en las que vivimos sean las mejores posibles. En general, creemos que se debe asentar la idea de reducir el daño todo lo que se pueda. De nuevo hemos de estar de acuerdo con Armengol (2014), que sostiene que el mejor bien que se puede realizar con los humanos es procurar no hacer mal, disminuir el daño, ya que este autor considera que es más fácil ponerse de acuerdo en qué es aquello que causa el mal que aquello que causa el bien, debido a que esto último es más difícil de objetivar.

Se puede tener un malestar personal debido a condiciones psicosociales precarias, económicas, de vivienda, por presiones sociales del entorno, incluido el peso de la cultura

en la que vive el sujeto y, a la vez, tener una buena salud mental y física.

1.6. Contribución de la sociedad al desarrollo de la psicopatología

Si bien Platón o Aristóteles creían que había individuos dotados de intelecto y que estos debían ser los que marcaran las pautas a seguir por los ciudadanos corrientes, corrían el riesgo de equivocarse, dado que podían tener una concepción errónea de lo que era ser inteligentes. Sócrates, sin embargo, podía entender que cualquier persona podía estar acertada o equivocada; por ello, el método más importante de trabajo era la reflexión a muchas bandas, y el punto de partida de Sócrates consistía en no dar nada por sentado y reconocer la ignorancia básica en la que estaba imbuido todo ser humano. El método basado en reconocer la ignorancia parece menos dañino y tal vez más acertado y lúcido y con menos posibilidades de errar.

Tenemos un cerebro diseñado para dar explicaciones de los fenómenos y para resolver los problemas, y en realidad son muy pocos los fenómenos que podemos explicar de una forma definitiva y muy pocos también los problemas que podemos solventar. A pesar de todo, hemos ido avanzando como especie en algunas cuestiones.

La humanidad ha mejorado en los derechos humanos, en la tecnología y en la detección y curación de enfermedades. Sin embargo, esto ha generado unos efectos secundarios que a veces resultan negativos para sí misma.

1.6.1. El positivismo, la apología del éxito y del máximo rendimiento, y el rechazo de los vínculos

Un exceso de positivismo puede convertirse en un elemento altamente nocivo para la salud mental de la sociedad y de sus individuos. Creer que el ser humano puede controlar y disponer de su vida en un sentido absoluto es el paradigma del narcisismo.

En un trabajo anterior expusimos que el narcisismo (Sáinz, 2007) proviene de la carencia y del no reconocimiento de los límites; la soberbia y la arrogancia que de ello derivan impiden el reconocimiento de la alteridad y reducen las capacidades empáticas con las necesidades propias y de los otros. El narcisismo, aun cuando se disfruta de éxitos laborales, económicos y sociales, impide el crecimiento personal real y la autoestima.

Nuestra sociedad actual de perfil bajo y líquida (Bauman, 2007) es un buen trampolín para el surgimiento y sostenimiento del funcionamiento narcisista, individual y colectivo.

El problema fundamental del triunfo del narcisismo es la eliminación de los vínculos afectivos y de las necesidades de dependencia que permiten el reconocimiento de las limitaciones como sujetos y como colectivos sociales.

Si fallan los vínculos afectivos seguros el sujeto se encuentra en un estado de carencia que tendrá una repercusión en su sufrimiento mental y, por consiguiente, va a tener consecuencias psicopatológicas. Para Han (2010), «la depresión es la expresión patológica del fracaso del hombre posmoderno de devenir él mismo. Pero también la carencia de vínculos, propia de la progresiva fragmentación y atomización social, conduce a la depresión» (p. 28).

La sociedad líquida descrita por Bauman representa una sociedad de vínculos afectivos frágiles e inseguros y nos lleva inexorablemente a la idea tan bien descrita de que «nada es posible en una sociedad que cree que nada es imposible» (Han, 2012, p. 28).

Podemos determinar que la sociedad de perfil bajo se caracteriza por:

- Vínculos afectivos inconsistentes, inseguros.
- Dominio del pensamiento operatorio o concreto. Dificultad para la mentalización.
- Predominancia del éxito y del triunfo de logros y ambiciones que persiguen el poder.
- Nula tolerancia a la frustración y a los sentimientos depresivos.
- Fomento del funcionamiento filobático (Balint, 1968).
- Generación de carencias afectivas.
- Favorecimiento de la aparición de psicopatología relacionada con los trastornos de personalidad.

Desde Bowlby (1952) está demostrado que la inconsistencia de los vínculos afectivos en la infancia tiene una repercusión directa en las experiencias vinculares de la edad adulta y puede ser generadora de patología mental.

El pensamiento concreto se mueve en parámetros mecanicistas y lineales; no incorpora la complejidad que une los acontecimientos con las emociones, los sentimientos y las representaciones mentales. El pensamiento simbólico y abstracto queda fuera de la capacidad para pensar que inexorablemente implica sentir. Sentir para pensar y comprender. Las facultades cognitivas separadas de la experiencia emocional se convierten en pensamiento concreto y operatorio. Por otro lado, las experiencias emocionales siempre son interpersonales, relacionales e intersubjetivas.

Respecto a la sociedad del éxito y la incapacidad para tolerar frustración y sentimientos, en especial los depresivos, nos encontramos con lo que aporta Han: «La depresión es la enfermedad de una sociedad que sufre bajo exceso de positividad. Refleja aquella humanidad que dirige la guerra contra sí misma» (Han, 2012, p. 31).

La sociedad que cuestionamos tiene tendencia a la hiperactividad. No tolera la incertidumbre, ni reconoce los errores ni los fracasos; promueve un tipo de superhombre, hecho a sí mismo, cuyos límites los pone él y, por supuesto, que no acepta la finitud. Suele creer en el maximalismo, en los macrocambios y en el poder supremo.

Damos por sentado que lo perfecto simplemente no existe. Tenemos la capacidad de mejorar, pero no hay nada ni nadie que sea lo mejor como absoluto. Como afirma un

dicho popular: «Lo mejor es enemigo de lo bueno». En apariencia es una frase menor, pero encierra un profundo conocimiento: si existiera lo bueno como verdad universal, lo cual también es imposible, debería alejarse del ideal de perseguir lo mejor. La trampa extraída de un tipo dominante de psicología de empresa queda representada con la siguiente frase: «Cuando lo mejor es posible, lo bueno es insuficiente», lo que nos conduce de nuevo a la trampa de aceptar como válido que lo mejor es posible.

Tal como conocemos al ser humano y sus capacidades, el concepto de «lo mejor» es epistemológicamente insostenible, ya que siempre está teñido de subjetividad.

Perseguir el éxito y las operaciones que buscan el triunfo es propio de una sociedad de perfil bajo, resolutiva, poco reflexiva y proclive a la velocidad. Hay muchas escuelas actuales que sostienen el lema «educamos para el éxito», o educar es para ellas «el camino de la excelencia». Son lemas que se cotizan mucho en nuestra sociedad. Venden bien el producto que quieren colocar entre la población. Vienen a decirle a las familias que si llevan a sus hijos a que se les eduque en estas escuelas seguirán el camino del éxito y de la excelencia, es decir, el hijo no será un fracasado, sino un triunfador. Es fácil entender que ese exceso de triunfalismo puede llegar a ser la auténtica causa del fracaso y de la desesperación.

La sociedad organizada de esta forma va a eliminar los sentimientos considerados negativos, como la debilidad, la frustración y todo lo que esté relacionado con la tristeza. Tratará de eliminar los sentimientos de dependencia que son la base de la vinculación afectiva. Tiene tendencia a confundir la dependencia y la tristeza con la adicción y la depresión mayor. Como ya expusimos en un trabajo anterior (Sáinz, 2007, 2014), nuestra sociedad es tan antidepresiva y ansiolítica que, por esa razón, en parte, sus miembros y ella misma padecen de forma significativa trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. En España, el riesgo de que la población general desarrolle, como mínimo, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), mientras que el porcentaje de personas que padecen cada año la enfermedad es del 4%. Según datos recogidos en *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, España es el país europeo con los porcentajes más altos de síntomas depresivos en población de edad avanzada. Se estima que un total de 1.868.173 personas sufrió esta enfermedad en 2013. Es necesario pensar con calma y reflexionar en lugar de acumular datos y demostraciones continuas de científicidad y de evidencias. Es conveniente que la investigación científica avance y no se detenga, que estudie la forma de mejorar nuestras vidas individuales y colectivas, pero, más que nunca, conviene reflexionar, tomarse tiempo; ya no sirve la excusa de que todo va tan deprisa que tenemos que estar a la altura de los cambios.

Debemos hacer caso a Honoré (2010) cuando introduce la importante idea del «elogio de la lentitud»:

Creo que vivir deprisa no es vivir, es sobrevivir. Nuestra cultura nos inculca el miedo a perder el tiempo, pero la paradoja es que la aceleración nos hace desperdiciar la vida.

[...]

Nos prometieron que la tecnología trabajaría por nosotros y que seríamos más felices, pero hay estadísticas que demuestran que trabajamos 200 horas más al año que en 1970 y la insatisfacción vital y la velocidad definen nuestro tiempo.

[...]

La velocidad es una manera de no enfrentarse a lo que le pasa a tu cuerpo y a tu mente, de evitar las preguntas importantes. [...] Viajamos constantemente por el carril rápido, cargados de emociones, de adrenalina, de estímulos, y eso hace que no tengamos nunca el tiempo y la tranquilidad que necesitamos para reflexionar y preguntarnos qué es lo realmente importante.

En este sentido, Han afirma que «la cultura requiere un entorno en el que sea posible una atención profunda. Esta es reemplazada progresivamente por una forma de atención por completo distinta, la hiperatención» (Han, 2012, p. 35).

Han (2010), propone como alternativa, en la misma línea que Honoré, lo que llama «el don de la escucha», en el que el ego hiperactivo ya no tiene acceso.

La falta de sosiego propia de nuestra civilización desemboca en una nueva barbarie, y apoyándose en Nietzsche propone que «entre las correcciones necesarias que deben hacerse al carácter de la humanidad está el fortalecimiento en amplia medida del elemento contemplativo» (Han, 2012, p. 39). Añade que «aprender a mirar significa acostumbrar el ojo a mirar con calma y con paciencia, a dejar que las cosas se acerquen al ojo, es decir, educar el ojo para una profunda y contemplativa atención, para una mirada larga y pausada» (p. 53).

Es necesario tolerar la frustración y los sentimientos depresivos y, también, la incertidumbre, y no pretender darnos explicaciones de todo y para todo. Como ya hemos expuesto antes, nuestro cerebro está entrenado desde el origen de la humanidad para resolver problemas y, para ello, debe procesar la información que recibe y hacerla comprensible. La forma que tenemos de entender los fenómenos es dar explicaciones. Pero este hecho nos puede llevar a la idea omnipotente de que todo puede ser explicado y comprendido, y pensamos que esta premisa no puede ser cierta en términos absolutos. Renunciar a la comprensión omnipotente de los fenómenos humanos es un duelo, una carencia que debemos admitir y aceptar, y como tal tiene el valor de frustración, nos produce tristeza y desasosiego y, lo más importante, hace que nos sintamos limitados, porque en realidad somos limitados, y mucho.

Mientras redactamos este escrito se ha producido en Barcelona un triste y espeluznante evento: un niño de 13 años se ha presentado en el instituto donde estudia, armado con una ballesta y algún arma blanca. Una profesora lo ha amonestado por entrar quince minutos más tarde de la hora estipulada y él la ha disparado con la ballesta, causándole heridas; después ha matado a uno de los profesores y ha herido a otro niño. Tras ser reducido por otro profesor, el niño se ha echado a llorar, mientras era abrazado y contenido por el adulto; el agresor-asesino se ha desmoronado como el niño que es.

Menos de media hora después de que se conociera la noticia han comenzado las especulaciones: que si el padre es *skin*, o educador, o psicólogo; que tenían armas en casa... Al cabo de muy poco tiempo ya se estaba hablando del daño que pueden hacer los videojuegos, de lo que está ocurriendo en la sociedad, de la indefensión de los

maestros... Suceden hechos a los que, de forma natural, se intenta buscar explicaciones, pero queremos destacar la rapidez con la que suceden los acontecimientos. La ansiedad que despierta una tragedia tan grande pone en cuestión la capacidad de comprender y resulta demasiado fácil establecer hipótesis simplistas y reduccionistas.

Un hecho así consterna a cualquier persona corriente; nos cuestiona a todos los niveles, zarandea a la sociedad y a sus agentes, pone sobre la palestra el sistema educativo, a los servicios de salud mental y las relaciones familiares. Necesitamos explicarnos el mal. Aceptar el desconocimiento es como aceptar la derrota. Todo lo dicho son motivos suficientes para debatir, pensar y reflexionar. La única forma de evitar, en parte, el reduccionismo y las conclusiones simplistas es reflexionar y pensar tranquilos.

El preadolescente de este terrible suceso es un muchacho que requerirá tratamiento especializado de salud mental. Más tarde se verá si se trata de un trastorno del espectro esquizofrénico (psicótico), o si hay un perfil de personalidad patológica ya constituido como tal, o que, por la edad, está en vías de cristalización.

Queremos dejar claro que se comprende la necesidad de entender y de tratar de buscar explicación a los fenómenos, pero debemos luchar contra la tendencia establecida durante miles de años, grabada en lo más profundo de nuestro cerebro, de determinar las causas al precio que sea, sobre todo cuando la simplificación de la causalidad está al servicio de negar la complejidad y la interdependencia de sus factores. La violencia de los videojuegos, la crueldad y la destrucción gratuita que aparecen en muchas películas del cine contemporáneo pueden ser factores detonantes, pero nunca determinantes por sí solos. Es muy grave afirmar que un chico que mata a un profesor o alguien que comete un asesinato masivo tenga que ver con ser un usuario de videojuegos o un consumidor de violencia cinematográfica; en todo caso, estos factores pueden ser consecuencia de otros que han llevado hasta ese lugar. Resulta muy reduccionista decir que para erradicar el problema se deben evitar las películas violentas o cualquier manifestación pública de crueldad, ya que se tendría que prohibir, en primer lugar, el telediario y la prensa que se hace eco de las tragedias humanas. Es inadecuado hacer apología de la violencia, pero es inevitable su difusión, ya que forma parte de lo humano. Cualquier guerra interna de un país o entre países enemigos, cualquier conflicto en el que intervienen armas fomenta y difunde la destrucción.

Proponemos que cuando acontezca un suceso como el del chico que asesina a una maestra, los profesionales dedicados al tema y los medios de comunicación seamos responsables al informar. Una forma de ejercer la ética es intentar no ser reduccionistas ni simplistas, ni en las causas ni en las posibles soluciones. Es necesario reconocer la limitación para comprender fenómenos complejos y para su abordaje.

2. Winnicott. Bases del pensamiento relacional

2.1. Winnicott en persona. Trayectoria personal y profesional (1896-1971)

A continuación vamos a repasar la vida de Winnicott con el objetivo de introducir a la persona en su contexto familiar y en sus relaciones interpersonales.

Winnicott, hijo y nieto de prósperos comerciantes, nació en Plymouth, un pueblo marítimo situado a unos trescientos kilómetros de Londres. A pesar de que estaba destinado a continuar con los negocios familiares, decidió cambiar de rumbo para convertirse en médico pediatra y, posteriormente, en psicoanalista.

Único varón, era el hijo menor tras dos hermanas. Su padre estuvo relacionado con la política, ya que fue alcalde de su propio pueblo en dos ocasiones y consiguió ser nombrado caballero. Su madre, que cuidaba de la familia y el hogar, tenía una gran tendencia a la depresión. Winnicott creció en un hogar acomodado, en una casa ajardinada con cocineras e institutrices. Muchas mujeres y figuras maternas rodean la vida del pequeño Donald. No es de extrañar que sus aportaciones tengan que ver con los cuidados infantiles y maternos, así como con la noción de hogar y seguridad. Su viuda, Clara, afirmó lo siguiente: «Donald llevaba su hogar dentro de él, es por eso que se sentía en cualquier lugar como en su casa».

Cuando todavía era estudiante de medicina, estalló la Primera Guerra Mundial (1914-1918). Se ocupó de atender a los soldados heridos, aunque estaba exento de entrar en combate. Perdió a muchos amigos de su quinta y ello hizo que se sintiera como un superviviente con el derecho de vivir por él mismo y por los que murieron.

Ejerció como pediatra durante cuarenta años en el Hospital Paddington Green de Londres, y también se formó como psicoanalista y estuvo en activo hasta su muerte.

Gracias a programas de radio de la BBC de Londres, a los que llamaban numerosos oyentes preguntando acerca de diferentes aspectos de la crianza infantil y su entorno, pudo llevar a cabo una labor divulgativa sobre la crianza, debido a su doble condición de pediatra y psicoanalista. De estos programas surgieron dos publicaciones de gran nivel de profundidad, pero escritas en un lenguaje sencillo y directo: *Conozca a su niño* y *Los bebés y sus madres*.

Se casó en dos ocasiones: la primera vez en 1923 con Alice Buxton Taylor, con la que convivió durante veinticinco años, y más tarde, tras divorciarse de esta, contrajo matrimonio con Clara Britton en 1951. No tuvo descendencia. Alice era una mujer con tendencias depresivas y mala salud, concitando lo que posiblemente le recordaría aspectos de su propia madre.

Con Clara, sin embargo, mantuvo una relación de intercambio y de reciprocidad más sana que se inició mientras trabajaban juntos con los niños desamparados debido a la Segunda Guerra Mundial. Ella era trabajadora social, y juntos llevaron a cabo una importante labor psicosocial. De nuevo estaban presentes las realidades y las crudezas del mundo externo, y su evidencia en la construcción de la identidad se convirtió en una realidad innegable.

La relación de Winnicott con su madre, deprimida, debió de marcar muchos aspectos de su personalidad. Algunos consideran que debió ser definitivo en la elección de su ejercicio como psicoanalista y en la forma en que conceptualizó sus teorías. Winnicott desestimó el estudio del bebé aislado de la relación y del vínculo afectivo con sus cuidadores. Estudió especialmente las funciones maternas en relación con la salud mental, como harían Bowlby y Fairbairn, entre otros. Otorgar un papel relevante a la realidad externa y a las características reales de los cuidadores del niño es fundamental en su legado escrito. Cada persona se enfrenta a su realidad representada por las personas que tienen la función de cuidar según sus capacidades adaptativas. Como veremos más adelante, lo importante es que los adultos que tengan niños a su cargo sean capaces de adaptarse suficientemente bien a las necesidades de sus pequeños. La madre puede ser insuficiente en su labor de cuidar; por ello es necesario que el entorno actúe como un *holding* capaz de repartirse las funciones de crianza. Winnicott tuvo especial apego a una de sus niñeras, con la que mantuvo una estrecha relación durante su vida y que probablemente fue una figura de gran importancia para él.

Abelló y Liberman (2011) recogen una entrevista con Szpilka en 2010 en la que este afirma que «un psicoanalista es alguien que de alguna manera quedó fijado a escuchar eternamente la demanda insatisfecha de la madre» (p. 31). Esto nos llevaría a pensar que el sentimiento de culpa por no haber sido capaz de cuidar de la propia madre puede llevar a la elección de un oficio cuidador y reparador como es la labor del psicoterapeuta o del psicoanalista. También podríamos pensar de otra forma: que son las buenas relaciones vividas con el entorno las que proporcionan la base para el deseo de ayudar a otras personas en su sufrimiento personal. La reparación de la culpa es una buena manera de mejorar la salud mental; podemos hacerlo porque hemos recibido suficiente amor y tal vez porque las personas que nos han cuidado han sabido reparar el daño causado, de una forma significativa.

No nos parece adecuado realizar interpretaciones arbitrarias sobre las motivaciones inconscientes que llevan a un autor a configurar sus teorías, más aún sin haber conversado con él y sin escuchar sus puntos de vista. Es una forma de psicoanálisis salvaje y prepotente, si bien es cierto que las teorías que exponen los autores no están desligadas de su personalidad y, de alguna manera, de su biografía; pero pretender conocer los porqués biográficos que han llevado a defender ciertos conceptos nos parece una falta de respeto y un uso inapropiado de los conocimientos psicoanalíticos. En este sentido, no nos parece adecuado el trabajo de Rabán (2004), que, de una forma muy especulativa, cree saber que Winnicott tuvo una infancia mala, con una madre enferma, y que las afirmaciones de Clara, su mujer, sobre una infancia llena de amor y respeto

tienen que ver con una idealización y con una irrealidad. Para Rabain, las teorías de Winnicott sobre la crianza están basadas en su propia historia, cargada de carencias infantiles. Cuando hay discrepancias teóricas entre autores o escuelas, es mucho mejor exponerlas y discutir las que recurrir al ataque personal usando la biografía como arma arrojadiza. Actuar así es desmerecer el psicoanálisis. Interpretar contenidos mentales sin dialogar cierra las posibilidades de comprensión. Tampoco nos parece una actitud muy adecuada la que tuvo su segunda analista, Joan Rivière, que criticaba a Winnicott por desviarse de los preceptos kleinianos utilizando públicamente material obtenido en las sesiones analíticas con él. Así se lo expresó Winnicott a Masud Khan (Rodman, 1990): «Yo no puedo decir que estuve en análisis con Joan Rivière, es cierto que me analizó durante cinco años y siguió analizándome durante discusiones en reuniones científicas».

Tenemos la impresión de que Winnicott debió de ser una persona solidaria y sensible ante las necesidades de los más débiles, que estuvo plenamente convencido de que el entorno facilitaba y proporcionaba a los niños las condiciones necesarias para garantizar un crecimiento adecuado. No creía demasiado en la mente autónoma, aislada de la relación e impelida desde dentro por la pulsionalidad. Siempre se preguntaba cómo era el niño que estudiaba y cómo eran las personas que lo tenían a su cargo. A partir de aquí, podía investigar la interacción y la interdependencia entre ambos.

Se empezó a analizar en 1924 con James Strachey, y tres años más tarde inició su formación como psicoanalista. Su primer análisis se llevó a cabo durante una década, y cuando finalizó se puso en contacto con Klein, que vivía y ejercía como psicoanalista en Londres desde 1926, empezando una supervisión de sus casos que se prolongó durante cinco años. Freud había ido a Londres en 1938, un poco antes de que estallara la Segunda Guerra Mundial. Se podría decir que el punto álgido del psicoanálisis se trasladó de Viena a Londres. Cuando falleció Freud se produjo una serie de reuniones científicas, de enero de 1943 a mayo de 1944, para debatir las divergencias que se tenían sobre el psicoanálisis (Abelló y Liberman, 2011). Los analistas británicos y los que habían emigrado a Reino Unido, especialmente Klein y Anna Freud como líderes, se embarcarían en lo que se denominó las «grandes controversias». No se llegó a un acuerdo consensuado, por lo que surgieron dos grupos claramente divididos: los partidarios de Klein, por un lado, y, por otro, los de Anna Freud. Winnicott optó por dejar a la que había sido su supervisora y maestra debido a las discrepancias que mantenía con ella, y de este modo se alejó del grupo kleiniano que ella dirigía.

En la British Psychoanalytical Society (Sociedad Psicoanalítica Británica) se organizaron los dos grupos mencionados y apareció otro nuevo, conocido con el nombre de «Middle Group», reconocido más tarde como independiente. Era de esperar que una personalidad libre como Winnicott se decantara por el grupo independiente. No seguían a ningún líder vivo en especial, por lo que podían mantener mayor libertad de pensamiento. Personas como Fairbairn, Balint y Bowlby llevaron a cabo aportaciones creativas y originales sin temor a desmarcarse de la línea oficialista o al rechazo por parte de sus líderes, solo porque el líder no existía. Curiosamente todos ellos, estuvieron implicados al igual que Winnicott, en labores psicosociales: niños maltratados por sus

familias, separados de sus padres a causa de circunstancias externas, o atendiendo el sufrimiento físico de los enfermos o de los propios cuidadores. No es casual que estos importantes psicoanalistas, junto con Ferenczi, sean considerados hoy en día los precursores del llamado «psicoanálisis relacional».

A pesar de su independencia teórica se comprometió a nivel institucional, ya que fue presidente de la British Psychoanalytical Society en dos ocasiones (1956 y 1965). Él no se consideraba un gran conocedor de la obra de Freud, ni tampoco freudiano. Se formó con Klein; incluso llegó a analizar a su hijo Erik y se analizó por segunda vez en 1935 con una colaboradora de Klein, Joan Rivière, para así conocer las ideas kleinianas en la práctica y acercarse más a su mentora. Rivière, como ya hemos dicho, no lo trató bien, haciendo públicas algunas intimidades e interpretaciones de su análisis. Tal vez Rivière se sintió bastante molesta por el hecho de que Winnicott se alejara del grupo kleiniano del que ella formaba parte. Los kleinianos no soportaban la idea de que la realidad externa y las características reales de los padres y cuidadores tuvieran un papel tan relevante en la salud mental de los pequeños. Winnicott proponía no solo tener en cuenta la realidad externa, sino también que esta se incorporara en la relación terapéutica como un instrumento de análisis y de trabajo. Si se preconizaba la realidad, la fantasía inconsciente perdía fuelle y la pulsionalidad alejada de la relacionalidad dejaba de tener sentido; el edipo se convertía entonces en un fenómeno insuficiente y poco acertado para la comprensión de los procesos de maduración en la infancia, aspectos que el grupo liderado por Klein no se podía permitir.

La originalidad y la libertad de pensamiento de Winnicott eran muy bien acogidas por muchos de sus colegas y, en especial, por sus alumnos. Sus ideas no eran ortodoxas ni doctrinarias, sino que se habían forjado a partir de la observación de sus pacientes, tanto niños como adultos. Tal vez Winnicott no fue un escritor notable, ya que sus conceptos, en apariencia sencillos, a veces resultan confusos y difíciles, excepto cuando se dirigía a un público profano. Sin embargo, la riqueza de sus ideas y su enorme espontaneidad lo dotaban de un gran atractivo para sus seguidores. Francis Tustin (Grosskurth, 1990) asistía a las supervisiones con Winnicott de una forma clandestina, ya que su mentora, Esther Bick, del grupo kleiniano, se lo había prohibido. El miedo a desviarse de la doctrina ha estado –y todavía está– presente en las sociedades psicoanalíticas, especialmente en aquellas que tienen como líder un único autor, que acostumbra a dar nombre a la escuela.

El respeto a sus alumnos, así como a sus pacientes, se hace patente por los numerosos testimonios que han dado fe de ello. Destaca, al mismo tiempo, la dedicatoria que Winnicott hace en su último libro, que nunca llegó a ver publicado, *Realidad y juego* (1971): «A mis pacientes, que pagaron por enseñarme», que constituye una muestra de gratitud y, a la vez, de humildad de alguien que se permite y se sabe falible ante la complejidad de lo humano. En cuanto a sus pacientes, es esencial el testimonio de Margaret Little en su libro *Relato de mi análisis con Winnicott* (1990), o de otro analista, Guntrip, en su artículo «Mi análisis con Fairbairn y Winnicott» (1975). Sus estudiantes disfrutaban de las asociaciones libres que Winnicott hacía en las sesiones

teóricas y de supervisión, quien en todo momento los animaba a que no dieran por buena ninguna de las teorías y a que fueran encontrando su propio camino y su propia manera de formular los conocimientos que iban aprendiendo en la clínica, tal como él había hecho a lo largo de su carrera. El psicoanálisis siempre ha sido, y es, muy jerárquico; tiene la enorme ventaja de que en las comunidades psicoanalíticas se da mucha importancia a las personas de edad avanzada. Posiblemente sea de los pocos oficios que quedan en los que el anciano es valorado y respetado, como sucede en las culturas de los pueblos y las etnias más antiguas. Sin embargo, esta veneración por los mayores ha de ir acompañada por el hecho de dar la palabra a los más jóvenes, puesto que de esta forma no se establecen jerarquías anquilosantes que puedan destruir la creatividad de los aspirantes a psicoanalistas (Kernberg, 1996). En una ocasión, Winnicott modificó el programa de actividades cuando debía supervisar en público a un colega más joven. Así, de manera espontánea, propuso que se hiciera al revés: que fuera el colega el que le supervisara a él un caso propio. De este modo mostraba que cualquier persona con cierta formación podía, e incluso debía, ser capaz de pensar y opinar. Se trata de una forma muy adecuada de no fomentar las dependencias pasivas (Rodman, 1990).

Parece ser que Winnicott se oponía a cualquier tipo de ortodoxia y advertía de que el psicoanálisis podía convertirse en un dogma sin posibilidad de reflexionar, al estilo de una religión que debe ser fiel a sus doctrinas y que genera adeptos sin capacidad para pensar con libertad. En este sentido, son significativas las cartas que envió indistintamente a Klein y a Anna Freud cuando era presidente de la British Psychoanalytical Society (Rodman, 1990):

Considero —escribió— que tiene una importancia vital para la Sociedad [BPS] que ustedes dos destruyan sus grupos en lo que tienen de oficial. [...] No tengo razones para pensar que viviré más que ustedes, pero tener que ver con agrupamientos rígidos, que cuando ustedes mueran se convertirán automáticamente en instituciones de Estado, es una perspectiva que me espanta.

Los duelos en la vida de Winnicott se iniciaron con la muerte de sus compañeros contemporáneos que perdieron la vida en la Primera Guerra Mundial. Cuando contaba 29 años de edad perdió a su madre, una mujer frágil y triste; su padre murió anciano, cuando Winnicott ya estaba en la madurez de sus 52 años. Un año más tarde se divorció de su primera mujer, Alice, con la que mantuvo relación hasta que esta falleció. En 1951, con 55 años, se casó con Clara Britton, una trabajadora social que llegó a ser psicoanalista tras su análisis con Klein. En esa misma fecha publicó su importante trabajo *Objetos transicionales y fenómenos transicionales* (Kahr, 1999).

Su capacidad para jugar y para crear, y su personalidad, básicamente flexible, lo predispusieron a conceptualizar todo lo referido a la transicionalidad. Era habitual que tocara el piano que tenía en su consulta cuando le fallaba un paciente. Le gustaba interpretar a Bach y a Beethoven y, según sus biógrafos, tenía toda la discografía de The Beatles y le encantaba dibujar. Él y Clara dibujaban a mano las felicitaciones de Navidad que enviaban a sus amigos. Incorporó a su trabajo esta afición por dibujar. Se le ocurrió realizar garabatos junto con los niños a quienes visitaba (*Squiggle*), con el propósito de establecer una interacción que se pudiera convertir en vínculo. También escribía poemas

de forma espontánea, como tantas personas hacen, como una búsqueda de algo, tal vez de encontrarse a sí mismo. Es significativo un poema que escribió, dedicado a su madre, y que envió a su cuñado con el propósito de compartirlo. Winnicott tenía en ese momento 67 años. Se encontraba enfermo y próximo a la muerte, y en el poema rememora algunos momentos tristes vividos con su propia madre.

La madre abajo llorando,
llorando
llorando.
Así la conocí.
Una vez, extendido sobre sus rodillas,
como ahora sobre el árbol muerto,
aprendí a hacerla sonreír,
a detener sus lágrimas,
a deshacer su culpa,
a curar su muerte interior.
Darle vida era mi vida.

Como se ha mencionado, no pretendemos realizar ninguna interpretación, sino tan solo leerlo como el poema que es. Como suele decir Joan Fortuny, psicólogo, poeta y amigo, el poema surge del mundo experiencial del poeta, no es necesariamente biográfico, y tiene la cualidad de tocar emociones y sentimientos que comparten muchos seres humanos; es el lector quien completa el poema con su forma de entenderlo. Sin embargo, si describimos aquello que Winnicott expresa, vemos a alguien que trata de dar vida a una persona importante para él, o ella, y con quien quiere ejercer el oficio de cuidar, hacerlo sonreír y darle vida. Alguien que llora, llora, llora, sumido en su dolor. El oficio de psicoanalista tiene que ver con ayudar a otro en su dolor, entendiéndolo lo mejor posible y ayudándolo a convertirlo en algo creativo.

Winnicott había sufrido problemas cardíacos que se fueron acentuando progresivamente. Su mujer, Clara, comentó que poco a poco se iba preparando para enfrentarse a la muerte y, al mismo tiempo, trataba de que ella se fuera haciendo a la idea de su desaparición. Estuvo trabajando hasta el final, sobre todo en las supervisiones y seminarios, e insistía a los asistentes para que estuvieran tranquilos si le ocurría algo mientras estaba con ellos.

Llevó a cabo un intento de autobiografía que no llegó a concluir: *Not less than Everything* («Nada menos que Todo»). En ella decía: «Dios mío, deja que viva el momento de muerte». Sentirse real, para Winnicott, era más importante que existir.

En su funeral, Jack Tizard, un pediatra próximo a Winnicott, pronunció las siguientes palabras: «Decir que Winnicott entendía a los niños no es del todo exacto, lo es más decir que eran los niños los que le entendían a él». Murió en Londres el 27 de septiembre de 1971.

2.2. Concepto de «individuo sano» en Winnicott

Para entender la posición de un autor sobre la salud mental y la psicopatología, y para desarrollar estrategias terapéuticas, es necesario partir de la idea fundamental de qué es lo que se entiende por *individuo sano*.

Winnicott leyó *El origen de las especies* de Darwin cuando era adolescente (Lacruz, 2011). La hipótesis central de Darwin es la siguiente: los cambios que se producen en las especies tienen el objetivo de hacer que se adapten al medio. La adaptación es el motivo más importante de la subsistencia. Podríamos afirmar que no sobrevive el más fuerte, sino el que se adapta mejor.

Consideramos que la noción de «cambio» prima más como adaptación que como progreso evolutivo (Lacruz, 2011). La hipótesis fundamental del desarrollo y maduración del ser humano en Winnicott parte de esta misma hipótesis: la adaptación al medio es el elemento fundamental. Para este autor, el medio está personalizado por los sujetos que lo componen y que entran en interrelación con el niño en crecimiento. Esta misma hipótesis resulta central en el psicoanálisis relacional actual y en los contemporáneos de Winnicott, como Fairbairn y Bowlby, entre otros. El término «adaptación», según Achotegui (2012), procede de «ser apto», en inglés *fitness*, que significa aptitud para una determinada función.

Se impone entonces una reflexión: según lo que entendamos por una crianza saludable, propondremos unas actividades u otras; los niños criados según dichas pautas tratarán de adaptarse para sobrevivir. Si las pautas son perniciosas, los niños pueden adaptarse de forma psicopatológica para sobrevivir en un terreno hostil. Es decir, que un determinado síntoma aparentemente malo para el sujeto puede ser adecuado para no sucumbir en determinadas circunstancias. Nos preguntamos entonces: ¿qué es más sano, un niño que se adapta a su realidad sacrificando todo su potencial personal y sucumbiendo a lo más espontáneo y creativo, o un niño que desarrollará síntomas cuando se encuentre en un entorno inadecuado? El niño más sano debería rechazar lo que le impone su realidad y no adaptarse a ella. A menudo encontramos en la clínica a niños con síntomas aparatosos que son la expresión de un mal funcionamiento del grupo familiar. Ocultar esos síntomas, silenciarlos sin antes comprenderlos, puede ser una praxis altamente iatrogénica.

Winnicott sostiene que para que el fundamento de la salud mental del niño sea óptimo, es necesario que su tendencia adaptativa se vea compensada por un entorno que haga todo lo posible por invertir el proceso, es decir, que sean los adultos que representan el entorno los que se adapten al niño para facilitar su espontaneidad y se ponga en marcha un crecimiento saludable. El concepto de *madre o entorno suficientemente buenos* lo es en la medida en que sean capaces de adaptarse lo suficiente a las necesidades del pequeño.

Winnicott nos enseña que el individuo sano no es independiente de forma absoluta. Nada que pertenezca al terreno de lo absoluto puede considerarse como sano. La independencia siempre será relativa; de una u otra manera, siempre mantenemos cierta dependencia con las personas con las que se establece un vínculo afectivo. No se trata de resolverla, sino de sentirla y comprenderla.

El individuo que se siente invulnerable e independiente tal vez sea una persona con muy poca salud mental. La buena salud mental se puede entender así: «Desde el punto de vista del desarrollo, puede decirse que salud significa una madurez acorde con la que corresponde a la edad del individuo» (Winnicott, 1967b, p. 28).

Así, «un ambiente suficientemente bueno es, podría decirse, el que favorece las diversas tendencias individuales heredadas de modo tal que el desarrollo se produce conforme a esas tendencias» (Winnicott, 1967b, p. 28).

Observamos que Winnicott resalta la idea de acomodarse a las características del propio niño y no al revés. Permitir su gesto espontáneo y salir al encuentro y a facilitar la vida son elementos esenciales de una crianza saludable. Los adultos cuidadores, los padres suficientemente buenos, tratan de adaptarse a las necesidades de sus pequeños generando un ambiente facilitador de sus potenciales. De ahí la expresión utilizada por Winnicott de «preocupación maternal primaria» (1945, 1956).

Resulta útil postular que el ambiente suficientemente bueno comienza con un alto grado de adaptación a las necesidades individuales del bebé. Por lo general, la madre puede proporcionar esa adaptación porque se encuentra en un estado especial, que yo he denominado de «preocupación maternal primaria» (Winnicott, 1967b, p. 28).

Para Winnicott, el entorno representado por las figuras adultas cuidadoras debe facilitar el desarrollo emocional del niño y proporcionarle las condiciones necesarias para llevarlo a cabo.

Winnicott denomina *preocupación maternal primaria* (1945,1956) a:

- Un estado especial de sensibilidad intensificada de la madre, que comienza antes del nacimiento y puede durar hasta unas semanas después del parto. Aunque Winnicott lo relaciona con la biología del puerperio, el concepto de «sensibilidad especial» puede aplicarse al padre e incluso a los niños adoptados (Lacruz, 2011).
- La adaptación del niño disminuye en consonancia con la creciente necesidad del bebé de experimentar reacciones a la frustración. Una madre sana es capaz de diferir su función de fracasar en adaptarse hasta que el bebé ha adquirido la capacidad de reaccionar con rabia a sus fracasos en lugar de ser traumatizado por ellos (Winnicott, 1967b, p. 29).
- La importancia de respetar los tiempos del bebé. De la necesidad extrema de satisfacer las necesidades de inmediato a la posibilidad de ir dilatando la respuesta del entorno, a medida que el niño va adquiriendo su capacidad de espera, y de ir tolerando la frustración que ello genera.
- El trauma actúa cuando la respuesta del entorno es algo que el bebe no puede asimilar. Ya sea porque es inapropiada o a destiempo, para el niño la vivencia es como un ataque a la continuidad del ser, y esto produce un sufrimiento que aumenta las posibilidades de reaccionar de forma psicopatológica. Nos referimos al proceso que opera en ambas direcciones y que se caracteriza por que el bebé vive en un mundo subjetivo y la madre se adapta para

proporcionar a cada bebé una ración básica de la experiencia de omnipotencia, lo cual implica, en esencia, una relación vital (Winnicott, 1967b, p. 29).

- Respetar la omnipotencia y no desilusionar al bebé de una forma abrupta forma parte de la buena salud mental. Con respecto a la ansiedad en las relaciones interpersonales, podemos afirmar en este contexto que *salud* no es *comodidad*. Los temores, los sentimientos conflictivos, las dudas y las frustraciones son tan característicos en la vida de una persona sana como los rasgos positivos. Lo importante es que esa persona sienta que está viviendo su propia vida y asumiendo la responsabilidad de sus actos y omisiones, y que sea capaz de atribuirse el mérito cuando triunfa y la culpa cuando fracasa. Una manera de expresarlo es decir que el individuo ha pasado de la dependencia a la independencia o a la autonomía (Winnicott, 1967b, p. 34).

Para Winnicott es muy importante que la persona pueda sentir que vive su propia vida. La alegría, la tristeza, el dolor, la rabia y demás emociones y sentimientos son suyos, le pertenecen y es él quien los siente en su propia persona.

Desearía referirme a lo que sucede en las etapas tempranas del desarrollo de la personalidad. Aquí la palabra clave es «integración», aplicable a casi todas las tareas evolutivas. La integración conduce al bebé al estado de unidad, al pronombre personal «yo», al número uno. Esto hace posible el «yo soy», que confiere sentido al «yo hago» (Winnicott, 1967b, p. 35).

Más adelante desarrollaremos esta idea. Cuando el sujeto se siente integrado gracias a los cuidados continuados del entorno, puede sentir que ya es, y es entonces cuando puede llevar a cabo el hacer. Los fenómenos psicóticos, y por lo general la esquizofrenia, no son una regresión, ya que carecen del elemento de confianza que es propio de esta, sino un complejo plan de defensa destinado a impedir que se repita la desintegración. La integración como proceso similar al que se da en el bebé reaparece en el análisis del paciente fronterizo. En este sentido: «La defensa organizada contra la desintegración despoja al individuo de lo que constituye una precondition del impulso creativo, y en consecuencia le impide llevar una vida creativa» (Winnicott, 1967b, p. 36).

El camino de la salud es el que va de la no integración a la integración, pasando por la necesidad de sentir la continuidad existencial. Cuando se dan cuidados infantiles regulares y suficientemente adecuados, el niño puede vivir la no integración como algo natural, sin exceso de sufrimiento. Cuando la persona puede sentir peligros que pueden aniquilar su salud mental, la tendencia natural es la regresión (defensiva). Para Winnicott, la desintegración es un conjunto de defensas para no caer en el derrumbe (*break down*), es decir, el sujeto no quiere volver a un estado de no integración porque este es vivido como algo que pone en peligro el núcleo principal de su propia persona. Cabe aclarar que el sujeto no es consciente de lo que significa volver a un estado de no integración, porque en el momento en que fue vivido no fue registrado de manera consciente, sino que quedó guardado en el inconsciente, o como se dice hoy en día, en la memoria procedimental. Podemos decir que la persona ha tenido una serie de vivencias que forman parte de la

experiencia emocional y relacional, pero no han podido ser reconocidas conscientemente, por lo que el sujeto no puede hablar de ellas.

Winnicott considera útil dividir el universo de las personas en dos tipos:

- Aquellas que nunca fueron «abandonadas» cuando eran bebés y que, en este sentido, tienen buenas probabilidades de disfrutar de la vida y del vivir.
- Aquellas que tuvieron una experiencia traumática del tipo que resulta del abandono ambiental y que deben cargar durante toda su vida con el recuerdo (o el material para el recuerdo) del estado en que se encontraban en los momentos del desastre. Probablemente se enfrentarán a tensiones y ansiedad, y quizá también a la enfermedad (Winnicott, 1967b, p. 39).

Reconocemos que existen otras que no mantienen la tendencia hacia el desarrollo saludable y cuyas defensas están rígidamente organizadas. Esa rigidez garantiza por sí sola que no progresarán. No podemos ampliar el significado de la palabra «salud» de modo que abarque también esa situación. Hay, sin embargo, un grupo intermedio. En una exposición más completa de la psicomorfología de la salud incluiríamos a aquellas que han tenido experiencias de angustia impensable o arcaica y cuyas defensas las protegen con más o menos éxito contra el recuerdo de esa angustia, pero que, no obstante, aprovechan cualquier oportunidad que se presente para enfermar y sufrir un colapso a fin de aproximarse a aquello que era impensablemente terrorífico. No es frecuente que el colapso produzca un efecto terapéutico, pero debemos reconocer que hay en él un elemento positivo. A veces lleva a una especie de cura, y entonces la palabra «salud» vuelve a ser pertinente (Winnicott, 1967b, p. 39).

Winnicott sostiene que la depresión es el precio que pagamos por la integración. Representa la capacidad natural de sentir culpa con sentido de la responsabilidad. Al mismo tiempo, permite alegrarse por los demás cuando les suceden eventos positivos. En este caso, creemos que la orientación que tiene Winnicott sobre la capacidad de entristecerse está influida por el concepto de «posición depresiva» de Klein (1935): «La depresión, por terrible que sea, debe respetarse como prueba de integración personal» (Winnicott, 1967b, p. 42).

Sin embargo, su aportación tiene que ver con la búsqueda del sentimiento de la realidad; sentirse real es fundamental para tener una buena salud mental: «Ser y sentirse real tienen que ver fundamentalmente con la salud, y solo si podemos dar por sentado el ser, estaremos en condiciones de ir más allá, en pos de las cosas más positivas» (Winnicott, 1967b, p. 43).

La solidaridad depende de que los miembros más sanos de una comunidad se hagan cargo de la patología de los miembros menos sanos, lo cual no siempre es posible. Winnicott propone implicar a la sociedad en lo que respecta a la salud mental de sus miembros.

Son los seres humanos los que tienen la posibilidad de destruir el mundo. Si lo hacen, tal vez muramos en la última explosión atómica sabiendo que todo fue a causa no de la

salud, sino del miedo; que fue parte del fracaso de la gente y de la sociedad sanas a la hora de hacerse cargo de sus miembros enfermos (Winnicott, 1967b, p. 46).

Una parte del pensamiento relacional reside, como hemos dicho, en la idea de que el ser humano nace indefenso y debe adaptarse para sobrevivir. Este pensamiento es el eje de la teoría evolucionista, y es lo que Kohut (1984) utiliza para diferenciar el psicoanálisis clásico del moderno. Para este autor, el psicoanálisis clásico propone una concepción del ser humano cargada de sentimiento de culpabilidad. «El hombre culpable» que debe enfrentarse a sus propias miserias y ver cómo está implicado en sus vivencias y cómo es responsable de su propia mente. Es cierto que, para Freud, el pasado infantil y las vivencias acontecidas en él con sus progenitores o los adultos cuidadores marcan la salud mental del sujeto. Sin embargo, Freud y, sobre todo, Klein suelen creer que el paciente siempre está implicado y de alguna manera es responsable de su sufrimiento, por lo que las interpretaciones al paciente tratan de mostrarle por lo general las proyecciones sobre la realidad externa y no el estudio dialéctico del sujeto en interacción con el entorno. El análisis debe hacer entender al paciente su participación y su responsabilidad sobre su propia manera de vivir la vida y su propia estructura mental.

Se parte de la idea de que el humano debe resolver los conflictos primigénicos, innatos, como el de Edipo, la envidia primaria y, por supuesto, la pulsionalidad destructiva original. Kohut propone la concepción de un psicoanálisis donde el humano pase a ser «el hombre trágico» que debe adaptarse a la realidad que le ha tocado vivir, y que incluye a las personas que lo cuidan, el entorno social y cultural, y sus potenciales biológicos heredados. El ser humano, lejos de ser omnipotente, es un ser indefenso que tarda un año en poder andar, que necesita cuidados intensivos y continuados para estructurarse como sujeto y que no resuelve del todo con sus necesidades de dependencia y de relación con el otro.

Entendemos que una criatura ha sido cuidada de una forma estable y continuada, con una base vincular sólida, cuando las personas que se han hecho cargo de ella han sido suficientemente empáticas y han sabido satisfacer las necesidades básicas, que incluyen el derecho del niño a separarse y volverse más autónomo. Si la familia ha logrado una base afectiva sólida, aunque pueda haber problemas, o incluso negligencias en otros ámbitos, el pronóstico sobre la salud mental de los hijos es más favorable. Muchos problemas conductuales en adolescentes tienen una evolución muy distinta dependiendo de su experiencia vincular y afectiva.

La salud no es la fortaleza, sino poder sentir la debilidad sin debilitarse. Sentir que se es dependiente predispone el camino a ser más independiente; la autoestima es la aceptación de uno mismo a pesar de los defectos reconocidos.

2.3. La adaptación al entorno: el falso *self*

La necesidad humana de defenderse del exterior y de cuidar el interior para protegerse de la vulnerabilidad es esencial para poder enfrentarse a los avatares de la vida. El verdadero

self es la esencia de lo que somos, representa la autenticidad y, a la vez, es lo más vulnerable de nosotros mismos. Por tal motivo, la función principal del falso *self* es la protección del verdadero: «La función del falso *self* es defensiva, consiste en ocultar y proteger al *self* verdadero, sea este lo que fuere» (Winnicott, 1960a, p. 185). Del mismo modo, «el falso *self* tiene una función positiva muy importante: esconder el verdadero *self*, lo que consigue por acatamiento a las demandas ambientales» (Winnicott, 1960a, p. 185).

El entorno debe proteger al niño ayudándolo a construir el falso *self*, pero tiene la encomiable labor de facilitar que el verdadero *self* se exprese y pueda relacionarse con la realidad. Solo unas personas con cierta capacidad personal son capaces de facilitar en sus pequeños este complejo proceso. El resultado de esta experiencia relacional es que el sujeto puede estar adaptado a la sociedad sin sacrificar su espontaneidad personal. Un verdadero *self* protegido y cuidado puede desarrollar sus capacidades consigo mismo y con los demás. El proceso de mentalización será posible a partir de estas experiencias.

Vamos a estudiar con detenimiento el trabajo de Winnicott sobre el «falso *self*». Por un lado, el ser falso se establece como real, y esto es precisamente lo que los observadores suelen tomar como la persona real. Sin embargo, en las relaciones de la vida, del trabajo y en la amistad, el ser falso empieza a fallar. En algunas situaciones en las que hace falta una persona completa el ser falso se encuentra con que le falta algún elemento esencial. En este extremo el ser verdadero se halla oculto (Winnicott, 1960a, p. 186).

El falso *self* es un protector del *self*, lo protege como si de un niño indefenso se tratara, lo esconde en la guarida y le viene a decir que él (el falso) dará la cara por él (el verdadero). A la vez que lo oculta, tampoco lo deja existir; es como si unos padres escondieran a su hijito para protegerlo de los daños de la vida, pero a la vez no le dejaran experimentarla.

Para Winnicott, el falso *self* tiene una función defensiva, pero cuando se enfrenta a la realidad, el falso *self* falla, paradójicamente, porque no tiene la esencia que emana del verdadero *self*. Luego la paradoja winnicottiana sería: el falso *self* protege al verdadero por el temor a que este resulte dañado, pero, a la vez, él mismo no es capaz de hacer frente a la realidad interna y externa porque necesita la autenticidad del *self* verdadero.

Al comprender esta contradicción aparente podemos utilizarla como un instrumento terapéutico de la psicoterapia.

Por otro lado, el ser falso defiende al verdadero, a quien de todos modos se le reconoce un potencial y se le permite una vida secreta. He aquí el ejemplo más claro de enfermedad clínica en calidad de organización con una finalidad positiva: la preservación del individuo a pesar de las condiciones ambientales normales. Se trata de una extensión del concepto psicoanalítico del valor de los síntomas para la persona enferma (Winnicott, 1960a, p. 186).

Si el falso *self* salvaguarda al verdadero, pero le permite una vida oculta y secreta, hay esperanzas de que podamos buscar esta vida secreta para que la persona se libere de su malestar. Winnicott entiende de esta manera que los síntomas que surgen de tener

retenido al verdadero *self* son, una vez más, una forma de adaptación a las experiencias relacionales. Si ayudamos al paciente a comprender este funcionamiento tendremos otro elemento más para el trabajo clínico.

Winnicott, como defendemos en este libro, es un precursor del pensamiento relacional psicoanalítico, y entiende que no solo se debe hacer comprender al paciente su funcionamiento mental, estimular el *insight* o la función reflexiva a través del pensamiento, sino que lo que va a tener más importancia en psicoterapia es la propia experiencia relacional con el terapeuta; en los términos que estamos comentando ahora: que el psicoterapeuta sea capaz, junto con su paciente, de crear un vínculo y una confianza donde el verdadero *self* pueda emerger y al que se le pueda legitimar tal como es. Sería como permitir a un niño que se exprese con libertad y sin censurarlo.

Más cerca de la salud: el ser falso se ocupa sobre todo de buscar las condiciones que permitan al ser verdadero entrar en posesión de lo suyo. En caso de no encontrarlas es necesario reorganizar una nueva defensa contra la explotación del ser verdadero; en caso de duda, el resultado clínico es el suicidio. En este contexto, el suicidio consiste en la destrucción del ser total a fin de evitar el aniquilamiento del ser verdadero. Cuando el suicidio constituye la única defensa que queda contra la traición al ser verdadero le toca entonces al ser falso organizarlo. Esto, por supuesto, entraña su propia destrucción, pero, al mismo tiempo, elimina la necesidad de su existencia continuada, ya que su función reside en proteger de insultos al ser verdadero (Winnicott, 1960a, p. 186).

Este punto de alta densidad en Winnicott puede tener valor en tanto que se le puede dar una aplicación clínica. Si no, corre el riesgo de convertirse en una reflexión teórica de carácter existencial y nada más.

Una paciente de 14 años que llevó a cabo una tentativa de suicidio comunicaba su experiencia diciendo: «No me sentía comprendida, no sentía que mi existencia sirviera para nada; tampoco me veía capaz de pedir a los demás que cambiaran por mí. Ni siquiera me conozco a mí misma, no sé si me aceptaría si me conociera. Creí que la única forma de terminar con esto era acabar con mi vida. Ahora estoy confundida al ver la reacción que han tenido mis padres y lo que ha significado para todos que yo quisiera morir. Creo que puedo sentir que ahora tengo que volver a empezar, partiendo de cero».

En la salud el ser falso se halla representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada, por un «no llevar el corazón en la mano», podríamos decir. Se ha producido un aumento de la capacidad del individuo para renunciar a la omnipotencia y al proceso primario en general, ganando o adquiriendo así un lugar en la sociedad que jamás podría conseguirse ni mantenerse únicamente mediante el ser verdadero a solas (Winnicott, 1960a, pp. 186-187).

Llegamos al punto en el que el falso *self* es en realidad un aliado de la buena salud mental. Se trata de proteger al verdadero *self* sin hacer que desaparezca, permitir que sea espontáneo y auténtico pero, a la vez, acompañarlo en las relaciones con el exterior para poder llevar a cabo la adaptación con el entorno. Uno de los objetivos psicoterapéuticos psicoanalíticos será que el paciente se acepte tal como es, que no le dé miedo su ser real, que no sacrifique su espontaneidad personal pero que pueda adaptarse a la realidad

externa que, por otro lado, no es única y que, a la vez, depende de su propia subjetividad.

En cuanto a la etiología del funcionamiento dinámico entre el falso y el verdadero *self*, podemos decir que nos encontramos con la esencia relacional de Winnicott. La construcción del falso *self* no surge del psiquismo individual, sino de la interacción del *self* infantil con el progenitor que está a cargo de sus cuidados.

La madre «suficientemente buena» es la que responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido. Esto lo hace una y otra vez. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño (Winnicott, 1960a, p. 189).

Entendemos como función cuidadora el hecho de que la persona encargada de llevarla a cabo salga al encuentro de la espontaneidad de su hijito y cuide de que la criatura pueda experimentar su omnipotencia, porque a ojos del adulto esa omnipotencia corresponde a un estado de indefensión que precisa cuidados cálidos y continuados. Para Winnicott, la figura adulta que no es capaz de cumplir con esta función en general de forma intrusiva instala en su hijo su propio gesto, su propia rigidez. Las necesidades del propio adulto o su estructura mental le impiden aprender de su bebé. Cuando esto es así, el pequeño ser tiene que hacer un esfuerzo mayor para adaptarse, y una forma que tiene de hacerlo es sacrificar su verdadero *self*. En realidad, la figura adulta cuidadora debería dar «armas» al pequeño para que este se pudiera defender hasta de los cuidados que recibe de ella misma.

Winnicott lo concluye de esta forma: el ser verdadero está dotado de espontaneidad, a la que se unen los acontecimientos del mundo. Entonces, el pequeño puede empezar a gozar de la ilusión de creación y control omnipotentes, para reconocer más tarde, gradualmente, el elemento ilusorio, el hecho de jugar e imaginar. He aquí la base del símbolo que al principio consistirá tanto en la espontaneidad o alucinación del niño como en el objeto externo creado y por último catectizado. (Winnicott, 1960a, p. 190)

Es importante destacar la genialidad de Winnicott, que ya estuvo presente en psicoanalistas anteriores a él, a la hora de reconocer la necesidad del pequeño de ser omnipotente y de vivir la ilusión de ser un creador del mundo. Ello le permitirá ser dueño de su propia vida. En el momento de evolucionar como persona adulta se dará cuenta de que en realidad esta aseveración no es del todo cierta, de que lo cierto es que no somos dueños absolutos del devenir de nuestra vida; podríamos decir, incluso, que como máximo somos coautores de nuestra identidad y no sabemos cuántos son los autores implicados en el proceso. Todo ello nos permite llegar a una conclusión clínica: debemos ayudar al paciente a que deje emerger su verdadero *self* y sus necesidades; sin embargo, no podemos imponerle semejante empresa, ya que iría en contra de lo que estamos defendiendo. Luego lo que podemos hacer es procurar las condiciones necesarias (*setting*) para que el paciente permita que su verdadero *self* salga a la luz y se manifieste. Sentir para poder pensar y comprender, siendo el elemento primordial la experiencia relacional con el terapeuta.

Para Winnicott el ser humano no puede alcanzar la perfección, y estamos en condiciones de afirmar que es mejor no proponérselo. Ningún humano puede ser del todo auténtico; no obstante, podemos aspirar a sentirnos reales y capacitados para vivir una vida en primera persona. La ayuda psicoterapéutica debe centrarse en este propósito. En sus propias palabras:

En el individuo sano cuyo ser presenta un aspecto sumiso, pero que, pese a ello, existe, es creador y espontáneo, existe simultáneamente la capacidad para el empleo de símbolos. Dicho de otro modo, en este caso, la salud se halla estrechamente relacionada con la capacidad individual para vivir en una zona intermedia entre el sueño y la realidad, y que recibe el nombre de vida cultural (Winnicott, 1960a, p. 196).

Más adelante desarrollaremos la explicación sobre las experiencias y fenómenos transicionales.

El trabajo psicoterapéutico con el tema que nos ocupa pasa por la experiencia emocional que se da en el vínculo terapéutico. El terapeuta debe dirigir su labor a fomentar el trabajo experiencial y no a la interpretación sistemática de contenidos inconscientes, es decir, lo relacional en Winnicott en este tema implica que solo podemos abordar el funcionamiento del falso y verdadero *self* cuando el analista se ofrece como sujeto en interacción y vinculación, generador de dependencia y de transferencia.

2.4. Winnicott y la crítica a la teoría pulsional independiente de la experiencia relacional

El tema de la agresividad, relacionado con la pulsión de muerte, ha sido un elemento fundamental en el psicoanálisis. La idea de Freud es otorgar a la condición humana dos potenciales antitéticos que actúan por igual: la capacidad para amar y la capacidad para odiar, ampliando los horizontes y las tendencias hacia la vida y hacia la muerte. Vida, muerte y destrucción forman parte de lo humano. No cabe duda de que esta hipótesis fundamental es cierta, pero es preciso realizar ciertos matices; para ello, vamos a seguir de nuevo el camino trazado por Winnicott, entre otros autores, así como la línea actual trazada por el psicoanálisis relacional. Freud nos hizo entender que la idea de Rousseau de la bondad humana resulta insuficiente; así, es preciso tener en cuenta el postulado de Hobbes. Si para el primero el ser humano es bueno, pero se corrompe en contacto con el otro, con lo social, para Hobbes queda claro que el sujeto humano es un lobo para sí mismo. Vamos a permitirnos usar estas ideas como punto de partida de nuestra reflexión. Se sabe que los lobos son animales que se desplazan en grupo, por lo que es muy probable que también sepan protegerse entre ellos. Para alimentar a sus crías y a sí mismos atacan a otros animales con el fin de convertirlos en su alimento, como suelen hacer la mayoría de los mamíferos, entre los que nos incluimos. El lobo, en condiciones normales, es cuidador de los otros lobos, y la agresividad se halla al servicio tanto del cuidado de otros lobos como de sí mismo.

Desde el punto de vista relacional y, por tanto, winnicottiano, solo hay una pulsión, que se puede llamar «pulsión de vida» y que incluye la agresividad y sus diferentes formas de expresión. El entorno debe recoger, contener y dar significado emocional a la agresividad, al amor y a la sexualidad. Solo con la interacción y la vinculación afectiva se irán instaurando las diferentes conductas y representaciones mentales sobre la capacidad de amar y de odiar. Bowlby nos enseñó que la única pulsión básica era la necesidad de relacionarse con el otro, del mismo modo que lo había planteado Fairbairn (1941). Cuando el entorno no puede sostener de forma adecuada la agresividad esta tiende a disociarse de la capacidad para amar, momento en que se produce la escisión entre el amor y la agresividad. La agresividad disociada puede pervertirse y convertirse en destructividad. También se puede disociar el amor. De esta forma, solo se puede o amar u odiar; el objeto total se vuelve parcial. Las relaciones afectivas quedan fragmentadas y son parciales. Si el entorno en el que se desarrolla el niño es suficientemente bueno, la agresividad y el amor, la muerte y la vida y el amor y el odio operan de forma simultánea; a veces uno puede predominar sobre el otro, pero tienden a regularse entre sí. Hay personas a las que les funciona bien la parte amorosa, pueden desarrollar amor hacia los demás y vincularse de forma sana, si no fuera porque la parte hostil, agresiva, e incluso destructiva, funciona de forma independiente. Es cuando la envidia, la rivalidad enfermiza, se apodera del *self*. La pulsión de muerte que actúa de forma independiente no logra supeditar a la de vida, como le ocurre al psicópata o al perverso, pero, en el momento en que se activa, funciona de forma autónoma y disociada.

Freud y Klein dan tanta importancia a la pulsión, y en especial a la de muerte, que a menudo olvidan las características de las personas que componen lo que llamamos el *entorno del niño*. La tendencia, sobre todo en Klein, de atribuir al bebé impulsos sádicos y destructivos y, en particular, su idea de envidia primaria (previa a la experiencia), le impiden estudiar con atención la interrelación del sujeto con los demás que están a su cuidado. Si partimos de la hipótesis kleiniana tendemos a atribuir significados mortíferos a conductas que pueden ser entendidas de otras formas. Para Winnicott, nuestro punto de vista es que solo hay una pulsión, la de vida. Cuando falla el entorno la agresividad se disocia y es entonces cuando adquiere un funcionamiento independiente de la experiencia.

Veamos algunos párrafos de Winnicott con respecto a la agresividad:

Es valioso para el bebé experimentar rabia con frecuencia a una edad en que no necesita sentir remordimiento. (1939, p. 108)

Sí es verdad que el niño tiene una enorme capacidad para la destrucción, pero también la tiene para proteger lo que ama de su propia destrucción. (1939, p. 108)

La agresión tiene dos significados: por un lado, es directa o indirectamente una reacción ante la frustración; por el otro, es una de las dos fuentes principales de energía que posee el individuo. (1964a, p. 114)

El feto o el bebé recién nacido mueven una parte de su cuerpo y, al moverla, choca con algo. Un observador podría decir que ha dado un golpe o un puntapié, pero aquí falta el principio esencial del acto de golpear o patear [...] que es la intención; el feto o el bebé aún no se han convertido en personas capaces de tener un motivo claro para una acción determinada. (1964a, p. 114)

Para Winnicott, estos golpes tempranos no tienen intención y son una acción que sirve para explorar el mundo. Para que el *self* pueda irse diferenciando, necesita a la capacidad para agredir, ya que sin ella dicho proceso no sería posible. Cuando los niños autistas pueden ir saliendo de su encapsulamiento empieza a emerger una agresión dirigida al exterior. La necesidad de dar es, para un niño, mucho mayor que la de recibir. Fairbairn afirma que lo que el niño da en forma de amor, o de lo que sea, deberá ser recogido y reconocido por el adulto que lo cuida (1941).

Para Winnicott la agresión forma parte de la expresión primitiva del amor, y se convertirá en destrucción si el entorno no la recoge como algo natural.

Nos propone que pensemos en diferentes momentos evolutivos:

- La fase de la preinquietud. No puede haber intencionalidad aunque haya ataques. Los golpes y otras expresiones «agresivas» forman parte de la acción motora, del deseo de conocer y de la vida.
- La fase de la inquietud. El niño puede hacerse cargo de su capacidad para sentir culpa; ya hay diferenciación. El entorno debe ayudarlo a sentir esa culpa como algo soportable, por eso debe facilitar que la criatura reconozca sus capacidades de amar y de proteger, y, por tanto, de enmendar la culpa (reparar).

Aquí encontramos a un Winnicott que podríamos llamar fairbairniano. Para Fairbairn, la capacidad del niño para amar está directamente relacionada con la capacidad de los cuidadores para recibir el amor y hacer sentir a la criatura que se sienten amados por ella. La reparación derivada de la culpa es posible cuando el sujeto reparado reconoce el acto en sí y cuando le hace saber al sujeto reparador que acepta sus actos.

Recordemos que el niño de Fairbairn es capaz de tragarse el malestar que se desprende de la relación con el otro para preservar la buena relación con el entorno cuidador (1941).

La agresividad suele surgir de la frustración, y en toda relación humana hay una frustración necesaria e inevitable. La agresividad es el motor fundamental de la vida, la pieza imprescindible para que la supervivencia, la competitividad y la solidaridad ocupen su lugar. Pero los humanos somos seres muy necesitados y la vida no nos resulta fácil. La tendencia al miedo, al enredo y al malestar se combina con la necesidad de cuidar y de proteger. Es natural comprender que cuando las frustraciones del entorno son mayores que lo que el *self* del niño es capaz de soportar, pueden generar un monto de agresividad que podrá estar dirigido hacia el exterior o hacia el interior del propio niño. Cuando los cuidadores no son capaces de tolerar la agresividad natural, por excesiva debilidad o excesiva agresividad propia, el niño no puede hacer un uso saludable de ella. Tiene que inhibirla de forma insana o se convertirá en destructiva. El niño puede adquirir la necesidad de matar, vamos a decir, al objeto, pero tiene menos importancia este hecho que la capacidad que debe tener el objeto para sobrevivir. La capacidad de que los cuidadores sobrevivan a la destrucción tiene que ver con sus características, sus propias

vivencias, su subjetividad y su salud mental. Winnicott nos dirá que cuando el objeto sobrevive a la destrucción del niño, este puede empezar a usarlo con naturalidad (Winnicott, 1968).

En definitiva, los adultos-padres y, por extensión, los terapeutas deben ser capaces de sobrevivir frente a las incertidumbres y los ataques del niño-paciente. No obstante, la cualidad más importante reside en la capacidad de entender al sujeto, de ponerse en su lugar; la empatía que viene dada por lo que llamamos «la mentalización». Si el adulto que cuida del niño, o el terapeuta que trata a su paciente, no es capaz de mentalizar, podrá tener muchas teorías, incluso muy competentes, pero no sabrá leer en la mente del otro ni será capaz de tener ninguna conexión emocional.

Para Benjamin (1999), Winnicott, en su trabajo sobre *el uso del objeto* (1968), muestra que el «otro» no es meramente un objeto de la necesidad/pulsión ni de la cognición/percepción del yo, sino que posee un centro del *self* separado y equivalente al de uno mismo. Estamos de acuerdo con Benjamin en que en lugar de hablar de relaciones objetales es más adecuado hacerlo de relaciones entre sujetos, lo que denominamos «la intersubjetividad». Cuando lo pulsional es recogido por el entorno, poco a poco será el yo el que se haga cargo de la agresividad.

Kohut afirma que cuando existe una cohesión suficiente del *self* este se puede hacer cargo de lo instintivo. La cohesión del *self* solo es posible con la aportación de los *self-objects*, que son los objetos representados por los cuidadores externos (también llamados «auxiliares» del *self*). Estamos en condiciones de contestar la pregunta que se hace Winnicott (1939): ¿la agresión viene por la ira suscitada por la frustración o bien tiene raíz propia?

Entendemos que hay un potencial programado biológicamente para la agresión, por lo que puede ser considerada pulsional. Sin embargo, creemos que la agresividad forma parte de la misma pulsión vital.

No obstante, la agresión, de igual modo que la capacidad para amar, se irá modulando en función de los vínculos establecidos con la realidad externa, donde las cualidades de los objetos externos tienen una importancia cardinal para la construcción de la identidad del niño. Cuando el objeto sobrevive a la destrucción del niño este puede empezar a usarlo con naturalidad. Por eso los adultos-padres, igual que los terapeutas, deben tener la capacidad de sobrevivir a los ataques del niño o paciente y, sobre todo, saber leer el sentido que tienen esos supuestos ataques. Por un lado nos encontramos las cualidades de los cuidadores y, por otro, las reacciones de estos, que dependen, en parte, de lo que el niño los estimula con sus propias reacciones. En realidad, Winnicott nos enseña que no hay un sujeto que proyecta sobre un objeto, sino que son sujetos en interacción que se regulan mutuamente. Winnicott propone hablar de *identificaciones cruzadas* (1971). Los dos sujetos, mamá-niño, o terapeuta-paciente, pueden identificarse el uno con el otro de forma bidireccional. La empatía aparece en los dos integrantes y es recíproca.

La experiencia terapéutica nos lleva a afirmar que es importante que el profesional tenga empatía con su paciente, que pueda identificarse con algún contenido de este, pero, al mismo tiempo, el paciente desarrolla la empatía hacia el terapeuta, y debemos ayudarlo

a que pueda ser empático también consigo mismo. Hay otro aspecto que está implícito en la aportación de Winnicott sobre las identificaciones cruzadas, que es la cualidad que tiene el sujeto de fomentar la empatía del otro hacia su persona. Hay niños capaces de hacer que los otros empaticen con ellos. Es una capacidad que permite dar señales de aquello que se necesita para que un sujeto externo pueda atenderlas. Es necesario, claro está, que el sujeto externo tenga, a su vez, la capacidad de atender y de entender al niño. El terapeuta puede estimular a través de su propia identificación empática la capacidad del paciente para promover la empatía de las personas con las que se relaciona, incluido el propio terapeuta.

Podemos ver que esta afirmación es la base de la intersubjetividad desarrollada por el enfoque intersubjetivo actual, representado por Atwood, Stolorow, Orange, Benjamin, etc., y que podemos incluirlo, desde nuestro punto de vista, dentro del psicoanálisis relacional actual.

2.5. La mente y la relación con el psique-soma. Winnicott, precursor de la mentalización

En 1959 Winnicott estudió la mente y su relación con el psique-soma en un trabajo homónimo en el que estableció la relación entre sensaciones, emociones, sentimientos y vivencia somática. Diferenció un funcionamiento escindido, en el que cada factor va por su lado, sin nexos, de un funcionamiento que integre los distintos elementos corporales, emocionales y mentales y que será la base para una buena salud mental. Esta integración hace posible la función de la mentalización.

El cuerpo del bebé recibe cuidados que constituyen el fundamento de la estructuración de la identidad; cuando el cuerpo se cuida de forma regular surgen las emociones, se expresan, y el pequeño puede sentir las y vivirlas como una experiencia emocional. La figura cuidadora deberá ir dando sentido al conglomerado psico-físico o físico-psíquico que experimenta el niño. Los sentimientos entran en juego cuando se da sentido a la emoción y se la vincula con una experiencia relacional. Para Winnicott, la mente se deja ir con confianza y, por tanto, no debe ocupar demasiado lugar ni tener demasiada actividad.

La figura cuidadora prestará su propia mente, al igual que la madre hizo lo mismo con su vientre para que el nuevo ser se constituyera como un ser individual. Si se presta la función mental, el pequeño irá construyendo su propia mente de una forma no prematura.

Una de las claves para construir una salud mental adecuada nos la da el hecho de cuánto y cómo son de capaces las figuras cuidadoras de adaptarse a las necesidades del bebé para que este pueda ir adaptándose de forma progresiva, sin acatamiento y sin sufrimiento excesivo: «Podemos decir, hablando en términos generales, que la madre procura que el mundo del pequeño sea lo más sencillo posible» (Winnicott, 1949a, p. 328).

La salud mental depende en gran medida de la capacidad del entorno de adaptarse a las necesidades del niño y de la capacidad del niño de tolerar la imperfección ambiental y saber mostrarse de la forma más libre posible. La patología obsesiva, paranoide, narcisista, ciertas formas psicósomáticas y el trastorno límite, entre otros, cuentan con un funcionamiento hipertrófico de la mente que tiene la característica fundamental de un pensamiento concreto, es decir, un pensamiento desconectado de la emocionalidad y de las vivencias, con escasa capacidad para sentir y expresar los sentimientos; en definitiva, con escasa capacidad para la mentalización. En gran parte, por este motivo, el pronóstico de estos trastornos es siempre reservado. La ayuda psicoterapéutica consiste en ayudar al paciente a ponerse en contacto con sus necesidades emocionales y afectivas básicas, algo que será posible mediante la experiencia vincular entre paciente y terapeuta. Cuando las carencias afectivas han sido predominantes en la vida de la persona, el trabajo a realizar es arduo y difícil.

Gracias a Winnicott hemos aprendido que son necesarias las capacidades intelectuales, pero también pueden constituir un obstáculo para el desarrollo emocional y vincular. Las capacidades cognitivas de una persona no derivan de lo intelectual, sino de la conjunción que hay entre lo intelectual, las emociones y los sentimientos, siempre dentro de un ámbito relacional. Si esto es así, la psicoterapia no debe estar enfocada a la reestructuración cognitiva desde los factores cognitivos, sino que, ante todo, debe proporcionar una experiencia emocional y relacional que permita estructurar las funciones cognitivas. Podemos pensar bien porque podemos sentir nuestras emociones con alguien que interactúa con nosotros con sus propias emociones y capacidades para sentir y pensar. El cognitivista, posiblemente sin saberlo, ayuda a su paciente por la experiencia relacional que ofrece. La mente y su intelectualidad tienen sentido cuando hay alguien que sostiene y da sentido a la emocionalidad. No es tan importante el aprendizaje de los fenómenos como su vivencia. Vivirlos es experimentarlos. Entonces se pone en marcha el proceso de aprendizaje.

Nuestra hipótesis es que el entorno adecuado que protege al niño le permite la experiencia de pertenecer a alguien, para después desprenderse poco a poco de esa dependencia y sentirse real. Para Winnicott, la dependencia del principio del desarrollo humano es absoluta y se va transformando progresivamente en relativa (1963b). Si la criatura no está protegida y bien cuidada puede seguir buscando personas que le proporcionen la experiencia de pertenencia. El fundamento del sometimiento es la necesidad de «ser de alguien» para ser alguien, al precio de sacrificar el *self* verdadero, que ha tenido pocas y no afortunadas condiciones para desarrollarse en libertad. El sometimiento a alguien puede ser una forma de masoquismo (Ghent, 1989) que se ha ido construyendo a partir de la necesidad de existir para los demás. Algunas mujeres, condicionadas por una cultura sobre todo machista, crecieron con la idea de que existen para el otro (el marido y los hijos), como si no tuvieran derecho a una existencia propia. Es distinto vivir para alguien como una forma de aniquilar la propia identidad que ser de alguien y, a la vez, uno mismo. La familia tiene la responsabilidad de proporcionar esta experiencia a los pequeños: «Sois nuestros, para que podáis llegar a ser de vosotros

mismos». Es necesario que los padres o los suplentes tengan la suficiente salud mental y las necesidades afectivas suficientemente satisfechas como para no utilizar a sus hijos al servicio de su psicopatología.

Este fenómeno puede observarse muy bien en la película de Anthony Minghella *El paciente inglés* (1996). Se trata de un film bélico que tiene que ver con los duelos y, por tanto, con los vínculos. El terror a sufrir pérdidas lleva al protagonista a resistirse ante la inminencia de una relación amorosa y de vinculación. En una de las escenas donde se pone de manifiesto su vínculo afectivo, después de un momento relacional amoroso y sensual, el protagonista afirma: «Pero yo no quiero ser propiedad de nadie», consciente de que amar y ser amado implica una pertenencia. Nos referimos a una pertenencia que no tiene que ver con la manipulación perversa del otro. Cuando falla este proceso natural de pertenencia aparece la necesidad enfermiza de ser de alguien, sea quien sea ese alguien y al precio que sea (Sáinz y Cabré, 2012).

2.6. El bebé no existe sin los cuidados de una figura adulta estable y responsable

Esta afirmación de Winnicott —«el bebé no existe»—, aparentemente simple, representa hoy la plataforma fundamental en la que se edifica el psicoanálisis relacional actual.

En un encuentro científico de la British Psychoanalytical Society (1940), Winnicott comenzó su intervención afirmando: «I once said: “There is no such thing as an infant”». Sorprendido ante semejante aseveración, que podríamos considerar *una boutade*, comentó: «Por mi parte, he luchado con este problema durante mucho tiempo. Empezó cuando dije lo siguiente en la Sociedad (hace unos diez años), y lo dije acaloradamente y con emoción: “No hay tal cosa como un bebé”. Me sorprendí a mí mismo al decirlo, e intenté justificarlo, señalando que si me enseñas un bebé, seguramente también me enseñas a alguien que lo cuida, o como mínimo un cochecito que lleva la plena atención de alguien. Uno ve una pareja en una relación de cuidado» (1958a, p. 99).

Eso significa que para él «no hay tal cosa como un bebé» o, dicho de otro modo, que el bebé no existe sin el cuidado materno que lo acompaña. Esta aseveración, convertida en frase emblemática para los psicoanalistas relacionales actuales, permite entender que la identidad tiene lugar en la interrelación con el otro, los vínculos interpersonales y los movimientos afectivos y emocionales que se dan en toda relación humana. La comprensión del desarrollo infantil nos lleva a la propuesta terapéutica que se basará en el mismo principio: la construcción o reconstrucción de una experiencia vinculatoria entre terapeuta y paciente; el concepto de *madre* (entorno) *suficientemente buena(o)*, que permitirá una experiencia relacional suficientemente buena con una figura estable de la que el niño depende y que garantizará su continuidad existencial, que es el fundamento de la identidad. Winnicott introduce el concepto de *madre suficientemente buena* con la intención de reducir la exigencia de perfección en los responsables de los cuidados infantiles, en especial de las madres. Se referirá a un tipo de figura materna corriente, sin

idealización, y en algunos textos usará la expresión «madre de devoción corriente» para referirse a la misma idea. La definición más precisa del concepto «suficientemente buena» tiene que ver con aquel adulto que, ejerciendo funciones maternas, trata de adaptarse a las necesidades del bebé.

Winnicott, al igual que muchos psicoanalistas, sitúa a partir del segundo año de vida el momento en el que la criatura empieza a diferenciarse de su cuidador, ya que es cuando empieza a tener conciencia de un interior y de un exterior.

2.7. La madre, el padre y el entorno suficiente e insuficientemente bueno

Es posible que Winnicott no fuera consciente de la importancia que tuvo esta afirmación, que luego se convirtió en una aportación imprescindible para la crianza de los niños y, por extensión, para el trabajo psicoterapéutico.

Tal vez lo que impulsó al autor a acuñar dicho concepto fue el deseo de reducir exigencias en las madres embarazadas que participaban en los grupos de sensibilización sobre temas emocionales. Si la madre podía permitirse ser suficientemente buena no le haría falta ser perfecta, y eso la situaría en un estado de humildad necesario para aceptar los errores cuando se produjeran. Podríamos incluso discutir si «suficiente» (*enough*) no alberga exigencias ocultas. A fin de cuentas, una nota académica de suficiente significa haber aprobado o superado un examen. Quizá los adultos que se ocupan de la crianza de los niños no siempre logren semejante objetivo. Creemos que en el espíritu winnicottiano reside la idea de poder suspender y de no estar a la altura de las circunstancias en todo momento.

Enough se podría traducir por «lo bastante», que llevaría consigo la idea de que «se hace lo que se puede», con independencia de que sea suficiente o insuficiente para la atención de las necesidades del bebé, del niño o del paciente. Pero entonces el sujeto cuidador es lo bastante bueno porque incluye la limitación y la posibilidad de ser también insuficientemente bueno, o, lo que es lo mismo, que también puede ser malo. El pecho bueno y el pecho malo de Klein se deben a las proyecciones y disociaciones del niño. Hablamos de las cualidades de los cuidadores a los que preferimos no llamar objetos. Es del cuidador de quien queremos destacar sus capacidades para ser bueno o malo para cuidar a su niño. Para Klein, las proyecciones del bebé deforman el objeto externo, y como estas se hallan sobre todo motorizadas por la pulsión de muerte, para ella, la deformación de los objetos externos acostumbra a tener un carácter negativo. Esta autora apenas si ha estudiado la idiosincrasia de los cuidadores que interaccionan con el niño.

El ser humano es heredero de la biología e hijo de sus circunstancias. Por naturaleza somos seres relacionales, y de la relación depende nuestra manera de ser, de sentir y de hacer. El principal impulso del recién nacido es la adaptación al entorno y, para ello, cuenta con el potencial biológico y con la asistencia de sus cuidadores. Por este motivo, Winnicott, en su expresión de «madre suficientemente buena» y sus derivados, lo que

destaca es la capacidad de adaptarse a las necesidades del bebé. Si los adultos se adaptan de forma adecuada a las necesidades idiosincráticas del niño, este tendrá que hacer menos esfuerzos y menos sacrificios, por lo que su espontaneidad personal estará salvaguardada. El concepto de *self-object* de Kohut tiene que ver con una paradoja: desde el punto de vista del niño, aquello que los cuidadores hacen por él y con él se incorpora a su mundo experiencial, y, por tanto, a su *self*. Es algo de fuera, pero que pertenece al *self* del niño. Comprendemos que el niño, aún no diferenciado entre «yo y no-yo», viva las experiencias dentro de sí mismo, pero es fundamental que los adultos usen su empatía para darse cuenta de que deben cuidar sin esperar nada a cambio, ni siquiera reconocimiento a corto plazo. Los *self-objects* de Kohut son los padres. Como señalamos en otro escrito (Sáinz, 2008), el niño no es omnipotente a ojos de un adulto empático, sino que es un ser indefenso, aunque tenga vida propia, que incluye la tendencia al amor y al odio.

Vamos a adentrarnos en un punto que es esencial para nuestro planteamiento. El entorno hará que la vida del pequeño sea lo más fácil y asequible posible (facilitación), y para ello proporcionará lo que es necesario para la crianza. El bebé se adaptará en la medida en que le sea posible. Nunca el entorno podrá satisfacer todas las necesidades y nunca el niño se adaptará por completo. Existirán vacíos por cubrir o excesos innecesarios. Winnicott lo denomina «las fallas ambientales», inevitables. El niño construye un falso *self* como una forma de defenderse de estas fallas. El propio entorno presta al niño algo de su falso *self* para que este lo utilice en su favor. Si todo va por buen camino, el falso *self* estará en conexión con el *self* verdadero y no habrá una excesiva escisión. Expresar este fenómeno tan complejo sería algo así: «Te proporciono las herramientas necesarias para que puedas defenderte de las fallas que cometemos en la tarea de cuidarte». A pesar de todo, crecer y desarrollarse va a implicar mucho trabajo para el ser humano.

2.8. La relacionalidad a través de las experiencias transicionales. Experiencia construida y compartida

Según Abelló Blanco y Liberman (2011), Winnicott introdujo su teoría de la transicionalidad en mayo de 1951 en una conferencia pronunciada en la British Psychoanalytical Society denominada «Objetos y fenómenos transicionales. Un estudio de la primera posesión no-yo». Más tarde fue publicada en 1951 dentro del libro *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (1958a), y más adelante se incluyó en el último libro publicado en vida de Winnicott, *Realidad y juego* (1971).

Winnicott comienza definiendo el objeto transicional, el objeto preferido de un niño pequeño que utiliza como si fuera una extensión de él, a la vez que representa a alguien de fuera, aquel «osito de peluche» que tiene un significado especial para su propietario. Ampliará el concepto de «objeto» con el término de «espacio transicional», dentro del cual se ubicarán los fenómenos transicionales, desmarcándose así desde lo más concreto

a lo más abstracto. La presencia de un objeto no es tan importante como la utilización emocional que se hace de él. Dicho de otra manera, si se tratara simplemente de un objeto al que el niño se ha adherido, sin la experiencia transicional, podría ser tan solo un objeto autístico (Tustin, etc.) o un objeto fetiche. El objeto transicional (OT) tiene sentido dentro del espacio transicional en el que tienen lugar los fenómenos y lo que nosotros llamamos «experiencias transicionales». En palabras de Winnicott:

Introduzco los términos «objetos transicionales» y «fenómenos transicionales» para designar la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de esta (Winnicott, 1971a, p. 18).

Queda claro que la transicionalidad es un fenómeno intermedio entre la realidad interna y la externa. Necesita a ambas y ambas la necesitan a ella. Winnicott tuvo mucho interés en aclarar que se trata de una experiencia intermedia, tal como explica en «La ubicación de la experiencia cultural» y en «El lugar en el que vivimos» (1971a), pero prefiere llamarla «transicional» porque el término connota movimiento dinámico. El mundo es excesivo para un ser humano recién nacido. Es necesario tener a alguien adulto que lo vaya acercando poco a poco. El bebé humano es así de inerte y de indefenso, por lo que necesita a una figura de apego que lo alimente, lo arrulle y lo proteja del dolor. El sufrimiento y la frustración son inevitables, pero se puede y se debe evitar un exceso de ambos. Desde Freud los psicoanalistas han tratado de comprender los fenómenos psicológicos y emocionales que tienen lugar en el niño a partir de su nacimiento hasta la constitución de su personalidad. Si bien la personalidad es un proceso vivo y dinámico que dura la vida entera, toda la infancia y la adolescencia van a ser determinantes en la identidad y personalidad del sujeto.

Los logros evolutivos tienen que ver con la programación biológica. En este sentido, los avances psicomotores, el lenguaje y los procesos cognoscitivos se van produciendo a medida que va teniendo lugar la maduración del sistema nervioso y de la corporalidad. Sin embargo, todos estos aspectos necesitan la asistencia de auxiliares estables, las llamadas «figuras maternas y paternas»; en el lenguaje tradicional, los padres, aunque puede extenderse a los abuelos, hermanos u otros adultos que irán adquiriendo una importancia progresiva en la vida del pequeño. Dentro de la programación biológica nos encontramos con la necesidad de la relación humana. Estamos programados para relacionarnos. Esta es la pulsión fundamental del ser humano.

Winnicott entiende que el bebé necesita erigir su propio mundo externo para construir su propia identidad, y la paradoja es que, para que esto ocurra, alguien tiene que proporcionarle un mundo a su medida. Alguien le entrega un mundo para que él pueda creer que lo ha creado él mismo. Aquí está la sorprendente paradoja winnicottiana: ¿cómo se puede crear algo que ya existe? Teniendo un adulto dispuesto a auxiliar al niño en este proceso y haciéndose cómplice de semejante ilusión.

En 1951 Winnicott llegó a los fenómenos transicionales a través de la observación de niños pequeños cuando utilizaban un objeto blando, de peluche, de una forma especial. «El osito de peluche» era algo que se le entregaba al niño, pero que el pequeño sentía

como una creación propia, y de esta forma se convertía en una primera posesión «no-yo». El osito no era el mismo niño, ni tampoco era la misma madre; era un objeto distinto, pero que hacía de nexo entre ambos. Servía para unirse en la separación, por lo que hacía que esta resultara más soportable.

Pero la característica más importante del objeto transicional es que existía un objeto (sujeto) externo que era la pieza fundamental del puzle y que iba a proporcionar la experiencia más importante: la ilusión de ser un creador de experiencias y de objetos, y también de sujetos. Podríamos decir que el bebé creó la leche que lo nutre. No habría leche sin bebé, ni bebé sin alguien que lo alimente. Para Winnicott, entre el bebé y la figura materna se construye el área de la ilusión, una experiencia compartida que adopta la categoría de espacio potencial. Potencial, porque será el precursor de las capacidades del niño para la creatividad necesaria para enfrentarse a la vida.

El trabajo más costoso, y a la vez más apasionante, del ser humano es adaptarse a la realidad con la que se encuentra, porque de ella y con ella aprenderá a subsistir y podrá ser al mismo tiempo capaz de crearla a su manera. La ilusión no es para Winnicott una dificultad que únicamente hay que superar, sino que también es un proceso imprescindible para construir una emocionalidad conectada con lo interno y lo externo. El entorno adulto debe fomentar la ilusión del bebé haciendo que se sienta constructor de su propia realidad; en palabras de Winnicott, creador. Puede que la leche materna sea posible gracias a la hormona prolactina, pero si no existiera un bebé nutricio, esta se extinguiría. Para conseguir que el recién nacido pueda disfrutar de una experiencia compartida y, a la vez, cocreada, es necesario que el adulto sea capaz de jugar. Si a la criatura se le facilita la expresión libre de su gesto espontáneo, esta desarrollará su propia capacidad de jugar, ya que aparecerá de forma natural. El adulto debe salir a su encuentro sin interrumpir su espontaneidad.

El espacio potencial es creado por la figura materna y por el propio niño, pertenece al universo de las experiencias compartidas, y es posible porque en dicho espacio se permite el juego. La capacidad de jugar es, para Winnicott, la base en la que se asienta la creatividad. Recordemos que esta última es, para este autor, la capacidad de vivir la vida en primera persona, que es tanto como decir la capacidad de sentirse vivo. La desilusión, es decir, el reconocimiento de lo externo, no se impone desde la realidad exterior, sino que también constituye un proceso natural que forma parte del espacio potencial. La desilusión acontece porque ambos integrantes participan en ella, la necesitan. La desilusión pone al niño y al adulto en contacto con la realidad, el límite y la frustración, que en términos de Kohut, vendría a ser lo que él llama «la frustración óptima» (1984).

Este proceso biológico natural es paradigmático del funcionamiento emocional. La *boutade* winnicottiana de «No existe tal cosa que pueda llamarse bebé», o más simple, «El bebé no existe» (Winnicott, 1940, 1960b), si no es en relación con alguien que esté a su cuidado, tiene el mismo significado, porque los dos integrantes que comparten el espacio potencial o transicional existen con respecto al otro. Como dijo Stolorow (2002), el bebé no existe, el paciente no existe, la madre no existe... refiriéndose a que la existencia de uno está sujeta a la del otro o, lo que es lo mismo, que los humanos nos

otorgamos la capacidad de existir en el mismo momento en que empieza la interrelación, y esta tiene lugar en el origen mismo de la vida.

Un exceso de realidad no filtrada puede predisponer al niño a una huida hacia la realidad con importantes fallas en la simbolización y, por tanto, estas pueden ser precursoras del pensamiento concreto, operatorio.

Entendemos que el ser humano es capaz de fantasear al mismo tiempo que se van produciendo sus experiencias relacionales. La fantasía tiene que ver con la forma particular de interpretar la realidad y surge de la interacción y la vinculación con las personas cuidadoras. Si estas últimas no son capaces de acompañar el proceso fantasmático, el niño se siente solo ante una realidad que no comprende y, según Winnicott, aparecerá un proceso paralelo que llamó «fantaseo», algo fútil, desconectado. Llevado al extremo, es la construcción de una realidad paralela que conducirá al delirio o a la alucinación psicótica.

La huida hacia una fantasía desconectada de la experiencia es la base de una defensa psicótica. Aunque Winnicott nos alerta de otra huida posible: la huida hacia la realidad.

Sería preciso afirmar que existen otros (sujetos) arraigados con tanta firmeza en la realidad percibida de manera objetiva, que son enfermos en el sentido contrario, es decir, en el de no tener contacto con el mundo subjetivo y con el enfoque creador de la realidad (Winnicott, 1971a, p. 95).

Las figuras adultas cuidadoras saben que una criatura humana no puede asimilar la complejidad de la realidad externa si no se produce una aproximación progresiva a ella. La dependencia de un ser humano es absoluta y va evolucionando hacia una dependencia relativa.

Las experiencias transicionales son el paradigma de la subjetividad. El espacio transicional se encuentra a medio camino de la subjetividad de los dos participantes; ambos son coautores. Uno puede crear porque existe alguien que aproxima lo creado, y, al mismo tiempo, la identidad de uno depende en gran medida de la identidad del otro.

Las experiencias transicionales representan, por tanto, la intersubjetividad, sugiriendo que el espacio transicional es en realidad un espacio intersubjetivo. Como hemos dicho antes, el sujeto niño no es solo un receptor de lo que el sujeto cuidador pone en él, sino que también es, al mismo tiempo, emisor. Por tanto, el uno depende de la empatía del otro: «El hecho de que disfrutemos de la respuesta confirmatoria del otro nos lleva a su vez a reconocerlo» (Benjamin, 1999, 102 de la versión española). Para Benjamin, Winnicott entendió que la figura materna depende de que su hijo la reconozca.

Una menor respuesta del bebé a su madre significa que la reconoce menos, y la madre (puede) reaccionar ante un bebé apático y quejicoso con sobreestimulación o retirándose, y esta puede ser una manera desesperada de buscar reconocimiento (Benjamin, 103).

Cuando el cuidador trata de imponer la objetividad pura a la relación con su pequeño, interviene la lógica y no es capaz de llevar a cabo una función empática, lo que lo obliga a defenderse con un pensamiento desconectado y concreto. Podemos afirmar que en las experiencias transicionales encontramos las bases que hacen posible que la mentalización y la función reflexiva sean imprescindibles para el trabajo terapéutico. Solo un adulto consciente de que su capacidad para pensar y sentir es subjetiva puede reconocer y

respetar la subjetividad del otro, en este caso de su pequeño. Más adelante, trataremos de argumentar la relación que se da entre mentalización y experiencias transicionales.

El estudio de los fenómenos transicionales llevó a Winnicott a redefinir el concepto de «juego», y posteriormente el de «experiencia cultural».

2.9. El importante papel del juego como fenómeno generador de las experiencias transicionales

El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta.

PABLO NERUDA

El juego se sitúa en el espacio potencial (también llamado «transicional») entre el bebé y la figura cuidadora. En el juego que describe Winnicott no hay reglas prefijadas (en inglés, *play, playing*). Si las hubiera, hablaríamos de otro tipo de juego (en inglés, *game*).

Winnicott afirma que el juego se ubica dentro del espacio transicional y, a la vez, es un fenómeno transicional. Pensamos que en realidad es la capacidad de jugar la que hace posible la creación de un espacio en el que tendrán lugar las experiencias transicionales.

2.9.1. Evolución de la capacidad compartida de jugar

Para Winnicott, la figura adulta cuidadora se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar. Debe estar dispuesta a participar y devolver lo que el niño ofrece; por un lado, ser lo que el niño busca y, a la vez, ser ella misma real. El pequeño puede ir experimentando poco a poco la sensación de jugar «solo» en presencia de alguien, con lo que adquiere una de las funciones más importantes de la evolución personal, es decir, ser capaz de estar solo, pero sintiéndose acompañado, sentir la presencia en la ausencia. Para que esto pueda producirse, hace falta un adulto capaz de permitir la soledad del niño con su juego sin dejarlo en realidad solo. Este aspecto forma parte de las paradojas que aporta Winnicott en la crianza de los niños.

Un niño que es obligado a convertirse en adulto antes de tiempo, que es arrancado de su dependencia necesaria, e impelido a ser autónomo, es un niño que va a tener un déficit importante en la instauración de su *self*, ya que, en realidad, no podrá separarse nunca, o lo hará de una forma excesiva, de manera que en ambos casos predominará la psicopatología sobre la salud.

Cuando el cuidador y el niño juegan juntos y se ha llegado a un nivel madurativo suficiente, ambos pueden ser protagonistas y aportar al otro nuevas experiencias, a la vez que se permiten sentir que están construyendo una realidad intersubjetiva. Es decir, con otra persona y en otro momento, el resultado sería diferente al actual.

Llevar al paciente a un terreno de juego es proponerle el camino de la mentalización y de la función reflexiva, ya que el juego representa un instrumento y un objetivo dentro de

la psicoterapia.

Ahora puedo reformular lo que quiero transmitir. Deseo desviar la atención de la secuencia psicoanálisis, psicoterapia, material de juego, acción de jugar, y darle la vuelta. En otras palabras, lo universal es el juego y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y, por tanto, la salud; conduce a relaciones de grupo; puede ser una forma de comunicación en psicoterapia y, por último, el psicoanálisis se ha convertido en una forma muy especializada de juego al servicio de la comunicación con uno mismo y con los demás (Winnicott, 1971a, p. 65).

Sostenemos que el trabajo terapéutico tiene que ver con el juego entre paciente y psicoterapeuta, y que es el camino para la mentalización y la función reflexiva, que, si puede darse, será lo que permitirá al paciente evolucionar de una forma sana.

El terapeuta deberá tener en cuenta la apreciación que hace Winnicott: «Cuando un paciente no puede jugar, el terapeuta debe esperar este importante síntoma antes de interpretar fragmentos de conducta» (Winnicott, 1971a, p. 72).

Con estas aportaciones de Winnicott, llegamos a uno de los puntos más importantes del psicoanálisis relacional actual. Para Winnicott, la interpretación no va a tener apenas cabida en el trabajo terapéutico; en todo caso, queda relegada a un segundo plano. Lo que tiene importancia es la experiencia emocional entre paciente y terapeuta, y lo que estamos formulando en estos momentos es el hecho de que se pueda establecer un trabajo clínico basado en el juego intersubjetivo que se puede dar entre ambos. En palabras de Winnicott: «La interpretación fuera de la madurez del material es adoctrinamiento, y produce acatamiento» (Winnicott, 1960a). Un corolario es que la resistencia surge de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y el analista que juegan juntos. Cuando aquel carece de capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión. Cuando hay juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede hacer que evolucione la labor terapéutica. Ese juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento o aquiescencia, si se desea avanzar en la psicoterapia (Winnicott, 1971a, p. 76).

Aunque Winnicott todavía habla de interpretación psicoanalítica, la considera posible siempre y cuando el paciente y el terapeuta jueguen juntos y, especialmente, pone el énfasis en que el terapeuta sea capaz de jugar.

En esta otra cita queda clara la posición de Winnicott: «La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. 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 al paciente de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo» (1971a, p. 61).

2.10. Los procesos de maduración, base del pensamiento relacional

Uno de los trabajos más significativos de Winnicott es *Desarrollo emocional primitivo* (1945), presentado en la British Psychoanalytical Society. En él apuntala su concepción teórica sobre el mundo mental del niño y su posterior desarrollo, relacionando el potencial biológico con las experiencias de los cuidados infantiles, como la base de la estructura mental. Además fue muy claro en la importancia que el analista como persona real tiene en el proceso terapéutico con el paciente.

La evolución infantil es el devenir entre un estado de no integración, en el que se encuentra el recién nacido, a otro de Integración. El recorrido entre uno y otro solo es posible en función de los cuidados que proceden de las personas del entorno que se hacen cargo del pequeño.

La tendencia a integrarse está ayudada por dos series de experiencias: la técnica de los cuidados infantiles en virtud de los cuales el niño es protegido del frío, bañado, acunado, nombrado, y además, las agudas experiencias instintivas que suelen reunir la personalidad en un todo partiendo desde dentro (Winnicott, 1945, p. 206).

Cuando el niño es asistido y cuidado por el entorno, el estado de no integración no reviste sufrimiento excesivo; al contrario, es necesario que suceda. Para que los fragmentos del *self* se vayan reuniendo e integrando, primero es necesario que estén disociados. Esta disociación inicial no es un estado ni defensivo ni enfermizo.

En la vida del niño normal hay largos períodos de tiempo en los cuales al pequeño no le importa ser una serie de numerosos fragmentos o un ser global, o si vive en el rostro de su madre o en su propio cuerpo, siempre y cuando alguna vez se reúnan los fragmentos y sienta que es algo (Winnicott, 1945, p. 206).

Cuando el bebé empieza a tener experiencias de diferenciación (según Winnicott, hacia los cinco meses de vida) es cuando va comprendiendo que posee un interior y que las cosas proceden del exterior, momento en que puede empezar a pensar que su madre también posee su interior, que puede ser rico o pobre, bueno o malo, ordenado o confuso. Así pues, el pequeño empieza a preocuparse por la madre y su cordura y sus estados de ánimo.

Esta afirmación de Winnicott, a la que también llegó Fairbairn, nos lleva a la idea de que en la primera infancia ocurren eventos relacionales e interactivos mucho más sofisticados de lo que podría parecer a simple vista. La diferencia de esta concepción winnicottiana con la kleiniana reside en que lo que sucede en el mundo mental o interno del niño, para Winnicott, está totalmente vinculado con lo que ocurre en el mundo mental o interno de la figura cuidadora. Lo uno depende de lo otro, no de las pulsiones. El mundo externo es, pues, una experiencia compartida y cocreada entre ambos. De igual manera, para Sullivan, la ansiedad no es transmitida tan solo por la madre, sino que es cocreada entre ellos. Lo subjetivo necesita el soporte objetivo para desarrollarse de forma adecuada. La realidad externa genera frustración, pero, a la vez, asienta la fantasía en una realidad. Para desarrollar una subjetividad integradora hace falta que esta tenga visos de objetividad. El niño debe sentir la ilusión de la creación de su propio mundo, siempre que alguien le traiga el mundo a su alcance y de forma dosificada. Esta es la idea fundamental del pensamiento de Winnicott respecto de la crianza.

Con el «cuidado que el niño recibe de su madre» cada infante está en condiciones de tener una existencia personal, y así empezar a establecer lo que podría denominarse una «continuidad del ser». Sobre la base de esta continuidad del ser se desarrolla poco a poco el potencial heredado hasta que se constituye el infante individual. Si el cuidado materno no es suficientemente bueno, el pequeño, en realidad, no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad del ser; en su lugar, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intrusión ambiental (Winnicott, 1960b).

La interdependencia del niño con su madre o figura(s) cuidadora(s) es la que da lugar a la intersubjetividad entre ambos. Estos dos conceptos son la base del pensamiento del psicoanálisis relacional actual.

Si comprendemos la necesidad que los padres tienen de sus hijos, de que estos incluso puedan satisfacer aspectos importantes de su vida, entendemos por qué es necesario que los progenitores o cuidadores adultos tengan una salud mental suficientemente buena. Todo el trabajo asistencial sobre la salud mental de los niños precisa un estudio a fondo de los adultos responsables y de la interacción entre ambos. Los equipos que se ocupan de estudiar la viabilidad de que los niños tengan unos adultos que puedan ejercer su función de cuidadores sin poner en peligro la salud mental de sus niños saben que deben estudiar las características de estos adultos y la interacción-vinculación con los niños.

Estamos defendiendo que la concepción de Winnicott respecto de la crianza de los niños se asienta en el hecho de que el pequeño tiene unos potenciales heredados, pero también de que el devenir de su personalidad y de su salud mental dependerá de ellos y de la interacción que estos tengan con las experiencias relacionales y vinculares con las personas que se ocupan de su cuidado. Las neurociencias actuales nos enseñan que la formación del cerebro depende de la biología, pero se configura con la psicología, y esta depende en gran medida de la relación humana.

Winnicott se desmarcó del psicoanálisis imperante, especialmente representado por Melanie Klein, cuando desestimó sus grandes pilares. Las pulsiones no son relevantes para Winnicott, ya que están aisladas de las experiencias. La única pulsión es la necesidad de relación y de afecto; el complejo de Edipo no tiene el más mínimo significado si no se estudia a las personas adultas de las que depende el niño. Como consecuencia, el trabajo asistencial no tiene que ver con la unidireccionalidad del paciente hacia el terapeuta, sino con la interacción real entre ambos. La realidad externa genera dolor y frustración, pero cuando las personas cuidadoras la traen de manera adecuada, es un elemento fundamental para la integración biopsicosocial del pequeño.

A continuación vamos a asentar estas afirmaciones en palabras del propio Winnicott: «He tratado de desarrollar el tema de que lo que tanto Freud como Klein eludían de ese modo eran las consecuencias de la dependencia, y, por tanto, del factor ambiental» (Winnicott, 1960b). Si en verdad la dependencia significa eso, dependencia, la historia de un bebé no se puede escribir tan solo en sus propios términos. También hay que escribirla en términos del ofrecimiento de un ambiente que satisfaga, o no, las necesidades de dependencia. Es de esperar que los psicoanalistas puedan usar la teoría de los fenómenos transicionales para describir la manera en que la formación de un

ambiente lo bastante bueno en las primeras etapas permita al individuo hacer frente al inmenso golpe de la pérdida de la omnipotencia. Lo que denominé «objeto subjetivo» se relaciona poco a poco con objetos que se perciben de manera objetiva, pero esto solo ocurre cuando la formación de un ambiente lo bastante bueno, o «ambiente promedio exigible», permite que el bebé se enfurezca de la forma particular que se acepta en los bebés. Esa furia solo se convierte en verdadera locura si aparece en un momento posterior de la vida. En la etapa de la infancia, es el mismo tema al que me referí cuando hablé de la aceptación de la paradoja, como cuando un bebé crea un objeto, pero este no habría sido creado como tal si no hubiese existido ya. Advertimos, o bien que los individuos viven de forma creadora y sienten que la vida es digna de ser vivida, o que no pueden hacerlo y dudan del valor de vivir. Esta variable de los seres humanos tiene una vinculación directa con la calidad y la cantidad de la formación de un ambiente al comienzo o en las primeras etapas de la experiencia vital de cada bebé. Del mismo modo que los analistas hacen todos los esfuerzos posibles para describir la psicología del individuo y los procesos dinámicos del desarrollo y de la organización de la defensa, así como para incluir los impulsos en términos del individuo, en este punto en que nace o deja de nacer la creatividad (o se pierde), el teórico debe tener en cuenta el ambiente, y exposición alguna que tome al individuo aislado puede llegar a ese problema central de la fuente de la creatividad (Winnicott, 1971a, pp. 100-101).

Winnicott trata de evidenciar ante la comunidad psicoanalítica de su época la importancia que tiene no estudiar al sujeto de una forma aislada. Para la construcción de la identidad personal es necesaria la provisión ambiental, la capacidad del entorno para promover las experiencias transicionales, que incluyen el respeto a la espontaneidad del pequeño. El entorno debe permitir que surja la idiosincrasia natural y su función es sostener y salir al encuentro. Se debe aceptar la individualidad del pequeño, permitirle su soledad, pero no dejarlo solo con su sufrimiento; hay que darle espacio, pero estar suficientemente cerca para atenderlo cuando lo necesite.

La idea de individuo y de mente aislada ha sido rebatida por una de las corrientes más importantes del psicoanálisis actual y que ejerce de base del psicoanálisis relacional. Se trata del enfoque intersubjetivo iniciado en Estados Unidos por Stolorow y Atwood (1992), y por estos y Orange (1997), y desarrollado por otros muchos autores de diferentes latitudes.

2.11. La función del espejo. Pilar del psicoanálisis relacional

Como señala Winnicott (1971), se trata del espejo que representa el rostro de la madre en el que el niño puede mirar y verse a sí mismo. No es un espejo bidimensional, plano, sino un lugar dentro del cual se puede mirar. Cómo ve la figura materna a su bebé y cómo lo mira depende de su capacidad para saber leer la emocionalidad del pequeño. Su mirada flexible y atenta dará la opción a la criatura de aprender a mirarse a sí mismo y de comprender su propio mundo interior.

En el trabajo sobre el papel del espejo en el rostro de la madre y de la familia, Winnicott (1971) estudia la idea de que el bebé se refleja en el rostro de la madre. Cuando mira en él se ve a sí mismo, pero para que las cosas funcionen bien, la madre debe ser capaz de empatizar con la emocionalidad de su hijo. El niño mira y sabe que es mirado y reconocido. La madre no le impone su propio estado de ánimo, sino que se deja moldear por la mirada del niño. Este recibe entonces lo que él mismo ha dado y se le devuelve para que lo pueda verificar.

La sintonía que ambos tienen cuando se produce esta experiencia se encuentra en la base de la conexión emocional (Riera, 2011). Para ello la figura cuidadora procura no imponer su estado de ánimo, sino que sale al encuentro del niño que busca un espejo dentro del cual mirar y verse a sí mismo tal como es. En la experiencia clínica nos encontramos pacientes que le dicen a su médico: «¿Pero cómo me ve?», después de que este le haya explicado de la forma más precisa posible su diagnóstico y su propuesta terapéutica. Lo mismo nos ocurre a los psicoanalistas: el paciente necesita nuestra percepción. A veces hacemos interpretaciones muy correctas y «completas» que no tienen un efecto beneficioso para el paciente. Si este no se siente comprendido en su dolor emocional, la interpretación puede parecer adecuada, pero no es oportuna. Legitimar y validar los sentimientos del paciente es más importante que descubrir un material oculto y revelar el inconsciente. Lo segundo puede ser posible, pero antes ha de suceder lo primero.

Volvamos a la función de la madre en tanto que espejo. Ya Lacan conceptualizó el *stade du miroir* (1949). Winnicott expresa la necesidad que tiene el niño de recibir lo que él da. La búsqueda del bebé de unos ojos que lo miren le permite hallarse a sí mismo. Si la criatura no recibe lo que da y la figura adulta devuelve sus propias proyecciones y distorsiones, el niño atrofia su capacidad creativa y sigue buscando a alguien que le devuelva alguna cosa que confirme su existencia. Por eso muchos niños «prefieren» que los traten mal antes que ser abandonados y que nadie les haga ningún caso. Incluso suelen portarse mal para ser reprendidos por alguien. No existir para nadie es una experiencia terrorífica. La otra consecuencia de no recibir lo que dan, es decir, de que alguien no salga a su encuentro, es que la función de espejo se estropea y la percepción ocupa el lugar de la apercepción (Winnicott, 1971a). La percepción es pura sensorialidad, información que se recibe a través de los sentidos. La apercepción implica sensorialidad, sensaciones percibidas, pero unidas a los afectos y las emociones correspondientes. Apercebir es mucho más complejo porque incluye la emocionalidad. La mamá mira a su bebé, devolviéndole su comprensión y, a la vez, aportándole su afectividad. «Tener miramiento» procede de la idea de mirar y ser mirado con cariño y con amor. La capacidad de vivir los acontecimientos acompañados de sus representaciones mentales, simbólicas y emocionales es la base para la construcción de una personalidad integrada.

En palabras de Winnicott:

En cierto momento, el bebé mira a su alrededor. Es posible que cuando se encuentre ante el pecho no lo mire. Lo más probable es que un rasgo característico sea mirar la cara. ¿Qué ve en ella? Para llegar a la respuesta debemos basarnos en nuestra experiencia con pacientes psicoanalíticos que pueden recordar los primeros

fenómenos y verbalizar (cuando sienten que es posible hacerlo) sin ofender la delicadeza de lo que es preverbal, no verbalizado y no verbalizable, salvo, quizás, en poesía. ¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de su madre? Yo sugiero que, por lo general, se ve a sí mismo. En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él. Todo esto se da por sentado con demasiada facilidad. Yo pido que no se dé por supuesto lo que hacen bien con naturalidad las madres que cuidan a sus bebés (Winnicott, 1971a, p. 148).

La identidad se construye a través de la mirada del otro; no es un proceso pasivo: la mirada permite articular fenómenos muy complejos, mirar para ser visto y ser reconocido. Mirar dentro del otro permite explorar las emociones del otro y, por tanto, las propias. Es probable que el niño conozca antes el interior del otro que el suyo propio; para ello es necesario que la figura cuidadora se deje mirar dentro de ella; así no se convertirá en un espejo opaco que solo devuelve una imagen plana. El terapeuta tampoco debe ser una esfinge, sino alguien que mira dentro de su paciente y que se deja mirar por este en su interior. El paciente, entonces, tiene la impresión de que está tratando con alguien parecido a él.

Si la figura materna es un espejo para el niño, también el pequeño lo es para ella. De ahí las identificaciones cruzadas de Winnicott: dos seres que se reconocen en sus miradas y se verifican como personas capaces de influencia mutua, es decir, de despertar emociones y sentimientos de una forma bidireccional. La relación interpersonal tiene que ver con el reconocimiento mutuo del uno y del otro en tanto que sujetos capaces de sentir y de hacer sentir al otro. El drama se produce cuando la mirada del otro muestra la propia patología, introduciendo así indiferencia o malestar.

Muchos bebés tienen una larga experiencia de no recibir lo que dan. Miran y no se ven a sí mismos. Surgen consecuencias. Primero empieza a atrofiarse su capacidad creadora, y, de una u otra manera, buscan en derredor otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí mismos. Es posible que lo logren con otros métodos (Winnicott, 1971a, pp. 148-149).

Entonces, el bebé se ve obligado a dirigirse hacia la patología.

El bebé tiene que esforzarse hasta el límite de su capacidad de previsión de acontecimientos. Esto provoca una amenaza de caos, y el niño organiza su retirada, o no mira, salvo para percibir, a manera de defensa. El que es tratado de este modo crecerá con desconcierto en lo que respecta a los espejos y a lo que estos pueden ofrecer. Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira (Winnicott, 1971a, p. 149).

Las defensas pueden ser de diferentes formas, pero hay dos prototipos especialmente relevantes: el funcionamiento esquizoide y el funcionamiento narcisista.

- Funcionamiento esquizoide: si uno dejara de necesitar el hecho de ser visto, ya no buscaría unos ojos que lo miraran y podría refugiarse en una defensa de tipo autístico o esquizoide. Acorazado en ella, podría dejar a un lado la necesidad de ser reconocido por el otro.
- Funcionamiento narcisista: la persona narcisista busca ser vista en el otro de una forma grandiosa. La mirada del otro ha de ser de admiración. Puede llegar

a ser su forma de existir y la base de su identidad, aunque se trate de una base inconsistente.

La mirada de la madre y de los cuidadores del niño es de admiración natural, de manera que hacen que se sienta importante y lleno de belleza. El amor incondicional es el que lleva a hacer que el niño se sienta bello, poderoso e importante. El narcisismo natural irá dando paso a la autoestima.

2.11.1. Análisis de un caso clínico de Winnicott

Una paciente tratada por Winnicott le pidió, unos años después de que finalizara su terapia, una fotografía suya. La había visto en la contraportada de un libro escrito por él y le preguntó si le podía proporcionar la fotografía ampliada y más nítida. La madre de esta paciente había sido muy rígida y fría, lo mismo que su nodriza, que, además, era muy poco empática (Winnicott cree que con ello la madre evitó que la sustituyera «una madre» mejor que ella).

La paciente tenía poco miramiento por sí misma, lo que se traducía en una escasa autoestima y en cierta tristeza crónica. La paciente había enseñado a Winnicott algunas fotografías de su madre y de su nodriza, y le pedía a él una que había visto en un libro suyo. Quería ver ampliadas las líneas y todos los rasgos de «ese viejo paisaje», es decir, del rostro de su analista (un hombre ya mayor por aquel entonces).

Winnicott le envió la fotografía y le ofreció una interpretación: «La paciente creía que no hacía más que adquirir el retrato de ese hombre que tanto había hecho por ella (y así es). Pero necesitaba que se le dijera que mi rostro surcado de arrugas tenía ciertos rasgos que para ella se vinculan con la rigidez de los de su madre y su nodriza» (1971a, p. 153).

Se trataba de encontrar la rigidez de su madre y de su nodriza en el analista que tanto había hecho por ella. Necesitaba hallar las fallas de su entorno infantil en el presente. El analista entiende que la rigidez de su rostro no es fruto de la distorsión transferencial de la paciente, sino que esta puede ser capaz de encontrar en el analista rasgos de rigidez que le remiten a su experiencia infantil. El aspecto corrector de la experiencia transferencial es que ahora la paciente puede sentirlo y pensarlo junto con el analista. Los niños suelen creer que ellos han construido la rigidez de sus padres o han generado las fallas ambientales. Ahora el analista representa al adulto capaz de asumir su propia responsabilidad, y es entonces cuando la paciente puede hacerse cargo de la suya (Sáinz y Cabré, 2012).

Más adelante retomaremos el concepto de las «fallas» del analista en la transferencia.

2.12. Ser, hacer, estar a solas. El origen de la creatividad

El libro de Winnicott *Playing and Reality* (1971), traducido como *Realidad y juego*, fue publicado en 1971, coincidiendo con la fecha de su muerte. Representa el desarrollo

principal de su tesis dedicada al estudio de los fenómenos transicionales. En gran parte del libro trata del juego, *playing*, la ubicación de la experiencia cultural y la creatividad. Destacan especialmente sus ideas sobre el papel del espejo en el rostro de la madre y de la familia, y el excelente trabajo sobre el «uso del objeto». Winnicott se considera el psicoanalista que sentó las bases para la comprensión de la creatividad, la acercó a la cualidad de sentirse vivo y la distanció del arte como oficio. Se puede ser creativo y no ser capaz de dibujar bien o escribir un buen poema.

Queremos destacar algunos aspectos recogidos en el capítulo 5, «La creatividad y sus orígenes», donde introduce la idea de lo femenino y lo masculino; el ser y el hacer como dos formas complementarias que forman parte de la identidad personal.

Lo que hace que el individuo sienta que la vida merece ser vivida es, más que ninguna otra cosa, la aperccepción creadora. Frente a esto hay una relación con la realidad exterior, que es una relación de acatamiento. Se reconoce el mundo y sus detalles, pero solo como algo en lo que es preciso encajar o que exige adaptación. El acatamiento implica un sentimiento de inutilidad en el individuo y se vincula con la idea de que nada importa y de que la vida no es digna de ser vivida (1971a, p. 93).

Para Winnicott, el acatamiento es una expresión del falso *self*. La persona no puede ser ella misma y se protege sometiéndose a otro ser. La creatividad, en el sentido que le da Winnicott, se encuentra en el polo opuesto al sometimiento.

La creatividad siempre es personal y, por tanto, se nutre de la subjetividad. Para Winnicott, la objetividad nunca puede ser absoluta en cuanto que se refiere a los fenómenos personales. «En cierta medida, objetividad es un vocablo relativo, pues, por definición, lo que se percibe de modo objetivo es concebido, en cierta proporción, en forma subjetiva» (1971a, p. 94).

En cuanto a la dialéctica entre realidad, subjetividad y creatividad, Winnicott nos sorprende cuando habla de la dificultad que puede tener una determinada persona a la hora de conectar con el mundo de la subjetividad. El impedimento para fantasear es considerado como una forma de huida hacia la realidad. Estamos más acostumbrados a la idea de la huida hacia la fantasía, o de la desconexión de la realidad a través de las fantasías psicóticas. No poder fantasear nos aleja de la capacidad para la simbolización y nos conduce hacia el funcionamiento operatorio o concreto; tal como hemos apuntado antes, dificulta o impide la capacidad para mentalizar las experiencias.

Winnicott introduce el concepto de «fantaseo» y lo diferencia del de «fantasía». El fantaseo es una actividad mental disociada que deriva del falso *self*; es una actividad inútil, asimbólica, podríamos decir concreta. La fantasía surge de la experiencia con la realidad, pero puede transformarla al servicio de la salud mental. La fantasía alimenta la capacidad de soñar, forma parte de los procesos de integración. Las capacidades para simbolizar y fantasear nos permiten estar en la vida y hacer frente a lo incomprensible; la dureza de vivir puede ser mitigada y canalizada gracias a la capacidad para imaginar y fantasear. La creatividad permite al individuo sentirse real en un mundo complejo y, a veces, extraño.

Es interesante pensar que la fantasía nos ayuda a vivir en la realidad, pero si esta es insoportable, la fantasía se vuelve contra la propia persona, la empobrece y la hace sufrir. De acuerdo con Hernández (2008), el psicótico tiene capacidad para simbolizar, pero se desconecta de la realidad. Entendemos que la capacidad para fantasear es saludable cuando está en contacto con la realidad, pero esta no es más importante que la fantasía; más bien al contrario, la realidad puede ser muy dañina si no actúa la capacidad para simbolizar.

Por otro lado, Winnicott habla de «lo informe» como aquello que se encuentra en un estado de no integración, pero que será la base de donde puede surgir el gesto espontáneo. De alguna manera, la creatividad no puede surgir del orden estructurado, sino de la capacidad de permitirse el desorden, o, dicho de otra manera, el no-orden. Observamos que esta apreciación del no-orden se acerca a la intuición freudiana cuando plantea a sus pacientes la llamada «regla fundamental», la asociación libre. Es tanto como decirle al paciente: «Permítase la disociación; no trate de dar un sentido lógico, ordenado y secuencial a su discurso, déjese llevar». En las terapias artísticas como el arteterapia o la danza-movimiento-terapia se permite al paciente que se «suelte», que deje que sus manos, sus ojos y su cuerpo se expresen de la manera más libre posible, sin forzar, acompañándolos en su viveza; después ya se hablará de lo ocurrido, de aquello que se ha sentido.

Winnicott, en su trabajo sobre la creatividad y sus orígenes (1971a), reflexiona sobre aquellas personas que han vivido secuestradas en lugares como los campos de concentración. Piensa que solo unas pocas personas pueden, en estas circunstancias extremas de pérdida absoluta de libertad, seguir manteniendo su espíritu creador. Esto puede salvarlas de la aniquilación, pero de alguna manera siguen en contacto con el sufrimiento. Los que no pueden mantener esa capacidad creativa, que Winnicott define como la capacidad de sentirse vivo, abandonan su propio *self*, se dejan llevar, ya no viven, y entonces nada puede hacerles daño. «Al principio, parece que todos los demás que existen (no viven) en esas comunidades patológicas han abandonado ya, hasta tal punto, sus esperanzas, que no sufren, y han perdido las características que los hacen humanos» (1971a, p. 97). Añade: «Estas circunstancias se refieren a lo negativo de la civilización. Es como contemplar la destrucción de la creatividad en los individuos por factores ambientales que actúan en un periodo avanzado del crecimiento personal» (Winnicott, 1971a, p. 97).

Todo ello lleva a Winnicott a reafirmarse en la idea de que, en lo profundo del *self*, se halla la esencia de lo creativo, lo espontáneo, lo verdadero y, a la vez, lo más frágil. Si la persona en circunstancias de sufrimiento real extremo puede ocultar y proteger este núcleo central del *self* verdadero, es posible mantener cierta capacidad creativa que proteja su salud mental. Podríamos decir que a un ser humano le pueden quitar su identidad exterior, su ropa, su pelo, hacer daño a su cuerpo, pero si en algún lugar oculto se halla su *self*, protegido y custodiado, nadie podrá arrebátárselo.

En el estudio de Winnicott sobre la creatividad encontramos la afirmación que es fundamental para el psicoanálisis relacional:

Así como los analistas hacen todos los esfuerzos posibles para describir la psicología del individuo y los procesos dinámicos del desarrollo y de la organización de defensa, así como para incluir los impulsos en términos del individuo, en este punto en que nace o deja de nacer la creatividad (o se pierde), el teórico debe tener en cuenta el ambiente, y cualquier exposición que tome al individuo aislado puede llegar a ese problema central de la fuente de la creatividad (1971a, pp. 100-101).

Winnicott cree, como no podía ser de otra forma, que la creatividad es un elemento común que se da entre hombres y mujeres. Se permitió la idea de estudiar aquello que hay de masculino y de femenino en las mujeres y en los hombres. Incluidas las connotaciones sociales, la construcción de los géneros y sus roles tiene un alto componente sociocultural, aunque, como es lógico, intervengan las dotaciones biológicas respectivas.

Lo femenino es, para Winnicott, lo que tiene que ver con el ser. Así, el ser es lo fundamental, la esencia de lo afectivo, lo que se configura en la relación con los cuidados infantiles, con las personas que ofrecen la posibilidad de un vínculo afectivo. El «ser» debe cuidarse, porque de él surgirá la posibilidad de «hacer». El hacer está relacionado con lo masculino, con la capacidad de llevar a cabo acciones. Un hacer, sin un ser que se haya cuidado suficientemente, se convierte en un «como si», tal como señalamos en un trabajo anterior (Sáinz, 2008). De alguna manera, Winnicott sostiene la idea de que tanto los hombres como las mujeres tienen una predisposición a la bisexualidad.

Para nosotros, lo más relevante del tema reside en la idea de que la actividad, la fuerza y el rendimiento pierden el sentido si no están sostenidos por un sólido ser que esté en contacto con lo afectivo. Por ese motivo, el psicoanálisis actual defiende la idea de que la sociedad tenga en cuenta los vínculos y trate de cuidar a los niños, sosteniéndolos y ofreciéndoles una base segura; el hacer se irá intercalando con el ser y, si permanecen en contacto, el sujeto podrá tener una buena salud mental.

Por supuesto, entendemos que, en ciertos ámbitos de nuestra sociedad, lo que predomina es el hacer, y por ese motivo, debemos compensar esa tendencia, de la misma manera que hizo Fromm (1976) cuando introdujo la dialéctica entre el ser y el tener. Nos avalan la experiencia clínica y la reflexión compartida desde hace décadas. Nuestra sociedad corre el riesgo de «producir» sujetos intelectuales e independientes, con capacidad para hacer y deshacer, que han perdido o nunca tuvieron la conexión con los cuidados afectivos, con la emocionalidad que surge de las relaciones humanas. La autenticidad y que el sujeto pueda sentirse real se encuentran en la base de la creatividad y, por tanto, en el objetivo psicoterapéutico.

Para Anfusso e Indart (2009), el ser equivale a tener una esencia o naturaleza, a existir, y tiene un sentido centrípeto, ya que designa una cualidad inherente al sujeto, vaya donde vaya. También tiene el sentido de mismidad, de ser uno mismo en cualquier lugar. Estas autoras atribuyen al hacer un sentido centrífugo: el hacer se dispara hacia fuera del sujeto, por lo que, para Anfusso, sirve para referirnos a la otredad.

Podemos decir que el hacer está enfocado hacia el exterior del sujeto. Lo importante para el buen funcionamiento es que haya una complementariedad entre el ser y el hacer, entre lo femenino y lo masculino.

En India, el «lingam» era un ser doble, con los dos sexos ligados en una sola personalidad que simbolizaba la fuerza, la luz de la que emana la vida. (Anfuso e Indart, 2009, p. 128)

También nos lleva pensar en términos de yin y yang, propios del taoísmo. Ambos se necesitan para funcionar de una manera saludable.

Es habitual en Winnicott, como sucede en muchos profesionales clínicos, que el contacto directo con los pacientes sea fuente de reflexión sobre diferentes aspectos humanos. Un paciente suyo con una dilatada experiencia de análisis personal con diversos analistas se halla tumbado en el diván. Por diversas razones, Winnicott cree que está viendo a un hombre, pero escucha a una mujer, y piensa de qué manera puede comentarle esa observación. Entendemos que Winnicott pretendía ayudarlo a conectar dos funciones de la personalidad que se hallan disociadas. Le manifestó lo siguiente: «Sé muy bien que usted es un hombre, pero yo escucho a una mujer, y hablo con ella» (1971a, p. 102).

Parece ser que, según su autor, se produjo una reacción de alivio y, a la vez, de inquietud por parte del paciente, que verbalizó de este modo: «Si le hablase a alguien sobre esa mujer, me dirían que estoy loco» (1971a, p. 102). Winnicott afirmó: «No se trata de que usted le haya dicho eso a nadie; soy yo quien ve a la mujer y oye hablar a una mujer, cuando lo cierto es que en mi sofá hay un hombre. El loco soy yo mismo» (1971a, p. 102). El paciente contestó: «Nunca pude decir (sabiendo que soy un hombre): “Soy una mujer”. Mi locura no es esa. Pero usted lo dijo, y habló a mis dos partes» (1971a, p. 103).

Lo verdaderamente relevante reside en que el paciente puede reconocer diferentes áreas de sí mismo y dialogar con ellas. Parece ser que había sido un niño con una madre que deseaba una niña y así percibía a su hijo. Satisfacer a la madre tenía que ver con que él mantuviera la fantasía de que era una niña que deseaba ser un niño, pero que le estaba prohibido. En cualquier caso, más allá de esto, lo que nos parece de una importancia trascendental es el hecho de que Winnicott afirme: «El loco soy yo mismo», asumiendo la distorsión en sí mismo como una forma de construir una posibilidad relacional nueva. La madre debió de ver su sesgo en la mirada hacia su hijo, y ahora es el terapeuta el que ve lo que no es. El paciente, entonces, puede desarrollar su propia mirada. La distorsión reconocida por Winnicott le permite reconocer las dos partes escindidas.

La creatividad aparece porque la persona puede hacer, dejándose ir, sin miedo a caer en un estado de no integración, porque hay algo o alguien que la sostiene. Pero para cultivar el ser hay que dejar hacer sin invadir a la persona. Así se desarrolla la capacidad para estar (y hacer) en soledad.

Winnicott, en su trabajo *La capacidad para estar a solas* (1958b), nos plantea una de las paradojas propias de su pensamiento: dos personas pueden estar solas acompañándose en sus soledades respectivas. El sujeto experimenta su propia soledad en presencia de alguien que está presente sin interferir. Es una forma de recrear el «ser» y de permitirse el estar sin actividad específica, un aspecto que tiene una gran relevancia en el momento actual. La búsqueda de instrumentos para estimular al bebé y hacer que sea más competente no parece negativo en sí mismo, pero sí va en detrimento de los

cuidados estables y, especialmente, siguiendo las propuestas de Winnicott, dando relevancia a acompañarlo, facilitarle y proveerle de aquello que necesita, dejándolo a la vez respirar y ser auténtico. La figura adulta estable acompaña al niño, permanece accesible para él. Lo interesante es que, además, esta figura adulta puede sentir, a su vez, su propia soledad, acompañada por el niño al que cuida. Este fenómeno es lo que tienen en mente los autores intersubjetivos actuales y el propio Kohut. Los integrantes de una diada relacional se sostienen entre sí, aunque es necesario que el niño sea sostenido especialmente, y de una manera distinta, por el adulto, de igual manera que en psicoterapia hablamos de mutualidad y, a la vez, de asimetría en la relación paciente-terapeuta (Aron, 1996; Ávila, 2009).

La soledad es, en muchos casos, generadora de sufrimiento, en cuyo caso se huye de ella. Puede constituir un refugio defensivo para no enfrentarse al dolor o a la ansiedad de la vida emocional. Así lo entiende Winnicott, pero para él es también una capacidad personal. Si la persona puede sentir la soledad como un tesoro que le permite estar bien consigo mismo, es que está capacitada para jugar y, por tanto, puede conectarse con las experiencias transicionales. De nuevo, la paradoja es que puede estar bien consigo mismo porque se ha sentido acompañado por alguien confiable; a la vez, esa relación consigo mismo predispone a la buena relación con los demás. Winnicott (1958b) lo denomina «la relacionalidad del yo», que lejos de ser una relación intrapsíquica aislada, representa la relación con uno mismo en la que siempre está presente el otro, aunque sea en la ausencia.

La aplicación psicoterapéutica que se deriva de ello es que, cuando trabajamos con el paciente sobre lo que siente por dentro o con las emociones emergentes de la relación con el otro, en el fondo nos estamos refiriendo al mismo tipo de proceso, ya que ambas relaciones son interdependientes e indisolubles. Como se ha dicho antes, la dinámica entre el «ello, yo y superyó» y la realidad externa siempre se refiere a la relación entre personas, y siempre tiene un sentido multidireccional. La creatividad es una capacidad que se forja en la soledad, y en la soledad siempre está implícita la relacionalidad.

3. Aportaciones de Winnicott a la psicoterapia

En este capítulo vamos a tratar de aproximar algunas de las concepciones de Winnicott que consideramos que se encuentran directamente relacionadas con el oficio de la psicoterapia.

3.1. La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno

El sostén (*holding*) como una función maternal primordial no solo tiene el sentido de sostener físicamente al niño, tomarlo en brazos o acunarlo, sino también de mirarlo, hablarle, acariciarlo y, de alguna forma, mimarlo, por lo que implica un sostén corporal y, a la vez, emocional y afectivo. La función de sostén permite que el cuerpo pueda expresarse con libertad y espontaneidad, y que a esta experiencia se le añada una mente que irá desarrollando el pensamiento. No se trata de sostener mucho o poco, sino de que la persona que realiza la función tenga la empatía suficiente para irse adaptando a las necesidades de su bebé, lo que Winnicott denomina la figura suficientemente buena, o la mamá de devoción corriente. La falla en el sostén favorece que la criatura experimente lo que Winnicott llama las agonías impensables o la amenaza de aniquilamiento, que es un concepto parecido al de ansiedades catastróficas, propio de la terminología kleiniana. La diferencia reside en que si el niño vive este tipo de ansiedades, lo primero que nos preguntamos es qué está sucediendo en las personas que lo cuidan en cuanto a la función de sostén. Claro que el sufrimiento es vivido en primera persona y en el mundo interno, pero para Winnicott siempre se encuentra en relación con el entorno cuidador. De la misma manera que un psicoanalista relacional e intersubjetivo actual si ve a su paciente en un estado de ansiedad o de reacción negativa se pregunta: «¿Qué es lo que le sucede y qué me sucede a mí, en qué he fallado?», sin que esto signifique que el analista se sienta el único responsable del estado del paciente. Si fuera así, sería una omnipotencia por su parte.

«La forma en que la madre toma en sus brazos al bebé está muy relacionada con su capacidad para identificarse con él. El hecho de sostenerlo de manera apropiada constituye un factor básico de cuidado» (Winnicott, 1965a, p. 23).

Es evidente que es el modo que tiene el entorno de generar en el niño confianza en los demás y en sí mismo. Representa la función básica para la integración de la identidad y es el punto donde se encuentra la creatividad. Si las experiencias son suficientemente satisfactorias, el sostén se incorpora como una función propia del niño. No hay conciencia de él pero está formando parte del mundo experiencial y es la base en la que

se asienta el conocimiento relacional implícito. Si las experiencias son sobre todo malas, pueden recordarse o no; si se recuerdan, se puede trabajar con ellas de manera directa; si no es posible hacerlo, el paciente las vivirá en sus relaciones humanas, incluida la relación terapéutica.

En cuanto al papel de la interpretación en el proceso terapéutico, Winnicott sostiene a lo largo de su obra que no debe basarse en la interpretación del inconsciente, rompiendo así con la tradición psicoanalítica imperante, por lo que ni las llamadas interpretaciones del mundo interno del paciente, ni las transferenciales son el elemento esencial de la cura psicoanalítica. Para Winnicott, el elemento fundamental es la relación misma entre paciente y terapeuta, dos sujetos que, estableciendo un vínculo confiable, investigan juntos sobre las vivencias del paciente, incluidas las que derivan de la relación entre ambos.

La importancia del analista como sujeto real se halla en un trabajo clave en Winnicott, el ya comentado *Desarrollo emocional primitivo*. Aquí, vemos cómo Winnicott se plantea que no se trata de interpretar, sino de desempeñar el papel que el paciente necesita para abordar su problemática personal y su subjetividad, que siempre es relacional e intersubjetiva.

Quiero decir con esto que un paciente que necesite el análisis de la ambivalencia en las relaciones externas tiene una fantasía de su analista y de la labor de este que difiere de la fantasía del paciente deprimido. En el primer caso, el trabajo del analista es considerado como realizado por amor al paciente, mientras el odio es desviado hacia cosas odiosas. El paciente deprimido necesita que su analista comprenda que su labor constituye, en cierta medida, su esfuerzo para afrontar su propia depresión (la del analista), o tal vez deba decir la culpabilidad y la aflicción resultantes de los elementos destructivos de su propio amor (del analista). Siguiendo en esta tónica, el paciente que recaba ayuda con respecto a su relación primitiva y predepresiva con los objetos necesita que su analista sea capaz de ver el amor y el odio no desplazados y coincidentes que el analista siente por él. En tales casos, el final de la sesión, el final del análisis, las reglas y normas, todo se presenta como importantes expresiones del odio, del mismo modo que las buenas interpretaciones constituyen expresiones del amor y símbolos de la buena comida y de los cuidados. Sería posible desarrollar este tema extensa y provechosamente (Winnicott, 1945, p. 201).

La importancia del psicoanalista como sujeto real es fundamental en el psicoanálisis relacional actual. En 1945, Winnicott empezó a trabajar en lo que más adelante se conocería como la importancia de las fallas del analista en los procesos de elaboración del paciente, por lo que cambiaría de manera sustancial el uso de la transferencia y la contratransferencia.

Se advertirá que hablo de la elaboración de interpretaciones, y no de estas como tales. Me aterra pensar cuántos profundos cambios impedí o demoré en pacientes de cierta categoría de clasificación debido a mi necesidad personal de interpretar. 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. Creo que en lo fundamental interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es el de que él, y solo él, conoce las respuestas. Podemos hacer que abarque lo que se sabe o adquiera conciencia de ello con aceptación, o podemos no hacerlo (Winnicott, 1971a, p. 118).

Esta es la aportación más singular sobre el tema. Si se interpreta para que el paciente vea los límites de la comprensión del analista significa que este último se ofrece como sujeto

con limitaciones, que transmite al paciente algo así como: «podemos tratar de comprender el porqué de lo que a usted le sucede, pero no llegaremos a entenderlo todo». Nuestro objetivo no es la comprensión absoluta, ya que es imposible. El paciente podrá aprender que él también tiene sus límites en su comprensión, a pesar de lo cual, es conveniente intentarlo.

La interpretación más allá de la madurez del material es adoctrinamiento y produce acatamiento (Winnicott, 1960a). Un corolario es aquel que dice que la resistencia surge de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y el analista que juegan juntos. Cuando aquel carece de capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión. Cuando hay un juego mutuo, la interpretación, realizada según principios psicoanalíticos aceptados, puede hacer que evolucione la labor terapéutica. Ese juego tiene que ser espontáneo, no de acatamiento o aquiescencia, si se desea avanzar en la psicoterapia (1971a, p.76).

Winnicott nos muestra su preocupación por el adoctrinamiento, consciente de que el analista tiene con el paciente una relación de poder, por lo que debe tener cuidado en no dirigirlo. Destaca, al mismo tiempo, la importancia de mutualidad y de juego compartido. Si esto no es posible, la psicoterapia no lleva a cabo su función terapéutica.

Los analistas deben cuidar de no crear un sentimiento de confianza y una zona intermedia en la cual puedan desarrollarse juegos, y luego inyectar en esa zona, o llenarla de interpretaciones que en rigor provienen de su propia imaginación creadora (1971a, p.137).

El hecho de crear un encuadre que ofrezca la función de sostenimiento es fundamental para llevar a cabo el proceso terapéutico. Las interpretaciones son posibles si tiene lugar este requisito previo. Sin embargo, Winnicott nos advierte de que construir un espacio de confianza no debe ir precedido de interpretaciones que puedan dañar al paciente.

La psicoterapia no consiste en hacer interpretaciones inteligentes y adecuadas; en general, se trata de devolver al paciente, a largo plazo, lo que este trae. Es un derivado complejo del rostro que refleja lo que se puede ver en él. Me gusta pensar en mi trabajo de ese modo, y creo que si lo hago lo bastante bien el paciente encontrará su persona y podrá existir y sentirse real. Esto último es más que existir; es encontrar una forma de existir como uno mismo, de relacionarse con los objetos como uno mismo y de tener una persona dentro de la cual poder retirarse para el relajamiento (Winnicott, 1971a, p.154).

Por ello, es posible que el analista en formación realice a veces un análisis mejor que los que hará al cabo de unos años, cuando sepa más. Después de haber tenido unos cuantos pacientes, empezará a resultarle tedioso avanzar con la lentitud de cada cual, y comenzará a formular interpretaciones no basadas en el material aportado por el paciente en esa sesión, sino en su propio conocimiento acumulado, o en su adhesión momentánea a cierto grupo de ideas. Esto es inútil para el paciente. El analista puede parecer muy inteligente, y quizás el paciente exprese admiración, pero en última instancia, la interpretación correcta es un trauma que el paciente tiene que rechazar, porque esa interpretación no es la suya. Se queja de que el analista intenta hipnotizarlo, de que alienta una regresión severa a la dependencia, empujándolo de nuevo a una fusión, esa vez con el propio analista (Winnicott, 1960b, p. 66).

Es propio de Winnicott advertir a los estudiantes de psicoterapia que es muy importante no exhibir ante el paciente una capacidad intelectual prominente. Lo que más importa es que este se sienta reconocido y comprendido siendo él mismo; en la medida de lo posible, que llegue a sus propias conclusiones. El terapeuta muestra lo que va aprendiendo del paciente, lo comparte con él, le aproxima aquellos contenidos que considera útiles para que él los encuentre o, mejor dicho, para que pueda descubrirlos por sí mismo.

Winnicott nos enseña lo siguiente. Hago interpretaciones por dos razones:

1. Si no interpreto, el paciente tiene la impresión de que lo comprendo todo. En otras palabras, al interpretar, logro conservar cierta cualidad externa por no dar totalmente en el blanco, o incluso por equivocarme.
2. La verbalización en el momento oportuno moviliza las fuerzas intelectuales. «Movilizar los procesos intelectuales solo es malo cuando ellos se han vuelto seriamente disociados del ser psicossomático» (1962, p. 218).

Es evidente que el trabajo terapéutico para Winnicott tiene que ver con la experiencia vinculatoria y emocional que construyen paciente y terapeuta. El sostén permite que se dé la experiencia compartida, en la que es posible la transicionalidad; la «sabiduría» del terapeuta para formular interpretaciones del tipo que sean, es poco relevante. Observamos que este elemento es sustancial en el psicoanálisis relacional actual (por ejemplo, Aron, 1996).

La experiencia terapéutica requiere la función de sostén, la empatía suficiente y la aceptación de que el terapeuta puede ser un «buen objeto (sujeto)» para el paciente, con defectos y con capacidad para fallar, en algunos casos parecido a los objetos (sujetos) del pasado, pero suficientemente distintos para ofrecer una interacción suficientemente diferente a la original. El analista que se ofrece como un sujeto suficientemente bueno y, como dicen Abelló y Liberman (2011), suficientemente malo, podrá ayudar a sus pacientes. Todo lo contrario del analista omnisciente que se sitúa fuera de la relación terapéutica como si se tratara de un observador o de una pantalla sobre la que se proyectan las transferencias.

3.2. Comunicar y no comunicar. La búsqueda del verdadero *self*

Winnicott cuestiona otro de los presupuestos del psicoanálisis: pedirle al paciente que exprese lo que tiene en su mente. Se trata de «la regla fundamental» de Freud: la asociación libre. El paciente debe comunicar aquello que le venga a la mente, con independencia de que esté relacionado, o no, con su problema, sin someterlo a juicio o a censura. El analista puede solicitar que realice asociaciones libres si explica un sueño o que narre cualquier hecho. Si no lo hiciera, podría ser interpretado como una resistencia.

Si el paciente prefiere demorar la explicación de un determinado contenido emocional, puede ser resistencia, aunque también puede deberse a otras causas. En cualquier caso, tiene derecho a no expresar nada.

En la práctica hay algo que debemos tener en cuenta en nuestro trabajo: el hecho de que el paciente no se comunique puede ser una contribución positiva. Debemos preguntarnos si nuestra técnica permite que el paciente comunique que no está comunicándose. Para advertirlo, nosotros, como analistas, tenemos que estar preparados para recibir la señal de «no estoy comunicándome», y distinguirla de aquella de desazón asociada con una falla de la comunicación. Esto se vincula con la idea de estar solo en presencia de alguien, al principio un hecho natural en la vida del niño, y más tarde una cuestión de adquisición de la capacidad para el repliegue sin pérdida de identificación con aquello respecto de lo cual se produce el repliegue. Esta capacidad aparece como la aptitud para concentrarse en una tarea (1962b, p. 246).

Si aguardamos, pasaremos a ser percibidos objetivamente cuando corresponda según los tiempos del paciente. Pero si no nos comportamos de un modo que facilite su proceso analítico (que equivale al proceso madurativo del infante y el niño), nos convertiremos en «no-yo», y entonces sabremos demasiado: somos peligrosos porque estamos en una comunicación demasiado estrecha con el punto central estático y silencioso de la organización yoica del paciente (1962b, p. 246).

Winnicott abre la posibilidad de que el paciente no comunique como una forma de salvaguardar su verdadero *self*. Debemos esperar a que la comunicación sea posible, aunque en algunos casos tendremos que aceptar que habrá material del paciente que no llegaremos a conocer.

En el centro de cada persona hay un elemento incomunicado, sagrado y merecedor en grado sumo de que se lo preserve. Ignorando por el momento las experiencias de fracaso de la madre-ambiente aún más tempranas y quebrantadoras, diría que las experiencias traumáticas que conducen a la organización de las defensas primitivas corresponden a la amenaza al núcleo aislado, a la amenaza de que sea descubierto, modificado, de que se comuniquen con él (1962b, p. 245).

Es evidente que para Winnicott lo verdaderamente relevante en el trabajo terapéutico es la relación y la cocreación de experiencia entre los dos integrantes del proceso. La conversación franca y la autenticidad son elementos fundamentales. Winnicott propone un estilo de trabajo en el que el terapeuta pueda informar al paciente de cómo llega a la comprensión de los fenómenos. Predispone al terapeuta a mostrarle los límites de su propia comprensión con el propósito de que el paciente comprenda que no es posible entender en la totalidad, y así atreverse a vivir su propia incompreensión como un estímulo para seguir pensando.

La comunicación de ciertos aspectos transferenciales formará parte de esta franqueza comunicativa del terapeuta, siempre que no actúen como elementos intrusivos y distorsionadores para el paciente.

Sobre todo en el trabajo de Winnicott, encontramos la importancia que tiene para el proceso terapéutico el hecho de que el analista pueda reconocer las fallas en su función terapéutica. Proponemos llamarlo «el reconocimiento de las fallas del analista en la relación transferencial», lo cual, a nuestro modo de ver, revolucionó los conceptos de transferencia y contratransferencia del psicoanálisis predominante y clásico, y sentó las bases sobre estos conceptos que preconiza el psicoanálisis relacional actual.

3.3. Transferencia y contratransferencia en Winnicott

El trabajo de Winnicott con patologías graves, psicosis y trastornos límite lo llevaron a replantearse el fenómeno transferencial y contratransferencial. En 1955, en el Simposio sobre Transferencia del XIX Congreso Psicoanalítico Internacional, expuso por primera vez algunas de sus propuestas.

La transferencia, tal como es descrita por Freud, se da en pacientes sanos o de la esfera neurótica, quienes desarrollan una relación con el terapeuta impregnada de forma simbólica por sus transferencias infantiles. Pero los pacientes graves necesitan vivir en la transferencia aquellas vivencias del pasado que no fueron recogidas por no tener capacidad para ello. No tiene que ver con el inconsciente reprimido, sino con lo que hoy llamamos memoria de procedimiento (Coderch, 2010, 2012, 2014). Freud había tomado consciencia de que la transferencia era, por un lado, una resistencia y, por otro, una forma particular de recordar. Pensamos que entender la transferencia como una resistencia es un error epistemológico. El paciente no se resiste, sino que repite algo que vivió sin saber qué fue. Winnicott parte, desde nuestro punto de vista, de Freud para entender la transferencia como una forma particular de recordar del paciente, pero lo que es muy significativo y distinto en Winnicott es que el paciente necesita las condiciones creadas por el analista, el sostén (*holding*), para que se pueda propiciar la transferencia como algo nuevo. Sin embargo, el terapeuta no es un mero receptáculo de la transferencia, sino que es también generador de ella. Su actitud, su persona real, su forma de estar con el paciente y sus intervenciones dan lugar a las condiciones para el despliegue transferencial, pero, a la vez, generan directamente reacciones emocionales en el paciente. Lo más relevante en Winnicott es que considera que son las fallas del analista en tanto sujeto las que disparan las situaciones transferenciales del paciente de aquello que vivió sin saber que había sido vivido.

Winnicott desarrolla esta idea sobre todo en «El miedo al derrumbe», diciendo:

La finalidad de este artículo es llamar la atención hacia la posibilidad de que el derrumbe ya haya sucedido cerca de los inicios de la vida del individuo. Este necesita «recordarlo», pero no es posible recordar algo que no ha sucedido aún, y esta cosa del pasado no ha sucedido porque el paciente no estaba allí para que sucediese. La única manera de «recordar», en este caso, es que el paciente experimente por primera vez esta cosa del pasado en el presente, vale decir, en la transferencia (1963b, p. 117).

En «El miedo al derrumbe», lo que Winnicott muestra es que el paciente vivirá las fallas del analista como algo tan real que pondrá en marcha sus vivencias traumáticas, de tal manera que podrá sentir las e incluso expresarlas. Si las fallas no son excesivas se podrán asimilar, y paciente y terapeuta podrán pensar en lo sucedido, vivirlo y comprenderlo. Se observa que esto no tiene nada que ver con la interpretación transferencial ortodoxa, especialmente promulgada por el grupo kleiniano y poskleiniano. Para ellos, es la interpretación transferencial lo que permite el cambio psíquico. El terapeuta le dice al paciente: «Vea cómo siente que yo le fallo, pero esto es una distorsión que su mente hace debido a lo que vivió en su pasado o creyó vivir, dado que incluso en el pasado podían

ser proyecciones de su propio mundo interno. Ahora cree que yo soy alguien que lo abandona, que no lo entiende y lo perturba».

Consideramos que son dos formas muy distintas de entender y utilizar la transferencia. Los autores actuales que practican el psicoanálisis relacional entienden la transferencia como una construcción nueva que se da entre los dos integrantes del proceso. Winnicott lo conceptualizó de esta forma bidireccional en su experiencia con pacientes con patologías severas. Nosotros pensamos que la transferencia es un fenómeno que surge de las vivencias del paciente y de su pasado, pero en la que también contribuye el analista en la situación terapéutica. En realidad, es un hecho que ocurre con todos los pacientes y conviene estar atentos.

En cuanto a la contratransferencia, Winnicott (1947), en su obra como psicoanalista, desplegó el concepto de *odio en la contratransferencia*. Entonces también se inspiró en la casuística de pacientes graves, psicóticos y límites, y en especial los relacionados con la delincuencia y con trastornos de la personalidad antisocial.

El odio de la madre hacia su bebé es una emoción y un sentimiento que aparece de forma natural en toda crianza. Aunque sorprenda por las connotaciones negativas que conlleva la palabra odio, Winnicott cree que es natural que la madre pueda sentir hostilidad hacia su niño, que la pueda pensar y comprender. El peligro es cuando el odio surge sin ningún tipo de reconocimiento por parte del adulto. Quizá dedicado a su supervisora, Melanie Klein, Winnicott cree que la madre odia a su hijo antes de que este pueda odiarla a ella (1947, p. 271).

Insta a los adultos a que reconozcan sentimientos hostiles hacia las personas que dependen de ellos. Creemos que la persona que puede sentir su odio y expresarlo es la que puede amar sin miedo a su propio amor.

En 1947 introdujo la idea de que el terapeuta puede sentir odio hacia el paciente, y que incluso puede verbalizarlo. El interés consiste en poder mostrar una franqueza contratransferencial que movilice al paciente. Al trabajar con chicos carenciados con tendencias antisociales, Winnicott supo en primera persona lo que se sentía cuando trataba de darles sostén y cariño con el fin de que pudieran tener una experiencia relacional válida. En muchas ocasiones estos chicos respondían con desprecio, robos e insolencias. Winnicott tenía motivos para sentir desesperación, odio y rabia; la ingratitud de estos jóvenes movilizaba en Winnicott sus aspectos menos educados y también más espontáneos. Una persona como Winnicott, proclive a la autenticidad, no podía sustraerse a la necesidad de comunicar a estos chicos los sentimientos que le despertaban. Las reacciones fueron también muy auténticas. Enfadarse con razón y comunicárselo a quien provoca el enfado da sentido a la relación. Muchos de estos chicos habían sido maltratados y carenciados, es decir, dañados y agredidos sin motivo alguno. El hecho de que alguien pudiera manifestar su agresividad hacia ellos daba sentido a los sentimientos. Si se puede odiar, también se puede amar y reparar el mal causado.

Para Winnicott, el sentimiento de reparación no procede tan solo del mundo interno, como postula Klein, sino que también emerge de las experiencias reparatorias que han

tenido lugar, es decir, cómo han reparado los sujetos significativos cuando han hecho daño al niño. Reparar lleva implícito siempre el reconocimiento del daño causado y la responsabilidad de la culpa. Sentir la contratransferencia, pensarla y compartirla, de alguna manera, con el paciente, fue una valentía de Winnicott que encontramos, en esencia, en el propio Ferenczi y que hoy los autores del psicoanálisis relacional han puesto en boga (Mitchell, Aron, Coderch, etc.).

3.4. Experiencias transicionales y mentalización

Por mentalización entendemos lo siguiente: «La capacidad de los seres humanos de interpretar y comprender las propias conductas y las de otros es una función cognitiva esencial para la convivencia e interacciones en un mundo social» (Martínez, 2011).

Según este autor, el concepto de *mentalización* fue tardamente introducido en la bibliografía psicoanalítica en el contexto de estudios sobre el desarrollo mental infantil, y de allí fue exportado al ámbito de la psicoterapia. Bateman y Fonagy (2006) consideran que la mentalización se relaciona de manera directa con la creación de un área transicional de relaciones en la que podrán desplegarse emociones y sentimientos. La transicionalidad para estos autores tiene el sentido de conectar las primeras experiencias mamá-bebé con la adquisición de la capacidad simbólica. Consideran que la psicoterapia debe estimular en el paciente el proceso de mentalización, y entienden que el fenómeno transferencial no solo es la repetición del pasado o un desplazamiento. Tal como había señalado Winnicott, la transferencia es una experiencia nueva entre paciente y terapeuta. Piensan que los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) viven la figura del terapeuta como algo real y actual, ya que tienen dificultad para acceder a la capacidad simbólica. Nosotros añadimos, siguiendo a Winnicott, que las características reales y actuales del terapeuta participan del proceso terapéutico con cualquier paciente. Lo que recomiendan Fonagy y Bateman es que el terapeuta debe aceptar ser real para el paciente en el caso de aquellos que padecen TLP; nosotros consideramos que debe ser así especialmente con este tipo de pacientes, pero que es necesario tenerlo en cuenta con todos los que siguen un proceso psicoterapéutico.

Es especialmente importante la distinción que se hace de mentalización explícita e implícita.

La mentalización implícita en la forma de comunicación no verbal y, lo más importante, no consciente para el terapeuta. En general, cualquiera que sea el contenido del diálogo, gran parte de la mentalización implícita es no verbal. Las expresiones faciales, la prosodia del lenguaje, los gestos y posturas son todas expresiones de lo que Allen y Fonagy (2002) llaman «responsividad sensible» en un contexto de apego y sintonía o empatía en un contexto terapéutico (Martínez, 2011).

Para estos autores y, en general, para buena parte de la bibliografía que discurre en esta línea, la relación entre lo implícito y lo explícito en psicoterapia es jerárquica, en la que la mentalización implícita es una especie de telón de fondo donde se desplegará la

mentalización explícita. Eventualmente, la explicación terapéutica servirá para iluminar lo implícito del proceso terapéutico.

El proceso terapéutico debe dar cabida a lo implícito y lo explícito e integrarlo para que el paciente puede realizar una redescrición representacional, es decir, que pueda tomar conciencia de los afectos y las contradicciones emocionales (Linehan, 1993; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard, 1991). El conocimiento inarticulado de la experiencia vivida nos permite dar sentido a las ideas y teorías; el conocimiento preverbal e implícito sería la raíz del conocimiento y de la razón explícita (Toulmin, 2001, citado en Allen y Fonagy, 2002).

Para Allen y Fonagy (2002), la meta de la psicoterapia, orientada psicoanalíticamente, no es alcanzar *insights*, es decir, ampliar el conocimiento de uno mismo, sino fortalecer la capacidad para llevarlos a cabo. Pero, ¿cómo lo hace un terapeuta? ¿Cómo se integran, en medio del proceso y en un momento cualquiera de la psicoterapia, lo explícito e implícito de la mentalización, sea esta del paciente o del terapeuta?, se pregunta Martínez (2011).

La capacidad de pensar en los propios procesos emocionales y mentales ha sido uno de los objetivos principales del psicoanálisis desde Freud. El apotegma que figura en el frontispicio del templo de Apolo, «Conócete a ti mismo», fue la brújula que marcó el rumbo del creador del psicoanálisis. No se trataba tan solo de eliminar estados mentales perturbadores, o de hacer desaparecer síntomas inadecuados, sino de entrar en un proceso de comprensión y de significación, de hacerse preguntas para ir adentrándose en las respuestas. En el mejor estilo de la mayéutica de Sócrates, las preguntas eran más importantes que las respuestas. El objetivo era el conocimiento sobre la propia persona, y conocer a la persona era indagar en su mente y en su contexto, como nos enseñó Ortega (1914). En general, los humanos solemos tener el deseo de conocer la mente propia y la ajena, y probablemente el orden primero sea conocer al otro, con el que estoy y de quien dependo, para saber qué manos son las que me sostienen, y más tarde tendré el trabajo de irme aclarando conmigo mismo. La necesidad de conocimiento del otro en tanto que ser vivo, emocional e intencional me conduce a darme cuenta de que yo también tengo un interior mental, emocional e intencional.

El psicoanálisis desde su inicio nos habla de *insight* para referirse a la capacidad de introspección, al hecho de buscar dentro de uno mismo, para comprender y comprendernos. El *insight* necesita las funciones cognitivas, pero debe estar intrincado con la emocionalidad; precisa la capacidad para sentir, pensar y comprender dentro de lo posible. Se lo relaciona al preconscious porque tiene que ver con captar algo que no es accesible directamente a la consciencia. La psicología atrae a gran parte de la población debido a la necesidad de indagar, de buscar, de conocer para poder después comprender; se trata de un fenómeno inherente a la mayoría de nosotros (Sáinz y Cabré, 2012).

Winnicott entiende el proceso de maduración del niño, desde su desarrollo emocional primitivo, como la continua interacción entre dos o más personas que tienen una mente propia, que, a la vez, no está aislada, sino en conexión con otras mentes.

Veamos qué dice Winnicott de estas fases primitivas del desarrollo:

Podemos decir que, en esta fase, un bebé, en sus juegos, adquiere la capacidad para demostrar que comprende que tiene un interior y que las cosas proceden del exterior. Demuestra que sabe que se ve enriquecido por lo que incorpora (física y psíquicamente). Más aún, demuestra que sabe que puede librarse de algo cuando de este algo ha obtenido lo que de él desea. Todo esto representa un gran avance. Al principio solo se alcanza de vez en cuando, y cada uno de los detalles de este avance puede perderse en forma de recesión debida a la angustia. El corolario de esto es que ahora el pequeño da por sentado que su madre también posee su interior, que puede ser rico o pobre, bueno o malo, ordenado o confuso. Así pues, el pequeño empieza a preocuparse por la madre y su cordura, y sus estados de ánimo. En muchos niños, a los seis meses existe una relación como la que hay entre las personas normales. Ahora bien, cuando un ser humano siente que es una persona relacionada con los demás, entonces es que ya ha viajado mucho desde su primitivo desarrollo (Winnicott, 1945, p. 203).

En «La capacidad para estar solo» (Winnicott, 1958), nos sumerge en lo que Freud y otros autores como Melanie Klein llaman «el mundo interno». Para Winnicott, la soledad siempre se relaciona con la interacción-vinculación con el otro, por lo que la soledad y los sentimientos que se desprenden dependen siempre de la relación con alguien. Es cierto que en la concepción psicoanalítica clásica hablamos del interjuego de proyecciones e introyecciones y, por tanto, que la construcción del mundo de los llamados objetos internos surge de la relación que se mantiene con el objeto externo. Para el psicoanálisis clásico, la mente surge de la dialéctica entre lo pulsional y lo relacional, y desde el punto de vista teórico estamos completamente de acuerdo. La diferencia reside en que nosotros pensamos, siguiendo a Winnicott, que la relación del niño con las personas reales no solo sirve para contener los impulsos, sino que también la respuesta y las características de los cuidadores organizan la experiencia emocional propia. Podríamos incluso afirmar que la experiencia con el exterior se instala en el interior como una pulsión biológica determinante, no al revés. En realidad, para Winnicott las pulsiones derivadas del ello no tienen ningún sentido hasta que existe un yo capaz de contenerlas y de pensarlas, y el yo empieza a existir cuando el entorno actúa como auxiliar de este ofreciéndole su capacidad para sentir y para pensar. La capacidad para estar a solas se desarrolla a partir de la experiencia repetida de estar con alguien que te protege y, a la vez, te permite tu propio ensimismamiento. Estar solo en presencia de alguien que te contiene permite desarrollar la relación con uno mismo.

En el magistral trabajo ya mencionado, Winnicott (1949a) nos habla de las diferencias entre la mente y el psique-soma. La mente, tan necesaria para pensar y comprender los sentimientos, puede convertirse en un problema para las emociones, los sentimientos y la espontaneidad. El concepto de mentalización surge de la escuela francesa de psicósomática (Marty, 1963), relacionado con la alexitimia, la incapacidad para expresar emociones a través de las palabras. Sin embargo, lo verdaderamente significativo no es la imposibilidad de expresar, sino la incapacidad para realizar nexos entre los acontecimientos y las emociones, es decir, en todo lo que tiene que ver con los sentimientos. Para la escuela francesa, el pensamiento operatorio, o concreto, está relacionado con la inactividad del preconscious. Es decir, algo se mantiene en el inconsciente y algo se registra en el consciente, pero no hay nexos entre ellos. La persona vive «ignorante» de la repercusión que tienen los acontecimientos en su mundo

emocional. El *insight* no puede activarse; faltan los puentes necesarios que nos permiten sentir para luego poder pensar. Para Winnicott (1963d), la persona tiene miedo de vivir algo que en realidad ya sucedió, pero que no estaba allí para registrarlo en su conciencia. Esta paradoja, muy propia de Winnicott (Clancier y Kalmanovitch, 1984), nos transporta a la idea de poder recordar algo que en realidad no acaeció. Se tiene conciencia de los traumas que han tenido lugar cuando la persona los puede recordar de manera consciente: duelos, malos tratos, abusos de cualquier índole, pero nadie puede registrar algo que debiera haber pasado y no pasó, por ejemplo, todo lo que tiene que ver con la resonancia emocional del entorno.

«El trauma de lo que no sucedió» (Winnicott, 1963d). Cuando se puede tomar conciencia de ello, la persona puede decir: «Ahora veo que mi madre nunca me trató con cariño, es como si yo no significara nada para ella. Es posible que no pudiera sentir sus propias emociones. Creía que me quería, pero yo nunca había experimentado esa sensación de ser amada por ella. Ahora comprendo qué es eso de amar a los hijos por mi propia experiencia como madre» (palabras de una paciente en el tercer año de psicoterapia). Winnicott piensa que hay que ayudar al paciente a que entienda que el miedo que tiene a experimentar determinadas emociones procede del pasado. Lo que teme que suceda en realidad ya tuvo lugar. Volver a un estado de no integración cuando la vivencia es la de no ser sostenido es algo muy difícil de soportar. Para Winnicott, el paciente se defiende de este miedo a través de la desintegración. Otra paradoja: la desintegración es una defensa para no vivir (de nuevo) una experiencia impensable. Si se le ofrece al paciente un encuadre adecuado que le proporcione la experiencia de ser sostenido y comprendido, este podrá dejarse llevar y podrá sentir las emociones que luego podrán ser pensadas y llevadas a la conciencia. En casos graves no conviene dejarse llevar por la idealización de nuestras capacidades como terapeutas, ya que nuestro trabajo proporciona bases para la contención y la reparación de experiencias infantiles, pero hay daños que una vez han sido causados y se han instalado en las entrañas del sujeto no se pueden modificar por una nueva experiencia, por adecuada que esta sea. En el trabajo sobre el miedo al derrumbe, publicado póstumamente, Winnicott argumenta que el paciente tiene miedo a vivir un derrumbe ya vivido, pero no vivenciado. Se le ofrece, por tanto, la posibilidad de atreverse a derrumbarse con la esperanza de que esta vez sea sostenido y, sobre todo, reconocido. El paciente ahora puede sentir que se encuentra con un analista suficiente e insuficientemente bueno, capaz de ayudarlo y, a la vez, de reconocerle sus propias fallas. Si el analista reconoce su implicación en el bienestar y también en el malestar del paciente, le da un margen a este para que sienta su propia implicación emocional. Es algo muy diferente al enfoque clásico en el que el analista muestra al paciente sus proyecciones para que este se haga cargo de su funcionamiento con los demás. No es que creamos que está mal, sino que es insuficiente.

Para Fonagy (2005), la mentalización es la representación simbólica de los estados mentales, y la relaciona de manera directa con la cualidad de los vínculos afectivos. Lógicamente, la capacidad para sentir y comprender el mundo emocional proviene de las

experiencias con personas capaces de sentir y comprender el suyo propio. La empatía es la forma más primaria de identificación con el otro, y para Freud (1921) era el primer lazo de amor.

Para Fonagy, los traumas vividos, por ejemplo todo lo que tiene que ver con el maltrato, dificultan la capacidad para la mentalización. Para Winnicott, cuando el niño se siente en peligro de no ser sostenido por sus adultos, desarrolla un falso *self* que en algunas ocasiones se convierte en una mente separada del psique-soma (1949). La actividad hipertrofiada de la mente le sirve al sujeto para protegerse, pero le impide mentalizar y simbolizar su sufrimiento.

Cuando hay un entorno de confianza, lo que Bowlby llama un vínculo y una base segura (1969), la criatura puede dejarse ir sin miedo. Ghent (1983) sugiere que lo contrario del amor es el miedo, inspirado en Winnicott cuando afirma que el niño se permite su gesto espontáneo cuando la madre sale al encuentro, no imponiendo sus propias dificultades (1960b). Cuando el niño ataca al objeto, este debe sobrevivir sin aniquilación ni venganza. La tendencia del niño puede ser agresiva o destructiva, pero lo importante es que el objeto tenga la capacidad de sobrevivir (Winnicott, 1968). Es más importante la cualidad del objeto (sujeto) de ser capaz de sobrevivir, que la tendencia destructiva del niño.

Los niños mal cuidados y maltratados no son reconocidos en sus necesidades afectivas, por lo que tampoco están legitimados para sentir sus propias emociones. En esos casos, el niño no puede discernir si las dificultades de su entorno y de los adultos que lo componen han sido causadas por él o, por el contrario, forman parte de las características naturales de este. No saber si ha sido el propio niño el que ha causado la depresión de su madre o el maltrato al que es expuesto, o no poder comprender que es la madre deprimida la que no puede-no sabe-no quiere tratar adecuadamente a su hijo cambia de la noche a la mañana la percepción que uno tiene de sí mismo y de los demás.

Las interpretaciones psicoanalíticas, si se dan, deben ser cuidadosas y, sobre todo, contribuir al establecimiento y mantenimiento de un encuadre óptimo, como señalaron Armengol y Hernández hace algunos años (1991). Si estropean lo que tiene que ver con la confiabilidad, dañan el proceso de restauración del *self*, por utilizar una expresión de Kohut (1980).

Sostenemos que la capacidad para la mentalización de los procesos emocionales, mentales y relacionales se construye a partir de los vínculos afectivos y, en especial, si estos han hecho posible las vivencias que se desprenden de las experiencias transicionales. La inmensa riqueza de las experiencias transicionales reside en que no hay una imposición, un protocolo a seguir. La figura adulta cuidadora se sumerge en una relación con su pequeño, sin miedo a la fusión ni a la confusión, dispuesta a aprender del niño, escuchándolo y escuchándose a sí misma. Es preciso contar con la flexibilidad suficiente para poder rectificar y ser capaz de aceptar no ser una figura perfecta, sino suficientemente buena, que incluya al mismo tiempo la insuficiencia (Sáinz y Cabré, 2012).

La figura adulta cuidadora puede entender que su niño está en un estado de máxima dependencia, que necesita de un amor incondicional, amor primario (Balint, 1968), y que es preciso sostener al bebé para que viva la experiencia transicional de que él crea el mundo con el que se relaciona. La figura adulta cuidadora sabe que no puede dejarlo solo más tiempo del que el pequeño pueda resistir y perder dentro de él la relación con el cuidador (objeto externo). Deberá prestarle su mente o su capacidad para pensar y sentir, incluso para defenderse, para que él pueda ir desarrollando su forma particular de sentir, pensar y defenderse. Si la mente del niño no ocupa demasiado lugar es porque la confianza se ha ido instalando, momento en que la criatura está preparada para las vicisitudes que la vida le va a deparar; podrá entonces vivir la desilusión de la omnipotencia y enfrentarse a las frustraciones, reconociendo la dependencia. Cuando esta es absoluta, no puede haber reconocimiento de ella. Cuando empieza el reconocimiento de la existencia del otro como facilitador y proveedor de las experiencias emocionales es cuando se puede reconocer cierta dependencia del otro, y el proceso avanza hacia la integración del *self*.

Para Winnicott (1949), lo emocional, que él llama psique, está ligado a lo corporal. Los cuidados corporales incluyen las funciones alimenticias, de aseo, caricias, besos... acompañadas de un sostén emocional, de cariño. La figura materna trata de entender los estados emocionales del pequeño a través de las señales que este envía. Si todo va bien, como ya hemos dicho, la mente del niño se vincula con la unidad psicosomática. Las sensaciones, las emociones son algo que se puede sentir y pensar por una mente que está vinculada a ellas. La mentalización representa la capacidad para vincular estos aspectos entre sí; es cuando los sentimientos se van organizando, vinculados a las experiencias y a las representaciones mentales que se tiene de ellas.

La mentalización implícita tiene lugar porque se rememoran estas experiencias sutiles que tienen que ver con los cuidados más que con las palabras, aunque se necesitan ambos elementos. El tono y timbre, la prosodia de la voz, la textura de las manos, los olores, la mirada de reconocimiento del pequeño, el intento de entender la comunicación preverbal, todo ello es lo que Winnicott llama la unidad psique-soma; la palabra da sentido a la experiencia, como si fuera una especie de colágeno, y la mente lo puede procesar. Todo ello predispone la capacidad para mentalizar.

3.4.1. El papel del trauma y de las carencias afectivas en los procesos de mentalización

Las malas experiencias vividas en la infancia siempre son relacionales y tienen una gran repercusión en la salud mental y en la configuración del cerebro. Los malos tratos físicos y psíquicos, y el abuso sexual en familia, o cercano a la familia, actúan como una agresión y un maltrato de suma relevancia. Hay otra forma de maltrato no reconocida visiblemente, la que proporcionan familias en las que los afectos y las emociones no están reconocidos ni bien llevados, con las repercusiones que esto conlleva. La muerte de

un progenitor que no ha sido sustituida por alguien adecuado o el suicidio de algún miembro de la familia que no ha podido ubicarse y reconocerse de una forma clara son formas de generar un malestar difícil de procesar. Estas experiencias traumáticas en las que el entorno no sale al encuentro con naturalidad van a interrumpir y dificultar seriamente las capacidades mentalizadoras, como Fonagy y colaboradores han demostrado en sus investigaciones. Las malas experiencias que dan pie a situaciones traumáticas actúan en la vida mental como auténticas carencias. Así, en lugar de proteger y facilitar el crecimiento, lo dificultan y entorpecen.

Las carencias afectivas excesivas en la infancia (Talarn, Sáinz, Rigat, 2013) estimulan el malestar y la psicopatología. No queremos decir que la psicopatología dependa en exclusiva del sufrimiento derivado de las carencias, pero sí que juegan un papel primordial en la construcción de la persona y de los colectivos. Una forma de hacer frente a las carencias es construir defensas. Estas son necesarias para no sucumbir al dolor, pero a la vez pueden llevarnos a un sufrimiento mayor.

Una forma defensiva y psicopatológica de hacer frente a la carencia la representan las llamadas personalidades psicopáticas o antisociales. Son una reacción posible al daño recibido. Beben de las aguas de la frialdad de lo esquizoide y se nutren de la arrogancia de lo narcisista. La sociedad capitalista y mercantilista, que hemos denominado de perfil bajo, las auspicia y las protege. Las personalidades con tendencias psico y sociopáticas (también llamadas por el DSM antisociales) buscan el beneficio propio, no colectivo, carecen de empatía por las necesidades ajenas y son conscientes de lo que hacen, por qué lo hacen y de las repercusiones que tienen sus actos. Carecen del sentimiento de culpa, e incluso del de vergüenza, lo que les lleva a tener un nivel bajo de ética; predomina la falta de solidaridad con los demás y, por tanto, carecen del respeto necesario para la convivencia entre personas.

Para no sentir las carencias vividas han desarrollado un sistema defensivo que ha cristalizado y se ha convertido en la estructura de su personalidad. En realidad, es un «falso *self*» en el sentido de Winnicott (1960), el verdadero *self* o, dicho de otro modo, lo más auténtico de la persona permanece oculto; aquello que tiene que ver con la fragilidad, con la capacidad de sentir pena con el reconocimiento de necesidad, permanece oculto y puede incluso llegar a desactivarse, ganando terreno el falso *self*, hasta incluso convertirse en el único *self*. El triunfador, el lobo de las finanzas, el que no tiene escrúpulos, el que Tizón llamaba en 1982 el ejecutivo-agresivo-nunca-deprimido, producto de una sociedad mercantilista y descarnada de lo afectivo y de lo emocional de las relaciones humanas, puede ser un falso *self* que actúa como un único *self*.

Las capacidades elaborativas no pueden darse porque no se puede dar la capacidad reflexiva. No han sido posibles las experiencias transicionales, y la omnipotencia ha quedado instalada y disociada de las necesidades emocionales propias. La falta de empatía que el entorno probablemente ha tenido con el sujeto ha conducido a una falta de empatía con los demás y, por tanto, con uno mismo. Puede idolatrar, idealizar e idealizarse, pero no puede amar y ser amado. Los estados de dependencia son atacados y no reconocidos. Otra salida defensiva y psicopatológica es todo lo que tiene que ver con

trastornos de personalidad: el trastorno límite de la personalidad, o personalidades esquizoides, paranoides o dependientes, entre otras.

Lo que observamos en las personalidades límite es una tendencia a la acción que sustituye al pensamiento, una gran dificultad para tolerar la frustración. El TLP no se permite ni siquiera sentir la frustración y luego defenderse de ella; la defensa aparece antes de que actúe aquella realidad que pueda frustrarle, por lo que expulsa toda posibilidad de reflexión, defendiéndose así de las ansiedades depresivas. Nos preguntamos: ¿qué tienen en común estas estructuras de personalidad? Un funcionamiento escindido, desconectado; en palabras de Winnicott, un funcionamiento no integrado. Los procesos de integración están alterados. La constancia de los cuidados, la continuidad existencial, la unidad psicosomática, que incluye, como hemos dicho, la conjunción de sensaciones, emociones y sentimientos, unida a la capacidad cognitiva y mental para procesarlos, actúan de manera escindida. Todo ello nos lleva al funcionamiento descrito por Marty y colaboradores (1963) como pensamiento concreto u operatorio. La característica principal del pensamiento concreto es la desconexión, la no integración de experiencias y la bidimensionalidad en la que se asienta, por lo que no tiene acceso a lo simbólico.

La psicoterapia debería proporcionar una experiencia que cree un espacio transicional donde sea posible el juego y las experiencias transicionales, que promuevan un vínculo afectivo basado en la confianza. Si esto es posible, el pensamiento concreto puede evolucionar hacia la función reflexiva y la mentalización. No obstante, entendemos que hay personas que han sufrido experiencias traumáticas, ya sea de forma puntual o continuada, y que su entorno de relación ha reaccionado con comprensión, ayudándoles a la expresión de su sufrimiento y a legitimar su malestar. De esta forma, el sujeto puede ubicar su sentimiento de culpa y de vergüenza, sin que estos aniquilen su verdadero *self*. Entonces podemos decir que han tenido lugar las experiencias transicionales. Significa que la figura adulta cuidadora ha respetado la subjetividad de la persona traumada, y también que juntos han podido objetivar el daño causado y las repercusiones que ha tenido para su vida personal. En psicoterapia se intenta generar un espacio donde sea posible la experiencia transicional. El terapeuta reconoce al paciente el dolor que ha acontecido, sea este consciente o no; reconoce las defensas que se manifiestan, trata de objetivar lo ocurrido para disminuir la omnipotencia del paciente, aquilatando la responsabilidad de este de una forma proporcionada a los hechos.

El denominador común es el respeto a los sentimientos y emociones, y ayudar al paciente a que los pueda conectar con sus necesidades naturales, es decir, con su verdadero *self*.

3.4.2. Los ángulos ciegos de la personalidad. Otro escollo para la mentalización

Proponemos el concepto de «ángulo ciego de la personalidad» a aquella parte del funcionamiento mental propio que uno no puede visualizar como tal. En los trastornos de la personalidad el ángulo ciego es estructural, es decir, se encuentra en el núcleo de la personalidad. Nos referimos a ángulos ciegos que se hallan en cualquier personalidad, por sana que sea. El sujeto no puede dialogar con esa parte porque no reconoce su existencia, por lo que no puede considerarla como propia. No depende de los contenidos mentales en sí mismos, sino de que estos se encuentran dentro del ángulo ciego de la personalidad. Las otras personas pueden verlo en el sujeto y darse cuenta de su funcionamiento mental y relacional, pero este no puede identificarlo como algo propio. Podríamos hablar de un mecanismo de negación. Se niega el contenido porque se halla dentro del ángulo ciego. Sin embargo, la negación puede no afectar a otras áreas o a otros contenidos. Es difícil abordarlo a través de la función reflexiva y de la mentalización, incluso dentro de un trabajo terapéutico. Se puede contrastar y hacer notar cuando el paciente, sin saberlo, nos proporciona datos de su existencia. Lo implícito podemos volverlo explícito; sin embargo, es posible que en el mejor de los casos el paciente lo entienda, pero que no pueda identificarlo como algo de su propio *self*.

En personas con escaso nivel de psicopatología observamos que, en general, presentan un buen funcionamiento con ellos mismos y con los demás, incluso con capacidad para sentir empatía y con un adecuado nivel de *insight*; sin embargo, cuando sucede algún evento que moviliza contenidos que están dentro del ángulo ciego de la personalidad estos son ignorados, como si no existieran. Hace pensar en el ángulo muerto de los coches; aquello que se encuentra dentro de dicho ángulo no es visible, no existe.

Una persona que puede ser sensata, que puede incluso ser un excelente teórico de la mente humana, o un terapeuta experto, puede no darse cuenta de su rivalidad enfermiza con algunas personas. Puede experimentar sentimientos de envidia, celos y desprecio que no son vivenciados como tales. Aparece el malestar, pero no se puede hacer función reflexiva o mentalizar de dónde procede, por lo que no se identifican como sentimientos concretos. La persona puede en otros momentos sentir tales sentimientos y reconocerlos; en este caso porque se han dado fuera del ángulo ciego. Entonces pueden ser vistos y reconocidos. Cuando esta amalgama de emociones y sentimientos están tan adheridos no pueden ser ni observados ni vivenciados por el sujeto; sencillamente no existen. Sin embargo, puede reconocerlos en un sujeto externo. El psicoanálisis clásico lo define como una proyección en otro de lo que uno no puede ver en sí mismo. Lo que queremos decir es que provienen de una «ceguera» del sujeto, por lo que puede verlo en un sujeto externo, pero no en él mismo. Cuando se trata de una proyección, desde el punto de vista de la práctica psicoterapéutica, el terapeuta puede mostrárselo al paciente, y este puede reflexionar y aumentar sus capacidades para la mentalización, pero cuando se parte de dicha ceguera, el paciente puede escucharlo, pero probablemente no le sirva para el progreso terapéutico.

Dejamos abierta la posibilidad de estudiar que puede que haya aspectos saludables que también pueden permanecer en el ángulo ciego. La persona no reconoce unas cualidades

propias que, sin embargo, se dan en sus relaciones interpersonales. Los ángulos ciegos de la personalidad no son elementos disociados, y tampoco reprimidos; son elementos que se han forjado dentro de la misma personalidad, que forman parte de ella y, en gran medida, por ello no pueden ser observados. Queremos decir que son elementos ego-sintónicos, no son susceptibles de autocrítica. Puede existir una sensación ego-distónica que causa malestar por algo que se repite o que suelen decir los demás de uno mismo, pero el sujeto no llega a tener conciencia real.

A una persona con un alto nivel de narcisismo no se le puede hacer ver que es narcisista, de igual forma que a una persona con un pensamiento concreto es muy difícil explicarle su funcionamiento concreto, porque no podrá entenderlo. Pensemos en cualquier universidad de las llamadas prestigiosas del mundo. Un profesor puede enseñar psicopatología, explicar muy bien los trastornos de la personalidad, hablar del trastorno narcisista, tener él mismo todas las características de dicho trastorno y no tener ninguna conciencia de ello. Podríamos hablar de aspectos infantiles, inmaduros, pero que se han quedado solidificados en la mente. Ya no evolucionan, salvo que en algún momento alguien pueda ayudar al sujeto a ponerse en contacto con ellos.

Todos los intentos terapéuticos de llevar al paciente a la mentalización de su sufrimiento tienen que ver con la posibilidad de poner en contacto elementos escindidos de la personalidad. La forma de hacerlo es a través de la función reflexiva, es decir, de la reflexión compartida y cocreada entre el paciente y el terapeuta. Los ángulos ciegos de la personalidad, en tanto que forman parte de la memoria de procedimiento, solo pueden ser abordados por la mentalización implícita, y esta solo se puede llevar a cabo construyendo un vínculo terapéutico afectivo basado en la confianza mutua. La mentalización implícita, como hemos dicho antes, no depende de la interpretación, sino de las vivencias directas que se dan en el vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta. Está más próxima de lo que Stern (*et al.*, 1998) llama momentos de encuentro y de los *enactments* (puesta en escena) que estudia el psicoanálisis relacional actual.

Los ángulos ciegos de la personalidad esconden contenidos mentales a los que la persona no tiene acceso, tal como hemos señalado. Nos podríamos preguntar entonces: ¿qué sucede con estos contenidos? Una respuesta posible sería que se proyectan en un objeto externo. Sin embargo, es posible que se puedan observar en otras personas sin que por ello sean una proyección, sino una adecuada percepción del otro. Lo verdaderamente relevante es que el sujeto puede reconocerlos en otras personas por su agudeza y su capacidad de observación y no reconocerlos cuando se dan en sí mismo. Nos referimos a que si el sujeto del que hablamos fuera un psicoterapeuta en ejercicio, podría estudiar determinados aspectos en sus pacientes, e incluso comprenderlos de una forma adecuada. Es en su propia persona donde no puede reconocerlos, y no por el tipo de material en concreto, sino porque se encuentran dentro de los ángulos ciegos de su personalidad.

La organización de estos ángulos ciegos se produce en las vivencias evolutivas y son, de alguna manera, biológicos. Nadie puede tener una visión analógica de 360 grados, ni siquiera la cabina de un avión o los retrovisores de un vehículo.

En los trastornos de la personalidad, en general existe una predominancia del pensamiento concreto operatorio. Es como si la mente no se hubiera estructurado en consonancia con la emocionalidad ligada a la experiencia somática. Como hemos señalado, Winnicott lo explica en su trabajo *La mente en relación con el psique-soma*. Tal vez sea la misma experiencia con la que se encontraron los autores de la escuela psicosomática de París. Para ellos, el paciente psicosomático auténtico no poseía la cualidad del trabajo del preconsciente, por lo que las vivencias se sentían en un plano somático, y las emociones eran vividas en el mismo nivel corpóreo. La mente no es capaz de unir los estados anímicos con las sensaciones corporales y las emociones. Pensamos que este tipo de funcionamientos no solo se da en el paciente psicosomático que estudiaban los autores del instituto de psicosomática de París, sino que aparece en muchos sujetos, incluso en algunos que no presentan ninguna psicopatología específica. Sostenemos, sin embargo, que en las estructuras de personalidad patológica la predominancia del pensamiento concreto u operatorio es un hecho clínicamente constatado, y, en gran parte, por ello aumenta la dificultad de ayuda. Es muy difícil tomar conciencia de las propias dificultades de una forma integrada cuando predomina el pensamiento operatorio. La función reflexiva y la mentalización se convierten en una labor difícil. Para comprender esto que afirmamos, basta con estudiar personalidades narcisistas, esquizoides, paranoides, límites, antisociales, etc.

El ángulo ciego de las personalidades más sanas representa un área que tiene un funcionamiento autónomo no reconocido; cuando se da en personalidades más patológicas creemos que es el *self* el que está comprometido de una forma global. Podemos pensar que esta ceguera que está adherida a la estructura del propio *self* tiene lugar cuando el entorno no ha podido empatizar con algunos estados emocionales en la infancia. Aquello con lo que los cuidadores no han podido empatizar puede sencillamente no desarrollarse como una función propia. Es probable que esta sea la razón por la que se configuran los ángulos ciegos de la personalidad. Aquello que no ha tenido una traducción por parte del entorno no se puede nombrar.

Puedes captar el ángulo ciego de una persona con la que te relacionas cuando se da cierto vínculo y una asiduidad en la relación. Notas que hay algo de ella que no se puede abordar, ni siquiera evidenciar. Se siente a un nivel implícito; la persona en cuestión no lo expresa verbalmente. En psicoterapia, el terapeuta capta los ángulos ciegos de su paciente cuando tiene experiencia relacional con él, aunque también puede suceder que permanezcan desapercibidos. Winnicott afirmaba que el analista podía estar tratando un falso *self* sin darse cuenta y creyendo que estaba haciendo un buen análisis. En este sentido, el terapeuta no percibe el ángulo ciego del paciente porque este no se manifiesta a través de la palabra, y para ser consciente de él se necesita una relación larga y vincular que a veces no es posible.

3.5. El *squiggle*, paradigma gráfico de la intersubjetividad winnicottiana

El juego del garabato (*squiggle game*) es una variedad de juego espontáneo, creada por Winnicott en su trabajo clínico para favorecer el contacto y la comunicación terapéutica, sobre todo con niños y adolescentes. Se trata de una técnica gráfica sin reglas en la que, de manera alternativa, el terapeuta y el paciente realizan sus garabatos, que son transformados (intervenidos, completados, etc.) por el otro miembro del juego. El juego del garabato es un entredós en el que los interlocutores gráficos se aplican en un proceso de juego creativo cuyo resultado es una creación transicional de autoría compartida. Su función es establecer contacto con el paciente, lograr que despliegue su capacidad de jugar –desde el área de ilusión (omnipotente) al espacio transicional (compartido)–, asociada a su capacidad para usar al terapeuta. El objetivo terapéutico consiste en facilitar la comunicación con el paciente, es decir, tomar contacto con las fantasías y conflictos del paciente y, por ende, favorecer su integración psíquica (Lacruz, 2011, p. 492).

Esta definición tan precisa que realiza Lacruz sobre el *squiggle* nos permite comprender la importancia que Winnicott otorga a la interacción y comunicación con el paciente. Más allá de las palabras, es preciso comunicarse de una manera bidireccional. No se trata de que el terapeuta entreviste a su paciente para obtener datos, impresiones o anamnesis, sino que el acento se pone en que ambos, tanto terapeuta como paciente, desde el primer momento, deben compartir y crear juntos una experiencia intersubjetiva. Dicho de otro modo, en una primera entrevista ambos integrantes tratan de conocer al sujeto con el que se encuentran, uno para saber qué puede hacer para ayudarlo y el otro para saber si se va a dejar ayudar por ese ser, llamado terapeuta o psicoanalista. La idea de Winnicott es crucial y paradigmática de la intersubjetividad. Ofrece al paciente la posibilidad de dibujar trazos de forma espontánea, sin premeditación, que serán continuados por el terapeuta según su propia espontaneidad. Paciente y terapeuta ponen de sí mismos, conscientes de que existe una mutualidad, una bidireccionalidad entre ambos. A nuestro entender, el papel en el que dibujan, en el que uno hace trazos y el otro completa, da lugar a la construcción de experiencias transicionales; es el juego entre ambos en estado puro y crea un campo intersubjetivo. La utilidad de esta experiencia para el conocimiento por parte del terapeuta sobre su paciente pasa a un segundo plano. El primer plano está ocupado por el deseo de establecer una conexión franca y directa entre ambos protagonistas.

Winnicott escribe sobre el *squiggle* en su libro *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry* (1971b), traducido como *Clínica psicoanalítica infantil*. Winnicott introdujo esta forma de proceder en la consulta pediátrica del Paddington Green Children's Hospital de Londres, donde trabajó durante más de cuarenta años. Winnicott afirma:

Es siempre una satisfacción cuando un niño utiliza su propio garabato, de modo que su dibujo es totalmente personal. El dibujo hecho por un niño y basado en su propio garabato es muy diferente de cualquier otro que pueda hacer como dibujo o cuadro (Winnicott, 1971b, p. 129).

Lo fundamental es que el *squiggle* se ubica en el terreno de los fenómenos transicionales; pertenece al espacio potencial en el que se desarrolla del juego y, por supuesto, no se refiere a un juego con reglas, sino a la capacidad de jugar que se produce

de forma espontánea. Winnicott dudó a la hora de divulgar el *squiggle* por el temor a que alguien lo estandarizara como un test proyectivo al uso y se perdiera el motivo por el cual fue ideado: conseguir la interacción con el paciente y construir un espacio de confianza mutua. No nos consta que nadie haya llevado a cabo ninguna estandarización del *squiggle*.

3.6. La regresión. Winnicott y Balint

Es evidente que el término «regresión» ha tenido un gran interés. Laplanche y Pontalis (1968) lo definen como: «Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en el sentido inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente» (p. 358). Para Freud (1900, 1914), la regresión es un mecanismo de defensa, y su utilización es considerada de forma patológica. Se «regresa» porque no se es capaz de hacer frente a las ansiedades correspondientes. La regresión puede relacionarse con otro concepto freudiano introducido en 1914, la compulsión a la repetición, que unos años más tarde, en *Más allá del principio del placer* (1920) y en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), se convierte en un derivado de la pulsión de muerte y tiene una categoría de resistencia. La resistencia a avanzar y evolucionar lleva al individuo a la regresión como una forma de no hacer frente al crecimiento y a la repetición, volver a formas conocidas, aunque sean nocivas para la salud.

Desde nuestro punto de vista, podemos aceptar que existen tendencias regresivas como expresión psicopatológica, al igual que determinada persona puede estar encallada en un bucle repetitivo que perpetúa una forma enfermiza de estar en el mundo, de la misma manera que la elección de pareja puede estar dominada por la compulsión repetitiva o ciertos estados regresivos. Pensamos, de acuerdo con el pensamiento winnicottiano y relacional, que estas tendencias regresivas son formas de protegerse de algún sufrimiento acontecido o que la persona cree que está por acontecer. Estos fenómenos, una vez más, no se pueden separar del entorno en el que se produjeron y se producen, de los contextos que hemos aludido en otro apartado y de la resonancia emocional que han tenido las personas emocional y relacionalmente significativas para el sujeto.

Winnicott, de la misma manera que hizo Balint, otorga a la regresión el carácter de «segunda oportunidad» (Balint, 1968) y una forma de volver a un estado de dependencia donde el entorno pueda hacerse cargo de las angustias vividas.

En el excelente capítulo de Abelló y Liberman (2011), dedicado a la regresión, se afirma:

Winnicott partirá del supuesto de que las problemáticas clínicas de falso *self* requieren para su tratamiento una regresión a la dependencia en el marco analítico, regresión que permite que se actualicen (o pongan en juego) las fallas ambientales tempranas que se encuentran en el origen de estas patologías, dando lugar a lo que él denominará una segunda oportunidad para el desarrollo (p. 235).

En este párrafo están sintetizadas las ideas de Winnicott sobre la regresión. Por un lado, se relaciona con el falso *self*. Es posible encontrar el verdadero *self* si se reconoce que el falso ha sido construido para su protección, como hemos apuntado en el capítulo correspondiente. Para hallar lo esencial del *self* es preciso regresar a un estado de dependencia (absoluta), que es tanto como volver a un estado de no integración. Se dará una segunda oportunidad si el sujeto siente que se encuentra en «buenas manos» y confía en el entorno y la persona o personas con las que se encuentra. Si nos referimos a la psicoterapia, hablamos de las condiciones del encuadre, que incluye las variables externas y las que aporta el propio terapeuta como profesional y como persona subjetiva. El sujeto en regresión está buscando la forma de vivir de nuevo esas experiencias traumatizantes, ahora con plena conciencia. Abelló y Liberman destacan que las fallas ambientales estarán ahora activas (añadimos, presentes y reales), por lo que se les podrá hacer frente y, lo más importante, referirse a ellas.

Winnicott explicó con suma profundidad estas ideas en su trabajo de 1963, que se publicó años más tarde con el título de *El miedo al derrumbe*. Según Abelló y Liberman (2011), Winnicott se interesó por el concepto de regresión en la década de 1940, y culminó en un trabajo del año 1954 denominado «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico». Para nuestro autor, la regresión es un camino de vuelta hacia el momento de la falla ambiental. El contenido emocional había quedado «congelado», detenido o disociado, esperando la oportunidad de emerger de nuevo, como hemos dicho antes. Podemos pensar que en toda psicoterapia, el paciente realiza un proceso regresivo. Pedir ayuda a otro ser humano para mejorar la propia vida emocional y relacional pone a la persona en una situación de cierta indefensión. Cuando los profesionales de la salud mental solicitan hacer terapia personal por exigencias de la formación como psicoterapeutas o por motivos de auténtica necesidad, pasan de ser los asistentes a ser los asistidos, lo cual es todo un ejercicio de humildad.

Para construir algo nuevo a menudo es necesario deconstruir alguna situación anterior. La psicoterapia psicoanalítica procura no poner masilla o pintura en las paredes del paciente sin antes saber cuáles son las grietas o los desperfectos que existen. El estudio de la regresión lleva a Winnicott a plantearse dos tipos de registro de las experiencias vividas, acercándose a los estudios actuales sobre la memoria y dejando de lado, por un momento, lo inconsciente (Coderch, 2010, 2012, 2014): las vivencias que pueden ser pensadas, con la subjetividad inevitable y aquellas que no (la memoria declarativa y la de procedimiento, o explícita e implícita).

La criatura humana reacciona como puede ante las intrusiones del entorno. Entendemos como intrusiones tanto las que son activas, como el maltrato físico o la agresión sexual, como las que se deben a abandono por falta de sincronía empática. Estas intrusiones *Impingement* pueden llevar a contenidos que no pueden ser pensados. Bollas (1987) lo denomina «lo sabido no pensado». Sabido porque de alguna manera forma parte de la experiencia y de la vivencia, y no pensado porque no puede ser referido de una forma verbal.

Winnicott se interesa por la idea de que el análisis debe crear las condiciones necesarias para sostener una experiencia nueva, que es, a la vez, antigua, un *holding* de confiabilidad suficiente para poner en marcha el proceso curativo. Si se produce la regresión el terapeuta debe garantizar el *holding* para poder sostener al paciente, que, una vez sostenido, puede sentir y pensar sobre lo ocurrido o, por lo menos, hablar de ello. Lo fundamental es que la regresión lleva a la persona a un estado de dependencia, puede que de máxima dependencia, es decir, a un estado de no integración. Winnicott afirma que para poder crear uno debe dejarse ir a un estado de no integración, salvo que este sea vivido con un sufrimiento extremo. Si el terapeuta trabaja tranquilo se podrá permitir dejarse ir a un estado preteórico, sin prejuicios excesivos. De este modo, cuestionaríamos la frase popular de «el saber no ocupa lugar», ya que a veces el saber ocupa tanto lugar que uno no puede permitirse el no saber como una forma de estar abiertos al conocimiento. Ambas cosas las encontramos en la tradición socrática y en nuestro entorno de trabajo en Bion (1962), que insiste en la importancia de tolerar el no saber; el mismo Freud tuvo la misma apreciación con la brillante idea de que el terapeuta trata de tener una atención flotante ante las asociaciones libres del paciente.

Desde nuestro punto de vista, ofrecer al paciente una nueva oportunidad experiencial pasa por el reconocimiento de lo vivido, aunque sea de una forma implícita. Es justo reconocer a Freud, como recuerda Erikson, que el objetivo psicoterapéutico no es olvidar, sino ayudar a recordar. Ahora diríamos que el objetivo no es el recuerdo, sino la posibilidad de que se pueda dar una nueva experiencia en la que la persona pueda sentirse real. Para Winnicott, sentirse real y vivir la vida en primera persona constituyen los engranajes del verdadero *self*. Podemos decir que el objetivo de una vida saludable no es alcanzar el estado de independencia, entre otras cosas porque tal empresa es imposible en términos absolutos, sino más bien reconocer las dependencias en las que nos vemos sumidos y, por encima de todo, que sentirnos reales nos permite darnos cuenta de que estamos vivos. La capacidad de sentirnos vivos es, para Winnicott, la definición de vida creativa (1971).

Balint (1968) coincide con Winnicott en entender la regresión como un volver a empezar y, por tanto, como una progresión. Denominará a este proceso «regresión benigna», y, al igual que Winnicott, la diferenciará de situaciones de estancamiento o de repliegue con características patológicas. Curiosamente, Balint, en el capítulo titulado «La regresión terapéutica, el amor primario y la falta básica», inicia su planteamiento hablando del poder curativo de la relación. Considera que, para Freud, el psicoanálisis tiene como objetivo hacer consciente lo inconsciente, y que para alcanzarlo el instrumento era la interpretación. Balint piensa que la relación como terapia es muy difusa para Freud y no se dedica a investigarla. Las interpretaciones para Balint son siempre verbales y permiten la introvisión:

La formación de una relación adecuada da como resultado un «sentimiento»; mientras la introvisión tiene correlación con el acto de ver, el sentimiento tiene correlación con el contacto, es decir, con una relación primaria u ocnofilica (1968, p. 191).

En una línea similar a su analista Ferenczi, Balint cuestionará la regla de abstinencia de Freud. Está de acuerdo en que el analista no debe responder a los anhelos y peticiones del paciente sin más, pero que en un momento determinado debe ser capaz de responder a necesidades primarias dentro de una relación primaria que no suele darse entre adultos. Destacamos que Balint, como harán los psicoanalistas relacionales e intersubjetivos unas cuantas décadas después, antepone la psicología unipersonal, emparentada con la concepción instintivista y pulsional del psicoanálisis, y la psicología bipersonal, a la que se refiere cuando habla de la relación como instrumento curativo. Es plenamente consciente de que los analistas que mantienen la creencia de objetividad en el proceso terapéutico no realizan diagnósticos diferenciales adecuados. Una vez más, Balint, como hizo Ferenczi y también Winnicott, es partidario de adaptar la técnica a las necesidades y posibilidades que tiene el paciente y no al revés. Este aspecto puede parecer obvio e intrascendente, pero desde nuestro punto de vista, creemos que es de una importancia cardinal para la práctica clínica.

Los conceptos de «ocnofilia» y de «filobatismo», aunque derivan de una terminología poco frecuente, representan una aportación de gran utilidad para la comprensión de las relaciones interpersonales. Los humanos nos sentimos seguros cuando podemos establecer una relación cercana con alguien (ocnofilia). Es imprescindible para poder establecer vínculos afectivos consistentes. Sin embargo, si solo pudiéramos establecer relaciones ocnofílicas correríamos el riesgo de quedar atrapados. La ansiedad derivada de la relación cercana y ocnofílica es de características claustrofóbicas. Necesitamos poder expandir nuestro mundo relacional y estar abiertos a relaciones no comprometidas, filobáticas, donde puede haber interacción, pero no necesariamente vínculo afectivo. Balint cree que el filobatismo significa que las relaciones estrechas son vividas como peligrosas.

Nuestra manera de ver esta importante aportación de Balint es la siguiente: las relaciones ocnofílicas y filobáticas son necesarias cuando se dan de una forma equilibrada. Sin relación vincular no puede haber crecimiento emocional sano, pero ha de poderse combinar con la necesidad de establecer interacciones no vinculares, que no estarán sometidas a vivir duelos difíciles. Si el sujeto solo pudiera establecer relaciones filobáticas viviría de una forma superficial, alimentado por la fantasía de que no hacen falta las dependencias. Nuestra sociedad auspicia el filobatismo como derivado del rechazo de los vínculos y de la dependencia necesaria para construirlos.

En dos trabajos anteriores (Sáinz, 2007, 2014), propusimos la idea de la personalidad filobática, entendida como una modalidad «esquizoide». El filobático no necesita establecer vínculos; sin embargo, se relaciona con un alto nivel de sociabilidad. A diferencia de las personalidades esquizoides, el filobático puede ser sociable, e incluso tener habilidades sociales de comunicación muy desarrolladas; sin embargo, no es capaz de establecer vínculos afectivos seguros. Se relaciona, pero no se vincula afectivamente. Si no establece vínculos puede intercambiar a las personas sin hacer duelos. Si no existe ningún vínculo no hay duelo que elaborar.

Balint cree que el analista debe estar dispuesto a alternar con su paciente la ocnofilia y el filobatismo. Creemos que debe ser capaz de ayudar al paciente a vivir las dos experiencias en la relación terapéutica y también en el exterior, en sus relaciones ordinarias.

Balint entiende, de la misma forma que Winnicott, que el paciente puede necesitar volver a un estado de dependencia en el que la experiencia de ser uno con el analista es de vital importancia. Puede precisar estar en compañía de alguien que no fuerce la relación con interpretaciones incisivas. La regresión se convierte en benigna porque es una nueva forma de comienzo. Se refiere a vivir la experiencia de «amor primario» en la que el bebé es un *continuum* con el ambiente. Tal como señala Daurella (2013), para Balint, entre el ambiente y el individuo, hay una penetración bidireccional, el uno dentro del otro de una forma armónica. De esta manera se sustituye la idea de Freud de narcisismo primario, que tiene un sentido unidireccional.

Para Balint:

El analista debe estar dispuesto a sostener o llevar al paciente, no de una manera activa, sino así como el agua sostiene al nadador o la tierra sostiene al caminante; el analista debe estar allí presente para su paciente, para ser usado por él sin resistirse demasiado a ser usado (1968, p. 198).

El analista es como el agua que sostiene al nadador: tiene el sentido de que ambos forman parte de la misma sustancia y los dos componentes están sumergidos el uno en el otro. Asimismo, podemos observar que Balint utiliza el término «uso» del terapeuta sin connotaciones peyorativas, como Winnicott en esa misma época.

El estudio sobre la regresión en su sentido progresivo permitió a estos autores cuestionar el mito de la interpretación como instrumento principal y a veces único del psicoanálisis. Es cierto que tanto Winnicott como Balint, en la línea trazada por Ferenczi, suelen referirse al trabajo con pacientes graves, en general con carencias o «traumas» primitivos. Para nosotros, el trabajo terapéutico con cualquier paciente no debe basarse en la interpretación, sino en la conversación y el diálogo tranquilo y empático con el objetivo de ser dos sujetos que investigan juntos a propósito de uno de ellos, como anticipó Armengol (1994, 2001), al que consideramos pionero en el ámbito que hoy llamamos psicoanálisis relacional e intersubjetivo. El paciente debe sentir que se encuentra con un semejante, no con una esfinge o un oráculo ajeno al proceso.

Balint realizó otra aportación de vital importancia clínica, como señala Daurella (2013): el concepto de falla básica, que proviene de la geología y la cristalografía, y que suele traducirse por «falta». Evidentemente, se trata de la falla que se refiere a alguna necesidad del niño que no fue correspondida o satisfecha de manera adecuada por el entorno. Cuando esto es así con necesidades vitales, o cuando de una manera reiterada la criatura no es bien atendida, se produce una carencia, una falta que adquiere las connotaciones de falla, es decir, que en el mundo experiencial del sujeto hay algo que se ha construido mal, aunque el desarrollo haya proseguido. La idea conceptual de Balint ha permitido entender el sufrimiento y la psicopatología cuando predomina la falla básica, o cuando la persona está más avanzada y predomina el conflicto, tema que trataremos más adelante.

4. El psicoanálisis relacional e intersubjetivo

A continuación trataremos de ubicar lo que hoy se conoce como psicoanálisis relacional, en el que se incluye la intersubjetividad como un fenómeno indispensable para su comprensión.

4.1. Introducción

La denominación «psicoanálisis relacional» se atribuye a Mitchell, quien acuñó el término hacia el año 1999. Este había publicado junto con Greenberg en 1983 (Greenberg y Mitchell, 1983), y posteriormente en solitario, en 1988 (Mitchell, 1988), acerca de relaciones objetales y de los conceptos relacionales en psicoanálisis. El trabajo de Mitchell tiene el mérito de haber indagado sobre todo lo relacionado con la relacionalidad en los diferentes autores y escuelas psicoanalíticas desde Freud. De esta forma, el mismo Freud hace aportaciones relacionales al psicoanálisis. Así, se puede afirmar que todo el cuerpo teórico psicoanalítico se basa en la relación (Tizón, 1982). Sin embargo, creemos necesario diferenciar que si bien el psicoanálisis desde su fundación se ha interesado por las relaciones afectivas entre el niño y sus padres, y entre el paciente y el terapeuta, la concepción psicoanalítica relacional actual presenta una serie de presupuestos para la comprensión del ser humano y para la intervención terapéutica que difieren de las escuelas psicoanalíticas tradicionales.

Es cierto que el psicoanálisis relacional no pertenece a una sola escuela, y menos a un solo autor. A Mitchell le debemos, entre otros, el hecho de que supiera extraer de diversos autores posiciones teóricas y formas de ejercer el trabajo analítico que hoy son consideradas los pilares del psicoanálisis relacional. La variedad de autores ayuda a que no se haya construido una escuela con nombre propio como sucede en las grandes escuelas psicoanalíticas, como por ejemplo la freudiana, la kleiniana, la lacaniana y la junguiana, entre otras. El psicoanálisis relacional está presente en Freud, pero son otros autores posteriores a él los que han contribuido a su edificación. Al mismo tiempo, son muchos los psicoanalistas que han mantenido y, en algunos casos, han aumentado la ortodoxia derivada de los presupuestos freudianos.

La guerra entre escuelas no es nueva. Como sucede en todos los grupos humanos, surgen discrepancias y divergencias. Los narcisismos individuales y colectivos nos llevan a posiciones que tienden al dogmatismo. La creencia de que un determinado grupo tiene la verdad de lo que es psicoanálisis y lo que no ha sido una constante desde la época de Freud y sus discípulos (Roazen, 1978). Es muy habitual que un determinado grupo desprecie lo que otro aporta de nuevo o cree que es nuevo. Los psicoanalistas estamos

psicoanalizados, pero no estamos exentos de conflictos, rivalidades y narcisismos no resueltos. Los institutos de formación psicoanalítica suelen ser cerrados y dogmáticos, y creen que disponen de certezas y verdades incuestionables (Kernberg, 1996).

Para Ávila (2009), el término «relacional» hace referencia «a poner especial atención sobre el impacto que las relaciones humanas tienen en la génesis y dinámica de la actividad mental, configurada como una psicología bi-personal, en la que el impacto del observador sobre lo observado es continuo e inevitable».

Se reconoce a Freud el mérito de conceder importancia a las vivencias de la infancia y a las relaciones humanas como base para la construcción del psiquismo. Sin embargo, creemos que Freud estaba especialmente entregado al estudio del psiquismo en sí mismo. La comprensión del funcionamiento psíquico lo llevó a desarrollar sus dos tópicos, la primera formulada en 1900 en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños*, y la segunda a partir de 1923 en el libro *El yo y el ello*. Entre las dos tópicos, Freud introdujo el concepto de pulsión de muerte, en 1920, en *Más allá del principio del placer*. Las dos pulsiones de vida y muerte coexistentes y articuladas entre sí son, para Freud, el motor que empuja al humano hacia la relación con los demás. Las pulsiones predeterminadas biológicamente, y, por tanto, innatas, son la base sobre la que se edifica el psiquismo. En la segunda tópica, Freud hace una descripción del papel que desempeñan las instancias psíquicas. El «ello», como representante psíquico de las pulsiones en conflicto con el «yo», representante de lo consciente, y con el «superyó», derivado de la introyección de las normas morales y éticas individuales; estas instancias se ven abocadas a tener contacto con la realidad externa. La tensión y el conflicto entre ellas y la realidad producen en el psiquismo un monto de ansiedad, que será mitigada por los mecanismos de defensa pertenecientes a la esfera inconsciente del «yo».

Freud otorga a la realidad externa un papel regulador y organizador de lo que él denomina el aparato mental. Para Freud, como ya hemos dicho, las pulsiones vitales y las destructivas, unidas a las tendencias edípicas, aseguran el conflicto con la realidad. La búsqueda de relación es, para Freud, la necesidad de encontrar objetos sobre los que descargar todo el conglomerado pulsional y edípico. El psiquismo está dominado por el inconsciente, que alberga las ansiedades más primarias, las tendencias edípicas y destructivas hacia los demás y hacia uno mismo. El objetivo del psicoanálisis es enfrentar estos demonios y desenmascararlos. De esta forma, Freud cree que los síntomas que acucian al paciente serán entonces liberados. Freud, y también Klein, consideran que la interpretación pondrá en evidencia la forma que tiene el humano de esconderse de su propia realidad; si la persona se enfrenta a su propio engaño, podrá curarse.

El psicoanálisis relacional e intersubjetivo considera, como ya hemos argumentado, que el ser humano tiene un sufrimiento inherente al hecho de vivir y tener que adaptarse a sus realidades cambiantes. Depende de los vínculos, de la relación con los otros y, por tanto, de las personas con las que se encuentra a lo largo de su vida. La bipersonalidad de la que habla Ávila implica que todo lo personal es siempre relacional.

Para muchos de nosotros, Freud cometió el error de desestimar su teoría traumática de que sus pacientes habían sufrido traumas de carácter sexual o de otra índole en su

infancia, y que ello había condicionado sus vidas, por la idea de que lo que tenía primacía no era la realidad vivida, sino la fantasía subyacente. Para nosotros, auspiciados hoy por los autores relacionales e intersubjetivos, la fantasía no depende de la pulsión, sino del contacto con la realidad, y la realidad la componen las personas con las que nos relacionamos y las que se relacionan con nosotros.

Ferenczi, un discípulo muy valorado por Freud (Talam, 2003), cuestionó que este abandonara la teoría traumática y llamó la atención para que el psicoanalista tratara de escuchar las realidades que describe el paciente, con toda su subjetividad. Qué ha sucedido, o sucede, en la vida del paciente y cómo reacciona al entorno con el que se relaciona es de vital importancia para la comprensión del funcionamiento mental y relacional, ya que ambos son inseparables. Por este motivo, además de por la flexibilidad en el encuadre psicoterapéutico y por haber preconizado la empatía como instrumento imprescindible para el trabajo clínico, se reconoce a Ferenczi como el precursor del psicoanálisis relacional actual.

El psicoanálisis relacional se ha ido edificando sin un propósito especial. Cada autor ha ido aportando lo que le parecía según sus puntos de vista y no ha existido un objetivo común ni un acuerdo para crear una nueva escuela. El cuerpo de lo que hoy llamamos psicoanálisis relacional intersubjetivo tiene muchas piezas y muchos arquitectos, así como recopiladores y creadores como, por ejemplo, Mitchell. Es especialmente importante remarcar que no pertenece tan solo a un tiempo actual. La riqueza del psicoanálisis relacional reside en que ha puesto en contacto a autores antiguos con autores y escuelas recientes, manteniendo la libertad de pensamiento.

Siguiendo a Ávila (2009), vamos a hacer referencia a algunas premisas que caracterizan el cuerpo teórico del psicoanálisis relacional.

4.2. La matriz relacional

Este concepto, propuesto por Mitchell (1988), pretende superar la dicotomía entre lo personal y lo intrapsíquico. Para él, la realidad psicológica tiene la capacidad de abarcar los dos terrenos. La mente puede regularse a sí misma y regular la relación con los demás. Mitchell destaca que la interpersonalidad ha abarcado muchas áreas del conocimiento actual, y no solo del psicoanálisis: «La mente ya no puede definirse como un fenómeno en sí mismo y aislado, por lo que la entendemos como un “modelo de transacciones y estructuras internas” derivadas de un campo interactivo e interpersonal» (p. 29). La construcción de la mente es, por tanto, un producto social. La idea principal es que siempre estamos en interacción con alguien y, como mucho, somos los coautores de nuestra identidad. Para Mitchell, es necesario estudiar el *self*, el otro y el espacio entre ambos. Lo fundamental de la idea de que la mente se organiza dentro de una matriz relacional es que los psicoanalistas debemos indagar en la realidad externa de nuestros pacientes, o, para ser más precisos, en la narrativa que han organizado de su realidad externa, como propuso Sullivan (1956) en su teoría interpersonal. Más que interpretar,

debemos conocer qué ha sucedido en la vida de nuestro paciente, aunque sepamos que su narrativa está teñida de su subjetividad.

4.3. Relacionalidad e intersubjetividad

Cuando se empezó a estudiar la llamada teoría de la mente, en realidad se tomó conciencia de que esta no existía como un fenómeno aislado, sino que su desarrollo y su funcionamiento estaban en constante interacción. La teoría de la mente era una teoría de las relaciones interpersonales. Los primeros en introducir este concepto fueron, por un lado, el filósofo Daniel Dennet y, por otro, los primatólogos David Premack y Guy Woodruff (Seligman, 2011).

El concepto «teoría de la mente» hace referencia a la habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. Es obvio que la teoría de la mente entronca directamente con la intersubjetividad, y de alguna manera, esta última tiene que ver con el encuentro del sujeto con otras mentes (Martínez, 2011, p. 12).

Trevarthen, en la década de 1970, trabajó el concepto de intersubjetividad desde la perspectiva de la biología. Para Trevarthen (2009), el encuentro con el mundo es el encuentro con la subjetividad. En el proceso evolutivo distingue la intersubjetividad primaria y la intersubjetividad secundaria. La primera se da entre los dos y los nueve meses de vida, y representa los intercambios temporal y emocionalmente regulados que se observan en las interacciones diádicas tempranas que se establecen entre la madre y el bebé. En cambio, utiliza la secundaria para describir aquellas situaciones en las que el bebé entre los nueve y los doce meses es capaz de combinar en la interacción con su madre dos tipos de actos: los práxicos (señalar con el dedo, mostrar, dar, ofrecer, tomar un objeto, la manipulación consecutiva, la imitación práxica, regular la acción sobre el objeto, resistirse, tocar con el objeto y extender la mano) y los interpersonales (sonreír, vocalizar, mirar a la cara del otro, extender los brazos hacia el adulto, tocar al otro e imitarlo vocalmente) (Hubble y Trevarthen, 1979). Es importante destacar que para Trevarthen (2009):

Nuestro mundo compartido no depende de «conceptos-objeto» de construcción propia ni de ninguna «teoría de la mente» elaborada dentro de nuestra obsesiva cabeza individual. Depende de una simpatía en acción como motivación intrínseca, del «sentimiento de compañía», y de una pretensión creativa sobre la elaboración de acontecimientos y objetos que importan (p. 20).

También considera que el cerebro humano está programado para comunicar estados mentales y para aprender por imitación rituales de conducta expresiva y acciones prácticas. En los últimos años las pruebas de resonancia magnética funcional han demostrado que cuando un bebé de dos meses ve el rostro de otra persona que puede ser un comunicador, se activan en él ciertas áreas de la corteza que se corresponden con aquellas partes que, cuando sea un adulto, conocerán los rostros de otras personas, serán

responsables de sus expresiones de comunicación vocal, gestual y facial y serán capaces de responder con el gesto y con el lenguaje articulado (Tzourio-Mazoyer *et al.*, 2002).

Los autores que han trabajado la intersubjetividad desde una perspectiva biológica-evolutiva han llegado a la conclusión de que el bebé, en la relación con un adulto cuidador, establece un intercambio emocional y afectivo que opera dentro de lo que llamamos mutualidad psíquica, exactamente como habían captado los psicoanalistas que han trabajado sobre el mismo tema.

La madre tiene un sentimiento poderoso e intuitivo de lo que el bebé va a responder, y encuentra pronto el tono y la calidad de la voz correctos. Su «discurso dirigido al bebé» es un mensaje de afecto y respeto por los sentimientos del niño, y este atiende sobre todo a las cualidades amorosas de su mensaje, aprendiendo a conocerla bien (Murray y Trevarthen, 1985; Papoušek, 1994; Papoušek y Papoušek, 1981; Stern, Hofer, Haft y Dore, 1985; Trehub, 1990) [Trevarthen, 2009, p. 27].

Por otro lado, los bebés se retiran ante un discurso materno demasiado «dramático», con un «entusiasmo forzado» o con los tonos apagados y repetitivos de una madre deprimida (Marwick y Murray, 2009; Poderes y Trevarthen, 2009). El pulso y la emoción del «auténtico» habla infantil resuenan con el sistema motivacional del niño, y evoca movimientos rítmicos sincrónicos en el cuerpo y expresiones de interés y placer, así como arrullos sencillos (Panksepp y Trevarthen, 2009). Todo ello «conduce la conciencia del bebé hacia estados de atención centrada, a la alternancia de mensajes, y deja impresiones duraderas» (Trevarthen, 2009, p. 27).

Hemos querido glosar algunas aportaciones de Trevarthen y de otros estudiosos para llamar la atención acerca del trabajo que sobre la intersubjetividad han llevado a cabo los psicoanalistas, ya que tienen un alto nivel de covalencia con lo estudiado por otras disciplinas, en especial la neurofisiología. Diferentes autores, en distintos momentos, han introducido la intersubjetividad en el psicoanálisis. Sin embargo, los promotores de la escuela intersubjetiva con origen en Estados Unidos fueron Stolorow, Atwood y Orange (1997, 2012), que se convirtieron en iniciadores de una metateoría que comparte algunos de sus presupuestos con otros muchos autores anteriores y contemporáneos. Sostenemos que Winnicott es un psicoanalista precursor del enfoque relacional y, por tanto, un psicoanalista intersubjetivo (Benjamin, 1999; Sáinz, 2002; Rodríguez Sutil, 2005).

El enfoque intersubjetivo «entiende el psicoanálisis como el intento dialógico de dos personas que se unen para comprender la organización de la experiencia emocional de una de ellas a través de otorgarle sentido conjuntamente a su experiencia configurada intersubjetivamente» (Orange, 1995).

Los estudiosos de la perspectiva intersubjetiva se consideran también contextualistas. Podemos decir que todo lo referido a la identidad humana es subjetivo y todo lo subjetivo es intersubjetivo y sucede dentro de un contexto relacional. En los contextos intersubjetivos se construyen principios organizacionales que guardan cierta similitud con el conocimiento relacional implícito del grupo de Boston. Son formas de estar en el mundo y de relacionarse con los otros. El pasado y el presente están dialógicamente involucrados en la configuración de los campos intersubjetivos. Entre paciente y terapeuta se crea un campo intersubjetivo en el que pueden emerger los principios

organizativos con la esperanza de que estos sean nuevos, más flexibles y accesibles a la reflexión (Orange, Atwood, Stolorow, 1997, 2012). Para nosotros, el trabajo terapéutico es una profunda reflexión, franca y honesta entre ambos integrantes. Proponemos al paciente que analice y estudie sus emociones, sentimientos y afectos, así como los contextos donde se han producido en el pasado o en el presente. Al trabajar con el paciente sobre sus experiencias intersubjetivas nos relacionamos con él con nuestra subjetividad, y es cuando se crea un nuevo campo intersubjetivo donde es posible sentir, pensar y comprender. Sin la experiencia relacional compartida estos fenómenos corren el riesgo de ser estériles o llevar a un falso *insight*. Winnicott advierte de la posibilidad de que el analista esté llevando a cabo interpretaciones correctas con un paciente correcto que realiza un falso *insight*, creyendo que está haciendo un buen análisis.

Las antiguas organizaciones de experiencia pueden activarse en el contexto terapéutico; ahora pueden ser reconocidas y relativizadas, y se pueden ubicar en el pasado o en el presente. Uno de los integrantes es básicamente un guía y el otro intenta organizar y reorganizar la experiencia de maneras menos dolorosas y más creativas. Sin embargo, cada uno es un participante pleno y contribuye al proceso emergente (Orange, Atwood y Stolorow, 2012, p. 41).

Cada analista recrea una experiencia única e intransferible con cada paciente. Esta es la riqueza de la psicoterapia entendida de forma intersubjetiva. Cada uno aporta sus capacidades y sus ángulos ciegos. Cuando el terapeuta reconoce que los tiene deja de creer que es capaz de entender y empatizar con cualquier cosa del paciente. La empatía es limitada en todos nosotros; la perdemos, la recuperamos, podemos tenerla en algunos momentos, con algunos pacientes y no con otros. Los autores relacionales e intersubjetivos suscriben el precepto de Kohut de que debemos trabajar con la actitud abierta de introspección y de empatía. Los ángulos ciegos de la personalidad que hemos propuesto antes son aplicables al terapeuta. El problema fundamental es que, por muy bien analizado que esté el profesional, puede creer que empatiza con un tipo de material con el que no le es posible hacerlo, y lo más importante, puede no ser consciente de ello. No es posible darse cuenta de todo, y creer que sí lo es constituye una omnipotencia dañina.

El enfoque intersubjetivo ha hecho mucho contra la rigidez del *setting* propio del psicoanálisis ortodoxo, desde el cuestionamiento del uso del diván, considerado la pieza fundamental que estimula la regresión, gracias a la cual es posible llegar a una mayor profundidad interpretativa. Las escuelas ortodoxas, en especial la kleiniana y poskleiniana, han defendido esta postura, haciendo una clara distinción entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, dejando el uso del diván y cuatro o cinco sesiones por semana al análisis, y a la psicoterapia el empleo del sillón cara a cara una o dos veces por semana. Nos manifestamos del todo de acuerdo con los trabajos de Coderch (2010, 2012 y 2014), en los que se muestra, sobre todo en el último estudio, a favor de llevar a cabo un proceso terapéutico con el menor número de interferencias posibles, y adaptado a los nuevos tiempos:

el psicoanálisis intenta echar luz sobre los fenómenos que emergen en un campo psicológico específico constituido por la intersección de dos subjetividades, la del paciente y la del analista. Es una ciencia de lo intersubjetivo, centrada en el interjuego que se da entre dos mundos subjetivos organizados de forma diferente, aquel del observador y el del que es observado (Atwood, Stolorow, 1984, pp. 41-42).

Siguiendo estas aportaciones tenemos que afirmar que entonces la ciencia que persigue el psicoanálisis es una ciencia de la intersubjetividad, lejos de los parámetros propugnados por la ciencia empírica, que trata de encontrar la objetividad de los fenómenos.

Con respecto a los conceptos de observador y observado, queremos hacer una pequeña alusión que es compatible con el enfoque intersubjetivo: el observador-terapeuta es también el observado, y el observado-paciente es también observador, aunque cada uno juegue roles distintos. Es un hecho observable que la vida psicológica crece y cambia dentro de los contextos intersubjetivos que nos vamos encontrando. Esta premisa, unida a la idea de que somos seres relacionales por naturaleza, son ideas que han estado presentes desde antiguo en pensadores como Aristóteles, por ejemplo.

Orange, Atwood y Stolorow (1997, 2012) afirman que el campo intersubjetivo incluye el área intermedia o transicional, el espacio de la ilusión y del juego, tal como lo describe Winnicott. Nosotros sostenemos que el campo intersubjetivo que proponen estos autores equivale al espacio transicional de Winnicott (conversación Stolorow-Sáinz en Almagro, 2002).

Por otro lado, los autores intersubjetivos, en coherencia con sus principios básicos de la práctica psicoterapéutica, cuestionan la neutralidad del analista. No la consideran posible, ni siquiera necesaria, aspecto que compartimos plenamente con ellos y que es del todo compatible con las ideas de Winnicott respecto al encuadre. Al igual que Ferenczi, Winnicott considera que el trabajo terapéutico debe servir al paciente, y si hay que variar la forma de abordarlo, es necesario hacerlo. Igual que el maestro húngaro, los autores intersubjetivos son partidarios de la flexibilidad en la práctica clínica con los pacientes. La neutralidad no es posible, porque la mirada del terapeuta y su forma de escuchar y de entender están inevitablemente tamizadas por su subjetividad. Pretender la objetividad pura en el proceso psicoterapéutico representa una posición de omnipotencia.

Los autores de la intersubjetividad, lejos de la utópica e innecesaria neutralidad, son partidarios de que el terapeuta pueda, en determinadas ocasiones, revelar aspectos de sí mismo a colación del material que presenta el paciente. Los argumentos que esgrimen a favor de la autorrevelación son consistentes y, cuando los llevan a cabo terapeutas experimentados, pueden ser una herramienta muy adecuada. En cualquier caso, consideramos que la autorrevelación debe ser de uso restringido, y compartimos con ellos que el terapeuta, por encima de todo, debe ofrecerse al paciente como un semejante, nunca como un oráculo o una esfinge. A fin de cuentas, los pacientes nos conocen mucho más de lo que son y somos conscientes, en especial si el terapeuta se atrinchera detrás de un supuesto anonimato. Además, se corre el riesgo de que el paciente, ante un terapeuta «neutro», se considere menos autorizado a expresar su conocimiento sobre él. La supuesta neutralidad del analista llevaría a la idea de una transferencia no contaminada, es decir, si todas las variables del encuadre estuvieran controladas por el

terapeuta, la neutralidad estaría asegurada, y todo lo que comunicara el paciente tendría que ver con su distorsión transferencial. El terapeuta no habría contribuido en nada, tan solo sería una pantalla de proyección. El analista gozaría del título de «genérico» (Mitchell, 1997), es decir, que el mismo paciente haría la misma transferencia con cualquier analista, ya que partiríamos de la idea de unidireccionalidad. Estamos totalmente de acuerdo con los autores intersubjetivos y relacionales de que esto no es posible, ni tampoco deseable.

Aunque es obvio para cualquier investigador sensato, debemos recordar que, «desde la perspectiva intersubjetiva o perspectivista, las percepciones del analista no son intrínsecamente más verdaderas que las del paciente» (Orange, Atwood, Stolorow, 2012, p. 85). Estos autores desestiman la idea de la analizabilidad y lo contrario; consideran que todos los pacientes son susceptibles de terapia, ya que no depende en exclusiva de su estructura o psicopatología, sino de la díada que se establezca con el terapeuta en cuestión. Si bien estamos de acuerdo con la idea fundamental de que lo que no es posible en una relación terapéutica puede serlo en otra, no la compartimos en términos absolutos. Por un lado, no todos los pacientes pueden beneficiarse de una psicoterapia analítica; puede no ser una buena indicación. En todas las terapéuticas hay indicaciones y contraindicaciones, y es responsabilidad de los clínicos explicitarlo, como sostuvimos en un trabajo anterior (Sáinz, 2009). Podemos intentar trabajar analíticamente con cualquier persona, tenga la estructura mental que tenga, pero debemos saber dónde están los límites y retirarnos si es necesario, ya sea por el hecho de que no podemos ayudar al paciente o por la posibilidad de hacerle o de hacernos daño.

El enfoque intersubjetivo es, a la vez, contextualista. El individuo es él y sus circunstancias, como aseveró Ortega y Gasset, y las circunstancias incluyen la temporalidad; somos lo que somos en el contexto en el que nos encontramos y en el tiempo que nos toca vivir. Podemos decir que, de alguna manera, somos herederos de nuestra biología e hijos de nuestras circunstancias, y que no por ello dejamos de ser responsables de nuestra propia vida. Los autores aluden a la teoría perceptiva de la psicología gestáltica, en la que la percepción de una figura está determinada por el entorno. Dependiendo del modo en que se mira una figura en un fondo, surge una forma u otra. La psicología gestáltica, o de la forma, pertenece a un tipo de psicología perspectivista, compatible con el enfoque intersubjetivo, donde cada integrante tiene su subjetividad y, por tanto, participa, mira y escucha desde su perspectiva del ser humano que es.

Siendo los mismos, no lo somos por completo, sino que dependemos de las circunstancias en las que nos encontramos. Winnicott entendió la idea de contextualismo desde el momento en que para estudiar al bebé no pudo desligarlo de las características reales de las personas que lo cuidaban. El entorno, para Winnicott, es donde se fraguan las relaciones humanas y donde se construye la identidad. Para él, pasamos de la dependencia absoluta a la (in)dependencia relativa, es decir, no llegamos a ser individuos en el sentido estricto de la palabra, indivisibles. Si el paciente ha construido sus principios organizadores dentro de un contexto intersubjetivo, el trabajo terapéutico es ofrecer un

nuevo campo de acción donde puedan producirse cambios; se trata, como sostienen los autores intersubjetivos, de ir deconstruyendo principios prerreflexivos que han organizado la experiencia del paciente. Coincidimos plenamente con Winnicott cuando afirma que en la relación con el terapeuta se da una experiencia nueva en la que el paciente trae lo viejo de sus relaciones y las contrasta con lo nuevo de la experiencia terapéutica. Se trata de deconstruir para poder construir de nuevo, tal como apuntó Balint (1968) con la idea de volver a empezar, referida al concepto de regresión benigna.

Lo vivencial se engarza con la palabra y con el pensamiento. Ofrecemos al paciente la oportunidad de analizar sus emociones, sentimientos y afectos en el «aquí y ahora», con nosotros o con las personas del presente, pero al mismo tiempo, le ofrecemos la posibilidad de indagar dónde y cuándo se produjeron estas experiencias y, lo más relevante, cómo reaccionó su entorno. Por supuesto que debemos entender que todo está tamizado por la subjetividad del narrador, pero es muy importante que terapeuta y paciente investiguen las dinámicas relacionales que acontecieron y cómo se fueron forjando las defensas, las ansiedades y las fantasías.

Los autores clásicos dicen que debemos descreer el relato del paciente, ya que está deformada por sus proyecciones. Nosotros proponemos lo contrario: debemos conocer lo suficiente a nuestro paciente para saber el grado en el que puede distorsionar la realidad y compartirlo con él. Solo si se entiende la dinámica relacional que fue estableciendo el paciente con su entorno y este con él, podemos comprender su funcionamiento actual.

4.4. El vínculo afectivo como regulador de la biología y de los contextos sociales

El niño necesita una figura primordial que le dé el apoyo afectivo y que le asegure la protección. El pequeño no puede vincularse con un entorno ambiguo; necesita figuras concretas con las que establecer el vínculo afectivo, como ha conceptualizado Bowlby (1969, 1973, 1980). La necesidad de tener algún vínculo es tan importante que la criatura deberá adaptarse a su realidad, es decir, a las personas que cuidan de ella. La forma de adaptarse será más o menos saludable y marcará el tipo de vínculo que actuará como un «organizador interno» y acompañará a la persona en las relaciones que irá estableciendo a lo largo de su vida. Este aspecto reduce la influencia de las pulsiones separadas de la experiencia relacional.

Cuando estudiamos las variables que condicionan un determinado fenómeno, podemos fijarnos un perfil que nos permita reconocer el problema y, por tanto, abordarlo de la mejor forma posible. Si estudiamos la delincuencia, o la psicopatía, o cualquier trastorno mental, podemos investigar qué características comunes tienen, en qué contexto se producen, qué variantes de carácter biológico se han demostrado, etc., las correlaciones estadísticas que se pueden dar con otras variables concomitantes. Los contextos biopsicosociales tienen entidad propia y, como dijimos antes, se combinan y se transforman entre sí; pero si queremos profundizar en la historia de una persona

debemos ser capaces de conocer los vínculos afectivos que han marcado su vida. El vínculo afectivo se construye en la infancia con las personas significativas a nivel emocional; se configura un estilo vincular que permanece en el mundo experiencial interno de la persona y condiciona los estilos relacionales futuros, incluso la «elección» de personas vincularmente significativas.

Los estudios empíricos sobre fenómenos mentales y emocionales deberían tener en cuenta los vínculos afectivos que han tenido y tienen lugar si no quieren dejar fuera una variable imprescindible de análisis y de comprensión. Como dijimos en un trabajo anterior (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013), la teoría del apego comprende lo siguiente:

- a. Una teoría del desarrollo infantil, tanto normal como patológico.
- b. Una teoría de los procesos de internalización y representación mental.
- c. Una teoría de la psicopatología.

La OMS pidió a Bowlby (1951) que realizara un estudio en el que se mostrara la relación entre salud mental y cuidados maternos. Dependiendo del modo en que se establecen las vinculaciones afectivas, el sujeto en crecimiento sigue un camino más o menos saludable, pero como afirmamos en nuestro trabajo anterior, no podemos establecer una correlación lineal entre tipo de vínculo afectivo inseguro y tipo de psicopatología. Las variables que influyen en la construcción de la salud y de la psicopatología son muchas, entre las cuales el estilo vincular probablemente sea una de las importantes, aunque en sí misma es una variable compleja. Para Bowlby (según Marrone, 2001), el tipo de vínculo inseguro actuaba como un importante factor de riesgo para la salud mental de la persona.

Como señala Ara (2012), las consecuencias del apego inseguro dependen de variables entre las que se deben incluir: a) la edad del niño en el momento en el que se produce la alteración del vínculo; b) la existencia, o no, de figuras reparadoras o compensadoras del vínculo y si estas son, o no, conocidas por el menor, así como su estabilidad; c) la resiliencia de cada niño; d) el motivo de la alteración; y e) la duración de la situación anómala, o de ruptura o desorganización, si la hubiere (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013, p. 209).

Con el fin de ser lo más rigurosos posibles, debemos tener en cuenta las variables nombradas, lo que hace que el estudio de la salud mental se torne más complejo. Abogamos por aceptar la complejidad aunque impida llegar a resultados exactos. Como ya hemos dicho antes, las conclusiones sobre estos temas complejos requieren siempre una profunda reflexión y una búsqueda de consenso. Sí que nos vemos capacitados para afirmar que las personas que llevan a cabo la crianza del niño van a tener una importancia cardinal en sus vivencias y en su salud mental. Desde una óptica intersubjetiva diremos que cada interacción es única y en la que participan todos sus integrantes, por lo que la hace verdaderamente particular e idiosincrática.

Lo que parece obvio es que la psicopatología de los padres o de las personas adultas que se hacen cargo del pequeño tiene una influencia directa en su salud mental. El niño

tendrá que adaptarse para «sobrevivir», y lo hará de la manera que mejor pueda; por eso todos los humanos somos sustancialmente parecidos y a la vez distintos.

Los psicoanalistas, como ya hemos dicho, debemos estudiar los fenómenos humanos generales, pero también tenemos que ser capaces de abordar el caso único que tenemos ante nosotros. Cuando existe una psicopatología severa en los padres, la criatura tiene más elementos que fuerzan su adaptabilidad. Podemos pensar que la psicopatología de los adultos promueve que se produzca una alteración en los roles familiares. Una madre psicótica o depresiva condicionará a sus hijos en la manera de relacionarse con ella. Un padre bipolar o con adicciones marcará del mismo modo el estilo relacional. Las relaciones de los adultos entre sí también será un factor de gran importancia. Los estudios actuales derivados de la entrevista sobre el vínculo afectivo en adultos están arrojando luz sobre muchos de estos factores que hemos descrito (Main y Solomon, 1986).

Nuestra experiencia clínica nos enseña que los niños que han sido cuidados en entornos en los que ha existido psicopatología en uno o más de los integrantes responsables han sufrido malestar psíquico con ellos mismos y en la relación con los demás. Esto se agrava cuando el entorno no reconoce la psicopatología de los progenitores.

5. Cerebro y vínculo afectivo. Apuntes para una neurobiología relacional

A continuación vamos a tratar algunos puntos relacionados con la neurociencia que ayudan a sustentar una parte importante de los conocimientos psicoanalíticos y, en especial, de la perspectiva relacional en psicoanálisis. No pretendemos realizar un análisis exhaustivo de los estudios llevados a cabo por la neurociencia actual, sino introducir algunos puntos relevantes que hay que tener en cuenta en el trabajo psicoterapéutico.

En un trabajo reciente (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013), propusimos el término «neurobiología relacional» como una forma de vincular las experiencias relacionales y las vivencias con la biología y la neurología. Tratábamos de relacionar la genética con las experiencias emocionales que surgen de la vinculación afectiva. La hipótesis fundamental es que el cerebro se construye a partir de la base genética y biológica en interacción con las experiencias relacionales.

El concepto de innato (Eibl-Eibesfeldt, 1990) ya no se contrapone a lo adquirido, sino que es el origen de la adaptabilidad, representa la adaptación filogenética. Lo innato es un encuentro entre lo biológico y lo adquirido. Para nosotros lo adquirido tiene lugar y sentido en el campo de las experiencias relacionales que se dan desde el origen de la vida. Venimos programados genéticamente para la sociabilidad humana y, como señala Bowlby, para el vínculo afectivo. Para los premios Nobel Wiesel y Hubel (1963), «los circuitos neuronales, dispuestos por el genoma, solo se activan y se acaban de configurar si reciben la estimulación adecuada en el momento oportuno» (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013, p. 119).

Para reforzar nuestra idea de una neurología relacional, hacemos nuestra la afirmación de Ansermet y Magistretti (2004): «Si podemos constatar que nuestro cerebro es moldeable, esto implica que estamos genéticamente determinados para no estar genéticamente determinados» (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013, p. 24).

Es sorprendente que en la década de 1950, Rof Carballo llegara a la siguiente conclusión: el cerebro del niño se completa en contacto con el prójimo, y el desarrollo del córtex, del yo y de la inteligencia se verifica sobre un haz de relaciones afectivas a las que denominó «urdimbre afectiva» (1952, 1961).

Según el *DRAE*, por «urdimbre» se entiende: «Conjunto de hilos que se colocan en el telar paralelamente unos a otros para formar un tejido». La metáfora de Rof Carballo sobre la urdimbre tiene que ver con un conjunto de hilos interconectados, lo biológico en relación multidireccional con las vivencias relacionales y sociales.

La neurociencia actual, representada por autores tan importantes como Damasio, o el premio Nobel Kandel, está trabajando desde hace años en la comprensión del funcionamiento del cerebro humano. Con pruebas de alta precisión, como la resonancia

magnética nuclear, está demostrando lo que habían observado investigadores anteriores cuando no disponían de estos sofisticados medios de exploración. La neurociencia actual está dando la razón a los estudios de Bowlby sobre el vínculo afectivo, al tema de las carencias afectivas de Spitz, entre otros, o a los conceptos de maduración del niño de Winnicott y un largo etcétera que iremos completando a lo largo de este libro.

El sistema padres-hijos de regulación mutua, como señala en la actualidad el grupo de Boston, permite comprender que la influencia de unos y otros es mutua, bidireccional y continua. Al mismo tiempo, a día de hoy podemos afirmar, de acuerdo con Rof Carballo, que la subjetividad surge de la amalgama de conexiones biopsicosociales.

Entendemos, como dice Damasio (2010), que el cerebro creó al hombre, pero también es necesario remarcar que, de alguna manera, el hombre y sus vinculaciones psicosociales crearon al cerebro.

Según la neurociencia, el cerebro es un órgano dúctil y goza de lo que denominamos plasticidad cerebral. Definimos plasticidad (Pascual-Castroviejo, 1996) como: «La adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar efectos de las lesiones estructurales o fisiológicas, sea cual fuere su causa. Esta adaptación es debida a la capacidad de cambio estructural-funcional que tiene el sistema nervioso por influencias endógenas y exógenas» (Talam, Sáinz y Rigat, 2013). Aunque es muy esperanzador y está demostrado que pueden existir mejoras con el paso del tiempo en personas con lesiones cerebrales, por ejemplo afectados de parálisis cerebral, no siempre sucede de esta forma. Consideramos, por tanto, que la plasticidad cerebral para encontrar nuevos caminos y circuitos cerebrales para optimizar funciones lesionadas o perdidas es un hecho demostrado, pero que tiene sus limitaciones. De la misma forma que entendemos que las estructuras mentales se han cuajado construyendo la psicología del individuo y su cerebro, también consideramos que algunas de estas estructuras pueden modificarse a través del trabajo psicoterapéutico, abriendo nuevas formas de sentir, de pensar y de vivir las relaciones humanas. Sin embargo, por coherencia epistemológica, creemos poder afirmar que no siempre es posible.

Para comprender cómo pueden afectar las experiencias relacionales y las vivencias en la formación del cerebro, son significativos los estudios en los que se ha comparado a niños criados en orfanatos desde su nacimiento con niños criados en entornos seguros.

Chugani y su equipo (Eluvathingal *et al.*, 2006) realizaron un estudio muy sofisticado, empleando TEP cerebral, en el que analizaron multitud de variables cerebrales de niños criados en orfanatos rumanos (tristemente conocidos por sus precarias condiciones). Los resultados fueron concluyentes: se observaron disfunciones en el tallo cerebral, el córtex orbitofrontal, el córtex prefrontal infralímbico, el córtex tempolateral, la amígdala y el hipocampo. Esto implicaba alteraciones en áreas como el lenguaje, la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y, por supuesto, la socialización. Los datos obtenidos han sido confirmados por estudios posteriores, realizados con otras técnicas diagnósticas, lo que aporta validez a dichos resultados (Eluvathingal *et al.*, 2006; McCrory, De Brito y Viding, 2010, 2011). Estas evidencias empíricas apoyan la hipótesis de que los vínculos

afectivos no solo representan la base de una buena salud mental, sino también de una buena salud cerebral. Hoy podemos decir que ambas son insolubles.

Las emociones siempre están conectadas con el cuerpo. Es obvio que la emocionalidad se vivencia a través de las reacciones somáticas. Un peligro real es captado orgánicamente, la mente y el cerebro lo reciben. A través de las emociones evaluamos las experiencias con el entorno. Para Bowlby (1988), la emoción es el único medio de comunicación del que dispone el niño pequeño en los primeros años de su vida. Quiere decir que lo emocional abre el camino a las cogniciones y a los pensamientos. Creemos que, durante toda la vida, la emocionalidad se intercala con los demás procesos y siempre juega un papel relevante. A través del vínculo afectivo aprendemos a regular los afectos. El tipo de vínculo afectivo predominante puede contribuir en las capacidades para la plasticidad cerebral. Apoyamos la opinión de Wallin (2007) cuando afirma que si los vínculos han sido seguros la persona tiene más capacidad para sentir, pensar y actuar debido a una mayor flexibilidad en la respuesta. De este modo se construye una base para la empatía con uno mismo y con los demás; también conlleva elementos para el desarrollo de la resiliencia.

Para Winnicott, el estado de no integración, cuando es sostenido por unas figuras estables que garantizan el vínculo afectivo seguro, permite que el niño pueda integrar los diferentes aspectos de la experiencia de una forma fluida. Las experiencias transicionales posibilitan un movimiento bidireccional, que es la base de la flexibilidad mental. Si los vínculos afectivos están dominados por la ansiedad, la evitación y, para Siegel (1999), la ambivalencia, citado por Wallin (2007), la flexibilidad en la respuesta será menor, a lo que añadimos que aumentará la rigidez mental.

Por las aportaciones recogidas de los autores neurocientíficos actuales podemos afirmar que el desarrollo neuronal, las conexiones sinápticas y la configuración cerebral del niño psicológicamente sano dependen en gran parte de la receptividad sintónica de las figuras de apego (Shore, 1997; Wallin, 2007). Entendemos que: «El cerebro del niño no solo se ve afectado por las interacciones, sino que su desarrollo requiere interacciones cerebro/cerebro y ocurre en el contexto de un vínculo positivo entre la madre y el hijo» (Wallin, 2007, p. 116).

Parece ser que el cerebro del recién nacido, constituido por miles de millones de neuronas, es el menos diferenciado de todos los órganos corporales. Para su maduración necesita la programación genética y las experiencias interpersonales. Consideramos crucial esta afirmación para el propósito de nuestro trabajo. En este sentido, nos apoyamos en la neurociencia actual, por ejemplo en lo que afirma Siegel (1999). Para él, las neuronas que se disparan juntas se interconectan. Añadimos que las neuronas se disparan a partir de las experiencias con el entorno. El vínculo con figuras empáticas permite, entonces, como ya hemos dicho, la regulación emocional. Las neuronas interconectadas crean una red neuronal, y gracias a las experiencias continuadas con las figuras cuidadoras, se edifica el sentimiento de seguridad. La expresión «red neuronal», surgida del vínculo seguro, se asemeja a la que se ha comentado antes de «urdimbre afectiva» de Rof Carballo (1952).

Las experiencias relacionales necesitan, como nos enseñó Winnicott, regularidad y continuidad, ya que solo así el niño va incorporando la base segura. Ocurre justo lo mismo en la configuración estable de los circuitos cerebrales. Estos necesitan, sobre todo, continuidad y repetición para irse asentando. Entendemos que las conexiones relacionales propician las conexiones neuronales que, a la vez, predisponen la construcción en la criatura humana de una mente flexible, abierta a nuevas experiencias.

5.1. El papel del estrés en la mente y el cerebro del bebé

La vida de un bebé puede ser plácida y estar llena de atenciones. Los cuidadores adultos pueden ocuparse de que el bebé se desarrolle en un entorno de confianza en el que predominen los vínculos afectivos seguros. Sin embargo, incluso en estos casos, siempre hay situaciones de peligro, de inseguridad y de estrés. El entorno suficientemente bueno incluye, de manera inevitable, momentos de insuficiencia (Sáinz y Cabré, 2012). Sabemos, además, que hay bebés en los que las situaciones de malestar, peligro y estrés son elevadas, más de lo que una mente que empieza a integrarse puede soportar. El estrés es movilizador de sustancias bioquímicas del cerebro, por ejemplo, el cortisol.

Unos niveles elevados de cortisol afectan al funcionamiento de los neurotransmisores (Cowen, 2002). También pueden afectar al córtex orbitofrontal, al hipocampo, al cuerpo calloso etc., tanto en su tamaño como en la conectividad, hecho que podría abrir las puertas hacia la psicopatología (Braum y Bock, 2011). Unos niveles demasiado bajos de cortisol también pueden tener repercusiones importantes. Las experiencias traumáticas, si se presentan de una forma cronificada, pueden contribuir a que el sujeto se acostumbre a una situación de hostilidad permanente. La adaptación al trauma continuo puede mermar las capacidades de alerta en algunas personas, como señalábamos en un trabajo anterior (Talar, Sáinz y Rigat, 2013):

Un resumen esquemático de lo que sucede cuando el niño experimenta una amenaza rezaría así: la amígdala envía señales al hipotálamo, que a su vez estimula la hipófisis, y esta a las glándulas suprarrenales. Las suprarrenales producen más cantidad de cortisol, adrenalina y noradrenalina, mientras que el sistema nervioso autónomo se activa considerablemente. Cuando todo esto sucede, el niño se encuentra en un estado de excitación psicosomática muy importante y experimenta intensas sensaciones de malestar (p. 140).

El estrés es inherente a la vida. La criatura y los cuidadores experimentan inquietud en muchos momentos de las experiencias relacionales. La ansiedad es necesaria para la vida; sin embargo, cuando es excesiva para el niño, el entorno debe ser capaz de mitigarla. Si no es así, o si, además, los propios cuidadores son generadores de malestar, el pequeño se ve sumergido en un excedente de angustia que no puede regular, de manera que su organismo responde y predispone a su psiquismo de una forma inadecuada.

5.2. Las neuronas espejo. Empatía e identificación con el

otro

Las neuronas espejo son un tipo especial de neuronas que se encuentran en el córtex frontal y temporal, el lóbulo parietal y las áreas frontales motoras, entre otras localizaciones.

Rizzolatti empezó a estudiar este tipo de neuronas en macacos, en 1988. Gracias a las técnicas de neuroimagen, pudo comprobar que también existían en los humanos (Rizzolatti *et al.*, 1996). La observación de un sujeto que está llevando a cabo determinada conducta activa el funcionamiento de estas neuronas en el propio observador, al mismo tiempo que se han activado en el sujeto que realiza la acción. Lo más relevante es que no es la percepción de la acción lo que activa la respuesta, sino la captación de una intención (Wallin, 2007). Las intenciones de otros pueden activar las neuronas espejo, debido a lo que en psicoanálisis se denomina la identificación con el otro. Winnicott llamó identificaciones cruzadas, como hemos comentado, a la capacidad de establecer una corriente empática entre dos personas que se miran y se dejan ver dentro de sí. También se activan sensaciones corporales cuando se observa una persona que recibe un daño físico, por ejemplo, un pinchazo. Parece ser que la «ínsula» desde el neocórtex recibe la información que envía a la amígdala cerebral, que, a su vez, moviliza el cuerpo del sujeto observador como si él mismo recibiera el pinchazo. Hablamos del fenómeno de la subjetividad y, por tanto, de la intersubjetividad.

La intuición de Winnicott en cuanto a los procesos del desarrollo coincide con los conocimientos actuales de la neurobiología. Para él, el niño se encuentra en un estado de no integración y evoluciona hacia la integración. En el camino se encuentra la transicionalidad (Abadi, 1996), y para llevarlo a cabo necesita los cuidados psicofísicos regulares y persistentes que garanticen la continuidad existencial.

Con los conocimientos actuales estamos en condiciones de afirmar que el cerebro lleva consigo la dotación genética que configura la neurobiología fundamental de cada ser humano, pero necesita el contacto íntimo con el otro para iniciar su funcionamiento. La maquinaria bioquímica del cerebro es heredera de la biología, pero son los vínculos afectivos los que diseñan su funcionamiento. Hoy en día, la plasticidad cerebral es un fenómeno incuestionable, aunque, como ya hemos dicho, tiene sus limitaciones.

Parece ser que la no integración psicológica que describe Winnicott sobre el estado psicológico del bebé corresponde a la no integración neuronal, es decir, que las conexiones sinápticas van sucediendo en la experiencia con el entorno. El cerebro ontogenético reproduce la evolución filogenética. El cerebro reptiliano, el sistema límbico y el neocórtex vienen dados por la genética, pero la conexión entre ellos se pone en marcha con la experiencia relacional. Es obvio que los daños biológicos pueden comprometer la experiencia de forma radical, aunque no es menos cierto que las vivencias, si son extremas, pueden conducir a un sufrimiento excesivo (Talarn, Sáinz y Rigat, 2013), silenciado o manifiesto, y que puede comprometer la propia biología de la persona, a veces de una forma irreversible.

Winnicott en «La mente y su relación con el psique soma» (1949), explica la importancia que el cuidado del cuerpo da a la entrada a las emociones (la psique), que en realidad son corporales y necesitan la representación mental para convertirse en sentimientos. La mente cuando es acogida por el cuidador dentro de la relación de confianza podrá ejercer la función de comprensión emocional y cognitiva, de inteligencia y de consistencia afectiva. Las representaciones mentales y los sentimientos se producen en el seno de la relación afectiva entre el cuidador y el niño. La neurociencia enseña la importancia de que lo corpóreo, la emoción, el pensamiento y el sentimiento se den en un todo organizado y conectado neuronalmente. «El tráfico neuronal» se desplaza de forma ascendente y descendente. Ledoux (1996) señala que es más denso en la línea ascendente, desde la amígdala hacia el córtex, por ejemplo, sentir el miedo (amígdala), entender y ubicar el miedo (córtex).

Si el niño no dispone de unos adultos capaces de empatizar con su mundo emocional no encontrará el camino del lenguaje emocional y es posible que desarrolle una incapacidad para expresar los sentimientos o las emociones, lo que la escuela parisina de psicosomática (Marty y De M'uzan, 1963) llamó pensamiento operatorio, y Sifneos (1973), alexitimia. Como resultado, no podrá mentalizar sus estados emocionales ni llevar a cabo la función reflexiva. Lo no recordado no quiere decir que esté olvidado. Winnicott señala que las vivencias de la primera infancia, cuando el recién nacido está en un estado de no integración, no pueden recordarse de una forma explícita. Permanecen en el mundo experiencial del sujeto y, podríamos decir, desconectadas del resto de funciones, porque ocurrieron antes de que la mente se fuera integrando. Cuando los cuidados infantiles no logran sostener al niño psicológica y corporalmente, la no integración puede ser vivida de una forma disruptiva. El miedo al derrumbe (Winnicott, 1963d), como ya hemos dicho, representa para este autor un miedo de una experiencia vivida pero no reconocida. El miedo se transforma en una ansiedad de derrumbe a que suceda algo insoportable, que en realidad ya acaeció.

La neurociencia dice lo siguiente:

Sin embargo, que no podamos recordar no equivale a que las experiencias no dejen huella. Las huellas no recordables de forma narrativa se almacenan en las estructuras más antiguas de nuestro cerebro, como la amígdala, y desde ahí ejercen su influencia emocional y caracterizan una parte de nuestra personalidad. La historia invisible de cada sujeto, no por ser invisible, deja de ser historia. No son recordables, pero tampoco olvidables (Gerhardt, 2004. Citado en Talarn, Sáinz y Rigat, 2013, p. 139).

5.3. La psicoterapia, reguladora de la bioquímica del sistema nervioso y del cerebro

«La palabra puede curar como un fármaco». Esta aseveración pertenece a Ansermet y Magistretti (2004), ya que parten de la idea de que la palabra mueve circuitos cerebrales. Creemos que lo más probable es que a través de la palabra se muevan emociones que, a la vez, movilizan sentimientos, y estos promueven fantasías, representaciones mentales y

cogniciones y, por tanto, la bioquímica. La psicoterapia se hace a través de la palabra, que transporta emociones, que producen nuevas palabras, y el paciente y el terapeuta intentan ampliar los significados de estos significantes mientras se va produciendo un proceso de vinculación. Así que estamos de acuerdo con los autores citados. En este sentido, no solo el fármaco modifica la bioquímica cerebral, sino que también el cerebro y la mente están sometidos a continuos cambios y experiencias.

El biologismo, como dijimos en un apartado anterior, intenta que los estados mentales y emocionales, aun siendo complejos, se reduzcan a la expresión bioquímica. Propone que la psicofarmacología o la estimulación cerebral con electrodos implantados en el cerebro sea la terapia capaz de realizar modificaciones saludables para el sujeto.

No nos oponemos a este tipo de terapéutica, sino a su abuso y a la falta de rigor en cuanto al estudio de sus efectos secundarios.

Para ser coherentes con lo que hemos ido analizando, podemos afirmar que si la bioneurología tiene su base en el organismo y la genética, se desarrolla en el devenir de las relaciones y los vínculos afectivos. Es natural que una psicoterapia orientada a generar vínculos afectivos y tratar los afectos, los sentimientos, las emociones y las representaciones mentales pueda acceder a un mejor funcionamiento mental y también cerebral.

La implicación clínica es que, al observar de manera reiterada y conectar diversos aspectos de la experiencia del paciente, somáticos, emocionales y representacionales, podemos estimular nuevas conexiones en su cerebro. Tal conectividad es el equivalente neuronal de la integración psicológica que esperamos aportar al paciente a través de un vínculo que sea más inclusivo y colaborativo que los que originariamente lo configuraron (Wallin, 2007, p. 136).

La neurociencia actual ha demostrado la importancia que tiene el llamado córtex orbitofrontal, que está ubicado en el córtex prefrontal, detrás de los ojos. Según los investigadores, esta zona permite descodificar las expresiones emocionales, los signos no verbales del rostro o el tono de voz. Esto es posible debido a que el sujeto ha podido establecer un vínculo seguro con una figura estable, que comprende las emociones propias y las del sujeto en crecimiento. Curiosamente, un mal funcionamiento del córtex prefrontal conduce a la persona a distorsiones importantes en la relación con los demás, a una mala interpretación de los estados anímicos propios y ajenos. Si analizamos sujetos con trastorno límite de la personalidad observamos las dificultades que tienen a la hora de descodificar las expresiones faciales e interpretar las comunicaciones emocionales del interlocutor. Los sujetos pueden tener buenas capacidades intelectuales, pero la llamada inteligencia emocional (Goleman, 1995) es precaria. Nuestra experiencia nos dice que las personas con trastorno límite han tenido una infancia marcada por familias poco sostenedoras, con tendencia a la confusión de roles. Muchos de ellos son hijos de padres muy infantiles que no son capaces de mantener un criterio sensato sobre la crianza y, en bastantes casos, se trata de padres claramente perversos. En definitiva, podemos pensar en el trastorno límite como un trastorno emergente en gran parte por dificultades familiares importantes que han producido en los hijos carencias afectivas duraderas. Si la

zona cerebral del córtex orbitofrontal está alterada, podemos inferir que esta es la causa del trastorno de personalidad, aunque también podemos pensar en la bidireccionalidad causal. Sostenemos que unas malas experiencias continuadas pueden impedir que el córtex orbitofrontal funcione adecuadamente y, debido a esto, la persona también puede perpetuar sus dificultades de comprensión de las relaciones psicosociales.

Shore (2002) denomina al córtex prefrontal «el alto ejecutivo del cerebro». También interviene, según se deduce de los estudios neurocientíficos, una zona situada encima y detrás, que recibe el nombre de cíngulo anterior, y que, junto con la llamada ínsula, hacen que el córtex prefrontal adquiera la cualidad de conocer cómo nos sentimos y cómo se sienten los demás. Por tanto, representan, junto a las neuronas espejo, los motores de la mentalización y de la empatía que dependen directamente de la calidad de los vínculos afectivos (Wallin, 2007).

Podemos afirmar, siguiendo a Ledoux (1999), que la amígdala cerebral activa las funciones del hipocampo. Si esta recibe una sobreactivación por acontecimientos traumáticos, el hipocampo no puede hacerse cargo, y si el funcionamiento de la amígdala está por debajo del umbral necesario, el hipocampo tampoco puede trabajar de manera adecuada. El hipocampo decide qué almacena en la memoria y qué no. Se refiere, por tanto, a la memoria explícita.

Las experiencias traumáticas, según Krystal (1988, citado por Payás, 2010), producen una desdiferenciación del afecto, es decir, se pierde la capacidad para identificar emociones y realizar acciones apropiadas a la situación. De esta forma, lo que podría ser memoria explícita se vuelve implícita, sin acceso a las palabras. Tal como señala Winnicott, el trauma más grave es aquello que no sucedió, es decir, que quedó almacenado de una forma implícita y el sujeto no puede referirse a ello.

Los tratamientos dirigidos a personas con trastorno límite de la personalidad y a otros muchos pacientes están orientados a tejer una base segura entre paciente y terapeuta en la que se pueda producir una experiencia relacional y de aprendizaje. El vínculo afectivo resultante puede ir tejiendo las bases para reducir la terrible sensación de vacío existencial y la tendencia a la acción. El trabajo vincular afectivo ayuda a tejer unas conexiones entre hechos, sentimientos y emociones, al mismo tiempo que se urde el tejido cerebral.

Las variables estables vienen determinadas por el *setting*, es decir, el tiempo dedicado a cada sesión, la frecuencia y el espacio libre de interferencias, así como el pacto acordado sobre los honorarios. En algunos casos se prefija la duración del proceso, y en otros es indefinido. El terapeuta ofrece su disponibilidad para escuchar y analizar la información proveniente del paciente. Lo más importante es el trabajo sobre los afectos, las emociones, los sentimientos y las representaciones mentales.

El psicoterapeuta psicoanalítico relacional apenas interpreta; facilita que el paciente realice sus asociaciones libres sobre los temas que él mismo va configurando sobre la marcha. Cuando la emoción es muy intensa espera a que el paciente sienta la situación, y cuando pueda, comunique algo al respecto. Las emociones son para ser vividas, se encuentran ligadas a lo corporal y necesitan palabras para otorgarles un significado. La psicoterapia psicoanalítica relacional no pretende descubrir un inconsciente reprimido,

sino poner en contacto diferentes experiencias emocionales y vivenciales. El pasado surge en el presente en forma de transferencia. El terapeuta ofrece al paciente la posibilidad de que sienta lo que pueda sentir, que pueda pensar lo que siente y comprender algunos porqués. Es posible establecer nexos cuando primero el paciente se ha podido emocionar y el terapeuta lo acompaña.

Desde nuestro punto de vista, no es adecuado ayudar de entrada al paciente a modificar o reestructurar sus cogniciones. Creemos que estas se asientan en la experiencia emocional, por lo que lo verdaderamente útil es que la persona pueda sentir sus emociones de lo vivido en el pasado y del presente en relación consigo misma y con los otros. A pesar de que hay terapias que tan solo están enfocadas al presente, consideramos que se trata de una entelequia, ya que no podemos separar de una forma artificial aquello que se ha vivido en el pasado de lo que se vive en el presente.

El psicoterapeuta cumple la función de «hipocampo». Se detiene a pensar con su paciente, asigna un posible significado a los contenidos emocionales y lo ayuda a abrir el campo de significaciones posibles. Es entonces cuando el neocórtex se puede hacer cargo de la experiencia vivida de una forma simbólica. Como hemos señalado una y otra vez, el vínculo afectivo entre el terapeuta y el paciente y la confianza en el proceso facilitan que lo que permanecía implícito se haga explícito y se pueda sentir y pensar de otra manera. El paciente se puede asombrar de cómo el terapeuta es capaz de recordar contenidos de otras sesiones anteriores y también del pasado. El terapeuta relacional trata de reconstruir con el paciente lo que pudo suceder en sus vínculos afectivos de la infancia, incluida la emocionalidad que los acompaña.

Un factor fundamental de la psicoterapia se centra en la validación que el terapeuta hace de los sentimientos que el paciente vive y ha vivido, tanto en relación con su pasado como con las personas de su entorno y, en especial, en la relación terapéutica con el psicoterapeuta.

6. Aplicaciones de la obra de Winnicott y del psicoanálisis relacional intersubjetivo para la práctica psicoterapéutica

En este apartado vamos a tratar de relacionar algunas aportaciones de Winnicott con el que hoy denominamos psicoanálisis relacional e intersubjetivo.

6.1. La experiencia terapéutica. Una construcción entre lo nuevo y lo viejo

El paciente no podrá vivir al analista como un objeto antiguo a no ser que lo haya sentido de alguna forma como un objeto. La incapacidad para conseguir este equilibrio es responsable de muchos fracasos analíticos. Si el analista no puede ser sentido como un objeto nuevo el análisis nunca llega a iniciarse; si no puede ser sentido como un objeto antiguo nunca acaba (Greenberg, 1986, p. 98).

La propuesta del psicoanálisis relacional actual toma como punto de partida las aportaciones de Ferenczi, Winnicott y Kohut, entre otros, en cuanto a la importancia de que la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta sea una nueva experiencia que permita la modificación de la antigua. Una nueva forma de sentir y de vivenciar el sufrimiento permitirá que el paciente construya una nueva forma de entender su propia vida, su pasado y su presente, y todo ello lo ayude a regir un futuro. Pero la idea de repetición de Freud (1914) está presente en todas las escuelas psicoanalíticas. Nos preguntamos: ¿cuánto deseo de cambio tiene el paciente, y cuánto le es posible cambiar? Si la persona necesita repetir patrones relacionales y esto la lleva a la búsqueda de sujetos con los que poder repetir las experiencias corre el riesgo de permanecer anclado en un bucle interminable. Para entender la necesidad de repetición podemos analizar la aportación de Freud o de Klein y compararla con la aportación de Fairbairn. Se verá que los primeros parten de una postura instintivista, mientras que Fairbairn lo hace de una forma claramente relacional.

Según Laplanche y Pontalis (1968), la compulsión a la repetición es:

A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la ilusión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual (p. 68).

Freud considera la compulsión a la repetición como una manifestación de la pulsión de muerte. En *Más allá del principio del placer* (1920), Freud introduce la pulsión de muerte en contraposición a la pulsión de vida. Las tendencias destructivas y

autodestructivas para Freud se encuentran en la base del no crecimiento, de las resistencias a la curación, por lo que conceptos como «reacción terapéutica negativa» representan la manifestación de la pulsión de muerte. El sujeto, como mente aislada, reacciona contra sí mismo, boicoteando sus capacidades y el deseo de curación. También podemos pensar si más allá de este modo el ataque a sí mismo podría estar dirigido a sujetos del pasado y, en lo actual, expresado a través de la transferencia a sujetos nuevos y, por tanto, al psicoterapeuta. Aquí podríamos ver el elemento relacional en Freud. El odio dirigido a sus figuras del pasado ahora, en el presente, se dirige al terapeuta. La labor psicoanalítica que se desprende de esta forma de entender la transferencia es que este odio debe ser interpretado transferencialmente; el paciente debe tomar conciencia de su manera particular de distorsionar la realidad. Incluso podríamos llegar a pensar que el odio original del pasado hacia los suyos podría estar causado por una deformación proveniente de los efectos derivados de la pulsión de muerte, por la necesidad de agredir a las personas que cuidan de él, por envidia, celos, rivalidades edípicas, etc. La concepción predominante del psicoanálisis entiende que el sujeto siente rabia hacia su entorno por las proyecciones provenientes de su mundo interno. Apenas se cuestiona la calidad de las figuras cuidadoras. Estas pueden generar agresividad e incluso causar verdaderos daños en los niños que tienen a su cargo; pueden ser causantes de frustraciones y de un sufrimiento excesivo con serias repercusiones en su salud mental (Talar, Sáinz y Rigat, 2013).

Desde este punto de vista, la nueva experiencia que promulgan los autores relacionales se vería socavada por el peso del pasado, donde no hay lugar para lo nuevo ni para lo bueno. La experiencia con un psicoterapeuta como un sujeto únicamente bueno sería vista como algo ingenuo por parte de los analistas relacionales, incluidos Winnicott o Kohut.

Consideramos que la aportación de Fairbairn (1941) esclarece este tema de una forma muy relevante. Para este autor, el sujeto que ha tenido malas experiencias infantiles con sus cuidadores, en el presente suele buscar a personas parecidas, y si no lo son, él las siente se ese modo.

Un niño con padres deprimidos, desconectados o narcisísticamente absorbidos puede comenzar a experimentar en sí mismo depresión, desconexión o absorción narcisística, experiencias mediante las cuales obtiene una sensación de conexión con los sectores inaccesibles de la personalidad de sus padres.

[...]

Cuando comienzan a sentirse más felices, se sienten también en cierto modo más solos, hasta que llegan a poder confiar en su creciente capacidad de establecer conexiones nuevas y menos dolorosas con otras personas (Fairbairn, en Mitchell y Black, 1995, p. 199).

La aportación de Fairbairn sobre esta necesidad de mantener lo antiguo y, por tanto, no estar dispuesto a aceptar lo nuevo o lo que de nuevo tenga la experiencia no depende de ninguna pulsión de muerte. Como señalan Cooper y Levit (1998), para Fairbairn, el objeto nuevo es amenazador porque se aleja de su experiencia familiar: lo conocido es más importante que lo que está por conocer. Los humanos tendemos a buscar lo

conocido por miedo a que lo nuevo sea peor, pero, sobre todo, porque lo conocido lo podemos controlar. Para Fairbairn hay incluso otro motivo para perpetuar lo antiguo. Aunque sea inadecuado, alejarse de lo conocido produce sentimiento de culpa; mejorar y buscar nuevos horizontes implica hacer un duelo de lo familiar y, además, puede ser vivido como una desatención o incluso traición a los que cuidaron de él. Lo que nos enseña Fairbairn es que el paciente mantiene y necesita mantener sus objetos internos en conexión emocional con los objetos externos y, por ello, sentirse triste o degradado le permite seguir teniendo un sentimiento de pertenencia.

El trabajo terapéutico debe tener en cuenta que el paciente necesita repetir su drama personal en la relación terapéutica y, a la vez, que esta sea suficientemente nueva, buena y diferente para que le permita salir del bucle en el que se halla. Como señala Hirsch (1998), la teoría relacional ha puesto de relieve que el paciente busca las dos cosas: repetir la experiencia antigua y tener otras nuevas (Cooper y Levit, 1998).

El psicoanálisis relacional actual, como ya habían señalado Ferenczi y Winnicott, en el momento en que el terapeuta reconoce que ha tratado al paciente de una forma parecida a los sujetos de su infancia, produce una reacción en este. Además, abre el camino para la comprensión del fenómeno. La experiencia nueva tiene que ver con que el terapeuta reconoce su falla y su responsabilidad en el posible daño causado al paciente. Este puede reaccionar de la manera que le sea posible, y, a la vez, el hecho de que el terapeuta reconozca su error puede hacer que el paciente entienda de una forma distinta lo que sucedía en su infancia. Los analistas ortodoxos pueden reconocer, en el mejor de los casos, algún error que hayan cometido y pedir disculpas al paciente, pero no hablamos de este nivel de cordialidad básica y de buena educación, sino de que el paciente necesita que su terapeuta le falle. Este lo hará incluso a su pesar, y deberá reconocérselo y recoger la emocionalidad que al paciente le despierta. En nuestra experiencia, los terapeutas que practican el psicoanálisis ortodoxo son muy reticentes a reconocer errores o fallas en sus intervenciones, como es natural. Si han llegado tarde a una sesión o no han entendido algún contenido del material, entonces suponemos que sí son capaces de reconocer su error y de pedir disculpas. Nos referimos al hecho de reconocer las fallas como la manera que tiene el terapeuta de mostrar que el proceso psicoterapéutico es un diálogo entre dos personas con limitaciones y falibilidad. Se dan dos procesos simultáneos, uno de orden experiencial y el otro, una nueva forma de comprender, sentir y pensar de manera algo distinta. Emoción, cognición y vivencia son tres elementos inseparables y fundamentales en el modo que tenemos de entender el objetivo terapéutico desde la perspectiva que defendemos.

Sabemos que las personas pueden querer cambiar, pero muchas veces no saben cómo hacerlo. El cambio produce miedo a dejar antiguas defensas y caer en un derrumbe. Cuando la patología ha logrado un alto nivel de homeostasis con uno mismo y con los demás es muy difícil modificarla. Las estructuras de personalidad patológicas son las menos dúctiles y menos proclives a los cambios. Si los nuevos objetos (sujetos) son radicalmente distintos a los antiguos, cuanto mayor sea la psicopatología, mayores serán las dificultades para que la persona acepte la nueva experiencia. Los psicoterapeutas

debemos tomar nota de esta importante afirmación. Lo nuevo es bien recibido cuando se respeta la necesidad de lo viejo, como señalaba Greenberg (1986).

El proceso terapéutico, tal como se define, tiene que ver con el fenómeno humano estudiado a través del constructivismo. La realidad es siempre una construcción del que observa, ya que este, de una forma u otra, participa de lo observado. De esta manera resulta evidente que el proceso psicoterapéutico es una experiencia intersubjetiva en la que los dos participantes son observadores y observados, a la vez que son los protagonistas de la relación y vinculación que tendrá lugar, cada uno según su subjetividad y con la diferencia que marcan sus diferentes roles de terapeuta y de paciente.

6.2. Ampliación del concepto de contratransferencia: contratransferencia inversa y paracontratransferencia

Para definir la contratransferencia nos parece muy acertada la idea de Wolff:

Las necesidades psicológicas que se movilizan en la experiencia subjetiva del analista, en virtud de su participación en el proceso analítico con el analizando (paciente). En otras palabras, la contratransferencia del analista es la contraparte y el complemento natural de la transferencia del paciente, pero no necesariamente una reacción ante ella (Lancelle, 1999, p. 62).

Proponemos que el propio paciente siente hacia el profesional algo parecido a la contratransferencia que el terapeuta tiene con respecto a él, por lo que nuestra propuesta es denominarlo «contratransferencia inversa». Es un fenómeno parecido a la contratransferencia, pero al proponerlo como una reacción del paciente le añadimos el adjetivo «inversa».

Entendemos el proceso terapéutico dentro de una mutualidad asimétrica entre paciente y terapeuta (Aron, 1996). Ambos están sumergidos en un proceso interactivo y vinculativo en el que se influyen y se regulan mutuamente. La subjetividad de cada uno se encuentra en un espacio transicional donde es posible el juego (siguiendo la concepción winnicottiana ya descrita). En el psicoanálisis clásico, la contratransferencia es la respuesta emocional que experimenta el terapeuta a partir de las emociones, sentimientos que el paciente siente y le comunica de una u otra manera.

A pesar de la terminología, no es necesario que entendamos la contratransferencia del analista como una respuesta a la transferencia del paciente. Podemos pensarlo como la movilización emocional y cognitiva del analista en interacción con su paciente. Este último mueve, despierta y pone en marcha asociaciones libres del terapeuta, pensamientos, sentimientos y cogniciones, es decir, conocimiento implícito mutuo: el terapeuta cree que conoce a su paciente suficientemente, es decir, cómo entiende y cómo procesa el trabajo psicoterapéutico, cómo recibe sus palabras, cómo sufre, cómo ama, cómo se frustra. En definitiva, cómo es la idiosincrasia mental, emocional y relacional de su paciente. Podemos afirmar que este también está en condiciones de conocer, de

alguna manera, la idiosincrasia del terapeuta. Es habitual que un paciente en proceso psicoterapéutico o al final de este afirme lo siguiente: «A mi analista le enojaba cuando le explicaba determinado tema; no le gustaba que siguiera con mi cónyuge; estaba demasiado interesado en...».

Para nosotros, el movimiento transferencia-contratransferencia es bidireccional. De la misma manera que el terapeuta puede pensar: «De momento no le diré tal cosa al paciente; sería poco adecuado», este último puede considerar: «Creo que esperaré un poco más para hablar de tal tema; ahora el analista podría no entenderlo». Lo que se describe como «contratransferencia inversa» no tiene un sentido peyorativo. El paciente conoce a su analista porque se relaciona e interactúa con él; sería extraño que no pudiera darse cuenta de algunas de las peculiaridades de este, ya que significaría que el terapeuta mantiene con su paciente una relación robótica, por lo que el paciente con capacidades cognitivas normales también sería consciente de ello. Se hace mención a capacidades cognitivas y emocionales del paciente que se encuentran fuera del área de conflicto, concepto desarrollado por la «psicología del yo» (Hartman, 1939). Si el paciente comunica sus percepciones sobre su terapeuta, este debería abstenerse de interpretarlas como surgidas de la transferencia o como proyecciones defensivas. Más allá de los fenómenos transferenciales se dan los fenómenos relacionales de más amplio espectro.

Otro aspecto a destacar del concepto «paracontratransferencia» es el prefijo «para», que pretende orientarnos hacia un uso no habitual del término. «Para» significa «semejante a, pero no igual». Con ello nos referimos a un fenómeno que surge en la relación paciente-terapeuta y que tiene que ver con los sentimientos que los terapeutas desarrollan hacia las personas del pasado o del presente con las que se relaciona el paciente. Son aspectos contratransferenciales que no van dirigidos directamente al paciente, aunque el terapeuta los experimenta a través de la relación con él. Podemos sentir simpatía, antipatía y otras emociones hacia los progenitores del paciente, su marido o su mujer, su hermano o su amigo. Por este motivo, y por respeto a nuestro paciente, en terapia individual no tomamos a ningún miembro de su entorno, pero queremos llamar la atención de lo importantes que pueden ser para nosotros los sujetos con los que se relaciona el paciente. Sentimos que nos ayudan, nos interfieren, nos molestan. Nos alegramos de algunas separaciones de pareja, de algunas independencias de la casa parental. Advierta qué poca neutralidad tenemos y cuánta memoria de la que Bion nos alertó. Lejos de ser un problema, reconocer estas emociones «paracontratransferenciales» nos permite trabajar mejor con nuestros pacientes. Sentirlas y pensarlas es una buena manera de no actuarlas.

En el psicoanálisis clásico, algo así sería considerado una resistencia grave, incluso con elementos de manipulación por parte del paciente; sin embargo, desde una perspectiva actual podemos estudiarlo como un fenómeno más de la interacción entre los dos integrantes de proceso. Es totalmente coherente con la idea de que la madre cuida de su hijo tratando de entender lo que siente y lo que hace, y el niño trata de comprender a su madre en lo que esta siente y hace con respecto a él mismo y hacia otros. La resistencia para el psicoanálisis relacional depende del ideal del terapeuta y de su concepción sobre

aquello que es o no es sano para el paciente. El paciente puede resistirse ante determinados conocimientos para protegerse de un derrumbe; el terapeuta puede interpretar resistencia del paciente simplemente porque no sigue aquello que estaba previsto según su propósito.

Como sugiere Rodríguez Sutil (2007) «la resistencia es una justificación del punto de vista del analista, por lo que la mejor forma de evitar una influencia coercitiva no es eliminar los propios valores y visión de la realidad, sino hacerlos lo más explícitos posible» (p. 34), a lo que añadimos... y compartirlos con el otro integrante de la experiencia. Es muy distinto que el terapeuta plantee al paciente: «Creo que esto que siente es muy difícil para usted, que prefiere eludirlo, quizá porque considera que es lo mejor en este momento, aunque mi punto de vista es que iría bien poderlo abordar ahora. ¿Cómo lo ve?».

Si consideramos el trabajo terapéutico como una relación libre debe estar despojado de elementos de poder añadidos, entendiendo que toda relación humana conlleva implícito el poder. El objetivo no puede ser eliminar estos elementos, sino hacerlos explícitos para que sean tratados lo mejor posible. A fin de cuentas, debemos partir de la base que nos muestra Gadamer (Rodríguez Sutil, 2007) cuando afirma que «la posibilidad de que el otro tenga razón es el alma de la hermenéutica». A lo que añadimos que debería ser la brújula que orientara el trabajo psicoterapéutico.

La neutralidad del terapeuta está cuestionada especialmente por los psicoanalistas relacionales e intersubjetivos actuales. Es imposible la neutralidad, porque en el momento que intervenimos en la vida de otro ser humano desde el punto de vista que sea, lo hacemos desde nuestra manera de ser, de hacer y de estar y, por tanto, desde nuestra subjetividad. Algunos profesionales de la medicina tienen la ilusión de que esta llegue a ser una ciencia exacta, inequívoca, en la que una máquina cibernética diagnostique, pronostique y trate con suma precisión a los enfermos pacientes. Para ello es necesario reducir al enfermo a su enfermedad, todo lo contrario de lo que nos enseñó Hipócrates: «No hay enfermedades, sino enfermos que las sufren». En el momento actual en el que predomina el biologismo parece que no haya enfermos idiosincráticos, sino síntomas, síndromes y enfermedades medibles, acotadas, susceptibles de opciones terapéuticas igualmente medibles, dentro de la máxima objetividad posible, que pretende ser absoluta. Aplicar este modelo cibernético a la salud mental significa que las conductas, los significados emocionales y las variables relacionales deben ser reducidos al mínimo operativo y tangible, por lo que la sustancia bioquímica, el área neurológica o la zona anatómica concreta son los mejores representantes.

Si frente a un cuadro depresivo el profesional entiende que hay un nivel bajo de serotonina, descartará cualquier otro motivo causal de la índole que sea. El objetivo objetivado será reponer la serotonina que falta en el organismo. Si pudiera demostrarse que esto es así, como hemos señalado, no haría falta anamnesis, biografía, ni siquiera una entrevista clínica, ni conversación. Quedaría excluida toda posibilidad de psicoterapia, especialmente la psicodinámica; sin embargo, debemos advertir que el ser humano quedaría reducido a la mínima expresión. Para evitar este gran problema

epistemológico, abogamos para que las ciencias que estudian los fenómenos mentales y relacionales acepten como premisa fundamental la complejidad etiológica y las variables que actúan en la función terapéutica.

Erradicar toda subjetividad por parte del clínico es reducir al ser humano a un amasijo de moléculas. Como ya hemos dicho, somos subjetivos porque somos sujetos receptores, emisores y constructores de realidad. La realidad siempre es subjetiva y no pertenece a un solo individuo ni a un solo tiempo de la humanidad.

6.3. La psicoterapia como una experiencia relacional implícita y explícita

El grupo de Boston, liderado por Daniel Stern, ha trabajado desde el año 1998 (Coderch, 2010) en las variables que influyen en el tratamiento. Podemos afirmar que para el psicoanálisis ortodoxo el cambio psíquico se produce cuando el paciente aumenta el conocimiento de sí mismo, es decir, cuando se incrementa su *insight*. Para conseguirlo el paciente debe tratar de expresar con franqueza aquello que tiene en su mente y debe ir asociándolo libremente sin someterlo a un examen previo. Freud, después de una larga experiencia clínica, es consciente, en gran medida gracias a sus pacientes, de que debe dejar hablar. La asociación libre, dentro de lo libre que podemos llegar a ser, pone el acento en que la mente tiene que abrir sus puertas a ideas no preconcebidas. Consideramos que esta regla práctica es de una importancia capital en el trabajo psicoterapéutico y una aportación que debería ser modélica para cualquier tipo de orientación psicológica.

Freud tuvo el acierto de ofrecer una silla o un diván al paciente, invitándolo a acomodarse y dándole una única consigna: «¡Hable!» (Sáinz, 1999). Para el psicoanálisis clásico, la vía para llegar al *insight* es a través de la asociación libre del paciente y del instrumento más importante del terapeuta, la interpretación. En nuestro ámbito, Armengol y Hernández (1991) realizaron un importante trabajo sobre el valor relativo de la interpretación y el *setting*. En él defienden que en el trabajo analítico, la interpretación tiene un valor relativo, y depende en todo momento del *setting*. De alguna manera, lo verdaderamente relevante es que el paciente se sienta en un espacio de confiabilidad y de sostén. Si esto se produce, los autores piensan que es el momento en que tiene sentido mostrarle aspectos de su funcionamiento interno y transferencial.

Para el psicoanálisis ortodoxo, el conocimiento que proporciona la interpretación llevará a la curación o al cambio psíquico. Como ya hemos dicho, la interpretación para Freud ha de servir para que el paciente se enfrente a sus contenidos mentales y conozca sus mecanismos de defensa, sus ansiedades y sus conflictos intrapsíquicos. Sigue el modelo de la formación de los sueños, el contenido latente y el contenido manifiesto. Para Freud el contenido latente debe volverse manifiesto y consciente o, dicho de otro modo, el objetivo terapéutico del psicoanálisis es hacer consciente lo inconsciente. Como hemos afirmado antes, la psicoterapia que deriva del psicoanálisis relacional, y como

también venimos sosteniendo, de la obra de Winnicott, pone el énfasis en que el cambio psíquico es posible a través de una experiencia relacional y vincular entre el terapeuta y el paciente, de la creación de un espacio intersubjetivo o transicional donde sea posible el juego y el intercambio afectivo y cognitivo entre ambos integrantes del proceso. El grupo de Boston (BCPSG) estudia el proceso de cambio en la terapia y qué lo hace posible. La expresión, ya comentada de Winnicott «No existe tal cosa que podamos llamar bebé» o, más reducida, «el bebé no existe», si no es en relación a alguien que lo cuida, pone el acento en que en la crianza lo que sucede entre la figura materna y el pequeño no es tan solo un intercambio de ideas o de conceptos útiles para estar en el mundo, sino un proceso de regulación mutua dentro de una experiencia relacional y vincular.

La enseñanza de unos valores, la instrucción y la pedagogía con las que las familias educan a sus hijos dependen de elementos tanto explícitos como implícitos. Estos últimos están relacionados con las vivencias tal cual han sido experimentadas, se ubican en la memoria de procedimiento y suelen llevar el timón de las relaciones humanas.

El grupo de Boston nos muestra que el «algo más que la interpretación» es un instrumento esencial en psicoterapia, desmitificando de esta forma el poder que se otorga a la interpretación psicoanalítica como único agente de cambio psíquico. Sin embargo, queremos señalar que el «algo más» es, en realidad, inherente a la relación humana; no es, por tanto, «algo más»; es la esencia de cómo se organiza el psiquismo en relación constante con los otros. Lo que la madre dice, lo que enseña por vía declarativa, lo que instruye tienen menos valor que cómo trata a su hijo, cómo lo mira, cómo lo toca, que implican lo que el niño siente y hace; la prosodia de las palabras, la escucha sincera, los encuentros, los desencuentros, el juego compartido y un largo etcétera son los elementos fundamentales de ese «algo más». Proponemos que los elementos conscientes y declarativos tienen el valor que les otorga el «algo más» del grupo de Boston, por lo que en psicoterapia, lo fundamental reside en estos elementos descritos; solo eso puede proporcionar cierto conocimiento al paciente sobre sí mismo y su vida. Las interpretaciones solo tienen sentido si se asientan en lo afectivo y son capaces de movilizar afectos compartidos.

Para Stern *et al.* (1998), el ser humano en interacción construye un «conocimiento relacional implícito», no simbólico, ubicado en la memoria de procedimiento (Coderch, 2010), derivado de las experiencias relacionales e intersubjetivas. Es natural que las relaciones humanas, en general, puedan estar dominadas por el conocimiento relacional implícito y que puedan, a la vez, modificarlo. La psicoterapia relacional proporciona la creación de un espacio intersubjetivo (transicional, en términos de Winnicott) en el que, a través del vínculo afectivo, se produce una experiencia igualmente intersubjetiva donde es posible un cambio por parte del paciente en su conocimiento relacional implícito. Su experiencia actual puede modificar sus pautas de interacción con el otro e incluso proporcionar un abanico relacional más amplio.

Consideramos que en el juego que se establece entre el terapeuta y el paciente se produce la creación de un conocimiento relacional implícito que fomentará el cambio psíquico del paciente. Terapeuta y paciente llevan a cabo una regulación afectiva

compartida, cuyo modelo encontramos en el bebé y la figura materna. Lo que internaliza el niño no son objetos, sino el proceso de regulación mutua (Beebe y Lachmann, 1998).

Recogemos esta cita de Lyons-Ruth:

Aunque los dos participantes en la terapia tienen muchas capacidades intersubjetivas, incluyendo las capacidades para interpretar las intenciones relacionales y los estados de la mente del otro, la capacidad de crear conocimiento implícito compartido no reside en ninguno de ellos actuando solo. Lo que sucede, a medida que la relación terapéutica progresa, es que el conocimiento implícito compartido y las intenciones compartidas emergen poco a poco a partir de las aperturas que cada uno suministra al otro. El sistema dinámico diádico tiene capacidades emergentes para crear nuevas e impredecibles formas de conocimiento implícito compartido en cada uno de los participantes, a medida que nuevas maneras de estar juntos son cocreadas en el tratamiento (Riera, 2011, p. 318).

Se puede observar que esta afirmación de Lyons-Ruth corresponde a lo que Winnicott comenta con respecto a que el proceso terapéutico se debe a la construcción de un espacio transicional donde es posible la vivencia compartida de fenómenos y experiencias transicionales. Pretendemos abordar el dilema psicoanalítico de qué factores son los que propician el cambio psíquico del paciente. Y nos decantamos por que es la relación vincular creada entre los dos integrantes del proceso. Los analistas clásicos se inclinan, como ya hemos dicho, por la interpretación de lo inconsciente. El conocimiento implícito grabado en la memoria procedimental surgirá en la transferencia. Terapeuta y paciente son sus creadores, y se regulan mutuamente, aunque de forma asimétrica.

El paciente, a través de sus aportaciones y asociaciones libres, ofrece al terapeuta la posibilidad de ayudarlo a pensar, abriendo nuevos caminos y estableciendo nexos entre emociones, sentimientos y vivencias. Para nosotros esto tiene que ver con el conocimiento explícito. El trato que se desprende del vínculo terapéutico, la forma en la que el terapeuta escucha y explica lo que entiende, el modo en que mira al paciente y el tono de las palabras que utiliza representan el «algo más» del grupo de Boston. Para nosotros es esencial. Las interpretaciones que pretenden hacer consciente lo inconsciente no tienen ningún sentido si no se produce una experiencia relacional y vivencial entre ambos integrantes del proceso. De acuerdo con Winnicott (1971), «creo que en lo fundamental interpreto para que el paciente conozca los límites de mi comprensión. El principio es el de que él, y solo él, conoce las respuestas» (p. 118).

Como ya hemos dicho antes, la humildad de Winnicott rompe con los esquemas habituales del psicoanálisis de su época y de la actualidad. Declarar que solo interpreta para que el paciente conozca los límites de la comprensión del propio analista, por un lado, es rebajar la potencia de la interpretación, es decir, que esta es en realidad poco necesaria, a la vez que pone énfasis en que el paciente conozca los límites para comprender. Consideramos este aspecto de gran relevancia, ya que conocer los límites implica saber que no podemos tener el conocimiento de los fenómenos mentales en su totalidad y que, en realidad, tampoco es necesario. Junto con Winnicott, apoyamos la idea de que podemos ayudar al paciente con la experiencia relacional, tratando de comprender lo mejor posible su funcionamiento mental y sus relaciones interpersonales, a pesar de que el conocimiento sea limitado. Aunque no lleguemos a conocer los

entresijos del inconsciente, es posible llevar a cabo el trabajo terapéutico. Los llamados «momentos de encuentro y momentos ahora» llaman la atención sobre las capacidades espontáneas que se deben permitir los terapeutas.

El grupo de Boston habla de la regulación diádica basada en el microintercambio entre el bebé y la figura materna, que se produce a través de sistemas perceptivos y de los despliegues afectivos. La forma en la que el cuidador del bebé comprende sus estados emocionales determinará la naturaleza y el grado de coherencia que irá desarrollando el pequeño. Hablar de regulación mutua entre ambos integrantes no significa que exista una simetría entre ellos, pero sí una influencia y una afectación bidireccional. En realidad, el proceso de adaptación debe ser mutuo, aunque el cuidador adulto debe adaptarse en mayor medida al niño que cuida. La regulación progresiva es posible gracias a la repetición de experiencias, lo que Winnicott llama la continuidad en los cuidados infantiles y que es la base de lo que el grupo de Boston denomina «conocimiento relacional implícito». Para el grupo de Boston, el momento de encuentro es fruto de un trabajo compartido que culmina en un conocimiento compartido. En un momento dado, se explicita un fenómeno que tiene lugar en la terapia: el paciente entiende algo de una forma evidente. Se parece al *insight*, aunque con la diferencia de que son los dos integrantes del proceso los que reconocen que algo ha cambiado, es decir, que pueden «leer» de una forma distinta lo que han estado tratando desde hace tiempo. Se evidencia, y se explicita, un conocimiento compartido, y es entonces cuando lo implícito de la relación terapéutica puede pensarse de una forma consciente.

El grupo de Boston considera que el momento de encuentro puede provenir de una interpretación; nos alerta de que las interpretaciones pueden bloquearlo. En realidad creemos que la interpretación no es necesaria. Desde nuestra perspectiva, el terapeuta sugiere posibilidades al paciente, y este las explora a la vez que las comparte. Ambos son exploradores, descubridores, y comparten su ignorancia.

«Los momentos de encuentro, los momentos del presente y los momentos ahora» propuestos por el grupo de Boston mueven algunos cimientos del psicoanálisis ortodoxo. Según la teoría clásica, el inconsciente ha ido llenando su recipiente a través de la represión, base de los mecanismos de defensa; la interpretación debe reducir estos mecanismos y las resistencias concomitantes para que lo inconsciente se convierta en consciente y, por tanto, se liberen los síntomas inadecuados. El grupo de Boston pone el acento en el fenómeno de la regulación y la afectación mutua entre el bebé y la figura materna, aplicable a los dos integrantes de la terapia. El aprendizaje vivencial y experiencial a través de las relaciones interpersonales proporciona unas pautas de relación. Conocemos nuestra biografía a través de nuestra memoria declarativa, con la que podemos construir una narrativa de nuestras vivencias pasadas y presentes. El conocimiento relacional implícito se ha erigido en la relación interpersonal, no forma parte de un proceso individual ni es intrapsíquico.

Los momentos de encuentro permiten esclarecer el conocimiento relacional implícito. Para nosotros no surgen de la interpretación, sino de la experiencia terapéutica, que tiene su propia historia en el tiempo y sus propios acontecimientos compartidos. Los

momentos presentes representan eventos actuales que se producen en la relación terapéutica. No son traídos del pasado del paciente en la transferencia con el terapeuta, sino que se producen en el presente y se construyen con la aportación de ambos. Los momentos «ahora» son auténticas espontaneidades que surgen entre ambos integrantes, y son parecidos a lo que los autores relacionales llaman *enactment*. Surgen directamente del juego compartido y zarandean el equilibrio habitual por su carácter de imprevisibilidad. Proponemos que estos momentos conceptualizados por el grupo de Boston representen el trabajo psicoterapéutico, ya que es necesario vivirlos, sentirlos, pensarlos y compartirlos. Se mueven entre lo sensorial, lo corporal, lo emocional y lo mental. Como conceptualiza Winnicott, son el paso de la no integración hacia la integración (del *self*). Pueden modificar el espacio intersubjetivo, por lo que pueden cambiar la forma de estar en el mundo con uno mismo y con los demás, aspiración terapéutica de máxima importancia.

6.4. Empatía, espontaneidad y *enactment*

El término «empatía» fue introducido por Theodor Lipps en 1903, en el ámbito del estudio del humor, y formó parte de la lengua inglesa a partir de 1904. El vocablo deriva del griego *pathos*, que significa «algo que le ocurre a uno, la experiencia de uno» (Wolff, 1999). El *Oxford English Dictionary* lo define como «la capacidad de proyectar la personalidad de uno dentro de un objeto de contemplación y así comprenderlo más completamente». El *DRAE* afirma que es «la identificación mental de un sujeto con el estado de ánimo de otro». La idea es clara: ponerse en el lugar de otra persona para sentir con ella; reconocer los sentimientos de otra persona a partir de la experiencia propia; acompañar al otro en su sentimiento. Los humanos somos muy parecidos y nos resulta relativamente fácil identificarnos con el sufrimiento de los otros, sobre todo cuando estamos en interacción con ellos. Lloramos, reímos, nos enfadamos y nos emocionamos cuando vemos una película o alguien nos transmite su estado emocional. La mente y el cerebro se conectan con la mente y el cerebro de los otros, como vimos en el apartado de las neuronas espejo.

El fundamento de la empatía aplicado a la psicoterapia tiene el objetivo fundamental de que el paciente se sienta comprendido por el terapeuta. Toda intervención o interpretación, por acertada que sea, será errónea si el paciente no se siente comprendido. Si la intervención produce daño y el paciente se siente dañado o humillado esto causará una retraumatización contraria al objetivo terapéutico.

Kohut ha sido el autor que más decididamente ha apostado por la empatía como el instrumento básico de la psicoterapia, junto con la función introspectiva (Kohut, 1971, 1979, 1984). Este autor denomina «inmersión empática» al esfuerzo del terapeuta por captar los significados emocionales del paciente y ver desde qué códigos se organiza su experiencia. La empatía, y así lo entiende Kohut, siempre es un fenómeno subjetivo, por lo que cuestiona toda supuesta neutralidad. El terapeuta que aboga por una neutralidad

objetiva en realidad ofrece al paciente muchos más elementos de juicio sobre la personalidad del terapeuta.

Veamos el ejemplo de un analista que considera que realiza su trabajo con neutralidad. En una sesión le comunica a su paciente que el viernes de la semana próxima no habrá sesión; no le da ninguna explicación sobre el motivo y espera asociaciones libres. La paciente responde siguiendo las consignas recibidas y como suele ser habitual. Habla de su parecer al respecto, de cómo le moviliza la ausencia de sesión; el analista escucha y espera por si puede interpretar algún contenido emocional y sin añadir alguna explicación más al respecto. En la siguiente sesión la paciente le comunica a su analista que se ha enterado de que participa en una mesa redonda en una jornada de trabajo justo el viernes y que ahora entiende que por ese motivo no habrá sesión. El analista «neutral», sin salirse de su papel «objetivo», la interpreta, como es propio de su función: «Ahora ha investigado el motivo de por qué no tenemos sesión y se siente triunfante. En lugar de sentirse la niña excluida, ahora está a mi altura y controla la situación». Nada menos neutral que ofrecer una interpretación cargada de teoría y de escolástica. Nada menos objetivo que dar por sentado que la paciente se sentirá excluida, cuando puede sentir otras muchas cosas, además del daño de decirle a alguien que se ha metido donde no lo llaman de una forma ilegítima. Este pequeño aporte del analista puede modificar la transferencia de la paciente sin que el analista se cuestione su intervención debido a que está protegida por una «falsa neutralidad». A esto se refieren los autores intersubjetivos, inspirados en Kohut y los psicoanalistas relacionales actuales, cuando reconocen la participación siempre activa en la construcción de una experiencia nueva. El problema práctico no es el equívoco, es no reconocer la posibilidad de errar y de fallar al paciente. Por supuesto que el terapeuta y cualquier ser humano pueden creerse muy empáticos y simplemente estar proyectando aspectos de su propia necesidad. La empatía, como ya hemos apuntado, es limitada, subjetiva, y goza de cierta inestabilidad. Sin embargo, no podemos, ni debemos desestimarla como un fenómeno necesario, conveniente e incluso imprescindible en psicoterapia. Desde el inicio del psicoanálisis se pidió a los terapeutas que supervisaran sus casos y que llevaran a cabo una psicoterapia personal, no porque torne objetiva la subjetividad, sino por tener espacios donde uno pueda ser consciente de su propia subjetividad como terapeuta. En este caso, no se trata de estudios empíricos, sino de relaciones humanas y lo que conllevan.

Las características personales de cada terapeuta forjan su estilo de trabajo. La práctica de una determinada corriente de pensamiento tiene que ver con las identificaciones, con los maestros y con la propia personalidad. Muchos profesionales de la salud mental que son fervientes defensores de un enfoque determinado podrían haber seguido con idéntico fervor otros puntos de vista distintos. Si una personalidad obsesiva se convierte en un investigador experimental, llevará a cabo su trabajo de manera obsesiva, y si se dedica a la clínica y se forma como psicoterapeuta psicoanalítico, su forma de realizar las terapias será igualmente obsesiva. Los psicoanalistas relacionales e intersubjetivos saben que la personalidad y, por tanto, la biografía y las vivencias de los terapeutas dirigen de alguna manera su forma de proceder en su trabajo. Tener el conocimiento de todo ello nos

puede llevar al reconocimiento de nuestros errores, pero no quiere decir que por eso tengamos un control omnipotente de los fenómenos.

Consideramos que la capacidad empática de comprender a otro ser humano está condicionada por la propia subjetividad, pero sostenemos que en todos nosotros hay «ángulos ciegos de la personalidad» (a los que nos hemos referido antes), por lo que por muy bien que trabaje un terapeuta seguirá produciendo sesgos y condicionamientos, los podrá supervisar, reconocer y tratar de evitar, pero seguirán teniendo lugar, ya que es algo inevitable. La espontaneidad del terapeuta es necesaria para respetar lo que Winnicott denomina el gesto espontáneo, pero no podemos forzarla porque dejaría de existir. Quizá Winnicott tuviera una personalidad natural espontánea y juguetona, pero no todos la tienen. En realidad, estamos de acuerdo con este autor cuando dice que toda terapia debe buscar la creatividad mucho más que la objetividad imposible. Como formadores podemos estimular las capacidades espontáneas y creativas de nuestros jóvenes terapeutas, pero no podemos instaurarlas como si fuera algo material.

Las escuelas ortodoxas del psicoanálisis no han estado en contra de la espontaneidad del terapeuta, pero no la han fomentado, sino que han solido tratarla como peligrosa. Con bastante probabilidad, los terapeutas psicoanalíticos han llevado a cabo maneras de proceder que han quedado en la privacidad de los despachos. El error ha sido no compartirlas con la comunidad psicoanalítica. Es probable que la propia Melanie Klein tratara a sus pacientes niños de una forma amistosa y cariñosa, pero cuando informaba a sus colegas hablaba de interpretaciones transferenciales y del mundo interno repleto de envidias o venganzas. Podemos afirmar que una terapia que solo se hubiera basado en interpretaciones, aunque fueran acertadas, fracasaría, sobre todo porque el paciente no podría experimentar la vivencia de estar con otro ser humano, sino con un oráculo, y nadie es capaz de «curarse» por escuchar apotegmas sin vida.

Por todo ello, consideramos el *enactment* como un fenómeno creativo y espontáneo. Se puede traducir como «puesta en escena», «dramatización» o «actualización». El concepto de *enactment* ha sido motivo de discusiones y debates psicoanalíticos. La posibilidad de una reacción espontánea, no pensada por parte del analista, es obvio que comporta cierto cuestionamiento. La imagen del analista dentro de la ortodoxia es de neutralidad, de quietud y de una profunda capacidad reflexiva; sin embargo, ya Ferenczi inauguró en tiempos de Freud una forma espontánea y flexible de estar con el paciente. Posiblemente algunos ya lo hacían, pero Ferenczi lo explicó y lo argumentó en sus escritos, aunque le comportara distanciamiento con algunos de sus colegas, incluido Freud. El concepto fue introducido por Jacobs en 1986 (Coderch, 2010) y, a nuestro entender, guarda cierta similitud con los «momentos de encuentro», sobre todo con los «momentos del ahora» estudiados por el grupo de Boston. El terapeuta trata de crear un clima de confianza en el que el paciente y él mismo puedan expresarse con toda la libertad posible. En un momento determinado puede emerger una acción compartida y cocreada entre ambos integrantes. Jacobs la denomina «contratransferencia convertida en acción» (Coderch, 2010), pero nosotros creemos que no es fruto de la contratransferencia, sino de que el terapeuta se «deja ir» de una forma espontánea por la

captación que tiene en ese instante de la sesión. Es obvio que la escuela principal del psicoanálisis, que es como llama Coderch a la ortodoxia, lo vea como una actuación. Nosotros consideramos que la interpretación sistemática de la transferencia o determinados silencios del terapeuta también son una actuación. Si el *enactment* es una actuación con connotaciones peyorativas, debemos llamarlo como corresponde en la terminología psicoanalítica: *acting out*.

Tenemos la impresión de que la propuesta de Ferenczi sobre la flexibilidad en el encuadre, difundida por otros autores como Winnicott y utilizada hasta el día de hoy por psicoanalistas relacionales e intersubjetivos, ha conseguido que muchos analistas hayan «salido del armario» de la ortodoxia y se hayan reconciliado con su deseo de practicar la psicoterapia con rigor, pero con sencillez y normalidad, es decir, orientada de una forma humanista. Estamos del todo de acuerdo con Coderch (2014) a la hora de proponer un psicoanálisis relacional de corte humanista. El analista liberado del corsé de la ortodoxia puede sentirse autorizado para trabajar con libertad (Coderch, comunicación personal). Por supuesto que estamos de acuerdo en que hay posibilidades de equivocarse, pero así es en todas las formas de cura de cualquier oficio similar.

Durante mi formación clínica tuve la oportunidad de aprender en el Departamento de Psiquiatría y Psicología del Hospital infanto-juvenil de Sant Joan de Déu de Barcelona, durante un período de cuatro años, en la primera mitad de la década de 1980, junto al doctor F. Palomero. Él trabajaba con pacientes jóvenes que habían sido hospitalizadas a causa de la anorexia mental, y realizaba un trabajo de psicoterapia individual y familiar con los miembros de la familia que permanecían con el/la paciente. El enfoque clínico era claramente de base psicodinámica. En numerosas ocasiones Palomero «jugaba» con elementos «teatrales», semejantes a una puesta en escena. A veces lo hacía de forma premeditada, pero otras surgía de manera espontánea. En su marco de trabajo eran posibles los *enactments* con una finalidad terapéutica. Por ejemplo, en una de las visitas a una paciente, en su habitación del hospital, la madre afirmó nada más llegar el médico: «Doctor, hoy ha comido un poco mejor, pero se ha dejado casi todo el plato», a lo que el doctor respondió de forma espontánea y con una entonación apropiada: «Si solo interesa la comida, nos vamos», y acto seguido salimos de la habitación. Al cabo de un momento, entramos de nuevo y el doctor preguntó: «¿Podemos hablar de alguna cosa que no sea comer?». Este *enactment* se produce porque el profesional se concede la autorización para dejarse llevar por la impresión del momento. No está pensado, sino que surge a través de la interacción directa. Lo que pretende transmitir es que la familia y la propia paciente puedan verse como alguien que, además de comer o no comer, existe como ser humano. De este modo, trataba de abrir el camino hacia la subjetividad de las experiencias emocionales y relacionales.

Es obvio que la forma de trabajar y la capacidad para ejercer el oficio dependen de la formación de los profesionales, pero también y, sobre todo, de su propia personalidad, por lo que estamos en total acuerdo con los autores intersubjetivos actuales.

6.5. Colusionar, colisionar y la reacción terapéutica negativa

Son temas tópicos de los que hay una amplia bibliografía psicoanalítica y, por ello, haremos simplemente una pequeña reflexión al respecto. La colusión es temida por los psicoanalistas, por lo que debe ser evitada en todas las circunstancias. Colusionar significa caer de lleno en la trampa que el paciente nos tiende, aunque sea de forma inconsciente. El terapeuta, sin ser consciente de ello, se hace cómplice y se alía con la parte patológica del paciente. Los analistas que se consideran puros y cautos afirman que se debe ser astuto para darse cuenta de ello y así no cometer errores. Esta actitud anticolusiva puede agravar la tendencia del terapeuta a desconfiar de la explicación del paciente. Por ejemplo, una paciente joven dice que su madre tiene o ha tenido mucha envidia de ella, que no soporta que a ella los chicos le vayan detrás y que solo se exhibe para agradar. Si el clínico piensa en términos de proyección y pretende llevarlo a la transferencia, podría decirle: «Temes o sientes que yo siento envidia de ti porque eres más joven y eso oculta la rivalidad que tienes conmigo porque puedes entrar en mi vida privada». El terapeuta no quiere colusionar con la supuesta proyección de la paciente para no aliarse con los aspectos envidiosos de ella y que de esta forma los potencie. Para evitar estas distorsiones proponemos no precipitarnos, escuchar con atención, empatizar, si es posible, con la idea de que se puede pasar mal si se tiene una madre envidiosa que boicotea a su hija para que no pueda tener una vida propia.

El terapeuta puede permitirse cierta colusión, a poder ser de manera consciente, para estar al lado de su paciente y después ayudarlo a pensar nuevas formas de entender. Podemos creer que lo que el paciente explica es exagerado o dudoso, pero no es necesario desenmascararlo de inmediato. Quizá sea preferible esperar y acompañarlo a que sea él mismo el que pueda verlo. La colisión tiene menos dificultad de comprensión. Colisionar es chocar frontalmente, entrar en polémica y discusión con alguien. Ciertamente, los pacientes y analistas colisionamos en muchas ocasiones, y aquí es donde debemos tener clara la postura de Gadamer (1975) de que la psicoterapia debe ser un diálogo a dos en el que cualquiera de los integrantes puede tener razón, aspecto que Coderch ha divulgado de una forma bastante extensa y didáctica.

En cuanto a la reacción terapéutica negativa, simplemente nos remitimos a los autores del psicoanálisis relacional y de la intersubjetividad mostrando un total acuerdo con ellos. La reacción terapéutica negativa no puede analizarse como un hecho aislado del que el paciente es el único actor responsable. Desde la perspectiva intersubjetiva y relacional, si un paciente entra en un bucle negativo o regresivo patológico no podemos pensar que ha actuado su pulsión de muerte o su resistencia al crecimiento de una forma unívoca. Debemos pensar, en todo caso, qué ha sucedido en el proceso terapéutico, qué corresponsabilidad ha tenido lugar, a qué se debe que en este momento de la vida del paciente y del trabajo terapéutico se haya producido esta reacción negativa para su salud, incluso si es lo que mejor puede hacer la persona para sentirse protegida. Estamos, en general, en desacuerdo con Steiner (1993), cuando se refiere a los estados de refugio

mental como una forma de ataque al crecimiento, al pensamiento y, por tanto, desde su perspectiva, a un ataque transferencial en la figura del analista.

6.6. La realidad externa como una forma de investigar la subjetividad

La realidad externa ha sido infravalorada por la corriente principal del psicoanálisis. Es cierto que nadie niega la importancia que tienen los acontecimientos en la vida de una persona, pero el énfasis del psicoanálisis se ha centrado en el mundo interno y en las fantasías directamente vinculadas a lo pulsional, como ya hemos dicho antes.

En la medida en que la realidad externa está teñida por las deformaciones subjetivas, las proyecciones y otros mecanismos de defensa, no es fiable trabajar directamente con ella, hecho que sirve de justificación para muchos analistas ortodoxos, que utilizan de forma sistemática la interpretación de lo inconsciente o de la transferencia. Se puede argumentar que como no conocemos la realidad, lo que podemos hacer es interpretar la responsabilidad del paciente en la construcción de su realidad. Es correcto implicar al paciente en su realidad externa, pero no lo es hacerla responsable de ella sin analizar las circunstancias de una manera adecuada. En sesiones psicoanalíticas hemos escuchado cómo un defensor de la ortodoxia afirmaba que en realidad prefería no conocer detalles de la realidad externa, porque esto interfería en su trabajo (interpretativo). Desde nuestro punto de vista, esto es un grave error metodológico.

6.6.1. Ejemplo clínico

A continuación presentamos el caso de una paciente de unos 35 años, con una infancia muy difícil, con un padre agresivo y sin empatía, y una madre depresiva que no podía mediar ante las amenazas y despropósitos del padre. El trabajo terapéutico se desarrolla dos veces por semana. Las sesiones suelen estar dominadas por la tensión, y la paciente suele sentirse muy afectada por la relación directa con el terapeuta: está pendiente de la forma de vestir de este, cuenta si el terapeuta interviene más o menos según la sesión, etc. y se suele enfadar y contrariar con mucha facilidad. El terapeuta vive la tensión de la paciente y se siente afectado por ello. Trata de no estimular el malestar, y menos su agresividad; se mueve con cuidado e intenta entender lo que la paciente siente y vive emocionalmente en cada momento.

En una de las sesiones se produce la siguiente conversación:

PACIENTE: No quiero hablar. Mis cosas no le interesan a nadie. ¿Para qué sirve explicarlas? Todo resulta inútil.

ANALISTA: A mí me interesan sus cosas.

P.: Yo sé que nunca he importado a nadie y sé que a usted tampoco le importo; así son las cosas.

A.: ¿Usted no me importa?

P.: No, no he importado a nadie, ni antes, ni ahora; por eso estoy tan mal, y no quiero saber nada de nadie. Yo no le importo a usted (palabras pronunciadas en un tono elevado y beligerante).

A.: ¿Por qué no me iba a importar usted? Me ofende que diga eso. ¿Cuánto hace que viene? Unos dos años, y nos vemos dos veces a la semana. Conozco su vida, el sufrimiento que ha padecido y sigue padeciendo. ¿Por qué no me va a importar? ¿Acaso cree que soy de corcho o insensible? (palabras pronunciadas en un tono algo elevado y airado).

P.: No, no creo que sea de corcho, pero a veces lo veo ahí sentado y pienso que soy insignificante para usted.

A.: Pues se equivoca. Usted es mi paciente, por lo que significa que debo pensar cómo ayudarla para que esté mejor. Aunque entiendo, y creo que en eso puede tener razón, que usted considera que esta terapia y yo somos limitados, que tal vez pueda ayudarla, pero no siempre estoy ahí cuando me necesita y eso es una limitación, aunque sea inevitable.

P.: En realidad, usted es de las pocas personas que me hacen sentir que soy alguien y que soy persona.

6.6.2. Comentarios

Coderch (2010) habla del analista como un objeto (sujeto) bueno o, mejor aún, como un objeto (sujeto) suficientemente bueno que incluye la insuficiencia (Sáinz y Cabré, 2012). No se refiere a la idealización enfermiza, ni a que todo sea estupendo, sino a brindar al paciente la posibilidad de que tenga una experiencia distinta; para ello, el terapeuta no solo debe interpretar, sino que también debe existir como persona y estar allí con su oficio y su profesionalidad.

En este caso, el terapeuta le dice al paciente que puede sentirse afectado e incluso ofendido. De esta forma el paciente puede tomar conciencia con su capacidad de hacer sentir emociones al otro, que el otro sencillamente está vivo. La realidad externa del paciente es de suma importancia para nosotros. Debemos preguntar por ella, escucharla con gran atención, como sugería Sullivan, cuidando todos los detalles de la explicación del paciente. La realidad externa, narrada por el paciente, nos sirve para conocer su manera de sentir, de fantasear y de procesar las vivencias, es decir, para conocer su subjetividad. El terapeuta se hace una idea a través de su capacidad de entender y sentir; sus propias vivencias se ponen en marcha. La descripción de la realidad externa permite al terapeuta hacerse hipótesis de lo que es explícito y de lo que ha podido quedar guardado en la memoria implícita, así como de los mecanismos de defensa que han ido operando en la vida pasada y son activos en la presente.

Los investigadores actuales de la teoría del vínculo afectivo (*attachment*), partiendo de la obra de Bowlby, han desarrollado cuestionarios-entrevista con el adulto (Main, 2000) como una manera de conocer el estilo de vínculos afectivos que predominaron en la

infancia del sujeto y que persisten en la actualidad. Lo relevante de las explicaciones de los sujetos investigados es que la narrativa de las experiencias vividas con las personas emocionalmente significativas esté en concordancia con las emociones y sentimientos que describen. Lo que nos enseña esto es que si una persona describe una figura de apego, como puede ser la madre, como maravillosa, y en otro momento ha explicado que, cuando era una niña, se quedaba sola durante muchas horas cuidando de sus hermanos más pequeños porque la madre salía con amigos, podemos ver la enorme discrepancia que hay entre el adjetivo maravillosa y la explicación posterior de abandono. En este ejemplo podemos pensar en la disociación, en la idealización defensiva y en lo que puede suceder en la transferencia, pero, sobre todo, lo que nos permite ver es que esa realidad externa de la paciente ha producido pensamientos que han quedado guardados en la memoria implícita, por lo que no se podrá acceder a ellos con facilidad. Tendremos que estar atentos a cómo se van a manifestar en las experiencias relacionales presentes.

Estamos en total desacuerdo con escuchar al paciente con la sospecha de que ha construido una realidad deformada e interesadamente defendida, aunque sea de forma inconsciente. Actuar así implica no escuchar con atención y no dar credibilidad a las personas que nos consultan. Los psicoterapeutas tenemos la obligación de conocer a nuestros pacientes hasta donde nos sea posible. Es cierto que nos pueden engañar, e incluso manipular, para conseguir fines no terapéuticos, pero es necesario conocer el nivel de proyección y de distorsión que un determinado paciente tiene de la realidad. Si captamos aspectos manipuladores, ya sea por histrionismo, psicopatía o perversidad, debemos actuar de forma distinta. No defendemos la complacencia ni el paternalismo ingenuo, sino el respeto a nuestros pacientes y a las realidades descritas por ellos.

Las relaciones humanas y los vínculos afectivos se establecen con personas reales que tienen sus características de personalidad, su funcionamiento mental y sus pautas de relación. El psicoanalista debe estudiar las relaciones humanas del paciente en particular. No podemos hablar de «edipos» sin saber cómo son los adultos con los que el niño se relaciona. Las teorías generales configuran el paradigma desde el cual construimos nuestra forma de pensar y de ejercer nuestro trabajo. Para el psicoanálisis ortodoxo, el complejo de Edipo es un conflicto que se debe resolver. Para un psicoanalista relacional puede significar una tendencia emocional infantil que dependerá del contexto familiar donde se produce y del estilo vincular que los adultos establecen con el niño.

7. Déficit, conflicto y trauma. Aproximación a la comprensión del sufrimiento

Coderch (2010) señala que, en su opinión, los autores que han contribuido al desarrollo de este tema son los siguientes: Balint, con el concepto de «falla básica»; Winnicott, con el de «madre suficientemente buena» y la necesidad de sostén, o *holding*; Kohut, que es el creador de la psicología del *self*; y Bowlby, con la teoría del vínculo afectivo.

Nos parece muy clara la apreciación que hace Coderch (2010) sobre el déficit:

Como es natural, aquello que provoca el déficit no es tan solo la ausencia de lo que el niño necesita, de lo positivo, sino también la presencia de aquello que es perjudicial, de lo negativo: odio agresividad, incoherencia, inestabilidad, descuido, maltrato físico, patología de los padres, etc. (p. 120).

Los cuidados infantiles son constantes y tienen la finalidad de que la criatura construya una base segura y pueda experimentar la continuidad existencial. Es evidente que se producirán fallos e imperfecciones, como Winnicott conceptualiza, ya que esto forma parte de las vicisitudes de la crianza. El déficit se produce cuando hay una desatención por parte de las personas cuidadoras, muchas veces sin ser conscientes de ello. La falta de empatía de las necesidades, en todos los sentidos, del niño, produce, como ya hemos comentado, una sobreadaptación o un retraimiento igualmente enfermizos. En cualquier caso, podemos decir, en sintonía con Winnicott, que el ambiente le ha fallado al niño. Cuando esto sucede, la fragilidad de la persona aumenta y las defensas aparecen para suplir el malestar, en muchos casos de una forma inadecuada. La mejor defensa para un niño en crecimiento es la que proporciona su entorno cuando es empático con sus necesidades. Cuando ha predominado el déficit, las posibilidades de sufrir y de distorsión mental aumentan. Las habilidades intelectuales pueden ser una forma de defenderse del dolor, aunque en las situaciones carenciales suelen producirse distorsiones cognitivas, cuyos aspectos ya hemos comentado. Si el entorno no está en conexión emocional (Riera, 2011) con los sentimientos y las necesidades del niño, tendrá consecuencias para su salud mental y, como hemos dicho en otro apartado anterior, tendrá una repercusión en los circuitos neuronales, en las conexiones sinápticas y, por tanto, en la configuración funcional del cerebro. Creemos, asimismo, que hay déficits que dependen menos de la reacción del entorno y que están marcados por variables neurobiológicas. El pensamiento concreto puede encontrarse en la base de otros déficits no exclusivamente relacionales. De todos modos, debe servir para individualizar cada caso y no debe impedir que se puedan seguir investigando las interacciones y las relaciones interpersonales.

La frontera entre carencia y trauma a veces es muy difusa. Un niño desatendido emocionalmente de una forma continuada, aunque haya estado cuidado en otras necesidades básicas, por ejemplo de alimentación o materiales, se acostumbra a ese

estado carencial. El trauma que tiene lugar tiene su origen en aquello que no sucede y debería acaecer, como señala Winnicott. Sin embargo, en estos casos no hablamos de trauma, ya que no tiene el sentido disruptivo que a menudo se le suele atribuir. La palabra «trauma» procede del griego τραῦμα, y significa «herida». El *DRAE* lo define como: «1. Lesión duradera producida por un agente mecánico, generalmente externo; 2. Choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente; y 3. Emoción o impresión negativa, fuerte y duradera». La idea fundamental es que produce una herida. Llama la atención la larga duración y el hecho de que sea algo que procede del exterior, un choque emocional, daño y algo que puede representar un fuerte impacto.

Creemos que el trauma tiene el sentido de romper algo que existía previamente si pensamos en traumatismos físicos en los que quedan dañados tejidos, articulaciones, etc. En el trauma emocional también creemos que algo se rompe en el individuo y su vivencia relacional. La esencia del trauma reside en la experiencia de un afecto insoportable, como sostienen Stolorow y Atwood (1992). Para estos autores representa una ruptura del sistema de regulación mutua entre el cuidador y el niño que repercute en la dificultad del propio niño para su autorregulación. La confianza en sí mismo y en el entorno disminuye, y el sistema defensivo queda vulnerado. La sintonía del entorno con la situación vivida es de una importancia fundamental para las consecuencias del trauma. El defecto siempre hace alusión a la falta. La carencia tiene el sentido de lo que no se ha construido y, a la vez, de aquello que ha sido dañado, por lo que podemos decir que en el desarrollo de un niño, todo lo que ha faltado en términos de necesidad puede haber causado un daño, y todo lo que ha causado daño ha impedido que se cubrieran unas necesidades fundamentales.

En el estado de conflicto se presupone que las necesidades básicas han estado suficientemente cubiertas y lo que predomina son dificultades, desajustes en la relación interpersonal. Se parte de la idea de que aquello que es conflictual es en gran parte reversible. Los autores sistémicos trabajan en la comunicación interpersonal y en las organizaciones grupales con la idea de encontrar nuevos sistemas de comunicación que modifiquen el sistema; un sistema abierto tiene posibilidades de cambiar. No concebimos los fenómenos humanos exentos de conflicto. Los vínculos afectivos, aunque sean del tipo seguro, contienen elementos de conflictividad. De acuerdo con Coderch (2007), la diferenciación debe realizarse en términos de predominancia, ya que, de alguna manera, todos los humanos participamos de algunas faltas y conflictos a lo largo de nuestra vida. Sin embargo, esta forma de entender la psicopatología nos ha permitido pensar nuestra forma de abordar a los pacientes. Se podría decir que podemos ayudar a un paciente en el que predomina el conflicto para que se haga cargo de sus aspectos más difíciles, puesto que es posible interpretar sus tendencias agresivas o la participación que tiene en su propio sufrimiento. Entenderíamos, así, que su *self* está lo suficientemente integrado y cohesionado como para que le hagamos reflexionar y enfrentarse a su propia realidad. Es algo semejante a cuando un niño es mayor, que ya se le puede hacer razonar y responsabilizarlo de aquello en lo que tiene implicación. Si, por el contrario, apreciamos déficits importantes, lo que parece que debería predominar es el sostenimiento y la

comprensión del dolor soportado. Nuestra apreciación es que, en cualquier caso, lo fundamental del trabajo psicoterapéutico es la comprensión compartida de aquello que las dinámicas relacionales han proporcionado a la vida del paciente, tratando de ayudarlo a pensar en su participación cuando esto sea factible y posible. Las personas con déficit pueden desarrollar patologías de carácter perverso o psicopático, por lo que una comprensión empática resulta contraproducente y totalmente inapropiada.

Nuestro punto de vista a lo largo de este trabajo es que la interpretación no debe ser unilateral del terapeuta, sino compartida de alguna manera con el paciente o, como mínimo, cotejada con él. Asimismo, con cualquier tipo de paciente debe predominar la experiencia de sostenimiento. Debemos, no obstante, reconocer la gran aportación de los pacientes con déficits y traumas infantiles, ya que nos han permitido pensar la empatía de una forma solidaria y estimuladora. Como afirma Orange en su libro *El desconocido que sufre* (Orange, 2013), y sostenemos nosotros, muchos de los autores clásicos que hoy consideramos fundamentos del pensamiento relacional en psicoanálisis trabajaron con realidades deficitarias y traumáticas, como Ferenczi, Fairbairn, Bowlby y Winnicott, igual que otros muchos actuales, entre los que se encuentra Fonagy.

Otra línea de trabajo está relacionada con el hecho de que las personas que han sufrido traumas y/o déficits importantes tienen tendencia a vivir vínculos inadecuados. La necesidad de ser de alguien que hemos señalado en otro momento del escrito es la de cualquier humano, pero si han predominado las carencias, el sufrimiento y el daño, el sujeto puede preferir tener relaciones con alguien que, aunque le cause daño, le permita sentir pertenencia, prefiriendo el mal a dejar de ser significativo para otra persona. Todo ello nos abre las puertas a la reflexión con nuestros pacientes de psicoterapia y con las personas en general.

8. Algunos puntos de reflexión para el trabajo del psicoterapeuta

En este apartado pretendemos exponer algunos puntos para la reflexión sobre la práctica de la psicoterapia.

8.1. La analizabilidad no solo depende del paciente

De acuerdo con los autores intersubjetivos, la analizabilidad depende de la dinámica que se establezca entre el terapeuta y el paciente. Aun así, creemos que es importante tener presente las tendencias estructurales de la personalidad del paciente, ya que condicionarán de alguna manera el trabajo psicoterapéutico y el pronóstico.

8.2 Detectar las tendencias estructurales de la personalidad

El problema fundamental de los rasgos de la personalidad es que cuando son predominantes colonizan el funcionamiento mental y relacional, ambos inseparables, con un dominio del pensamiento concreto y, por tanto, con dificultades importantes para la mentalización. El punto de vista propio del psicoanálisis de entender la psicopatología como un *continuum* nos hace ver que, en el terreno de la personalidad, todos tenemos unas tendencias que cuando se dan en menor medida pueden ser útiles para el desarrollo personal. La personalidad tendente a lo obsesivo o a lo histriónico, e incluso a lo narcisista, puede tener sus ventajas siempre y cuando deje libre otras áreas del *self* más sanas. El pronóstico de los trastornos psicopatológicos depende en gran medida de la estructura de la personalidad que subyace. Si esta tiene categoría de trastorno o si se trata de una tendencia, pero no inunda la globalidad del *self*, el pronóstico es distinto. El tipo de personalidad también tiene su importancia y, en este sentido, no es lo mismo una personalidad histriónica o paranoide que otra con tendencias psicopáticas o perversas.

Es muy aguda la afirmación de Rodríguez Sutil (2005) con respecto a los trastornos de carácter (podemos decir de personalidad) cuando afirma que representan una psicopatología sin síntomas. El hecho de saber que un sujeto egosintónico ha violado y asesinado a una persona sin ningún sentimiento de culpa ni la mínima empatía hacia el sufrimiento ajeno genera gran malestar. Los tribunales se cuestionan si hay patología mental o no, confundiendo, en muchas ocasiones, la responsabilidad jurídica y penal con el hecho de sufrir alguna alteración psíquica. Como dice Rodríguez Sutil, puede no haber síntomas, pero sí hay psicopatología; puede haber psicopatología, pero hay

responsabilidad jurídica y penal siempre que el sujeto tenga capacidad de saber lo que ha hecho y las consecuencias que tienen sus actos, como ocurre con muchos trastornos psicopáticos que no cursan, además, con psicosis.

Por otro lado, consideramos que debe revisarse la falta de «conciencia de trastorno» cuando hace referencia a los trastornos psicóticos, para diferenciarlos de los neuróticos. Una persona con un trastorno psicótico, cuando no se encuentra en plena manifestación delirante o alucinatoria, puede tener conciencia de su patología. Un individuo con funcionamiento neurótico suele ser consciente de sus dificultades y diferenciar su realidad de la fantasía, pero es posible que no tenga conciencia de ciertos aspectos de su funcionamiento mental y relacional. Nuestra experiencia es que un sujeto con rasgos patológicos de la personalidad, dependiendo de su extensión y gravedad, apenas tiene conciencia de la existencia de estos, ya que se ubican en lo que hemos llamado «ángulos ciegos de la personalidad», con lo que hacen que el trabajo clínico resulte muy difícil. En la clínica actual, la gran dificultad para llevar a cabo el trabajo psicoterapéutico reside en los pacientes en los que predominan los rasgos de personalidad patológica. La rigidez que suelen mostrar aumenta la posibilidad de pensamiento concreto, y la conciencia de patología es escasa. El pronóstico de pacientes con trastorno severo es mucho peor cuando hay asociado un trastorno de la personalidad.

En cualquier caso, el sufrimiento es la variable más importante para trabajar con el paciente, y siempre hay que tener precaución con las llamadas «personalidades antisociales», es decir, cuando predominan los rasgos psicopáticos o perversos; en estos casos es necesario no caer en una trampa que podría resultar antiterapéutica. Por supuesto, el sostén estable, riguroso y a la vez flexible es fundamental. La mentalización implícita genera una experiencia relacional suficientemente aceptable. En las personas con rasgos de personalidad límite, la estabilidad del encuadre terapéutico y la aceptación de las regresiones que se pueden ir dando son fundamentales. Como afirma Nemirovsky (2006), «cuando la empatía no es posible, se debe poner en marcha la paciencia».

La esperanza terapéutica reside en el hecho de que estos funcionamientos con tendencia a la cronicidad y que son difíciles de mentalizar puedan abrir su campo experiencial en otras direcciones. Proponemos que no se debe tratar de entender los porqués, sino que la persona se ponga en contacto con una experiencia más saludable que actúe a modo de «vasos comunicantes».

Que una persona con importantes rasgos límites o paranoides adquiera una comprensión profunda de su psiquismo es menos importante que el hecho de que pueda vivir una experiencia relacional algo nueva, que pueda hablar de ella y, de alguna manera, incorporarla a su mundo experiencial y relacional.

8.3. Máximo aprovechamiento de la primera entrevista

El paciente que acude por primera vez a un psicoterapeuta debe poder experimentar una experiencia terapéutica: extenderse lo máximo posible en su motivo de consulta y en las

explicaciones que se dan sobre este; sentir aquello que pueda sentir y entender aquello que pueda entender. El profesional debe intentar evaluar a su paciente y calibrar las posibilidades de ayuda, así como valorar cómo se encuentra con él, y el paciente, por su parte, debe poder evaluar a su terapeuta y realizar el mismo proceso, salvando las distancias, a la inversa. La escucha activa debe presidir la primera(s) sesión(ones), pero consideramos que el profesional debe ir interactuando, preguntando y devolviendo lo que va entendiendo. Además, dependiendo del estilo de cada uno, su intervención se producirá en el momento que considere más oportuno. Si el paciente se siente entendido o, como mínimo, recogido en su narrativa, se empieza a desplegar una actividad terapéutica. Nuestra experiencia es que puede ser contraproducente mantener la «neutralidad respetuosa», porque aunque esté al servicio del respeto, puede hacer que el paciente tenga la impresión de que está ante un oráculo, más que ante un ser humano semejante a él. En un primer encuentro entre terapeuta y paciente, el profesional debe explicar al paciente lo que ha podido entender de su sufrimiento, de su psicología y su psicopatología, alguna hipótesis explicativa de la situación y cierto pronóstico, al mismo tiempo que considera cómo va a ser la ayuda, aunque si necesita más tiempo, puede manifestar que lo precisará más tarde. El proceso terapéutico y el diagnóstico comienzan el primer día y terminan en la última sesión.

8.4. La empatía o no empatía con la narrativa del paciente

La narrativa del paciente durante la sesión mueve cogniciones, pensamientos, teorías, ideologías, deseos y sentimientos en el terapeuta, entre otras cosas, es decir, le pone en contacto con su propia subjetividad. No se debe hacer la pregunta de si puede empatizar o no, y si es consciente de ello.

8.4.1. Ejemplos

Un paciente de unos 30 años pide consulta porque su novia ha intentado suicidarse ahorcándose y lo ha culpado a él. No es la primera vez que suceden cosas parecidas con ella y con otras parejas que ha tenido. Con cierta frecuencia se ve sometido a un chantaje emocional del que, por supuesto, se siente culpable y responsable; siente un gran malestar y por ese motivo ha decidido pedir ayuda. El dato biográfico relevante es que su madre ha sido una mujer depresiva crónica que se ha apoyado en él a nivel emocional. De niño, de adolescente, e incluso de adulto, era el confidente «terapeuta» de su madre, persona a la que era difícil ayudar, dada la patología en la que está sumida. Como cabía esperar, su padre es un hombre que ocupa poco espacio emocional en la familia y se ocupa poco de su esposa. Aunque el paciente no lo considera un mal padre, siente que ha carecido de la figura paterna estable.

El terapeuta conecta con la teoría de Fairbairn. El niño hace lo posible por satisfacer las necesidades de su madre, aunque sea a costa de perder sus derechos emocionales de

ser cuidado. El contacto del niño con lo depresivo de la madre y con no poder contar con su padre se instaura como un modelo relacional implícito. Las relaciones de pareja suelen crear un campo intersubjetivo proclive a las transferencias infantiles, por lo que nuestro paciente suele sentirse bien en relaciones de pareja con personas con un marcado sufrimiento.

Pensamos que quizá sea necesario hacerle ver el nexo que hay entre su relación familiar y el tipo de relación de pareja que establece, incluida la clase de personas que suelen atraerle y, probablemente, a las que él también atrae. Decidimos hacerle ver todo esto porque consideramos que es una persona con cierta cohesión del *self* y que su personalidad no está colonizada por esos ángulos ciegos que hemos nombrado antes. Evidentemente, en primer lugar, lo fundamental es que acojamos su narrativa y lo ayudemos a sentir y a pensar, ya que la comprensión surge de estas dos funciones. Su novia intenta suicidarse y deja una nota acusatoria. Entendemos que se sienta responsable y culpable; además, también puede haber sentimientos de enfado hacia ella por su acto violento y hacia sí mismo por tolerar tanto peso. Se lo comunicamos para comprobar si nuestra apreciación es acertada.

Llega entonces el momento en el que podemos afirmar que, desde que era niño, se acostumbró a cuidar de las mujeres que sufrían. Si no lo hacía él, no había nadie que lo hiciera. Parece ser que así se lo hizo saber su madre. Dejamos de lado el triunfo edípico sobre su padre, haciendo pareja con la madre tras convertirse en el hijo confidente, porque nos parece irrelevante en este momento y también culpabilizador. Lo ayudamos a que acepte sus límites como cuidador y soporte de la patología ajena. Hacemos que reflexione sobre la posibilidad de que pueda permitirse dejarse cuidar por alguien y abandonar su papel como cuidador, lo que le permitiría atreverse a tener relaciones de carácter más igualitario con una mujer. Con ello, tratamos de abrir nuevas posibilidades en el camino relacional. Dejar la costumbre en la que uno está inmerso no es tarea fácil y hace que se tenga cierto temor. La libertad nos puede producir miedo, como afirmó Fromm, porque significa abandonar un terreno conocido y no es difícil empatizar con la necesidad de aferrarse a lo conocido para evitar la desprotección de lo que no tenemos controlado.

Mejorar es bueno, pero puede generar malestar por uno mismo o por los demás. Si el niño mantiene su tristeza y desesperanza, y sigue en contacto con el sufrimiento, puede conservar el nexo que lo une a su familia de origen, pero si evoluciona de forma distinta, aun siendo mejor para él, puede sentirse todavía más solo. En su narrativa nos ha mostrado su dolor (incluso ha llorado), sus dudas ante sus propias capacidades, su sentimiento de culpa y la vergüenza que le han despertado los hechos descritos.

El terapeuta sostiene su dolor con su presencia, sus preguntas y, sobre todo, tratando de validar y legitimar sus emociones, dándoles una ubicación y un sentido. No pretendemos resolver sus cogniciones como haría un terapeuta cognitivo-conductual, ni tampoco interpretar su inconsciente o la transferencia, como haría un psicoanalista ortodoxo, sino que esperamos que se deje ir en un espacio en el que se irá construyendo la confiabilidad mutua. Si va suficientemente bien, podrá sentir que hay alguien que lo

entiende, dentro de lo limitada que es la comprensión humana. Nos preguntamos, entonces, si el trabajo terapéutico funciona de manera adecuada: ¿podrá establecer relaciones diferentes consigo mismo?, ¿podrá elegir un tipo de pareja distinto?, ¿se atreverá a tener una vida más sana que sus propios padres? Terapeuta y paciente irán viendo todo esto en el transcurso del proceso terapéutico.

8.5. ¿Podemos reflexionar con libertad, sin excesivas ataduras?

Las ataduras del terapeuta están marcadas por su propia personalidad, por su ideario como ser humano, por las «doctrinas» a las que esté adherido, por las servidumbres con la institución que debe legitimarlo como profesional, etc. Como se cuestionan Buecheler y Ávila (2013), en su trabajo sobre formación de los profesionales, por el daño o el apoyo, según el caso, que pueden recibir de las instituciones. Lo contrario de la atadura, teniendo en cuenta que siempre hay alguna, es poder pensar en libertad. Creemos que Winnicott, sin proponérselo, es un modelo de libertad de pensamiento o de espíritu, como afirman Widlöcher y Diatkine, respectivamente (Clancier y Kalmanovitch, 1984).

Si podemos reflexionar sin demasiados corsés y sin tener que satisfacer a muchos amos, podemos pensar con tranquilidad.

8.6. Pacientes con experiencias devastadoras o traumáticas

El maltrato en la infancia, en el que también se incluye la agresión sexual, suele complicar la vida a las personas que lo han padecido, es fuente de sufrimiento y condiciona las relaciones con uno mismo y con los demás. De alguna forma se trata de una experiencia traumática. Preferimos pensar en términos de afectos y emociones vinculadas a las relaciones interpersonales e intersubjetivas que en las teorías pulsionales y edípicas. Como ya se ha dicho en otro momento, comprendemos que el ser humano está dotado de la capacidad de agresión y destrucción, y puede presentar conductas sexuales insanas; asimismo, entendemos que los sentimientos son inherentes a la vida: la envidia, la vergüenza, los celos, etc. Es importante, no obstante, insistir en el hecho de que no debemos estudiar estas emociones y sentimientos en el individuo aislado sin tener en cuenta la relación con los otros. Por el contrario, nos importa cómo son los otros y cómo reacciona cada componente del sistema relacional. Con este presupuesto desarrollado a lo largo de todo el escrito, nos preparamos para trabajar con el paciente.

El paciente describe una situación en la que fue agredido sexualmente de una forma continuada cuando era niño o niña. Escuchamos para intentar comprender qué sintió y cómo debió ser la experiencia para él o ella. Nos preguntamos cómo era la persona que llevaba a cabo esa actividad ilícita: si era perverso, una persona infantil o confusa, si tenía un «buen» trato con el niño y si lo coaccionaba de una forma sutil o grosera. Nos

seguimos preguntando cómo ha dañado esta experiencia a nuestro paciente, si lo ha confundido en su sexualidad, si se ha identificado con el agresor, si se ha convertido en uno de ellos, si en sus relaciones afectivas ha dominado la vergüenza, si siente culpa de no haberlo evitado o incluso si se siente el causante, o si siente rabia hacia el agresor, hacia los que no lo protegieron o hacia él mismo. Si hemos construido un *holding* y la persona puede ir desarrollando la confiabilidad, podrá decirnos, como nos dijo una paciente: «Yo sabía que aquello que hacía estaba mal, no me gustaba, pero tenía miedo a decírselo a mi madre; creo que incluso tenía miedo a que se acabara. Yo no lo quería, pero también hoy puedo reconocer que el cuerpo reacciona a las caricias aunque sean inapropiadas».

El paciente que describe una situación de maltrato físico ve comprometida su identidad. Y los psicoanalistas nos hacemos las siguientes preguntas: ¿qué hará con la experiencia?, ¿la disociará?, ¿tendrá miedo de su propia agresividad?, ¿culpará a los que no lo protegieron?, ¿descreerá en la posible bondad de las personas con las que tiene trato?, ¿tenderá a hostilizar las relaciones con los demás?, ¿se defenderá con un falso *self* y armará un narcisismo arrogante?, ¿construirá una coraza esquizoide para no recibir daño ni hacerlo?, ¿se preservará de las relaciones amorosas?, etc.

Nuestro trabajo consistirá, como apuntó Kohut (1959, 1984, 1989), en activar la empatía y en mirar hacia nuestro interior, nuestros sentimientos y nuestra contratransferencia, para así ir siguiendo al paciente. Cuando sea posible, le haremos saber lo que vamos entendiendo para que, como afirma Winnicott (1971), vea los límites de nuestra comprensión, así como para compartir con él nuestro trabajo clínico. Procuraremos que se sienta comprendido y legitimado, que no es lo mismo que darle la razón o aliarnos con su patología. Si, como hemos dicho, vemos en él aspectos perversos o psicopáticos, nos enfrentaremos a ellos lo más directamente posible y veremos la viabilidad terapéutica que tienen. Intentaremos no interpretar, evitaremos quedar invadidos por ellos, como le ocurrió a Fonagy, quien comenta un caso suyo en el que reconoce su error (Fonagy, 2005).

8.7. Tratamos a las personas, no los síntomas ni las enfermedades

En psicoterapia podemos tratar a la persona diagnosticada de psicosis, pero no la psicosis. Eso no significa que el terapeuta no deba tener en cuenta la sintomatología, sino más bien todo lo contrario. Tratamos a las personas con sus circunstancias; nos encargamos de los afectos, de las emociones y de los sentimientos, todo ello siempre en contacto directo con las relaciones humanas. Entendemos que los síntomas psicopatológicos tienen relación con las vivencias, la biografía, los acontecimientos traumáticos y el devenir de la vida; nos ocupamos de ellos, pero debemos tener cuidado en no ser deterministas. Si aceptamos la multidireccionalidad de los factores comentados en los capítulos anteriores, debemos aceptar que la psicoterapia tiene sus

límites. Como sugiere Ávila, no solo tratamos de que la persona viva mejor, sino de que también se produzcan cambios duraderos en ella misma y sus relaciones vinculares, pero no debemos poner el énfasis en que nuestro trabajo consiste en curar síntomas o enfermedades, aunque estos puedan mejorar con la psicoterapia. Desde nuestro punto de vista, el terapeuta no debe forzarse a interpretar la significación inconsciente de los síntomas, y menos de las enfermedades psicosomáticas. En realidad, todas las enfermedades son psicosomáticas, porque en lo orgánico siempre intervienen componentes psíquicos, pero hay muchos más factores implicados que, como dijimos, se combinan y se transforman entre sí. La psicoterapia se encarga de trabajar con algunos de estos factores interrelacionados. Si el resultado es satisfactorio, tendrá un efecto sistémico en la persona y sus relaciones.

8.8. La estructura mental no suele cambiar, pero sí su disposición

Consideramos que la estructura de la personalidad no cambia, aunque sí puede hacerlo la disposición estructural. Proponemos definir la «estructura» como los cimientos en los que se erige la personalidad, y la «disposición» como el orden con el que la persona sitúa sus contenidos mentales dentro de su edificio o estructura de personalidad. Si entendemos que la disposición de los contenidos puede cambiar, de alguna manera significa que la persona puede mejorar su funcionamiento mental y relacional. En realidad, todos sabemos que las personas cambiamos muy poco a lo largo de la vida, incluidos los individuos que han tenido una experiencia terapéutica analítica.

El ser humano es un sistema abierto y dinámico, pero tiene sus limitaciones. Como hemos dicho antes, la neurociencia actual proporciona pruebas de que el cerebro y el sistema nervioso están en interacción con las experiencias relacionales y ambos se influyen mutuamente. La plasticidad cerebral es un hecho probado, pero hemos de aceptar que también es limitada y que depende del individuo, de sus características contextuales, de su edad, etc. Es importante, asimismo, remarcar que, aunque trabajamos con el pasado, este no puede cambiar. Pueden modificarse las percepciones que se tienen de él. Se puede comprender de una manera más abierta a una madre que causó daño, se la puede perdonar. Cuando uno se hace cargo de la implicación que tiene en lo que acontece en su vida, las proyecciones disminuyen. Tomar conciencia, hacer *insight* y mentalizar aquello que nos ha hecho daño nos permite ampliar el mundo experiencial, así como la comprensión sobre uno mismo y la que tenemos de los demás.

Somos conscientes de que determinadas experiencias no pueden perdonarse ni repararse; tan solo es posible entenderlas de una manera que hagan menos daño, lo que implica aprender a vivir con ellas. Como sugiere Yalom (2009), a veces la persona debe entender que no se trata tanto de perdonar lo que ha sucedido en el pasado, por ejemplo perdonar a un padre maltratador, como de aceptar la idea de que lo que sucedió es inalterable. Esto ubica en una situación de duelo tanto al paciente como a los terapeutas.

Llegar a un estado depresivo –en términos de Klein–, mejorar la cohesión del *self* –en palabras de Kohut– o sentirse más integrado –como sugiere Winnicott– siempre será una labor incompleta.

Es necesario que el psicoterapeuta sepa que su método es falible y que no resulta útil para cualquier persona; que probablemente los auténticos promotores de la salud mental sean los pequeños cambios. Podemos pensar que hay personas que no podrán cambiar, y ser conscientes de ello puede reconducir el caso de una forma más apropiada, al mismo tiempo que debemos dejarnos sorprender por individuos que modifican y evolucionan adecuadamente contra todo pronóstico. Si los objetivos terapéuticos son realistas y ajustados a las posibilidades de la pareja terapéutica, el trabajo a llevar a cabo tal vez sea fructífero.

8.9. La búsqueda de la autenticidad es fundamental en psicoterapia

El paciente merece que se le trate como un semejante, aunque la relación sea asimétrica. Podemos, y debemos, compartir con él aquello que vamos entendiendo de su vida. Incluso podemos preguntarle en algunos momentos si considera que vamos bien encaminados o no en nuestras intervenciones. Aunque presente un alto sufrimiento o tenga un diagnóstico psicopatológico, no deja de ser una persona y, dentro de los límites posibles, debemos considerar que es el protagonista activo de su vida y un participante esencial en el proceso terapéutico. El psicoterapeuta, por su parte, también es un observador participante o, dicho de otro modo, un participante activo del proceso con las connotaciones que hemos ido comentando a lo largo de este escrito.

La autenticidad, para Winnicott, es el elemento fundamental de toda terapia. Ayudar al paciente a que reconozca su estado real es más importante que encontrar significados inconscientes. El analista debe ser veraz para su paciente, mostrar su vulnerabilidad y, a la vez, estar dispuesto a acompañarlo a pesar de las dificultades. El psicoterapeuta en formación necesita llevar a cabo procesos terapéuticos que evolucionen bien y que lo validen como profesional de cara a su propia autoestima y a la institución docente. Sin embargo, es el terapeuta que ya ejerce su oficio con verdadera riqueza el que trata a pacientes que tardan en mejorar o que incluso mejoran poco. Hay pacientes para los que la psicoterapia es una forma de garantizar unos mínimos que sostengan su salud mental en un estado menos precario. Tolerar estos procesos sin resultados exitosos es toda una prueba para la consistencia del profesional.

8.9.1. Un breve ejemplo de Winnicott

En el trabajo sobre el falso *self* (1960a), Winnicott llegó a decir que una persona puede no sentir su existencia, y que lo primero es reconocerle ese estado. Resulta paradójico

tener que reconocerle a alguien a quien quieres ayudar que no existe o que no se siente vivo. Reconocer su no existencia le permite al paciente sentirse real. Winnicott comenta que en cierta ocasión un paciente sumergido en un «falso self» le comentó: «Solo me sentí esperanzado cuando usted me dijo que no tenía ninguna esperanza, y continuó con el análisis» (1960a, p. 198). Podríamos reconstruir esta escena terapéutica imaginando a una persona con experiencia en diversos tratamientos que no han podido ayudarlo como él necesita, que busca a un nuevo analista y que le explica las situaciones que ha vivido y lo poco fructíferas que han resultado las terapias que desde hace años ha llevado a cabo como paciente. Llegado el momento, interpela al analista y le dice: «¿Usted tiene alguna esperanza de que pueda mejorar después de todo lo que le he explicado?». El analista, al estilo de Winnicott, podría contestarle: «No, la verdad, tengo poca esperanza; sin embargo, le propongo psicoterapia». El paciente podría añadir: «¿Así que, a pesar de tener poca esperanza, usted está dispuesto a tratarme?». El terapeuta afirmaría: «Sí, por supuesto».

Este posible diálogo, desarrollado gracias al comentario de Winnicott, quiere poner el énfasis en que la veracidad, lo real, permite a la persona sentir que está con alguien que ve lo que existe, aunque sea precisamente el hecho de no existir. Lejos del pensamiento siempre positivo de una sociedad de perfil bajo en la que se «vende» la idea de que todo es posible, aparece esta opción realista y sincera. Pero no a todos los pacientes les resultará útil la crudeza de tal aseveración y necesitarán que el terapeuta les hable de la esperanza de que pueden mejorar y de la convicción de que puede ayudarlos de verdad. Por supuesto, Winnicott, Ferenczi y muchos de los psicoanalistas actuales dirían que si eso es lo que necesita el paciente, eso es lo que se debe hacer. Para llevar a cabo una labor de esta envergadura, el terapeuta debe haber dialogado con su propia realidad, con su propia existencia y con su muerte.

8.10. Ajustar objetivos terapéuticos a la realidad del proceso

Los ideales terapéuticos están relacionados con el ideario y, por qué no, con la ideología que sustenta al terapeuta como profesional y como persona. No es casualidad que los profesionales de la salud mental nos adhiramos a una corriente de pensamiento y no a otra: hay quien cambia de parecer con la experiencia y quien permanece fijo y fiel a una doctrina o a un líder concreto. Podemos afirmar que Winnicott llevó a cabo una lucha ininterrumpida contra los grupos herméticos y los que él consideraba excesivamente ideológicos. Se puede consultar el «gesto espontáneo» (Rodman, 1990), que consta de un buen número de cartas que Winnicott dirigió a colegas psicoanalistas, aprovechando su cargo en la British Psychoanalytical Society, de la que fue presidente en dos períodos distintos. En este sentido, llamó la atención sobre lo que él consideraba un pensamiento cerrado y escolástico. Sobre todo, escribió cartas a Melanie Klein, líder indiscutible del grupo llamado «kleiniano», y a Anna Freud, que lideraba el que fue su propio grupo. Winnicott, como se sabe, pertenecía al llamado «grupo intermedio» o, con más

propiedad, «grupo independiente», del que también formaban parte Balint, Fairbairn y Bowlby, entre muchos otros. Por supuesto que dicho grupo, como todos los colectivos institucionalizados, contaba con su ideología; sin embargo, carecía de un líder que diera nombre a una escuela, lo que nos lleva a pensar que este hecho los dotaba de una mayor libertad de pensamiento.

El terapeuta puede creer que el paciente debe emparejarse y construir una familia; que debe dejar a su pareja actual; que debe poder atreverse a abandonar a su familia de origen o, todo lo contrario, permanecer en ella; que debe desestimar el noviciado para prepararse como religioso, o que es bueno que resuelva su identidad sexual en una dirección que nos parece más sana. Es cierto que los psicoanalistas estamos entrenados para no desear nada en especial. Así, Bion nos recordó la importancia que tiene despojarse de los deseos y de las memorias, sabiendo que, por otro lado, ambos fenómenos eran inevitables. Lo cierto es que aquello que es sano no constituye un estándar generalizado. Hemos dicho antes que puede ser saludable para una persona no perdonar ni reconciliarse con su madre, sino reconocer que el pasado no se puede modificar y que hay que aceptar como tal aquello que es inamovible.

Podemos creer que determinadas formas de emparejamiento o de sexualidad no son saludables. Algunas concepciones psicoanalíticas han considerado, y aún consideran, la homosexualidad como la evidencia de conflictos no resueltos, identificaciones mal llevadas y, en especial, complejos edípicos alterados. Puede ser cierto, pero no debe ser un dogma inalterable. El paciente nos enseña sus motivos, sus realidades, sus aciertos y sus errores, pero su vida es suya. Nuestra función, ya descrita en párrafos anteriores, es ofrecer un espacio para la reflexión, el sentimiento, el pensamiento y la experiencia relacional. Como no podemos ser neutrales se lo debemos hacer saber a nuestros pacientes. Para una persona puede ser sano dejar la carrera que está estudiando y regentar una floristería o abandonar un hogar confortable e irse a vivir en soledad con más precariedad económica. Nos sentimos autorizados, y en parte lo estamos, a pensar qué es lo que puede mejorar su salud mental, pero sostenemos que no debemos dirigir su vida, sino hacerla más comprensible y, si es posible, que su libertad personal aumente y tome las decisiones que crea conveniente.

8.11. Cogniciones, afectos y conexiones

Como hemos ido defendiendo a lo largo del escrito, creemos que la interpretación no debe ser el instrumento principal de la psicoterapia. Lo fundamental es que debemos ayudar al paciente a comprender su funcionamiento mental y relacional. Establecer nexos entre el pasado y el presente permite comprender mejor los fenómenos. Explicar al paciente lo que entendemos de su narrativa permite abrir caminos o, a veces, acotarlos con el fin de afinar más en su propio relato.

Una paciente de 55 años en una primera sesión nos explica que su padre nunca se interesó por ella, que estaba demasiado ocupado con su ego y que su madre era una

mujer frágil y sumisa, que tenía demasiado miedo. Ni su padre, por unos motivos, ni su madre pudieron mirar a su hija directamente y reconocerla tal cual era. La paciente pudo acercarse a su madre cuando estaba a punto de morir y le dijo lo mucho que la quería y la cuidó hasta el final.

La paciente afirma: «No me llevo bien con los hombres, estoy separada y solo quiero a mi hijo, que ya tiene casi 30 años; él sí que es toda mi vida». Tiene una profesión de elevado prestigio social, aunque comenta que sus padres nunca lo valoraron mucho. Sin embargo, su padre presumía de ella ante sus amistades, como si se tratara de un logro narcisista de él. Exhibía a su hija como si fuera un triunfo propio, pero era incapaz de valorarla a ella directamente. El terapeuta le dice que a ella le sienta mal que no valoren sus triunfos profesionales, pero que lo que más le duele es no sentirse reconocida por su padre. Lo que ella busca es que el padre pueda reconocerla como niña, como hija querida, algo que no ha sido posible y por lo que se siente mal. Su madre, demasiado sumisa y miedosa, tampoco pudo hacerse cargo de las necesidades emocionales de ella: «Yo era demasiado para mi madre, ella no podía aceptarlo».

La paciente comenta que no se lleva bien con los hombres, que no quiere saber nada de ellos. Tan solo se rodea de mujeres fuertes, aunque acostumbra a sentirse decepcionada. Estuvo casada con alguien que era muy inteligente (la misma expresión que usa al referirse a su padre), pero que no la tenía en cuenta y lo abandonó. El terapeuta le responde que su mala relación con los hombres puede tener que ver con su convicción de que actuarán como su padre. A ella le atraen los hombres inteligentes e intenta que estos puedan verla tal cual es, pero se da cuenta de que están demasiado imbuidos en sus asuntos.

No busca que reconozcan su éxito, sino que la reconozcan a ella con su capacidad de dar cariño y de ser real para los otros. Pudo, sin embargo, decirle a su madre que la quería cuando estaba a punto de fallecer. La paciente dice al respecto que probablemente le dijo a su madre que la quería porque necesitaba que esta la quisiera a ella. El terapeuta recoge la idea de que tanto dar como recibir su amor son importantes para ella, y que a la vez desea recibirlo de una forma sencilla.

Por otro lado, ha escogido a un terapeuta hombre. Siguiendo las ideas de Winnicott, podemos pensar que este hombre debe ser inteligente, pero, a la vez, capaz de reconocer sus insuficiencias; puede tratar de entenderla, mirarla y reconocerla como persona, y legitimar su dolor y su malestar. Si llega el caso, se puede hablar de su «venganza» con los que cree que pueden hacerle daño. Si la experiencia psicoterapéutica funciona suficientemente bien, podrá desidealizar al terapeuta hombre, en principio inteligente, que puede fallarla, pero está ahí con ella tratando de acompañarla en su proceso personal. Su narcisismo defensivo y sus defensas más paranoides podrían ir disminuyendo y su autoestima comenzaría a abrirse paso.

Hemos tratado de relacionar los afectos del presente con las emociones del pasado. La comprensión cognitiva de que existe un nexo entre lo que sintió y cómo lo vivió, y lo que sucede ahora le permite comprender, pero la cognición debe estar apoyada en la vivencia, en la experiencia afectiva y relacional. No pueden ser solo explicaciones sobre su

funcionamiento mental y relacional, sino que para comprenderlo también hay que sentirlo, y sentirlo permite pensarlo.

Como señala Riera (2010), la psicoterapia está orientada a modificar la memoria implícita, el conocimiento relacional implícito, que es la forma que se tiene de sentir, reaccionar emocionalmente y relacionarse sin que intervenga la reflexión o las capacidades cognitivas. Para que lo implícito pueda modificarse hay que abrir caminos nuevos, y esto se puede hacer a través del conocimiento cognitivo que proporciona el trabajo terapéutico, pero, sobre todo, por medio de la experiencia emocional y relacional que tenga lugar en psicoterapia. No se trata de modificar cogniciones con nuevas cogniciones, sino de ampliar la experiencia relacional y emocional.

8.12. Cuando el narcisismo disminuye, puede aumentar la autoestima

Entendemos que el narcisismo es el producto de un sistema defensivo organizado para no sentir el dolor de no ser nada. «Ser alguien», «ser de alguien para ser uno mismo» son cuestiones que nos planteamos hace unos años (Sáinz, 2007) para tratar de comprender la autoestima y diferenciarla del narcisismo. Parece ser que los humanos necesitamos ser de alguien. Winnicott insiste en que saber de quién soy es el preludio de ser. Por tanto, sentirnos significativos para alguien de quien dependemos se convierte en un eje fundamental de la identidad. En manos de un padre narcisista, un hijo puede sentirse significativo para él si cumple con el ideal impuesto, por ejemplo, «ser el mejor». Si la persona advierte que, haga lo que haga o sienta lo que sienta, no es reconocida por el entorno, puede desistir en su búsqueda e ir construyendo un fondo melancólico, paranoide, esquizoide y también narcisista, entre otras posibles opciones. Entendemos que son modos de adaptación y, por tanto, defensivos. El problema reside en que constituyen formas defensivas de adaptación que pueden acabar convirtiéndose en estructuras de la personalidad.

No abordaremos el complejo tema del narcisismo, puesto que requiere un estudio monográfico; sin embargo, debemos decir que toda ayuda psicoterapéutica debe encaminarse a la mejora de la autoestima. Para ello, la persona debe ser capaz de reconocer sus límites, afectarse ante las experiencias vitales, poder sentir sus sentimientos y poderlos pensar, entender que se es finito y reconocer que nuestras vidas dependen, en parte, de nuestra voluntad, pero que no podemos resolver todo cuanto nos propongamos porque, sencillamente, es imposible. Debe saber que es necesario poder entristecerse, que no es lo mismo que deprimirse o vivir ansiedades, y que, a su vez, no es lo mismo que tener crisis de angustia. Por el contrario, ser capaz de vivir los sentimientos dulces, agradables y, al mismo tiempo, los dolorosos y difíciles es la forma más saludable de vivir la vida. Hay que ser conscientes de que es necesario el conocimiento sobre uno mismo, pero también inaccesible en su totalidad. Cuando todo ello puede darse, uno puede quererse lo suficiente a pesar de los límites, y es posible que entonces esté

capacitado para preocuparse por sí mismo y desarrollar preocupación o empatía hacia los demás. Aceptar la complejidad y no tender a la simplificación de los fenómenos representa también una disminución del narcisismo y un aumento de la autoestima. El psicoterapeuta puede creer que está en condiciones de ayudar a su paciente con los conocimientos y experiencia que ha ido acumulando, a la vez que puede sentirse falible sin sumirse en la desesperación o en la impotencia, y ser consciente de que su método o enfoque de trabajo es uno entre muchos. Aunque crea que el suyo es válido y puede ayudar a muchas personas, no es un bien universal; ello puede también contribuir a la disminución del narcisismo del profesional y al aumento de su autoestima.

Por supuesto, dependemos de que los pacientes mejoren en algún ámbito de sus vidas y de que algo de esa mejoría tenga que ver con nuestro trabajo. El paciente tiene sus formas de reconocerlo, y cuando esto sucede, el terapeuta puede sentirse validado como tal. Siempre, los unos y los otros, sentimos la necesidad de validación. Si esto no se psicopatologiza, reconocerlo forma parte del proceso de crecimiento personal y profesional.

9. Algunas propuestas para la formación de psicoterapeutas

Nos preguntamos qué elementos y temas son necesarios para la formación de psicoterapeutas o psicoanalistas, siguiendo los principios que hemos ido desarrollando. Debemos de tratar de enseñar a nuestros alumnos a empatizar con el sufrimiento ajeno a través del reconocimiento de la propia subjetividad. Tenemos que conocer las teorías explicativas de los fenómenos que estudiamos, a la vez que es necesario desarrollar lo que Orange (2016) denomina los «coros internos», es decir, todas aquellas lecturas y observaciones que hacemos de la vida. Para saber un poco de psicoanálisis hay que conocer todo aquello que no está relacionado con él. Si solo estudiamos aquello que es propio de la disciplina, corremos el riesgo de la simplificación y de la endogamia epistemológica.

En cuanto a lo que dice Orange, creemos necesario añadir «las voces de la calle» como coro interno. Con todo ello podemos ser más capaces de sentirnos terapeutas falibles y reducir, por tanto, la omnipotencia y la omnisciencia. Como dice el cantautor Joan Manuel Serrat, «prefiero las voces de la calle a las del diccionario». El diccionario, las teorías y los conceptos tienen mucha importancia en la formación de psicoterapeutas y psicoanalistas, pero necesitan contrastarse con la realidad de nuestro mundo cambiante para ser validados y actualizados de una forma continua. El paciente puede sentirse entendido y ayudado cuando advierte que tiene un analista que le habla desde lo que conoce como profesional, pero, sobre todo, de lo que vive como ser humano con las personas con las que se relaciona.

9.1. Salud, psicopatología y factores etiológicos intervinientes

Los psicoterapeutas en formación deben conocer y reflexionar sobre los factores que intervienen en la construcción de la personalidad, la identidad y la psicopatología. Tienen que estudiar las diferentes teorías al respecto y los distintos estudios llevados a cabo. Es necesario transmitir a los profesionales en formación la necesidad de reconocer la complejidad de los fenómenos, evitar los reduccionismos y también la simplificación derivada del hecho de buscar soluciones rápidas y resolutivas. Hay que reconocer que el objeto de estudio del que nos ocupamos pertenece a los fenómenos de la subjetividad y que, de alguna manera, todo lo subjetivo es intersubjetivo.

Asimismo, hay que evitar la velocidad propia de nuestra sociedad de perfil bajo para vender un producto rápido y adaptado al momento que vivimos. Por tanto, se deben cuestionar los conceptos de «eficacia» y «eficiencia» con una profunda reflexión epistemológica. Es un objetivo fundamental que el psicoterapeuta sea capaz de adaptar

su enfoque de trabajo al paciente, y no a la inversa, por lo que resulta imprescindible cierto conocimiento de las diferentes formas de abordar los fenómenos que estudiamos.

9.2. No debemos confundir causalidad con terapéutica y sufrimiento con sintomatología

Una afasia de expresión producida por un accidente vascular cerebral que ha dañado el área cerebral correspondiente al lenguaje de expresión puede ser tratada con un logopeda. Que el origen de la patología sea orgánico, o con alta repercusión orgánica, no significa que el tratamiento tenga que serlo. Es importante, como se ha señalado en el escrito, que el psicoterapeuta con formación psicodinámica, y especialmente docto en el psicoanálisis relacional, trabaje con los afectos, las interacciones y los vínculos, así como con la subjetividad y la intersubjetividad; por tanto, cuando trate a una persona con un diagnóstico de psicosis, su objeto de trabajo serán los afectos, las emociones que el sujeto vive y sus experiencias, todo ello dentro de la relacionalidad. Con independencia de los factores que hayan intervenido en la causa de la patología, su trabajo es ayudar a la persona. De igual forma consideramos que hay que tener la humildad suficiente como para no creer que podemos explicar y reducir una sintomatología tan compleja como la psicosis a variables estrictamente psicológicas. Ayudar a una persona a sentirse mejor y a que pueda integrar nuevas formas de sentir, pensar y relacionarse no significa que ese sea el motivo de resolución de los síntomas. Una mujer con dificultades para concebir hijos puede someterse a una psicoterapia que la ayude a entender y a mejorar su malestar y su sufrimiento. Tal vez durante el transcurso del tratamiento se quede embarazada, pero eso no significa necesariamente que dependa del trabajo psicológico, o al menos no tan solo de él.

El sufrimiento es inherente al hecho de vivir y puede llevar a desarrollar una psicopatología, aunque no todas las personas con algún trastorno mental sufren de la misma manera. Algunas sufren poco y hacen sufrir a los demás. Lo que es evidente es que si podemos comprender y abordar el sufrimiento mental y relacional, la persona desarrollará vías más adecuadas hacia la salud.

9.3. La psicoterapia personal

El terapeuta que va a trabajar con personas que piden ayuda y/o que sufren debe tener la experiencia personal de conocer su propia manera de vivir, de amar y de sufrir. Los institutos de psicoanálisis de todo el mundo tienen como requisito de formación el análisis personal. Creemos que es una herramienta necesaria, aunque no debe usarse al servicio del narcisismo, ya que la experiencia terapéutica depende de muchos factores y sería un error convertirla en un bien incuestionable. De acuerdo con Ávila (2013), al tratarse de un tema que debe ocupar un lugar central en la formación, no debe imponerse de una

manera autoritaria. El profesional debe sentirse libre de elegir al terapeuta que crea conveniente, si es posible dentro de una línea coherente y próxima a las bases de su propia formación, del mismo modo que debe tener libertad para decidir en qué momento iniciará el tratamiento, según sus necesidades vitales. Cualquier psicoanalista o psicoterapeuta homologado por la institución formativa puede ser válido. No es necesario establecer criterios diferenciadores como es habitual en los institutos psicoanalíticos, de didactas, asociados, etc.

9.4. La supervisión individual y grupal

La supervisión con diferentes personas es un instrumento de gran importancia. Validar, cotejar y cuestionar los casos con un profesional de más experiencia permite contrastar la subjetividad propia y ampliar la comprensión del paciente en tratamiento. La elección del supervisor/es debe estar al servicio de la libertad del profesional en formación. En nuestra experiencia como supervisores hemos constatado que se debe respetar y potenciar el estilo natural del supervisado; ayudarlo a que, partiendo de su espontaneidad, pueda ir acercándose al paciente. Enseñar el trabajo a través de la supervisión es enseñar a jugar, procurar no tener excesivas ideas preconcebidas y estimular que el terapeuta en formación no se impida sentir su contratransferencia, sino que intente sentirla y comprenderla, a la vez que pueda ver qué datos le aporta sobre su paciente. Creemos que es acertado transmitir al estudiante que debe compartir con el paciente aquello que va descubriendo, aunque debe buscar la forma más adecuada para ello. Muchas explicaciones que el supervisando da al supervisor para que este comprenda el caso concreto pueden servir para el propio paciente, siempre con la corrección necesaria.

9.5. Temas que hay que estudiar

Abogamos por la necesidad de que el estudio de la subjetividad tenga cabida en la teoría del conocimiento y, por tanto, se enseñe en las facultades de ciencias y se incluya, por supuesto, en la psicología clínica y la psiquiatría.

El elemento más importante de los conocimientos teóricos y prácticos reside en la idea de estimular la reflexión profunda individual y colectiva ante los temas que nos plantea el trabajo asistencial.

9.5.1. Temas teóricos y prácticos de la psicología y la psicoterapia

De acuerdo, de nuevo, con Ávila, hay unos temas básicos que son necesarios para la formación en psicoterapia. Se trata de: las bases conceptuales comunes de la psicoterapia; los procesos y los fenómenos de la comunicación y de la relación terapéutica; el encuadre y el proceso de desarrollo de la psicoterapia; la entrevista y sus

formas; la importancia del diagnóstico clínico, estructural de la personalidad y psicodinámico; el estudio de la psicopatología, la infancia, la crianza, las estructuras familiares y las necesidades afectivas; el vínculo afectivo, así como otros tipos de vínculos; los avances en neurociencia, y la relación entre factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

9.5.2. Temas necesarios cercanos a la disciplina

Para el ejercicio de la psicoterapia es un error estudiar tan solo los temas propios de la disciplina. Los estudios científicos y las teorías deben ir acompañados de una reflexión grupal profunda y compartida entre los docentes y los profesionales en formación. Si el psicoterapeuta solo estudia psicoterapia, corre el riesgo de perder la dimensión humanista, que resulta imprescindible para el trabajo con personas. Consideramos necesario que los docentes estimulen al estudiante para que busque y explore temas relacionados con lo humano en un amplio sentido. Desde nuestra perspectiva relacional, un clínico que solo se siente clínico y desestima otros conocimientos, tiene el riesgo de convertir su trabajo en un tema material y concreto, lejos de la complejidad y la riqueza humanas.

En el transcurso de la psicoterapia puede ser necesario abordar temas que vayan más allá del motivo de consulta, que pondrán en cuestión nuestras ideas y concepciones sobre el mundo. Debemos estar dispuestos a replantearnos nuestra propia visión sobre temas como la muerte, el sexo, el amor, la infidelidad, la política, etc. Estos no deben ser llevados a la interpretación psicoanalítica o a la transferencia de una manera sistemática, sino que deben ser escuchados como algo que hay que compartir, que pensar conjuntamente.

Entendemos que la psicoterapia relacional de base psicoanalítica se interesa por los temas a los que nos enfrentamos por el hecho de estar vivos en el momento en el que vivimos y con las circunstancias que nos rodean. Aprender a tratar tan solo síntomas es una forma de mercantilizar el trabajo clínico. Por todo ello, nuestra propuesta es que se realicen talleres-seminarios de reflexión y diálogo sobre diferentes ámbitos, partiendo del amplio conocimiento disponible: bibliografía psicológica, psicopatológica y psicoanalítica; ensayos literarios y sociológicos; novelas; artes escénicas (cine, teatro, series de televisión); música, letras, etc. Entre los posibles temas que se pueden tratar encontramos: el amor y sus diferentes formas en la actualidad; el género y la sociedad; la identidad; ser, hacer y tener; los prejuicios; el duelo vital y la muerte; la agresión y la venganza; el poder y sus formas; la fuerza de los sentimientos. En el ámbito sociocultural se puede tratar: la sociedad líquida y de perfil bajo; la importancia de la lentitud; los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad; la globalización; la construcción social de la realidad; la sociedad vista desde una perspectiva de género; los fenómenos migratorios y la identidad; los vínculos afectivos en un mundo en movimiento; la muerte; el sexo; el amor; la autoridad; la obediencia; la ideología; el maltrato; el ejercicio del poder; las nuevas formas de establecer vínculos; la relación entre tecnología y relaciones

interpersonales, etc. En cuanto a los aspectos filosóficos y humanistas se puede tratar: los conceptos del bien y del mal; la inteligencia moral, la alteridad y la hermenéutica.

La propuesta es que se trate de temas abiertos y cambiantes según los intereses y los asuntos emergentes en la práctica clínica. Los docentes debemos poner disposición de nuestros estudiantes nuestra experiencia clínica a través de la exposición de casos tratados directa o indirectamente, para someterlos a discusión y poder reflexionar sobre ellos. Es importante dar a entender que no existe una sola forma de comprender y abordar las demandas de nuestros pacientes. Debemos ser capaces de transmitir que estamos al servicio del paciente y que debemos indicar aquel tipo de terapia que consideremos más beneficiosa, según sus necesidades y capacidades. Creemos que el terapeuta no tiene por qué saber aplicar todas las posibles técnicas terapéuticas existentes, pero sí debe saber derivar cuando lo crea oportuno.

La psicoterapia que hemos ido confeccionando a través de este texto pertenece al enfoque relacional e intersubjetivo con una marcada influencia winnicottiana. No trabajamos con la objetividad pura porque entendemos que los fenómenos humanos que estudiamos pertenecen al campo de la intersubjetividad. Creemos, sin embargo, que estos fenómenos deben validarse a través de la reflexión, la discusión y la experiencia compartida. Debemos evitar la especulación y la inconsistencia epistemológica. Cada caso a tratar, cada persona que nos pide ayuda debe hacer que nos cuestionemos nuestras teorías, nuestros conocimientos y, por supuesto, que nos movilizemos como personas. El trabajo psicoterapéutico, cuando funciona suficientemente bien, debe ser capaz de transformar de alguna manera a sus protagonistas.

10. Epílogo. Winnicott más allá de la psicoterapia y del psicoanálisis

Freud fundó una disciplina llamada psicoanálisis y con ella abrió un camino hasta entonces inexplorado que permitía entender la profundidad del ser humano más allá del materialismo y de la lógica de las ciencias exactas. Nos ofreció una forma de pensar, hacer hipótesis, observar e intervenir en los fenómenos mentales; sin duda, amplió y modificó el conocimiento que en aquel entonces teníamos sobre la vida y sobre nosotros mismos. Propuso un método psicológico para el tratamiento del malestar psíquico y un edificio teórico para seguir investigando nuevas formas de comprensión. Después de Freud ha habido continuadores, detractores y autores creativos que han aportado su propio pensamiento enriqueciendo de esta forma el proceder psicoanalítico. La ortodoxia o el clasicismo no pertenecen a una época, sino que son patrimonio de una determinada forma de pensar y de hacer. Ya desde la época de Freud hubo autores innovadores que iniciaron un camino en algunas ideas distinto al del maestro. Podemos pensar que era el origen de un cambio paradigmático dentro del propio psicoanálisis, que a lo largo de los años se ha convertido, ahora sí, en un nuevo paradigma. Nuestra línea de trabajo para llevar a cabo este libro ha sido seguir las huellas de uno de estos autores creativos e innovadores que pusieron los cimientos y sembraron ideas que han contribuido a la construcción de esta nueva identidad. Creemos que en estos momentos podemos hablar de cambio paradigmático dentro del psicoanálisis. La identidad de un nuevo paradigma se produce cuando un colectivo se pone de acuerdo en poner nombre a esta nueva manera de pensar y de hacer, en este caso el denominado como psicoanálisis relacional e intersubjetivo.

El trabajo realizado nos ha permitido sumergirnos en la obra de un autor, Winnicott, como precursor de un pensamiento libre y creativo dentro del psicoanálisis y, a la vez, abierto a la conexión con otras disciplinas afines. Durante su vida profesional compaginó su trabajo de médico-pediatra con el de psicoanalista. El conocimiento que adquiría con el trabajo con niños y familias le permitía reflexionar sobre su tarea como psicoanalista y viceversa. Winnicott se movía con soltura entre la profundidad del mundo interno y el reconocimiento de las vicisitudes de la realidad externa. Vivió, como muchos de sus contemporáneos, dos guerras mundiales y trabajó con niños evacuados en albergues para protegerlos de los desastres y de la atrocidad. Todo ello debió de influir en su forma de entender los vínculos afectivos y en su necesidad de contar con unos cuidadores estables. La realidad con sus capacidades protectoras y con su crueldad no impidió que Winnicott profundizara en el interior de las personas. Su legado más importante está representado por su propio método, la lucha contra los dogmatismos y las creencias del tipo que

fueran. Es la forma de ir abriendo puertas para que los profesionales actuales continúen haciéndose preguntas y se impliquen en su trabajo diario.

Vivimos en un mundo en movimiento que cambia a gran velocidad, y debemos adaptarnos a él sin dejar de discernir aquello que es esencial de lo que es superfluo, lo que ayuda a crecer y lo que lo dificulta. Pretendemos que este trabajo sea un punto de partida para poner en marcha nuevas ideas, recogiendo las viejas que tengan utilidad, sometiendo a las unas y a las otras a una constante vigilancia y reflexión, y procurando que no predomine el poder sobre la capacidad de observar, pensar, discutir y compartir. El objeto de estudio es el propio ser humano, y eso es una ardua labor para llevarla a cabo solos, por lo que esperamos que este estudio sirva para que otros profesionales de la asistencia a la salud mental y a los docentes de estas disciplinas propongan otras líneas de trabajo conceptual y clínico y estimulen otras nuevas ideas para la reflexión.

Si Winnicott hubiera vivido hasta nuestros días, posiblemente se hubiera sentido halagado, a la vez que abrumado, al ver el camino que han seguido sus ideas. Como ya hemos dicho, no pretendió crear escuela, ya que era contrario a generar cualquier tipo de estructura que se pudiera convertir en dogma o doctrina. Sin embargo, de acuerdo con Hernández (Sáinz, 1997), Winnicott fue un sembrador de ideas y, de alguna manera, enseñó un método que incluía la recolección de la siembra y la posibilidad de generar otras nuevas. Se sorprendería y, posiblemente, le gustaría ver que su concepto de espacio transicional y otros muchos podrían ser utilizados más allá de la psicoterapia verbal o del psicoanálisis, por ejemplo en el arteterapia, en la musicoterapia o en la danza-movimiento-terapia. Es en especial destacable una técnica derivada de las artes escénicas, denominada escenoterapia, desarrollada y divulgada por miembros de la Fundació Vidal i Barraquer en Barcelona (Cabré, 2002, 2014). Estas formas terapéuticas tienen en común que utilizan la creatividad como elemento fundamental de trabajo y, a la vez, como objetivo terapéutico. El juego es el instrumento fundamental de trabajo y a través de él se configura la experiencia transicional entre terapeuta y paciente: lo objetivo representado por el material plástico, la música, el cuerpo y la danza o el argumento escénico y lo subjetivo, la forma particular de llevarlo a cabo. El espacio terapéutico aboga por la flexibilidad y la polisemia.

Más allá de las terapias psicológicas, Winnicott también podría ver que se le nombra en diferentes mundos relacionados con el arte; entre actores, bailarines, en el cine, el teatro y en cualquier tipo de representación escénica. Su aforismo de que «si hay algo de cierto en lo que les digo, los poetas del mundo lo habrán dicho antes» se ha convertido en una realidad actual, ya que son los poetas, o algunos de ellos, los que suelen nombrar a Winnicott, de manera que ahora podríamos devolverle la frase al revés: «Si hay algo de verdad en lo que dicen los poetas, Winnicott lo habría tenido en cuenta».

En las artes escénicas nos encontramos de lleno con los fenómenos transicionales. El actor busca en su interior para representar a un personaje que no es él, una historia que no es la suya, pero que a la vez está impregnada de sus propias experiencias. Su inspiración surge sin buscarla, es creada al mismo tiempo que encontrada, representa muchas historias al unísono, y en ellas siempre hay algo de sí mismo. La creatividad es el

antídoto de la patología mental y del sufrimiento. Hace que nos sintamos vivos, pero para poder llevar a cabo el acto creativo hay que dejarse llevar, perder el miedo a la inevitable locura, volver a un estado de no integración, sin creer que vamos a perecer en el intento. Tenemos que abandonar la hiperactividad mental, conectarnos con la corporalidad que mueve nuestras emociones más básicas y permitir que la mente se una a todo el proceso, sin hacer ruido. Dejando los pensamientos, las ideas, las explicaciones de todo y las soluciones de casi todo, permitiéndose la duda y entendiendo que la vida y la muerte no son opuestas, sino que forman parte de un proceso. Todos los humanos nos parecemos, pero cada uno es cada cual, con su subjetividad, que siempre es intersubjetividad. La relación íntima con uno mismo es siempre fruto de lo interpersonal, incluido el vínculo con lo intangible, con la fe y con Dios. Dice Antonio Machado en *Retrato* (1912): «Converso con el hombre que siempre va conmigo / quien habla solo espera hablar a Dios un día / mi soliloquio es plática con ese buen amigo / que me enseñó el secreto de la filantropía». Machado habla consigo mismo, con muchas partes de su *self*. A la vez habla con los que le han querido y a los que ha querido; están implícitos sus padres, su hermano, su mujer, que murió muy joven, y también incluye a Dios; sus presencias en las ausencias y ese amigo misterioso, que le enseñó el secreto de la filantropía. ¿Dónde estamos cuando nos sentimos creativos, cuando el monólogo es fruto del diálogo y este último es fruto del soliloquio? Siempre estamos dialogando con el afuera y el adentro porque nos encontramos en ese lugar intermedio que Winnicott nos enseñó, allí donde es posible el juego. Allí donde Winnicott, citando a Tagore, nos dice que «en la playa de interminables mundos, los niños juegan».

La capacidad para estar a solas en presencia de alguien lleva a Winnicott a entender que la necesidad de compañía nos permite la soledad y se abre así otra de las paradojas más estimables de nuestro querido autor. La figura adulta, desde su capacidad para estar a solas, acompaña al niño, que a la vez se siente solo. Ambos se acompañan, se necesitan, pero no dificultan el camino que cada uno transita por separado. Están juntos para poder estar separados. La presencia en la presencia y la presencia en la ausencia, dos fenómenos interdependientes, como casi todo. Si esto es posible, aparecerá la humildad dentro de nosotros, entenderemos que no sabemos lo suficiente, que no podemos concluir apenas nada y que las verdades son poliédricas y policromáticas. Entenderemos que la ciencia es un buen intento para conocer aquello que se puede conocer y así mejorar la calidad de nuestras vidas. Pero que más allá de esta también es posible avanzar como seres humanos, y así es necesario que sea.

Por todo lo dicho, no sorprendería a Winnicott que algunas de sus aportaciones las podamos relacionar con la meditación zen, proveniente de la tradición oriental, especialmente del taoísmo y del budismo que viajó desde China a Japón, pasando por India. La filosofía oriental nos enseña que debemos despojarnos del ego, pero para hacerlo sostenemos que es necesario haberlo cuidado antes. Los niños con un vínculo afectivo sólido y seguro tienen más posibilidades de reducir su narcisismo y de ser un poco más independientes, incluso de su ego. Los egos sobredimensionados, como ya

hemos dicho, se desarrollan más en las sociedades y entornos donde predomina la carencia que se convierte en arrogancia (Sáinz, 2007).

Meditar es dejarse llevar, dejar fluir los pensamientos sin obstrucción, sin obsesión, simplemente dejándolos marchar; dejarlos venir, para dejarlos ir. La mente se fusiona con el cuerpo y la emoción. La mente, para Winnicott, debe ocupar poco lugar. Para el maestro zen es algo parecido. «No pienso, luego existo», afirma el maestro japonés Deshimaru. No se trata de menospreciar la capacidad de pensar, sino de limitar la actividad mental buscadora de razones, de explicaciones y de soluciones; simplemente, dejarla fluir, dejarla venir, dejarla marchar. Si esto ocurre, dice Deshimaru, encontrarás tu verdadero ego (*self*): «Debes tener confianza en ti mismo. Debes encontrar tu ego verdadero y, al mismo tiempo, abandonarlo. No es intercambiable con ningún otro» (Deshimaru, 1998, p. 20).

Podemos sentir entonces que vivimos la vida en primera persona, y cada uno va encontrando sus propias razones por las que merece la pena vivir. Nadie puede imponerlo, nadie puede saberlo mejor que uno mismo, como nos ha enseñado nuestro querido maestro psicoanalista. Si esto es posible, podremos, entonces, partir tranquilos.

Referencias bibliográficas

- Abadi, S. (1996), *Transiciones. El modelo terapéutico de D. W. Winnicott*, Buenos Aires, Lumen.
- Abelló, A. y Liberman, A. (2011), *Una introducción a la obra de D. W. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional*, Madrid, Ágora Relacional.
- Abram, J. (1996), *The language of Winnicott. A Dictionary and Guide to Understanding His Work*, Londres, Karnac.
- Achotegui, J. (2012), «Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulises. Aloma», *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 30 (2), 20-37.
- (2013), *Los trastornos mentales: un enigmático legado de la evolución*, Barcelona, El mundo de la mente.
- Ainsworth, M. (1967), *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Allen, J. G. y Fonagy, P. (2002), *The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy*, Topeka, The Menninger Clinic, Research Department.
- Allen, J.; Fonagy, P. y Bateman, A. (2008), *Mentalizing in Clinical Practice*, Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (APA) DSM-5 (2003), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Barcelona, Masson.
- Anfusso, A. e Indart, V. (2009), *¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?*, Montevideo, Psicolibros Waslala.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. (2004), *À chacun son cerveau: plasticité neuronale et inconscient*, Odile Jacob [trad. cast.: *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*, Buenos Aires, Katz, 2006].
- Ara, M. (2012), «El vínculo de apego y sus consecuencias para el psiquismo humano», *Intercambios. Papeles de Psicoanálisis*, 29, 7-17.
- Arcangioli, A. M. (1994), «Introducción a la obra de Winnicott», en J. D. Nasio (comp.), *Grandes psicoanalistas*, vol. II, Barcelona, Gedisa.
- Armengol, R. y Hernández, V. (1991), «La función y el trabajo del analista. Valoración relativa del *setting* y la interpretación», *Anuario Ibérico de Psicoanálisis*, 2, 21-42.
- Armengol, R. (1994), *El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud*, Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer, Paidós.
- (2001), «Psicoanálisis sin interpretación», *Papeles de Psicoanálisis*, 1(8), 7-12.
- (2006), «Sobre salud, salud mental, tratamiento y psicoanálisis», *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 178, 9-16.
- (2010), *Felicidad y dolor: una mirada ética*, Barcelona, Ariel.
- (2014), *El mal y la conciencia moral*, Barcelona, Compte d'Aura.
- Aron, L. (1996), *A Meeting of Minds*, Hillsdale, The Analytic Press.
- Athanassiou-Popesco, C. (1998), *Le concept de lien en psychanalyse*, París, PUF.
- (2005), «El núcleo narcisista primario. Sus relaciones con el verdadero *self* winnicottiano», en J. Bouhsira y M. C. Durieux, *Winnicott insólito*, Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 131-160.
- Atwood, G. y Stolorow, R. (1984), *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press.
- (2012), «The demons of phenomenological contextualism», *Psychoanalytic Review*, 99 (2), 267-286.
- Ávila Espada, A. (2005), «Al cambio psíquico se accede por la relación», *Intersubjetivo*, 7, 155-192 y 195-220.
- (2009), «Pensando sobre el cambio. Comentario al trabajo de Joan Coderch *Neurociencia y modelo relacional*», *Clínica e investigación relacional*, 3 (1), 54-57.
- (2011), «Dolor y sufrimiento psíquico», *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1), 129-145.
- (ed.) (2013), *La tradición interpersonal*, Madrid, Ágora relacional.
- Ávila Espada, A.; Aburto, M.; Rodríguez-Sutil, C.; Vivar, P.; Espinosa, S. y García-Valdecasas, S. (2007), «Construyendo una historia grupal del pensamiento relacional en España: un relato de nuestra

- contratransferencia con el psicoanálisis», *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1), 128-149.
- Balint, M. (1968), *The Basic Fault*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: *La falta básica, aspectos terapéuticos de la regresión*, Buenos Aires, Paidós, 1989].
- Baranger, D. (2004), *Epistemología y metodología en la obra de Pierre Bourdieu*, Buenos Aires, Prometeo Libros.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2006), *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*, Oxford, Oxford University Press.
- Bauman, Z. (2007), *Liquid Times. Living in an Age of Uncertainty*, Cambridge, Polity [trad. cast.: *Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*, Barcelona, Paidós, 2007].
- Beebe, B. y Lachmann, F. (1998), «Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment», *Psychoanal. Psychol.*, 15, 480-516.
- Benjamin, J. (1999), *Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*, Nueva York, Routledge.
- Bentall, R. P. (2009), *Doctoring the Mind: Is Our Current Treatment of Mental Illness Really Any Good?*, Nueva York, University Press [trad. cast.: *Medicalizar la mente: ¿sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*, Barcelona, Herder, 2011].
- Berrios, G. E. (2010), <http://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/64-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia/>, 20/8/2015.
- Bertolini, M.; Grannakoulas, A. y Hernández, M. (eds.) con la col. de A. Molino (2001), *Squiggles and Spaces*, vols. I y II, *Revisiting the Work of D. W. Winnicott*, Londres, Whurr Publishers.
- Bion, W. (1962), *Learning from Experience*, Londres, William Heinemann [trad. cast.: *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós, 1966].
- Blum, H. P. y Ross, J. M. (1993), «The Clinical Relevance of the Contribution of Winnicott», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 41, 219-235.
- Bollas, C. (1987), *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*, Nueva York, Columbia University Press.
- Bolognini, S. (1994), «Transference: erotised, erotic, loving, affectionate», *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 73-86.
- Bouhsira, J. y Durieux, M. C. (dirs.) (2004), *Winnicott insólito*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Bourdieu, P. (2005), *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1951), *Maternal Care and Mental Health*, Nueva York, Shoken Books [trad. cast.: *Cuidados maternos y salud mental*, Barcelona, Humanitas, 1954].
- (1969), *Attachment*, Londres, The Hogarth Press [trad. cast.: *El vínculo afectivo*, Barcelona, Paidós, 1983].
- (1973), *Separation*, Londres, The Hogarth Press [trad. cast.: *La separación afectiva*, Barcelona, Paidós, 1983].
- (1980), *Attachment and Loss. Sadness and Depression*, Londres, The Hogarth Press [trad. cast.: *La pérdida afectiva*, Barcelona, Paidós, 1993].
- (1988), *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, Londres, Routledge [trad. cast.: *Una base segura*, Barcelona, 1989].
- Braun, H. y Bock, J. (2011), «The experience dependent maturation of prefrontal-limbic circuits and the origin of developmental psychopathology: implications for the pathogenesis and therapy of behavioural disorders», *Developmental Medicine and Child Neurology*, 53, 14-18.
- Buecheler, S. y Ávila, A. (2013), «La formación y la supervisión desde la perspectiva interpersonal y sociocultural», en A. Ávila Espada (ed.), *La tradición interpersonal*, Madrid, Ágora Relacional.
- Burke, N. (1999), «The Internal Separation Struggle and Therapeutic Progress», *Psychoanalytic Psychology*, 16 (1), 21-33.
- Buss, R. R.; Sun, W. y Oppenheim, R. W. (2006), «Adaptive roles of programmed cell death during nervous system development», *Annu. Rev. Neurosci.*, 29, 1-35.
- Cabré, V. (2002), *Escenoterapia. Dramatización terapéutica en grupo*, Barcelona, Paidós-Fundació Vidal i Barraquer.
- (comp.) (2014), *Escenoterapia. Aplicaciones clínicas y educativas*, Barcelona, Herder-Fundació Vidal i Barraquer.
- Clancier, A. y Kalmanovitch, J. (1984), *Le paradoxe de Winnicott. De la naissance a la création*, París, Payot.
- Coderch, J. (2001), *La relación paciente-terapeuta*, Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer-Paidós.
- (2006), *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*, Barcelona, Herder.
- (2006), «Psicoanálisis y neurociencia», *Revista de Psicoterapia*, 16 (62), 35-52.

- (2007), «Conflicto, déficit y defecto», *Clínica e Investigación Relacional* CEIR, 1 (2), 359-371.
- (2010), *La práctica de la psicoterapia relacional. El modelo interactivo en el campo del psicoanálisis*, Madrid, Ágora Relacional.
- (2012), *Realidad, interacción y cambio psíquico: la práctica de la psicoterapia relacional II*, Madrid, Ágora Relacional.
- (2014), *Avances en psicoanálisis relacional: nuevos campos de exploración para el psicoanálisis*, Madrid, Ágora Relacional.
- Cooper, S. H., Levit, D. B. (1998), «Old and new objects in Fairbairn an American Relational Theory», *Psychoanalytic Dialogues*, 8 (5), 603-624.
- Cowen, P. J. (2002), «Cortisol, serotonin and depression: all stressed out?», *The British Journal of Psychiatry*, 180, 99-100.
- Damasio, A. (2010), *Y el cerebro creó al hombre*, Barcelona, Destino.
- Darwin, C. (1871), *The Descent of Man*, Chicago, The Great Books of the Western World, 49, 320.
- Daurella, N. (2013), *Falla básica y relación terapéutica*, Madrid, Ágora Relacional.
- Davis, M. y Wallbridge, D. (1990), *Boundary and Space. An Introduction to the Work of D. W. Winnicott*, Nueva York, Brunner Mazel.
- De la Torre, E. (2012), «Reflexiones sobre el devenir terapeuta desde las aportaciones de Donald Woods Winnicott», *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (2), 302.
- Deshimaru, T. (1998), *Preguntas a un maestro zen*, Barcelona, Kairós.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1990), «Gewaltbereitschaft aus ethologischer Sicht. Gewalt in unserer Gesellschaft», *Gutachten für das Bayerische Staatsministerium des Inneren*, 59-86.
- Eigen, M. (1981), «The Area of Faith in Winnicott, Lacan and Bion», *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 413-433.
- Eluvathingal, T. J. L.; Chugani, H. T.; Behen, M. E.; Juhász, C.; Muzik, O.; Maqbool, M.; Chugani, D. C. y Makki, M. (2006), «Abnormal brain connectivity in children after early severe socioemotional deprivation: a diffusion tensor imaging», *Pediatrics*, jun., 117 (6), 2093-100.
- Fairbairn, W. R. D. (1941), *Psychoanalytic Studies of the Personality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: *Estudios psicoanalíticos de la personalidad*, Buenos Aires, Hormé, 1978].
- Ferenczi, S. (1928), «Elasticidad de la técnica psicoanalítica», en S. Ferenczi, *Obras completas*, vol. IV, Madrid, Espasa-Calpe, 1981, pp. 59-73.
- (1932), «Confusión de lenguas entre los adultos y el niño», en S. Ferenczi, *Obras completas*, vol. IV, Madrid, Espasa-Calpe, 1981, pp. 139-149.
- Fonagy, P.; Gergely, G. y Target, M. (2004), *Affect Regulation, Mentalization and Development of the Self*, Londres, Karnac.
- (2005), «Attachment trauma and psychoanalysis: Where psychoanalysis meets neuroscience», en M. Leuzinger-Bohleber; J. Canestri y M. Target (2010), *Early Development and Its Disturbances*, cap. 2, Londres, Karnac.
- Fosshage, J. (2005), «The explicit and implicit domains in Psychoanalytic change», *Psychoanalytic Inquiry*, 25, 516-539.
- Freud, S., *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 2007 (24 volúmenes).
- (1895), «Proyecto de una psicología para neurólogos», en *Obras Completas*, vol. 1, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- (1900), «La interpretación de los sueños», vol. 4, en *Obras Completas*, vol. 4-5, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- (1914), «Recuerdo, repetición y elaboración», en *Obras Completas*, vol. 14, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- (1920), «Más allá del principio del placer», en *Obras Completas*, vol. 18, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- (1920-1922/1991), «La identificación», en «Psicología de las masas y análisis del yo», en *Obras Completas*, vol. 18, pp. 99-104, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.
- (1926), «Inhibición sintoma y angustia», en *Obras Completas*, vol. 20, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.
- (1930), «El malestar en la cultura», en *Obras Completas*, vol. 21, pp. 57-140, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1992.
- Fromm, E. (1976), *¿Tener o Ser?*, Buenos Aires, Paidós Ibérica, 2000.
- Gabilondo, A. (2010), *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/2015-02-17/392>.
- Gadamer, H. G. (1975), *Truth and Method*, Nueva York, Crossroads [trad. cast.: *Verdad y método*, Salamanca,

- Sígueme, 1992].
- Gallese, V. y Geller, J. (2006), «Mirror neurons and intentional attunement: commentary on Olds», *Journal American Psychoanalytical Association*, 55, 131-175.
- Gerhardt, S. (2004), «Why love matters: how affection shapes a baby's brain», *Infant Observation*, 9 (3), 305-309.
- Ghent, E. (1983), «Masochism, Submission, Surrender: Masochism as a Perversion of surrender», *Contemp. Psychoanal.*, 26 (1), 108-135.
- (1989), «Credo: the dialectics of one-person and two-person psychologies», *Contemp. Psychoanal.*, 25, 200-237.
- Goldman, D. (1993a), *In Search of the Real: the Origins and Originality of D. W. Winnicott*, Northvale, Aronson.
- (ed.) (1993b), *In One's Bones: the Clinical Genius of Winnicott*, Northvale, NJ, Aronson, p. 306.
- Goleman, D. (1995), *Emotional Intelligence*, Nueva York, Random House [trad. cast.: *Inteligencia emocional*, Kairós, 2012].
- Green, A. (2005), *Jouer avec Winnicott*, París, PUF [trad. cast.: *Jugar con Winnicott*, Buenos Aires, Amorrortu, 2008].
- Greenberg, J. (1986), «Theoretical models and the analyst's neutrality», *Contemp. Psychoanal.*, 22, 87-107.
- Greenberg, J. y Mitchell, S. (1983), *Object Relations in Psychoanalytic Theory*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Grego, B. (comp.) (1996), *Lecturas de Winnicott*, Buenos Aires, Lugar.
- Grolnick, S. (1990), *The Work and Play of Winnicott*, Northvale, NJ, Jason Aronson.
- Grosskurth, P. (1990), *Melania Klein. Su mundo y su obra*, Barcelona, Paidós Ibérica.
- Guntrip, H. (1975), «My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott», *International Review of Psycho-Analysis*, 2, 145-56.
- Han, B. -C. (2012), *La sociedad del cansancio*, Barcelona, Herder.
- Hartmann, H. (1939), *Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego*, Nueva York, Inter. Univ. Press, 1964 [trad. cast.: *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México, Pax, 1960].
- Hastings Center (1996), *Goals of medicine: setting new priorities* [trad. cast.: *Los fines de la medicina*, Barcelona, Fundación Grifols]. Disponible el 1 de agosto de 2010 en www.fundaciongrifols.org.
- Hernández, V. (2008), *Las psicosis. Sufrimiento mental y comprensión psicodinámica*, Barcelona, Paidós-Fundació Vidal i Barraquer (2.ª ed., 2013, Herder, Barcelona).
- Hirsch, I. (1998), «The concept of enactment and theoretical convergence», *Psychoanal. Quarterly*, 67, 78-101.
- Honoré, C. (2004), *In Praise of Slowness: How a Worldwide Movement is Challenging the Cult of Speed*, Londres, Orion [trad. cast.: *Elogio de la lentitud. Un movimiento mundial desafía el culto a la velocidad*, Barcelona, RBA, 2008].
- Hubley, P. y Trevarthen, C. (1979), «Sharing a task in infancy. New Directions for Child and Adolescent», *Development*, 4, 57-80.
- Jacobs, M. (1995), *D. W. Winnicott*, Londres, Sage Publications.
- Jacobs, T. (1986), «On countertransference enactments», *Journal American Psychoanalytic Association*, 34, 289-307.
- Jarast, R. (2002), *Objeto transicional y Yo-piel. Complementariedad clínica de Winnicott y Anzieu*, Valencia, Promolibro.
- Kahr, B. (1999), *Donald Woods Winnicott. A Biographical Portrait*, Londres, Karnac [1996] [trad. cast.: *Retrato y biografía*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002].
- (ed.) (2002), *The Legacy of Winnicott. Essays on Infant and Child Mental Health*, Londres, Karnac.
- *Ethical Dilemmas of the Psycho-Analytical Biographer: the Case of Donald Winnicott*. Recuperado de: www.human-nature.com/free-associations/kahr.html, 15/7/2015.
- Kalmanovitch, J. y Clancier, A. (1984), *Le paradoxe de Winnicott. De la naissance a la création*, París, Payot.
- Kandel, E. (1999), «Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited», *Amer. J. Psych.*, 156, 505-524.
- Kandel, E.; Schwartz, J. y Jesell, T. (2000), *Principles of Neural Science*, Nueva York, McGraw-Hill [trad. cast.: *Principios de Neurociencia*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 2001].
- Kaplan, K. y Solms, M. (2000), *Clinical Studies in Neuro-Psychoanalysis*, Londres, Karnac Books.
- Kernberg, O. (1996), «Thirty methods to destroy the creativity of psychoa candidates», *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 1031-1040 [trad. cast.: «Treinta métodos para destruir la creatividad de los candidatos a psicoanalistas», *Libro anual de psicoanálisis XII*, Londres-Lima, Ediciones Psicoanalíticas Imago, pp. 159-

- 168].
- Khan, M. M. (1989), «Introducción», en D. W. Winnicott, *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*, Barcelona, Paidós, 1992.
- (1971), «Donald W. Winnicott», *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 225-226.
- Klein, M. (1935/2006a), «Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco depresivos» (traducción de H. Friedenthal, A. Aberastury, M. E. Morera y E. Groode), en *Obras Completas*, vol. 1, Barcelona, RBA, pp. 279-307.
- Kohut, H. (1971), *The Analysis of the Self*, Nueva York, International Universities Press [trad. cast.: *Análisis del Self*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977].
- (1979), «The two analyses of Mr. Z», *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 3-27 [trad. cast.: *Los dos análisis del señor Z*, Barcelona, Herder, 2002].
- (1980), «Reflections on advances in self psychology», *Advances in Self Psychology*, 473-554.
- (1982), «Introspection, empathy, and the semi-circle of mental health», *International Journal of Psychoanalysis*, 63, 395-407 [trad. cast.: «Introspección, empatía y el semicírculo de la salud mental», en *Los dos análisis del señor Z*, Barcelona, Herder, 2002].
- (1984), *How Does Analysis Cure?*, Chicago, Univ. of Chicago Press [trad. cast.: *¿Cómo cura el análisis?*, Barcelona, Paidós, 1990].
- Krystal, H. y Krystal, J. H. (1988), *Integration and Self Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*, Hillsdale, Analytic Press.
- Kuriloff, E. (1998), «Winnicott and Sullivan: playing with the Interpersonal Model in a Transitional Space», *Contemp. Psychoanal.*, 34, 379-388.
- Kwawer, J. S. (1998), «On using Winnicott», *Contemp. Psychoanal.*, 34, 389-395.
- Lacan, J. (1949), «El estadio del espejo como formador de la función del yo (*je*) tal como se nos revela en la experiencia analítica», en *Obras Escogidas*, 1, Barcelona, RBA, 2006, pp. 86-93.
- Lacruz, J. (2011), *Donald Winnicott: vocabulario esencial*, Zaragoza, Mira Editores.
- Lancelle, G. (comp.) (1999), *El self en la teoría y en la práctica*, Buenos Aires, Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1968), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Presses Univ. de France [trad. cast.: *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Labor, 1971].
- Ledoux, J. (1996), *The Emotional Brain*, Nueva York, Simón & Schuster [trad. cast.: *El cerebro emocional*, Barcelona, Planeta, 1999].
- Lieberman, A. y Abelló Blanco, A. (comps.) (2008), *Winnicott hoy. Su presencia en la clínica actual*, Madrid, Psimática.
- Linehan, M. (1993), «Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse», *NIDA Research Monograph*, 137, 201-16.
- Linehan, M.; Armstrong, H.; Suárez, A.; Allmon, D. y Heard, H. (1991), «Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients», *Arch Gen Psychiatry*, 48 (12), 1060-4.
- Lipovetsky, G. y Charles, S. (2006), *Les temps hypermodernes*, Paris, Grasset & Frascaulle [trad. cast.: *Los tiempos hipermodernos*, Barcelona, Anagrama, 2006].
- Little, M. I. (1990), *Psychotic and Anxieties. And Containment: a Personal Record of an Analysis with Winnicott*, Londres, Jason Aronson [trad. cast.: *Relato de mi análisis con Winnicott*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1995].
- MacLean, P. D. (1949), «Psychosomatic disease and the “visceral brain”», *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- (1973), «A triune concept of the brain and behaviour», en T. J. Boag y D. Campbell (eds.), *The Hinks Memorial Lectures*, Toronto, University of Toronto Press, pp. 6-66.
- Main, M. y Solomon, J. (1986), «Discovery of a new, insecure disorganized disoriented attachment pattern», en T. B. Brazelton y M. Yogman (eds.), *Affective Development in Infancy*, Nueva Jersey, Ablex, pp. 95-124.
- Main, M. (2000), «The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible and inflexible attention under attachment-related stress», *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1055-1127.
- Marrone, M. (2001), *La teoría del apego: un enfoque actual*, Madrid, Psimática.
- Martínez, C. (2011), «Mentalización en psicoterapia: discusión sobre lo explícito e implícito de la relación terapéutica», *Terapia Psicológica*, 29 (1), 97-105.
- Martínez, M. (2011), «Intersubjetividad y teoría de la mente», *Psicología del Desarrollo*, I (II), 9-28.
- Marty, P. y De M'Uzan, M. (1963), «La pensée opératoire», *Revue Française de Psychanalyse*, 27, 345-356.
- McCrory, E. L.; De Brito, S. A. y Viding, E. (2010), «Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity», *Child Psychol. Psychiatry*, oct., 51 (10), 1079-95.
- (2011), «The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors», *Frontiers in*

- Psychiatry*, 2, 48, <http://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00048>.
- McDougall, J. (2003), *Donald Winnicott. The Man. Reflections and Recollections*, The Donald Winnicott Memorial Lecture, 19-2-2002, Londres, Karnac Books.
- Mitchell, S. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis*, Cambridge, Harvard University Press [trad. cast.: *Conceptos relacionales en psicoanálisis*, Madrid, Siglo XXI, 1990].
- (1997), *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*, Hillsdale, NJ, The Analytic Press [trad. cast.: *Influencia y autonomía en psicoanálisis*, Madrid, Ágora relacional, 2015].
- (2000), *Relationality. From Attachment to Intersubjectivity*, Nueva Jersey, The Analytic Press.
- Mitchell, S. y Black, M. (1995), *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*, Nueva York, Basic Books [trad. cast.: *Más allá de Freud: una historia del pensamiento psicoanalítico moderno*, Barcelona, Herder, 2004].
- Modell, A. H. (1985), «The works of Winnicott and the evolution Of his thought», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 33 (S), 113-137.
- Murray, L. (2009), «The development of children of postnatally depressed mothers: evidence from the Cambridge longitudinal study», *Psychoanalytic Psychotherapy*, 23 (3), 185-199.
- Murray, L. y Trevarthen, C. (1985), «Emotional regulation of interactions between two-month-olds and their mothers», en T. M. Field y N. A. Fox (eds.), *Social Perception in Infants*, Norwood, Ablex Publishers, pp. 177-197.
- y — (1986), «The infant's role in mother-infant communications», *Journal of Child Language*, 13 (01), 15-29.
- Nemirovski, C. (2001), «Las perspectivas de Winnicott y Kohut en el psicoanálisis», *Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integradores*, n.º 7. Recuperado de: www.aperturas.org/
- (2006), *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. La intersubjetividad y los trastornos complejos*, Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Newman, A. (1995), *Non-Compliance in Winnicott's Words*, Londres, Free Association Books.
- Newman, K. M. (1996), «Winnicott goes to the movies: the false self in ordinary people», *Psychoanal. Q.*, 65, 787-807.
- Nogués, R. M. (2003), *Sexo, cerebro y género*, Barcelona, Paidós-Fundació Vidal i Barraquer.
- Orange, D. (1995), *Emotional Understanding. Studies in Psychoanalytic Epistemology*, Londres, The Guilford Press.
- (2010), *Thinking for Clinicians*, UK, Routledge [trad. cast.: *Pensar la práctica clínica*, Santiago de Chile, Cuatro Vientos, 2012].
- (2011), *The Suffering Stranger Hermeneutics for Everyday Clinical Practice*, UK, Routledge [trad. cast.: *El desconocido que sufre: hermenéutica para la práctica clínica cotidiana*, Santiago de Chile, Cuatro Vientos, 2013].
- (2016), Conferencia, seminario y debates con Donna Orange celebrados en Madrid y organizados por Ágora Relacional.
- Orange, D.; Atwood, G. y Stolorow, R. (1997), *Working Intersubjectively*, Hillsdale, The Analytic Press [trad. cast.: *Trabajando intersubjetivamente*, Madrid, Ágora Relacional, 2012].
- Ortega y Gasset, J. (1914), *Meditaciones del Quijote*, Madrid, Alianza Editorial.
- Outeiral, J. y Abadi, S. (coords.) (1999), *Donald Winnicott en América Latina. Teoría y clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Lumen.
- Painceira, A. J. (1997), *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*, Buenos Aires, Lumen.
- Panksepp, J. y Trevarthen, C. (2009), «The neuroscience of emotion in music», en S. Malloch y C. Trevarthen (eds.), *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*, Oxford, UK, Oxford University Press, pp. 105-146.
- Papoušek, M. (1994), «Melodies in caregivers' speech: A species specific guidance towards language», *Early Development and Parenting*, 3, 5-17.
- (1995), «Origins of reciprocity and mutuality in prelinguistic parent-infant "dialogues"», *Mutualities in Dialogue*, 58-81.
- Papoušek, M. y Papoušek, H. (1981), «Musical elements in the infant's vocalization: Their significance for communication, cognition, and creativity», en L. P. Lipsit, *Advances in Infancy Research*, pp. 164-225.
- Pascual-Castroviejo, I. (1996), «Plasticidad cerebral», *Revista de Neurología*, 24 (135), 1361-1366.
- Payás, A. (2010), *Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional*, Barcelona, Paidós.
- Peña, S. K. (1998a), *La presencia de Winnicott en mi persona*, Conferencia leída en Milán, 1998. Recuperado

- de: www.psicomundo.org/winnicott/textos/pena8, 16/9/2015.
- Phillips, A. (1997), *Winnicott*, Cambridge, Harvard University Press [trad. cast.: *Winnicott*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1988].
- Pollak, S. D.; Nelson, C. A.; Schlaak, M. F.; Roeber, B. J.; Wewerka, S. S.; Wiik, K. L. y Gunnar, M. R. (2010), «Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children», *Child Development*, 81 (1), 224-236. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2846096/>
- Rabán, J. F. (2004), «El árbol de Winnicott. “Mi madre, bajo el árbol, llora”», en Boushira, J. y Durieux, M. C., *Winnicott insólito*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Real Academia Española (2001), *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.), Madrid.
- Renik, O. (1995), «The role of an analysts expectations in clinical technique: reflections on the concept of resistance», *Amer. Psychoanal. Assn*, 43, 83-94.
- Ribas, D. (2000), *Donald Woods Winnicott*, Paris, PUF.
- Riera, R. (2011), *La connexió emocional. Formació i transformació de la nostra manera de reaccionar emocionalment*, Barcelona, Octaedro.
- Rizzolatti, G. y Fabbri-Destro, M. (2010), «Mirror neurons: from discovery to autism», *Experimental Brain Research*, 200, 223-237.
- Rizzolatti, G.; Fadiga, L.; Gallese, V. y Fogassi, L. (1996), «Premotor cortex and the recognition of motor actions», *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- Roazen, P. (1978), *Freud and His Followers*, Nueva York, Knopf [trad. cast.: *Freud y sus discípulos*, Madrid, Alianza Editorial, 1986].
- Rodríguez Sutil, C. (2005), «El concepto de “carácter” en psicoanálisis. Sobre una patología sin síntomas», *Intersubjetivo*, 7 (1), 5-27.
- (2007), «Epistemología del psicoanálisis relacional», *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1), 9-41.
- (2010), *Introducción a la obra de Ronald D. Fairbairn. Los orígenes del psicoanálisis relacional*, Madrid, Ágora Relacional.
- (2014), *Psicopatología psicoanalítica relacional*, Madrid, Ágora Relacional.
- Rodman, R. (1990), *El gesto espontáneo*, Buenos Aires, Paidós.
- Rodulfo, R. (2004), *El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional*, Buenos Aires, Eudeba.
- Rof Carballo, J. (1952), *Cerebro interno y sociedad*, Madrid, Ateneo.
- (1961), *Urdimbre afectiva y enfermedad*, Barcelona, Labor.
- Rudnytsky, P. L. (1989), «Winnicott and Freud», *Psychoanal. Study Child*, 44, 331-350.
- Sáinz, F. (1999), «Quan l'amor del subjecte fa mal l'objecte», *Intercambios. Papeles de Psicoanálisis*, 2, 38-43.
- «Winnicott, un psicoanalista intersubjetivo», *Intersubjetivo*, 4, 265-272.
- (2007), «Narcisismo y sociedad, entre la carencia y la arrogancia», en A. Talarñ (comp.), *Globalización y salud mental*, Barcelona, Herder, pp. 417-452.
- (2008), «Winnicott, un buen compañero de viaje», en A. Liberman y A. Abelló (comps.), *Winnicott hoy, su presencia en la clínica actual*, Madrid, Psimática, pp. 345-359.
- (2009), «¿Todos necesitamos visitar al psicoanalista?», en A. Talarñ, *El psicoanálisis al alcance de todos*, Barcelona, Herder, pp. 84-105.
- (2014), *Sentir y pensar con Serrat. Reflexiones de un psicoanalista de hoy a partir de la obra del poeta y músico*. Lleida, Milenio.
- Sáinz, F. (comp.), *D.W. Winnicott (1896-1971). Conferències commemoratives del Centenari del seu naixement*, Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer.
- Sáinz, F. y Velasco, R. (2004), «Función terapéutica del análisis desde la perspectiva relacional», *Intersubjetivo*, 6 (1), 105-128.
- Sáinz, F. y Cabré, V. (2012), «La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno. Una contribución de Winnicott al psicoanálisis relacional», *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (3), 570-586.
- Salvador, G. (2009), *Familia: experiencia grupal básica*, Barcelona, Paidós-Fundació Vidal i Barraquer.
- Sanville, J. (2003), *El espacio de juego de la terapia psicoanalítica*, Buenos Aires, Lumen.
- Seligman, D. M. H. (2011), «Anclando los modelos intersubjetivos en los avances recientes de la psicología del desarrollo, la neurociencia cognitiva y los estudios de parentalidad: introducción a los trabajos de Trevarthen, Gallese, Ammaniti y Trentini», *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1), 11-16.
- Shore, R. (1997), *Rethinking the Brain. New Insights into Early Development*, Nueva York, Families and Work Institute.
- (2002), «Effects of a secure attachment relationship on right brain development: Affect regulation, and infant

- mental health», *Infant Mental Health Journal*, 22, 7-66.
- Siegel, D. J. (1999a), «Relationships and the developing mind. Childcare Information», *Exchange*, 48-51.
- (1999b), *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*, Nueva York, Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1973), «The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22 (2-6), 255-262.
- Solms, M. y Turnbull, O. (2004), *The Brain and the Inner World*, Londres, Karnac Books.
- Spitz, R. (1965), *La première année de la vie*, París, PUF [trad. cast.: *El primer año de la vida del niño*, México, FCE, 1965].
- Spock, B. (1945), *Baby and Child Care*, Nueva York, Simon & Shuster [trad. cast.: *Tu hijo*, Barcelona, Ediciones B, 1989, 2009].
- Steiner, J. (1993), *Replegaments psíquics*, Barcelona, Columna, 1994.
- Stern, D. (1977), *The First Relationship*, Cambridge, MA, Harvard University Press [trad. cast.: *La primera relación madre-hijo*, Madrid, Morata, 1983].
- Stern, D.; Hofer, L. y Haft, W. (1985), *Affect Attunement: The Sharing of Feelings States Between Mother and Infant by Means of Inter-Modal Fluency. Social Perception in Infants*, Norwood, Ablex.
- Stern, D.; Sander, L. et al. (1998), «Non-interpretive. Mechanisms in psychoanalytic therapy: The “something more” than interpretation», *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903-921.
- Stolorow, R. (2002), Comunicación personal con el autor, en Almagro.
- Stolorow, R. y Atwood, G. (1992), *Context of Being*, Londres, The Analytic Press [trad. cast.: *Contextos del ser*, Barcelona, Herder, 2004].
- Sullivan, H. S. (1956), *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, Nueva York, Norton [trad. cast.: *La teoría interpersonal de la psiquiatría*, Buenos Aires, Psique, 1959].
- Summers, F. (2005), «The self and analytic technique», *Psychoanalytic Psychology*, 22 (3), 341-356.
- Sutherland, J. D. (1980), «The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip», *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 28, 829-860.
- Szollósy, M. (1998), *Winnicott's Potential Spaces: Using Psychoanalytic Theory to Redress the Crisis of Postmodern Culture*, University of Sheffield, 1998, MLA Convention San Francisco, diciembre, 1998.
- Talarn, A. (2003), *Sandor Ferenczi: el mejor discípulo de Freud*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- (2007), *Globalización y salud mental*, Barcelona, Herder.
- (2009), *Psicoanálisis al alcance de todos*, Barcelona, Herder.
- Talarn, A.; Sáinz, F. y Rigat, A. (2013), *Relaciones, vivencias y psicopatología*, Barcelona, Herder.
- Tizard, J. P. (1971), «Donald W. Winnicott», *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 226-227.
- Tizón, J. L. (1978), *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*, Barcelona, Ariel.
- (1982), *Apuntes para una psicología basada en la relación*, Barcelona, Hora.
- (2014), *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*, Barcelona, Herder.
- Tod, R. J. (1979), «Publications by Donald W. Winnicott 1962-1978», *International Review of Psycho-Analysis*, 6, 377-382.
- Toulmin, S. E. (1961), *Foresight and Understanding: An Enquiry into the Aims of Science*, Bloomington, Indiana University Press.
- Trehub, S. E. (1990), «The perception of musical patterns by human infants: the provision of similar patterns by their parents», en V. C. Berkely y M. A. Stebbins, *Comparative Perception*, Nueva York, Wiley, pp. 429-459.
- Trevarthen, C. (2009), «Infant consciousness», en T. Baynes, A. Cleeremans y T. Wilken (eds.), *Oxford companion to consciousness*, Oxford, UK, Oxford University Press, pp. 372-375.
- (2011), «La psicobiología intersubjetiva del significado humano: el aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía», *Clínica e Investigación Relacional*, 5 (1), 17-33.
- Turner, J. (1988), «Wordsworth and Winnicott in the area of play», *International Review of Psycho-Analysis*, 15, 481-496.
- Tustin, F. (1997), *Autism and Childhood Psychosis*, Londres, Hogarth; Nueva York, Science Hs. [trad. cast.: *Autismo y psicosis infantiles*, Buenos Aires, Paidós, 1991].
- Tzourio-Mazoyer, N.; Landeau, B.; Papathanassiou, D.; Crivello, F.; Etard, O.; Delcroix, N. y Joliot, M. (2002), «Automated anatomical labeling of activations in SPM using a macroscopic anatomical parcellation of the MNI MRI single-subject brain», *Neuroimage*, 15 (1), 273-289.
- Uselli, A. K. (1992), «The significance of illusion in the work of Freud and Winnicott: a controversial issue», *International Review of Psycho-Analysis*, 19, 179-187.

- Wallin, D. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, Nueva York, Guilford Press [trad. cast.: *El apego en psicoterapia*, Bilbao, Desclee de Brouwer, 2012].
- Wiesel, T. N. y Hubel, D. H. (1963), «Single-cell responses in striate cortex of kittens deprived of vision in one eye», *J. Neurophysiol.*, 26 (6), 1003-1017.
- Winnicott, D. W. (1931), *Clinical Notes on the Disorders of Childhood*, Londres, William Heinemann.
- (1939), «La agresión en relación con el desarrollo emocional», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998.
- (1940), *Children in the War. In Deprivation and Delinquency*, Londres, Tavistock Clinic Publications, pp. 25-30.
- (1941), «The observation of infants in a set situation», *International Journal of Psychoanalysis*, 22, 229-249.
- (1942a), «Review of *The Nursing Couple*», *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 179-181.
- (1942b), «Child department consultations», *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 139-146.
- (1942c), «Review of *The Nursing Couple*», *International Journal of Psychoanalysis*, 23, 179-181.
- (1945), «Primitive emotional development», *International Journal of Psychoanalysis*, 26, 137-143 [trad. cast.: «Desarrollo emocional primitivo», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 199-214].
- (1947), «Hate in the counter-transference», *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74 [trad. cast.: «El odio en la contratransferencia», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 263-274].
- (1949a), «Mind and its relation to be Psyche-Soma», en *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books, 1958 [trad. cast.: «La mente y su relación con el psique-soma», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 325-340].
- (1949b), *The Ordinary Devoted Mother and Her Baby. Nine Broadcast Talks*, Londres, Private Distribution Only.
- (1951), «Transitional objects and transitional phenomena», *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97 [trad. cast.: «Objetos y fenómenos transicionales», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 307-324].
- (1954), «Metapsychology, clinical aspect regression psychoanalytic situation», *International Journal of Psychoanalysis*, 36, 16-26 [trad. cast.: «Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 371-390].
- (1955-1956), «Clinical varieties of the countertransference», en *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books, 1958 [trad. cast.: «Variedades clínicas de la transferencia», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 391-396].
- (1956a), «Primary maternal preoccupation», en *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books, 1958 [trad. cast.: «Preocupación maternal primaria», en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998, pp. 397-404].
- (1956b), «On transference», *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 386-388.
- (1957a), *Mother and Child. A Primer of First Relationships*, Nueva York, Basic Books, Inc. [trad. cast.: *Conozca a su niño. Psicología de las primeras relaciones*, Barcelona, Paidós, 1970, 1997].
- (1957b), *The Child and the Outside World: Studies in Developing Relationships*, Londres, Tavistock [trad. cast.: *El niño y el mundo externo*, Buenos Aires, Lumen, 1993].
- (1958a), *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books, 1958; Londres, Hogarth Press & Inst. of Ps, 1975; Londres, Inst of Ps & Karnac Books, 1992; Brunner/Mazel, 1992 [trad. cast.: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Paidós, 1998].
- (1958b), «The capacity to be alone», *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 416-20 [trad. cast.: «La capacidad para estar solo», en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Paidós, 1992, pp. 36-46].
- (1958c), Review of «The Doctor, His Patient and the Illness», *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 425-427.
- (1960a), «Ego distortion in terms of true and false self», en *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* [trad. cast.: «La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso», en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Paidós, 1992, pp. 182-199].
- (1960b), «The theory of the parent-child relationship», *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.
- (1962a), «The aims of psycho-analytical treatment», en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press, 166-170 [trad. cast.: «Los objetivos del tratamiento psicoanalítico», en

- Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Paidós, 1992].
- (1962b), «Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites», en *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* [trad. cast.: «El comunicarse y el no comunicarse que conducen a un estudio de ciertos opuestos», en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Barcelona, Paidós, 1992, pp. 234-254].
 - (1963a), «Dependence in infant care, child care, psychoanalytic setting», *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 339-344.
 - (1963b), «The development of the capacity for concern», *Bull. Menninger Clin.*, 27, 167-176.
 - (1963c), Review of «The Nonhuman Environment in Normal Development and in Schizophrenia», *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 237-238.
 - (1963d), «Fear of breakdown», *International Review of Psycho-Analysis*, 1, 103-170 [trad. cast.: «El miedo al derrumbe», en *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Barcelona, Paidós, 2013].
 - (1964a), *The Child, the Family and the Outside World*, Harmondsworth, Penguin; Reading, Addison-Wesley, 1987.
 - (1964b), Review of «Memories, Dreams, Reflections», *International Journal of Psychoanalysis*, 45, 450-455.
 - (1965a), *Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Londres, Hogarth Press [trad. cast.: *Los procesos de maduración en el niño y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993].
 - (1965b), «Failure of expectable environment on child's mental functioning», *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 81-87.
 - (1965c), *The Family and Individual Development*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Hormé, 1995].
 - (1966a), «Correlation of a childhood and adult neurosis», *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 143-144.
 - (1966b), «Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects», *International Journal of Psychoanalysis*, 47, 510-516.
 - (1967a), «The location of cultural experience», *International Journal of Psychoanalysis*, 48, 368-372 [trad. cast.: «La ubicación de la experiencia cultural», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 129-138].
 - (1967b), «El concepto de individuo sano», en *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*, Barcelona, Paidós, 1996, pp. 27-47.
 - (1968-1969), «The use of an object», *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 711-716 [trad. cast.: «El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1997, pp. 117-127].
 - (1968b), «Interpretation in Psychoanalysis», en *Psychoanalytic Explorations*, Londres, Karnac Books; Cambridge, Harvard University Press, 1989 [trad. cast.: «La interpretación en psicoanálisis», en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Barcelona, Paidós, 1991, pp. 250-255].
 - (1971a), *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009].
 - (1971), «Playing: a theoretical statement», en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: «El juego, exposición teórica», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 61-78].
 - (1971), «Playing: creative activity and search for the self», en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: «El juego, actividad creadora y búsqueda de la persona», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 79-92].
 - (1971), «Creativity and its origin», en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: «La creatividad y sus orígenes», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 93-116].
 - (1971), «The place where we live», en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: «El lugar en que vivimos», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 139-146].
 - (1971), «Mirror-role of mother and family in the child development», en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: «El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 147-156].
 - (1971), «Interrelating a part from Instinctual Drives in terms of cross identifications», en *Playing and Reality*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: «El interrelacionarse aparte del impulso instintivo y en términos de identificaciones cruzadas», en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 2009, pp. 157-178].
 - (1971b), *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*, Londres, The Hogarth Press & the Institute of Psycho-Analysis; Nueva York, Basic Books, 1971 [trad. cast.: *Clínica psicoanalítica infantil*, Buenos Aires, Hormé, 1993].
 - (1977), *The Piggie. An Account of the Psychoanalytic Treatment of a Little Girl*, Londres, The Hogarth Press

- & the Institute of Psycho-Analysis; Madison, International Universities Press, 1977, Harmondsworth, Penguin, 1980 [trad. cast.: *Psicoanálisis de una niña pequeña (The piggie)*, Barcelona, Gedisa, 1994].
- (1984), *Deprivation and Delinquency*, Londres, Tavistock Publications [trad. cast.: *Deprivación y delincuencia*, Barcelona, Paidós, 1998].
- (1986a), *Holding and Interpretation*, Londres, The Hogarth Press & the Institute of Psycho-Analysis; Nueva York, Grove Press, 1987; Londres, The Institute of Psycho-Analsys and Karnac Books, 1989 [trad. cast.: *Sostén e interpretación. Fragmento de un análisis*, Barcelona, Paidós, 1992].
- (1986b), *Home Is Where We Start From. Essays by a Psychoanalyst*, Nueva York/Londres, W. W. Norton; Harmondsworth, Penguin [trad. cast.: *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*, Barcelona, Paidós, 1996].
- (1987a), *Babies and Their Mothers*, Londres, Free Association Books; Reading, Addison-Wesley; Perseus Press, 1990 [trad. cast.: *Los bebés y sus madres*, Barcelona, Paidós, 1998].
- (1987b), *The Spontaneous Gesture*, Londres & Cambridge, Harvard University Press [trad. cast.: *El gesto espontáneo. Cartas escogidas* (compilación de F. R. Rodman), Barcelona, Paidós, 1990].
- (1988), *Human Nature*, Londres, Free Association Books; Nueva York, Schocken Books, 1988; Nueva York, Brunner/Mazel, 1991 [trad. cast.: *La naturaleza humana*, Buenos Aires, Paidós, 1996].
- (1989), *Psychoanalytic Explorations*, Londres, Karnac Books; Cambridge, Harvard University Press, 1989 [trad. cast.: *Exploraciones psicoanalíticas I y II*, Barcelona, Paidós, 1991].
- (1993), *Talking to Parents*, Workingham & Cambridge, Addison-wesley; (1994) Perseus Press [trad. cast.: *Conversando con los padres. Aciertos y errores en la crianza de los hijos*, Barcelona, Paidós, 1993].
- (1996), *Thinking About Children*, Londres, Karnac Books, Perseus Press [trad. cast.: *Acerca de los niños*, Barcelona, Paidós, 1998].
- Winnicott, D. W. y Khan, M. (1953), Review of «Psychoanalytic Studies of the Personality», *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 329-333.
- Yalom, I. D. (2009), *Staring at the Sun. Overcoming the Terror of Death*, San Francisco, Jossey-Bass & A Wiley Imprint [trad. cast.: *Mirar al sol*, Buenos Aires, Booket, 2009].

Información adicional

SÍNTESIS

Winnicott fue un célebre pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés, que contribuyó de forma decisiva, junto a Ferenczi y otros, al progreso del psicoanálisis después de Freud. Dotado de una inmensa capacidad creativa, y siempre a partir de su experiencia clínica, Winnicott conceptualizó sobre la creatividad y las experiencias transicionales, el falso *self* en relación al verdadero, la unidad psicosomática y, especialmente, la interacción del niño con sus cuidadores adultos. Según Sáinz, fue uno de los pioneros del hoy llamado psicoanálisis relacional, al que prefiere referirse como «la perspectiva relacional en el psicoanálisis».

El autor nos ofrece en este libro una elaboración propia de las aportaciones teóricas de Winnicott y sus aplicaciones en la psicoterapia. Nos habla del papel que tiene el psicoanálisis (en su acepción relacional) para devolver la vida a la persona que ya no se habita a sí misma, de cómo se puede reparar el narcisismo primario dañado, para vivir las emociones y crecer con ellas, recuperando así la estima de la propia genuinidad subjetiva. Este libro intenta acercar al lector a Winnicott como psicoanalista intersubjetivo, cuyas aportaciones pueden ser de máxima actualidad en diversas esferas del saber, por lo que será de gran utilidad para psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y todas aquellas personas interesadas en los procesos mentales, relacionales y artísticos.

FRANCESC SÁINZ BERMEJO, psicoanalista y psicoterapeuta, es profesor de la Universitat de Barcelona y de la Universitat Ramon Llull. Además de ejercer la práctica privada, es supervisor de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales de Servicios Públicos de Salud Mental y de Servicios Sociales de Barcelona. Es uno de los introductores de la obra de Winnicott en la formación de psicoterapeutas y presidente de la Asociación Winnicott Barcelona. Es autor y coautor de diferentes libros y artículos sobre Winnicott y otros temas psicoanalíticos.

OTROS TÍTULOS

Antoni Talarn, Francesc Sáinz y Anna Rigat

[*Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*](#)

Antoni Talarn

[*Globalización y salud mental*](#)

[*Psicoanálisis al alcance de todos*](#)

Joan Coderch

Pluralidad y diálogo en psicoanálisis
Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica

Jorge Tizón

Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis

Juan Manzano y Francisco Palacio Espasa

La dimensión narcisista de la personalidad

Heinz Kohut

Los dos análisis del Sr. Z

**VIKTOR EL HOMBRE
FRANKL EN BUSCA
DE SENTIDO**



Herder

El hombre en busca de sentido

Frankl, Viktor

9788425432033

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

* Nueva traducción*

El hombre en busca de sentido es el estremecedor relato en el que Viktor Frankl nos narra su experiencia en los campos de concentración.

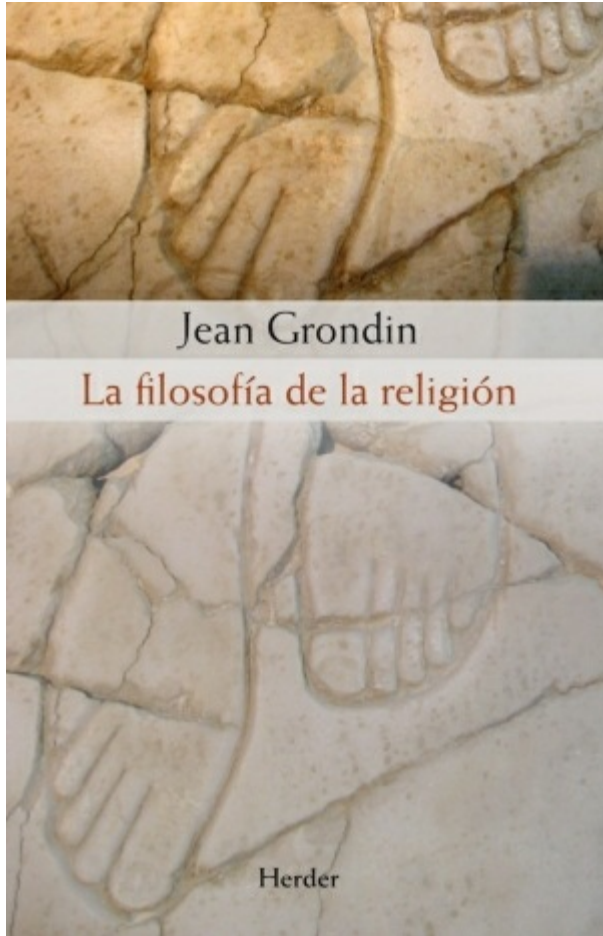
Durante todos esos años de sufrimiento, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, absolutamente desprovista de todo, salvo de la existencia misma. Él, que todo lo había perdido, que padeció hambre, frío y brutalidades, que tantas veces estuvo a punto de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. En su condición de psiquiatra y prisionero, Frankl reflexiona con palabras de sorprendente esperanza sobre la capacidad humana de trascender las dificultades y descubrir una verdad profunda que nos orienta y da sentido a nuestras vidas.

La logoterapia, método psicoterapéutico creado por el propio Frankl, se centra precisamente en el sentido de la existencia y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. ¿Qué espera la vida de nosotros?

El hombre en busca de sentido es mucho más que el testimonio de un

psiquiatra sobre los hechos y los acontecimientos vividos en un campo de concentración, es una lección existencial. Traducido a medio centenar de idiomas, se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. Según la Library of Congress de Washington, es uno de los diez libros de mayor influencia en Estados Unidos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La filosofía de la religión

Grondin, Jean

9788425433511

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Para qué vivimos? La filosofía nace precisamente de este enigma y no ignora que la religión intenta darle respuesta. La tarea de la filosofía de la religión es meditar sobre el sentido de esta respuesta y el lugar que puede ocupar en la existencia humana, individual o colectiva.

La filosofía de la religión se configura así como una reflexión sobre la esencia olvidada de la religión y de sus razones, y hasta de sus sinrazones. ¿A qué se debe, en efecto, esa fuerza de lo religioso que la actualidad, lejos de desmentir, confirma?

[Cómpralo y empieza a leer](#)



La sociedad del cansancio

Han, Byung-Chul

9788425429101

80 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

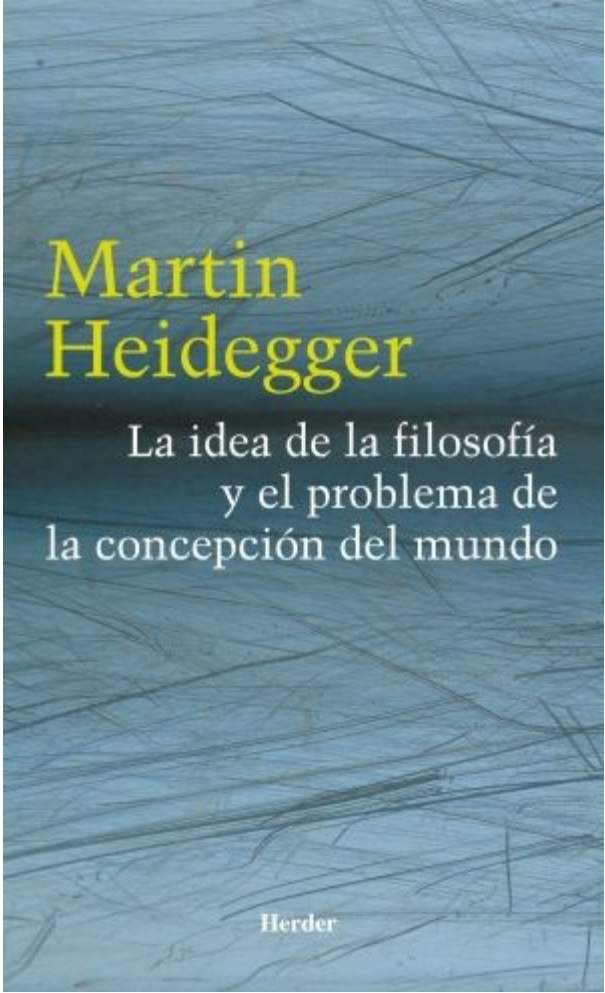
Byung-Chul Han, una de las voces filosóficas más innovadoras que ha surgido en Alemania recientemente, afirma en este inesperado best seller, cuya primera tirada se agotó en unas semanas, que la sociedad occidental está sufriendo un silencioso cambio de paradigma: el exceso de positividad está conduciendo a una sociedad del cansancio. Así como la sociedad disciplinaria foucaultiana producía criminales y locos, la sociedad que ha acuñado el eslogan Yes We Can produce individuos agotados, fracasados y depresivos.

Según el autor, la resistencia solo es posible en relación con la coacción externa. La explotación a la que uno mismo se somete es mucho peor que la externa, ya que se ayuda del sentimiento de libertad. Esta forma de explotación resulta, asimismo, mucho más eficiente y productiva debido a que el individuo decide voluntariamente explotarse a sí mismo hasta la extenuación. Hoy en día carecemos de un tirano o de un rey al que oponernos diciendo No. En este sentido, obras como Indignaos, de Stéphane Hessel, no son de gran ayuda, ya que el propio sistema hace desaparecer aquello a lo que uno podría enfrentarse. Resulta muy difícil rebelarse cuando víctima y verdugo, explotador y explotado, son la misma persona.

Han señala que la filosofía debería relajarse y convertirse en un juego

productivo, lo que daría lugar a resultados completamente nuevos, que los occidentales deberíamos abandonar conceptos como originalidad, genialidad y creación de la nada y buscar una mayor flexibilidad en el pensamiento: "todos nosotros deberíamos jugar más y trabajar menos, entonces produciríamos más".

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Martin Heidegger

La idea de la filosofía
y el problema de
la concepción del mundo

Herder

La idea de la filosofía y el problema de la concepción del mundo

Heidegger, Martin

9788425429880

165 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

¿Cuál es la tarea de la filosofía?, se pregunta el joven Heidegger cuando todavía retumba el eco de los morteros de la I Guerra Mundial. ¿Qué novedades aporta en su diálogo con filósofos de la talla de Dilthey, Rickert, Natorp o Husserl? En otras palabras, ¿qué actitud adopta frente a la hermeneútica, al psicologismo, al neokantismo o a la fenomenología? He ahí algunas de las cuestiones fundamentales que se plantean en estas primeras lecciones de Heidegger, mientras éste inicia su prometedora carrera académica en la Universidad de Friburgo (1919-923) como asistente de Husserl.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

JESPER JUUL



Decir no, por amor

Padres que hablan claro:
niños seguros de sí mismos

Herder

Decir no, por amor

Juul, Jesper

9788425428845

88 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

El presente texto nace del profundo respeto hacia una generación de padres que trata de desarrollar su rol paterno de dentro hacia fuera, partiendo de sus propios pensamientos, sentimientos y valores, porque ya no hay ningún consenso cultural y objetivamente fundado al que recurrir; una generación que al mismo tiempo ha de crear una relación paritaria de pareja que tenga en cuenta tanto las necesidades de cada uno como las exigencias de la vida en común.

Jesper Juul nos muestra que, en beneficio de todos, debemos definirnos y delimitarnos a nosotros mismos, y nos indica cómo hacerlo sin ofender o herir a los demás, ya que debemos aprender a hacer todo esto con tranquilidad, sabiendo que así ofrecemos a nuestros hijos modelos válidos de comportamiento. La obra no trata de la necesidad de imponer límites a los hijos, sino que se propone explicar cuán importante es poder decir no, porque debemos decirnos sí a nosotros mismos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Portada	2
Créditos	3
Dedicatoria	4
Índice	5
Agradecimientos	8
Prólogo	10
Introducción	13
1. Los límites de la comprensión	19
1.1. Epistemología para la comprensión de la salud mental y la psicopatología	19
1.2. Factores causales multidireccionales	19
1.3. Cuestionamiento de los reduccionismos	20
1.3.1. El peligro del reduccionismo biólogo	22
1.3.2. El peligro del reduccionismo psicólogo	22
1.3.3. El peligro del reduccionismo sociólogo	23
1.4. El problema de los estudios empíricos y la importancia del método científico	24
1.5. Revisión del concepto de «salud»	25
1.6. Contribución de la sociedad al desarrollo de la psicopatología	27
1.6.1. El positivismo, la apología del éxito y del máximo rendimiento, y el rechazo de los vínculos	27
2. Winnicott. Bases del pensamiento relacional	32
2.1. Winnicott en persona. Trayectoria personal y profesional (1896-1971)	32
2.2. Concepto de «individuo sano» en Winnicott	37
2.3. La adaptación al entorno: el falso self	42
2.4. Winnicott y la crítica a la teoría pulsional independiente de la experiencia relacional	46
2.5. La mente y la relación con el psique-soma. Winnicott, precursor de la mentalización	50
2.6. El bebé no existe sin los cuidados de una figura adulta estable y responsable	52
2.7. La madre, el padre y el entorno suficiente e insuficientemente bueno	53
2.8. La relacionalidad a través de las experiencias transicionales. Experiencia construida y compartida	54
2.9. El importante papel del juego como fenómeno generador de las experiencias	

transicionales	
2.9.1. Evolución de la capacidad compartida de jugar	58
2.10. Los procesos de maduración. Base del pensamiento relacional	59
2.11. La función del espejo. Pilar del psicoanálisis relacional	62
2.11.1. Análisis de un caso clínico de Winnicott	65
2.12. Ser, hacer, estar a solas. El origen de la creatividad	65
3. Aportaciones de Winnicott a la psicoterapia	71
3.1. La experiencia terapéutica con un analista suficiente e insuficientemente bueno	71
3.2. Comunicar y no comunicar. La búsqueda del verdadero self	74
3.3. Transferencia y contratransferencia en Winnicott	76
3.4. Experiencias transicionales y mentalización	78
3.4.1. El papel del trauma y de las carencias afectivas en los procesos de mentalización	83
3.4.2. Los ángulos ciegos de la personalidad. Otro escollo para la mentalización	85
3.5. El squiggle, paradigma gráfico de la intersubjetividad winnicottiana	88
3.6. La regresión. Winnicott y Balint	90
4. El psicoanálisis relacional e intersubjetivo	96
4.1. Introducción	96
4.2. La matriz relacional	98
4.3. Relacionalidad e intersubjetividad	99
4.4. El vínculo afectivo como regulador de la biología y de los contextos sociales	104
5. Cerebro y vínculo afectivo. Apuntes para una neurobiología relacional	107
5.1. El papel del estrés en la mente y el cerebro del bebé	110
5.2. Las neuronas espejo. Empatía e identificación con el otro	110
5.3. La psicoterapia, reguladora de la bioquímica del sistema nervioso y del cerebro	112
6. Aplicaciones de la obra de Winnicott y del psicoanálisis relacional intersubjetivo para la práctica psicoterapéutica	116
6.1. La experiencia terapéutica. Una construcción entre lo nuevo y lo viejo	116
6.2. Ampliación del concepto de contratransferencia: contratransferencia inversa y paracontratransferencia	119
6.3. La psicoterapia como una experiencia relacional implícita y explícita	122

6.4. Empatía, espontaneidad y enactment	126
6.5. Colusionar, colisionar y la reacción terapéutica negativa	130
6.6. La realidad externa como una forma de investigar la subjetividad	131
6.6.1. Ejemplo clínico	131
6.6.2. Comentarios	132
7. Déficit, conflicto y trauma. Aproximación a la comprensión del sufrimiento	134
8. Algunos puntos de reflexión para el trabajo del psicoterapeuta	137
8.1. La analizabilidad no solo depende del paciente	137
8.2. Detectar las tendencias estructurales de la personalidad	137
8.3. Máximo aprovechamiento de la primera entrevista	138
8.4. La empatía o no empatía con la narrativa del paciente	139
8.4.1. Ejemplo	139
8.5. ¿Podemos reflexionar con libertad, sin excesivas ataduras?	141
8.6. Pacientes con experiencias devastadoras o traumáticas	141
8.7. Tratamos a las personas, no los síntomas ni las enfermedades	142
8.8. La estructura mental no suele cambiar, pero sí su disposición	143
8.9. La búsqueda de la autenticidad es fundamental en psicoterapia	144
8.9.1. Un breve ejemplo de Winnicott	144
8.10. Ajustar objetivos terapéuticos a la realidad del proceso	145
8.11. Cogniciones, afectos y conexiones	146
8.12. Cuando el narcisismo disminuye, puede aumentar la autoestima	148
9. Algunas propuestas para la formación de psicoterapeutas	150
9.1. Salud, psicopatología y factores etiológicos intervinientes	150
9.2. No debemos confundir causalidad con terapéutica y sufrimiento con sintomatología	151
9.3. La psicoterapia personal	151
9.4. La supervisión individual y grupal	152
9.5. Temas que hay que estudiar	152
9.5.1. Temas teóricos y prácticos de la psicología y la psicoterapia	152
9.5.2. Temas necesarios cercanos a la disciplina	153
10. Epílogo. Winnicott más allá de la psicoterapia y del psicoanálisis	155
Referencias bibliográficas	159

